



**Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

mgr psychologii Agata Kołodziejczyk

Katedra Psychiatrii, Zakład Psychoterapii i Chorób Psychosomatycznych

ROZPRAWA DOKTORSKA

**Zmiany w obrazie ciała oraz wzrost potraumatyczny u pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi**

Promotor: prof. dr hab. n. med. Tomasz Pawłowski

Wrocław, 2021

## **Podziękowania**

*Pragnę gorąco podziękować mojemu promotorowi, Panu prof. Tomaszowi Pawłowskiemu, za najbardziej konstruktywny, inspirujący, motywujący i empatyczny mentoring, jaki mogłam sobie tylko wymarzyć.*

*Dziękuję Pani prof. Joannie Rymaszewskiej i zespołowi Katedry i Kliniki Psychiatrii za bezcenną pomoc w napędzaniu mojego naukowego i zawodowego rozwoju.*

*Chciałabym również serdecznie podziękować całemu zespołowi Centrum Chorób Piersi Breast Unit Dolnośląskiego Centrum Onkologii, za wsparcie w prowadzeniu badań. Szczególne ukłony kieruję w stronę Zespołu Pielęgniarskiego i Koordynatorek procesu onkologicznego - powstanie tej pracy stało się możliwe dzięki Waszej nieocenionej pomocy.*

*Moim bliskim, którym zawdzięczam wiarę w siebie:*

*Przyjaciółkom: Katarzynie, Karolinie, Natalii, Paulinie i Martynie, dziękuję za tony motywacji, za okazywaną mi na każdym kroku akceptację, niesłabnące wsparcie i inspirację.*

*Rodzicom i Bratu Maćkowi za wysiłek i wytrwałość jakie wkładają we wpajanie mi, że „niemożliwego nic dla mnie nie ma”, co od lat stanowi podstawę wszystkich moich wysiłków i późniejszych radości.*

*Pracę pragnę zadedykować moim Pacjentkom; Kobietom, które nadały kierunek mojej pracy zawodowej i które codziennie motywują i inspirują mnie- Psychologa, Kobietę i Człowieka, do bycia lepszym.*

## Spis treści

I.	Wprowadzenie.....	8
	<i>I.1 Rak piersi a jakość życia.....</i>	<i>8</i>
	I.1.1 Rak piersi a zmiany w ciele .....	9
	I.1.2 Rak piersi a zaburzenia psychiczne .....	10
	<i>I.2 Wzrost Potraumatyczny (Posttraumatic Growth, PTG) .....</i>	<i>12</i>
	I.2.1 Definicja wzrostu potraumatycznego .....	13
	I.2.2 Występowanie oraz składowe wzrostu potraumatycznego.....	14
	I.2.3 Model powstawania wzrostu potraumatycznego .....	16
	<i>I.3 Wzrost potraumatyczny u kobiet leczonych z powodu raka piersi.....</i>	<i>20</i>
	I.3.1 Czynniki moderujące występowanie wzrostu potraumatycznego u kobiet leczonych z powodu raka piersi .....	21
	<i>I.4 Obraz ciała (Body Image).....</i>	<i>25</i>
	I.4.1 Obraz ciała po przebytych leczeniu raka piersi .....	28
	<i>I.5 Związek między wzrostem potraumatycznym a obrazem ciała w populacji kobiet leczonych z powodu raka piersi .....</i>	<i>31</i>
II.	Cele pracy, pytania i hipotezy badawcze .....	35
III.	Materiał i metody .....	37
	<i>III.1 Procedura badania.....</i>	<i>37</i>
	<i>III.2 Charakterystyka grupy badanej .....</i>	<i>39</i>
	<i>III.3 Narzędzia badawcze.....</i>	<i>43</i>
	III.3.1 Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu (IPW).....	44
	III.3.2 Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (ZSWZ).....	45
	III.3.3 Skala Depresji Becka (BDI) .....	46
	III.3.4 Skala Oceny Ciała (BES) .....	46
	III.3.5 Inwentarz Osobowości NEO-FFI.....	47
	III.3.6 Skala do Pomiaru Typu D (DS-14) .....	48
	III.3.7 Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stressem (COPE) ...	49
	<i>III.4 Analiza danych .....</i>	<i>51</i>

IV. Wyniki.....	53
<i>IV.1 Charakterystyka psychologiczna grupy badanej.....</i>	<i>53</i>
IV.1.1 Wzrost potraumatyczny (kwestionariusz IPW) .....	53
IV.1.2 Objawy zespołu stresu pourazowego (kwestionariusz ZSWZ) .....	54
IV.1.3 Obraz ciała (kwestionariusz BES) .....	55
IV.1.4 Radzenie sobie ze stresem (kwestionariusz COPE).....	56
IV.1.5 Osobowość .....	59
IV.1.6 Subiektywna ocena nastroju (Skala Depresji Becka) .....	60
<i>IV.2 Związki między wzrostem potraumatycznym a cechami psychologicznymi grupy badanej.....</i>	<i>61</i>
IV.2.1 Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a zmianami w zakresie obrazu ciała .....	61
IV.2.2 Związek pomiędzy wzrostem potraumatycznym a objawami PTSD .....	62
IV.2.3 Związek pomiędzy wzrostem potraumatycznym a cechami osobowości.....	63
IV.2.4 Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a subiektywnie ocenianymi zmianami w nastroju .....	64
IV.2.5 Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a strategiami radzenia sobie ze stresem.....	64
<i>IV.3 Związek między objawami zespołu stresu pourazowego a cechami psychologicznymi grupy badanej.....</i>	<i>66</i>
IV.3.1 Korelacja pomiędzy objawami PTSD a subiektywnymi zmianami w nastroju ...	66
IV.3.2 Korelacja między objawami PTSD a zmianami w zakresie obrazu ciała.....	67
<i>IV.4 Związek między nastrojem a obrazem ciała- korelacja wyników kwestionariuszy BDI i BES.....</i>	<i>68</i>
<i>IV.5 Przewidywanie nasilenia wzrostu potraumatycznego w grupie badanej.....</i>	<i>68</i>
IV.5.1 Przewidywanie nasilenia wzrostu potraumatycznego w badanej grupie na podstawie danych demograficznych i medycznych .....	68
IV.5.2 Przewidywanie nasilenia objawów wzrostu potraumatycznego na podstawie cech psychologicznych grupy badanej .....	70
<i>IV.6 Przewidywanie nasilenia objawów stresu pourazowego w badanej próbie .....</i>	<i>71</i>
<i>IV.7 Moderujący wpływ cech psychologicznych grupy badanej na związek między zmianami w obrazie ciała i wzrostem potraumatycznym .....</i>	<i>72</i>

V. Dyskusja wyników .....	77
<i>V.1 Rozstrzygnięcie pytań badawczych</i> .....	77
V.1.1 Pytanie badawcze nr 1: Czy w badanej grupie pacjentek wystąpi wzrost potraumatyczny? .....	77
V.1.2 Pytanie badawcze nr 2: Czy leczenie onkologiczne wpłynie negatywnie na obraz ciała wśród przebadanych pacjentek? .....	79
V.1.3 Pytanie badawcze nr 3: Czy istnieje zależność między występowaniem wzrostu potraumatycznego a obrazem ciała? .....	80
V.1.4 Pytanie badawcze nr 4: Czy istnieje zależność pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego? .....	82
V.1.5 Pytanie badawcze nr 5: Czy istnieje zależność pomiędzy cechami osobowości a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego?.....	85
V.1.6 Czy istnieje związek pomiędzy nastrojem a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego?.....	86
V.1.7 Czy w badanej grupie pacjentek będą występować objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD)? .....	87
<i>V.2 Podsumowanie dyskusji</i> .....	91
VI. Wnioski .....	95
VII. Streszczenie .....	96
VIII. Bibliografia.....	98
IX. Spis tabel i schematów .....	110
X. Aneks.....	112
<i>X.1 Ankieta personalna</i> .....	112
<i>X.2 Kwestionariusz Osobowości NEO-FFI</i> .....	114
<i>X.3 Skala Oceny Ciała (BES)</i> .....	118
<i>X.4 Skala do Pomiaru Typu D (DS-14)</i> .....	119
<i>X.5 Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu (IPW)</i> .....	120
<i>X.6 Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (ZSWZ)</i> .....	124

<i>X.7 Skala Depresji Becka (BDI).....</i>	<i>126</i>
<i>X.8 Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE).....</i>	<i>129</i>

## **I. Wprowadzenie**

Nowotwory złośliwe są od lat jedną z najczęstszych przyczyn pogarszającej się jakości życia człowieka. Wskazują na to dostępne wyniki badań oraz opinie środowisk zajmujących się ochroną zdrowia, jak np. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) (Holmes & Rahe, 1967; "World Health Organization- Breast cancer"), Dane te podkreślają potrzebę zastanowienia się nad psychologicznym, społecznym i fizycznym wpływem choroby onkologicznej i stosowanych metod leczenia na życie i funkcjonowanie pacjentów, którzy jej doświadczają.

Od czasu kiedy w onkologii zaczęto zwracać większą uwagę na psychologiczne aspekty chorowania (M. Jabłoński, Furgał, Dudek, & Zięba, 2008; Zielazny & Zielińska, 2014), zainteresowanie konsekwencjami psychicznymi samego leczenia oraz czynnikami psychologicznymi mogącymi kształtować sposób radzenia sobie z chorobą stało się przedmiotem licznych badań. Do często badanej grupy należą pacjentki leczone z powodu nowotworu złośliwego piersi. Wiąże się to prawdopodobnie z dużym odsetkiem zarówno diagnoz, jak i wyleczeń, wysokimi szansami na przeżycie oraz specyficznym funkcjonowaniem poznawczym i emocjonalnym kobiet z rakiem piersi. Przykład specyficznego funkcjonowania kobiet po raku piersi stanowi chociażby efektywność organizacji oferujących holistyczne i koleżeńskie wsparcie, takie jak Stowarzyszenie Amazonek. Duża szansa na wyleczenie, jaką w dzisiejszych czasach mają kobiety z rozpoznaniem raka piersi, wymusza skupienie się na ich dobrostanie i jakości życia po chorobie a nie tylko w trakcie jej trwania.

### **I.1 Rak piersi a jakość życia**

Literatura przedmiotu potwierdza, że rak piersi stanowi ogromny bodziec stresowy i przekłada się na wiele aspektów funkcjonowania kobiet na niego chorujących. Do najczęściej wymienianych sfer życia, pogarszających się ze względu na chorobę i leczenie, zalicza się: seksualność, obraz ciała, stan emocjonalny, zadowolenie z życia, pracę, związki z innymi, w tym z najbliższymi, samoakceptację, poczucie własnej skuteczności i zaufanie do siebie, perspektywy na przyszłość itd., które składają się na szeroko rozumianą jakość życia (Basińska & Piech, 1998; Kalembrik & Juczyński, 2001; Kim et al., 2015; L. R. Schover, 1991; Stępień & Wrońska, 2008).



Niektóre z trudności jakie zgłaszają pacjentki, które zakończyły leczenie onkologiczne, będą wynikać bezpośrednio z zastosowanego leczenia oraz jego konsekwencji. Warto jednak zaznaczyć, że nie bez znaczenia pozostaje funkcjonowanie pacjentek przed postawieniem diagnozy (Rhodes, Courneya, & Bobick, 2001). Poczucie satysfakcji z dotychczasowego życia, dobrostan psychiczny, zadowolenie z życia rodzinnego, partnerskiego; stopień akceptacji własnego ciała, czy temperamentalnie uwarunkowana emocjonalność, będą mieć wpływ na funkcjonowanie kobiety po zakończonym leczeniu. Osobowość pacjenta odpowiada bowiem za kształtujące się o chorobie przekonania, warunkuje podejmowane przez pacjenta strategie radzenia sobie ze stresem, wpływa na jego zaangażowanie zarówno fizyczne, jak i psychiczne w zaistniałą sytuację, kreuje sposób ewaluacji otaczającej rzeczywistości (Courneya et al., 2000). I chociaż niektóre cechy osobowości mogą być sprzymierzeńcem w walce z chorobą onkologiczną, o tyle niektóre mogą stanowić o zwiększonej podatności pacjentek na doświadczanie negatywnych konsekwencji leczenia onkologicznego w odniesieniu do ciała czy zdrowia psychicznego (Wojciechowska, 2019).

### **I.1.1 Rak piersi a zmiany w ciele**

Zainteresowanie psychologii rakiem piersi widać w sposobie, w jaki badacze opisują i traktują konsekwencje leczenia tego schorzenia dla psychiki pacjentek, w sposób szczególny uwzględniając pojęcie obrazu ciała. Piers, ze względu na jej kulturowy obraz, od zawsze była rozumiana jako symbol i metafora kobiecości. To z kolei, zdaniem badaczy, mogło zapowiadać jak dużą rolę, jej brak lub zabiegi w jej obrębie, będą pełnić w kształtowaniu jakości życia kobiet. Dotyczy to szczególnie aspektów związanych z relacjami z bliskimi, w tym intymnymi. W literaturze przedmiotu można znaleźć doniesienia na temat negatywnego wpływu diagnozy, ale także leczenia raka piersi na relacje intymne pacjentek oraz ich popęd seksualny (L. R. Schover, 1991). Badania dowodzą, że u pacjentek poddanych leczeniu onkologicznemu zauważalny jest spadek poczucia własnej atrakcyjności. To z kolei przekłada się na spadek popędu seksualnego a co za tym idzie, na pogorszenie się bliskich relacji. Badania przeprowadzone przez Schover i współpracowników (L. R. Schover, 1991) wykazują wręcz tendencję do rozpadania się związków pacjentek, które zakończyły leczenie onkologiczne. Jako jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy, badacze podają trudności w sferze seksualnej. Wiąże się to zarówno z konsekwencjami zabiegów operacyjnych, jak i chemio- i hormonoterapii, których jednym z działań ubocznych jest wywołanie przedwczesnej menopauzy. Badania podają, że negatywny efekt leczenia dla życia w obszarze relacji intymnych może dotyczyć nawet 25% pacjentek (L. R. Schover, 1991). Zmiany w ciele dotyczą również stopnia akceptacji swojej

aparycji czy rezygnacji z prezentowania swojej kobiecości (M. J. Jabłoński, Streb, Mirucka, Słowik, & Jach, 2018), która wynika z potrzeby ukrycia „defektów” swojego „po-rakowego” ciała.

Badacze zwracają uwagę na różnorodność konsekwencji leczenia onkologicznego raka piersi na ciała pacjentek. Różnice wynikają między innymi ze stosowanych metod leczenia: zabieg operacyjny, chemioterapia, hormonoterapia czy radioterapia. Zespół Kima (Kim et al., 2015) wskazuje na różnice w akceptacji własnego ciała pomiędzy pacjentkami poddanymi różnym zabiegom operacyjnym: zabieg oszczędzający, mastektomia, mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją. Jakość życia pacjentek, rozumiana tu przez pryzmat poczucia atrakcyjności, oraz bezpośredni wpływ na samopoczucie i relacje interpersonalne, jest według nich zdecydowanie lepsza w przypadku pacjentek poddanych zabiegowi oszczędzającemu oraz tym, których piersi zostały zrekonstruowane. Każde to zwrócić szczególną uwagę na dobrostan psychiczny pacjentek, których piersi zostały amputowane.

Ponadto, wiele zmian w obrębie ciała dotyczy również pozostałych metod leczenia. Konsekwencje chemioterapii, hormonoterapii czy radioterapii, chociaż czasem mniej oczywiste, mają dla obrazu ciała pacjentek nie mniejsze znaczenie. Pacjentki poddawane tym zabiegom leczniczym doświadczają m.in. wypadania włosów, podrażnień skórnych, grzybic czy zapalenia śluzówek, neuropatii czuciowych, wzmożonego poczucia zmęczenia, podrażnień, problemów z odbieraniem bodźców sensorycznych itd. (Kolodziejczyk & Pawlowski, 2019). Wszystkie te zmiany mają wpływ na akceptację własnego ciała przez pacjentki, a co za tym idzie, będą przekładać się bezpośrednio na ich dobrostan psychiczny, który może pogarszać się w wyniku stosowanego leczenia (Kalembrik & Juczyński, 2001).

### **I.1.2 Rak piersi a zaburzenia psychiczne**

W grupie pacjentek chorujących na raka piersi powszechne jest współwystępowanie z chorobą podstawową, zaburzeń o charakterze psychicznym (Sesiuk & Rzepiela, 2016). Jest to efekt, między innymi, samego leczenia, które poprzez bodźce zarówno fizjologiczne, jak i patologiczne ma wpływ na ośrodkowy układ nerwowy. Ponadto, taki stan rzeczy wynika ze zmian społecznych związanych z chorobą onkologiczną oraz doświadczaniem przez pacjentki przewlekłego stresu. Do najczęstszych zaburzeń psychicznych, diagnozowanych wśród pacjentek onkologicznych należą: zespoły dezadaptacyjne, zaburzenia depresyjne i lękowe, zaburzenia psychoorganiczne i świadomości, zaburzenia snu, konsekwencje przewlekłego bólu

i stresu, przewlekłe zmęczenie oraz tzw. *chemobrain* związane z przejściowym, ale niezwykle dokuczliwym pogorszeniem funkcjonowania poznawczego (Sesiuk & Rzepiela, 2016). Badacze szacują, że zaburzeń lękowych może doświadczać nawet 91% pacjentów onkologicznych a zaburzenia depresyjnego 41% (Nowicki & Rządowska, 2005). Co gorsza, badania wskazują, że zaburzenia lękowe mogą utrzymywać się lub pojawiać wielokrotnie nawet przez wiele lat po zakończeniu leczenia zasadniczego (Greer et al., 2011). Konsekwencje choroby onkologicznej dla zdrowia psychicznego są w związku z tym niezwykle niepokojące (Kieszkowska-Grudny, 2013).

Od niedawna, w literaturze przedmiotu zauważyć można trend związany z diagnozowaniem u pacjentów onkologicznych, którzy zakończyli leczenie, objawów zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder, PTSD*). Wiąże się to z wciąż poszerzaną definicją PTSD oraz doniesieniami, według których diagnoza raka może zostać sklasyfikowana jako doświadczenie traumatyzujące. Wiele badań wskazuje konieczność występowania wcześniejszych traum lub innych trudności psychicznych do wykształcenia pełnoobjawowego PTSD w wyniku leczenia onkologicznego (Chan, Ho, Tedeschi, & Leung, 2011a). Jednakże, chociaż nie ma badań dzięki którym jednoznacznie można uznać, że występowanie PTSD po leczeniu onkologicznym jest powszechne, to istnieją badania, które wykazują pojawianie się objawów charakterystycznych dla tego zaburzenia u wielu pacjentów, w tym pacjentek leczonych z powodu raka piersi (Koutrouli, Anagnostopoulos, & Potamianos, 2012). Do objawów tych należą: silne doświadczanie lęku przez większość dnia, towarzyszące poczucie winy, przygnębienie, apatia często współwystępująca z uczuciem złości i zachowaniami agresywnymi (Gałecki et al., 2018). Do tych objawów należy również dołączyć objawy poznawcze, takie jak: ruminacje na temat wydarzeń chorobowych, powracające nagle obrazy wydarzeń z czasu leczenia i diagnostyki (*flashbacks*), wzmożoną czujność oraz selektywną uwagę ukierunkowaną na wyszukiwanie w otoczeniu bodźców zagrażających (Chan et al., 2011a). Bezpośrednią konsekwencją takiego stanu rzeczy wydaje się efekt tzw. *scanxiety*, które, w ostatnich latach zyskuje w literaturze przedmiotu coraz większe zainteresowanie.

Zjawisko *scanxiety* dotyczy występującego powszechnie u pacjentów, którzy zakończyli leczenie onkologiczne, lęku przed nawrotem choroby (McGinty, Small, Laronga, & Jacobsen, 2016). Dotyczy w szczególności wykonywania badań kontrolnych po przebytych leczeniu. Badacze donoszą, że występowanie wzmożonego napięcia, stresu i lęku w okresie okołokontrolnym dotyczyć może nawet 83% tzw. ozdrowieńców (Bauml et al., 2016;

Kingdom, Bauml, & Vachani, 2017). Co więcej, badania zdają się na ten moment wykluczać pozytywne działanie czynników zewnętrznych takich jak długość remisji czy lżejszy przebieg choroby na spadek intensywności doświadczania *scanxiety* wraz z upływem czasu. Wygląda na to, że jest to problem trwały, o niezmienną intensywności u tych, którzy go doświadczają.

Nie można również zapomnieć o negatywnym wpływie leczenia onkologicznego na funkcjonowanie poznawcze pacjentek leczonych z powodu raka piersi. W wyniku stosowanej chemioterapii pacjentki te bardzo często skarżą się na gorszą koncentrację uwagi, pogorszenie procesów zapamiętywania, myślenia i mówienia (Popławska, 2009).

Każdy z wymienionych obszarów gorszego funkcjonowania psychicznego leczonych pacjentek przekłada się na gorszą jakość życia nie tylko w trakcie leczenia, ale zostaje z nimi i utrudnia funkcjonowanie nawet kiedy choroba podstawowa zostanie wyeliminowana.

Wszystkie wskazane obszary trudności z jakimi borykają się pacjentki po leczeniu onkologicznym raka piersi stanowią zachętę do tego, aby tworzone programy leczenia były jak najbardziej holistyczne i uwzględniały kwestie dobrostanu psychicznego jako równie ważne co kwestie fizyczne. Jednakże, niedopowiedzeniem byłoby prezentowanie konsekwencji leczenia onkologicznego jedynie w negatywnym świetle. Coraz częściej bowiem mówi się o potencjalnych korzyściach jakie mogą wynieść z doświadczenia leczenia raka piersi kobiety, które go doświadczyły. Wśród badanych grup pacjentek zauważyć bowiem można zmienianie się strategii radzenia sobie ze stresem na bardziej adaptacyjne, poszerzenie horyzontów w sferze duchowej i emocjonalnej oraz pozytywne zmiany w bliskich relacjach, które to efekty przypisuje się właśnie doświadczeniu traumy choroby onkologicznej i poradzenia sobie z nią (Drageset, Lindstrøm, & Underlid, 2016; Gonzalez et al., 2016). W literaturze przedmiotu, takie zjawisko nosi nazwę wzrostu potraumatycznego (*posttraumatic growth, PTG*) (Tedeschi & Calhoun, 2004).

## **I.2 Wzrost Potraumatyczny (*Posttraumatic Growth, PTG*)**

Zdaniem autorów koncepcji, Richarda Tedeschiego i Lawrence'a Calhouna, wzrost potraumatyczny jest rozumiany jako wszelkie pozytywne efekty działań podjętych w celu poradzenia sobie z doświadczeniem traumatycznym (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010; Tedeschi & Calhoun, 2004). Jest to o tyle ciekawa koncepcja, że w odróżnieniu od klasycznego

spojrzenia prezentowanego przez psychiatrię i psychologię, które z założenia skupiają się na negatywnych konsekwencjach wydarzeń silnie stresujących, koncentruje się na korzyściach, czyli pozytywnym aspekcie traumy. Inne nazwy stosowane w literaturze na określenie tego zjawiska to między innymi: postrzegane korzyści z traumy, pozytywne aspekty wydarzenia traumatycznego czy transformacja potraumatyczna (Tedeschi & Calhoun, 2004).

### **I.2.1 Definicja wzrostu potraumatycznego**

Badacze, podczas tworzenia swojej teorii, odwoływali się do świadectw i wypowiedzi osób (ozdrowieńców, *survivors*), które w wyniku doświadczenia skrajnego kryzysu dostrzegały pozytywne zmiany w swoim sposobie patrzenia na świat, reagowaniu, zachowaniu czy relacjach z bliskimi. I chociaż sama teoria wzrostu potraumatycznego nie ma długiej tradycji to założenie, że w wyniku traumy można zetknąć się z korzyściami ma tysiące lat. Zgłębiając różne przekazy religijno-filozoficzne, poczynając od paradygmatów religii katolickiej, judaizmu, islamu czy buddyzmu, zetknijemy się z próbami zrozumienia sensu cierpienia. Cierpienia, które traktowane jako potencjał, niejednokrotnie jest utożsamiane z drogą do wyzwolenia czy duchowego wyniesienia. Zwracali na to uwagę Caplan (Caplan, 1964) czy Yalom (Yalom, 1980), którzy podkreślali katalizujący wpływ traumy na wykształcenie bardziej adaptacyjnych reakcji na kolejne wydarzenia stresujące. Na bazie takich założeń nastąpił rozkwit psychologii pozytywnej (Cowen & Kilmer, 2002). I chociaż wszystkie wspomniane koncepcje koncentrują się na korzyściach jakie jednostka może odnieść dzięki przepracowaniu skrajnie stresującego wydarzenia, należy bardzo silnie podkreślić, że wzrostu potraumatycznego nie należy rozumieć jako pochwały traumy. Jest to konsekwencja działań podjętych w celu uporania się z nią, jednak wnioski na temat zbawiennego wpływu traumy czy też utożsamianie jej z czymś pożądanym byłyby nadużyciem. Autorzy koncepcji podkreślają, że o ile trauma jest warunkiem wykształcenia się wzrostu potraumatycznego, o tyle dalecy są od gloryfikowania wydarzeń silnie stresujących czy też zaprzeczania ich negatywnemu wpływowi na takie aspekty życia jednostki jak emocje, fizjologia czy funkcjonowanie poznawcze (Lawrence G. Calhoun & Tedeschi, 1991). Należy również podkreślić, że badacze widzą możliwość pojawienia się pozytywnych zmian życiowych również bez pojawienia się traumy, jak również przepracowania traumy bez pojawienia się PTG (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010).

Jak zatem rozumieć wzrostu potraumatyczny w kontekście wszystkich negatywnych emocji i myśli pojawiających się w następstwie traumy? Badacze zagadnienia udowadniają

koegzystencję negatywnych i pozytywnych następstw wydarzenia traumatyzującego w psychice ofiary danego zdarzenia (Danhauser, Russell, et al., 2013; N. J. Ogińska-Bulik, 2016). Trudno jest sobie bowiem wyobrazić sytuację, w której osoba doświadczająca traumas nie doświadcza jej negatywnych, psychologicznych efektów. W najbardziej skrajnych przypadkach mówimy o wystąpieniu zespołu stresu pourazowego (PTSD), którego pojawienie się dotyczy zarówno emocjonalnego, jak i poznawczego oraz behawioralnego aspektu funkcjonowania jednostki. Jeśli jednak pełnoobjawowe PTSD nie wykształci się, wciąż możemy u pacjentów zaobserwować: pogarszający się nastrój, zaburzenia uwagi i koncentracji, wzmożone napięcie, zmęczenie, pogorszenie zapamiętywania czy destabilizujące codzienność ruminacje (N. J. Ogińska-Bulik, 2016) lub pogorszenie funkcjonowania społecznego (N. Ogińska-Bulik, 2016a). Wszystkie opisane reakcje wydają się adekwatne w sytuacji doznania traumas. Co więcej, to właśnie ich będziemy spodziewać się w przekazie pacjenta, który zgłosi się do profesjonalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym. Badacze wzrostu potraumatycznego wskazują jednak na nierozzerwalne połączenie tych reakcji z wykształceniem PTG. Bowiem negatywne reakcje na traumę służą między innymi konfrontacji z wydarzeniem oraz adaptacji do nowej rzeczywistości. Otwierają możliwość jego poznawczego przepracowania, co z kolei toruje możliwość do spojrzenia na sytuację z szerszej perspektywy, gdzie znajdować się mogą potencjalne korzyści płynące z danej sytuacji (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010; Tedeschi & Calhoun, 1996).

### **I.2.2 Występowanie oraz składowe wzrostu potraumatycznego**

Opisując wzrost potraumatyczny odnosimy się do pojęcia traumas, której definicja w tym kontekście okazuje się bardzo szeroka. Na przestrzeni lat przeprowadzono wiele badań, których celem było sprawdzenie po doświadczeniu jakich sytuacji wykształcał się potraumatyczny wzrost. Do tej pory udowodniono jego powstawanie między innymi u osób, które doświadczyły straty ukochanej osoby (L. G. Calhoun & Tedeschi, 1989), u pacjentów cierpiących z powodu chorób somatycznych takich jak: zapalenie stawów (Tennen, Affleck, Urrows, Higgins, & Mendola, 1992), HIV (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998; N. J. Ogińska-Bulik, 2016), nowotwór (Collins, Taylor, & Skokan, 1990) czy zawał mięśnia sercowego (Affleck, Tennen, Croog, & Levine, 1987). Przejawy wzrostu potraumatycznego potwierdzono również u osób, które: były poddane przeszczepowi szpiku (Andrykowski & Hunt, 1993), borykały się z problemami zdrowotnymi własnych dzieci (Abbott & Meredith, 1986), brały udział w wypadkach komunikacyjnych (Joseph, Williams, & Yule, 1993), doświadczyły przemocy lub wykorzystania na tle seksualnym (Burt & Katz, Bonnie, 1987), brały udział w działaniach

wojennych (G. H. Elder & Clipp, 1989), były przetrzymywane jako zakładnicy (Cole, 2001) lub były uchodźcami (Berger & Weiss, 2009). Na potrzeby niniejszej pracy należy nadmienić, że PTG było stwierdzane dotychczas u osób leczonych z powodu różnych typów raka: piersi (Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse, 2009; Benjamin A. Tallman, Altmaier, & Garcia, 2007), prostaty (Thornton & Perez, 2006), przewodu pokarmowego (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009), jądra (Rieker, Edbril, & Garnick, 1985), białaczki i chłoniaka (Daiter, Larson, Weddington, & Ulmann, 1988).

We wszystkich wymienionych grupach badacze byli w stanie potwierdzić objawy wystąpienia wzrostu potraumatycznego, które zgodnie z podziałem dokonany przez Tedeschiego i Calhouna (Tedeschi & Calhoun, 2004), można przypisać do jednej z pięciu grup:

- A. Docenianie życia i zmiana priorytetów – objawia się zmianą perspektywy, przewartościowaniem tego co w życiu jest najważniejsze, wyraźnym skupieniem się na własnych zasobach a nie brakach czy defektach; osoby doświadczające zmian w tym zakresie bardzo często podkreślają ich zmieniony sposób patrzenia na wydarzenia dnia codziennego, określają się często mianem „szczęściarzy”, zwracają większą uwagę na tzw. „małe rzeczy” i doceniają obszary swojego życia, które wcześniej traktowali jako oczywiste;
- B. Lepsze relacje z innymi – w tym obszarze zauważyć można jakościową poprawę relacji z ludźmi; chodzi o tworzenie większego poczucia bliskości, intymności czy nadawanie większego znaczenia relacjom jakie łączą człowieka z innymi; może przyjmować formę wzmocnienia istniejących relacji lub rezygnacji ze związków, które nie poradziły sobie z próbą doświadczonej traumy;
- C. Poczucie zwiększonej własnej siły i skuteczności – polega na zmianie stopnia oceny potencjalnego zagrożenia czy sytuacji stresującej; osoby, u których obecny jest ten obszar wzrostu potraumatycznego mają tendencję do lżejszego podchodzenia do kolejnych trudnych sytuacji, zgłaszają większą wiarę we własne siły, wierzą, że jeżeli udało się im poradzić z traumą, inne wydarzenia będą o tyle łatwiejsze do przepracowania („jeśli przeżyłem to, to przeżyję wszystko”);
- D. Identyfikacja innych możliwości – przyjmuje charakter rozszerzonego schematu poznawczego; osoba doświadczająca w ten sposób PTG będzie prezentować nowy dla siebie a jednocześnie dużo bardziej kreatywny sposób myślenia o swoim życiu, celach i możliwościach ich realizacji; często przyjmuje formę podejmowania nowych wyzwań w życiu, realizacji odkładanych marzeń itd.;

- E. Rozwój duchowy – może polegać na pomocnym i adaptacyjnym zwróceniu się w stronę określonej religii czy wyznania; dla ateistów czy agnostyków może oznaczać większe skupienie na fundamentalnych kwestiach egzystencjalnych.

Grupy te na przestrzeni lat i kolejnych badań zostały zoperacjonalizowane do trzech: zmiany w percepcji siebie, pozytywne zmiany w relacjach z innymi oraz zmiana filozofii życiowej (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010; Tedeschi & Calhoun, 2004), co znajduje odzwierciedlenie w projektowanych narzędziach diagnostycznych, które mają badać zjawisko wzrostu potraumatycznego.

Dane podawane przez autorów koncepcji mówią o tym, że podanych zmian należy się w największym stopniu spodziewać w czasie od dwóch tygodni do 2 miesięcy od ustania wydarzenia traumatyzującego. Nie wykluczają jednak pojawienia się PTG nawet kilka lat po traumie (Tedeschi & Calhoun, 2004). Co więcej, autorzy podają, że odsetek osób, które po wydarzeniu traumatycznym przejawiają objawy wzrostu potraumatycznego waha się od 30 do 90% (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010). Tak szerokie rozstawienie wyników każe postawić pytanie o to u kogo i jak może kształtować się wzrost potraumatyczny.

### **I.2.3 Model powstawania wzrostu potraumatycznego**

Badacze wskazują na kluczową w kształtowaniu się wzrostu potraumatycznego rolę następujących czynników: rodzaj, intensywność i czas trwania traumy; osobowość; styl poznawczy (w tym ruminacje) oraz wybrane sposoby radzenia sobie ze stresem; posiadane wsparcie oraz tzw. odporność psychiczną (*resilience*) (Janoff-Bulman, 2004; Wortman, 2004).

W kontekście osobowości, badania pokazują, że cechami mogącymi torować występowanie wzrostu potraumatycznego są wysoki poziom ekstrawersji i otwartości na doświadczenie (za taksonomią cech osobowości tzw. Wielkiej Piątki autorstwa Costy i McCrae (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2012)) (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010; Tedeschi & Calhoun, 2004). Ponadto, cechą która może moderować i pośrednio generować PTG jest prezentowany przez jednostkę poziom optymizmu (spodziewanie się pozytywnych efektów i konsekwencji zdarzeń jako przeważająca w człowieku taktyka poznawcza) (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Sposób radzenia sobie ze stresem (*coping strategies*), który za Lazarusem i Folkamen (Biggs, Brough, & Drummond, 2017) rozumiany jest jako: „poznawcze oraz behawioralne starania

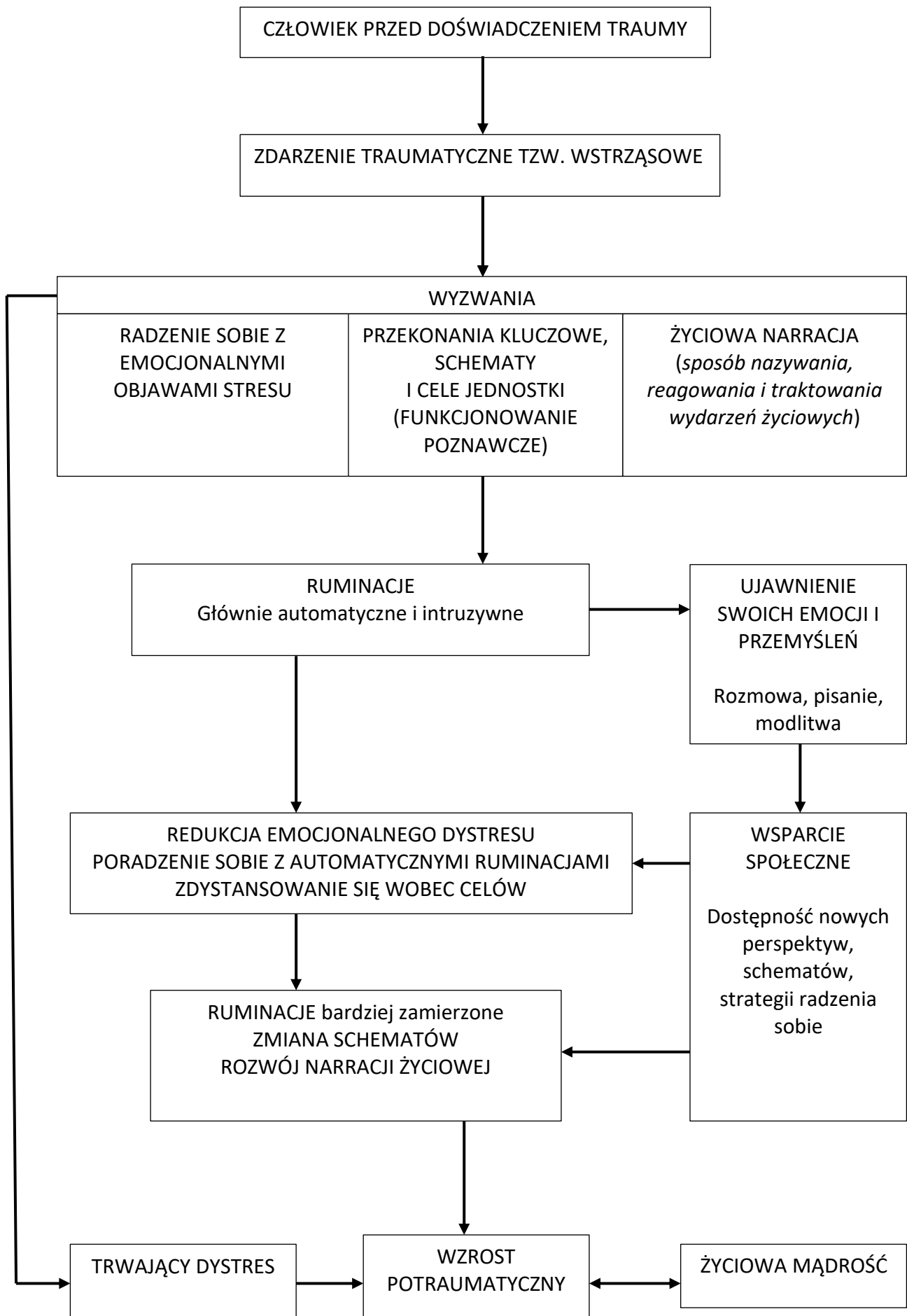


ukierunkowane na poradzenie sobie z zewnętrznymi i/lub wewnętrznymi wyzwaniem, które zdają się przekraczać lub nadmiernie obciążać zasoby jednostki”, również może mieć wpływ na ostateczne wykształcenie przez jednostkę wzrostu potraumatycznego. Jako sposoby radzenia sobie z sytuacjami stresującymi, które mogą ułatwiać pojawienie się wzrostu potraumatycznego badania podają: strategię pozytywnego przewartościowania zdarzenia, poszukiwanie wsparcia zarówno emocjonalnego, jak i instrumentalnego, aktywne angażowanie się w rozwiązanie problemu oraz zwrot ku religii (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010). Style te wiążą się zarówno z emocjonalnym, jak i poznawczym przetwarzaniem sytuacji traumatycznej. Wpływają na sposób interpretacji rzeczywistości, wynikający ze schematów oraz przekonań kluczowych oraz określają sposób mierzenia się przez człowieka z wyzwaniem. Ponadto, poszukiwanie wsparcia, poza aspektem intrapersonalnym, posiada również wymiar interpersonalny, ponieważ umiejętność dzielenia się swoimi przeżyciami oraz szukanie zrozumienia i wsparcia u innych służy zarówno poszerzaniu perspektyw poznawczych interpretacji zdarzenia, jak i emocjonalnemu przepracowaniu go (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Wieloczynnikowy charakter powstawania wzrostu potraumatycznego sprowokował autorów koncepcji do stworzenia modelu powstawania PTG, który prezentuję poniżej (schemat 1) (Tedeschi & Calhoun, 2004). Zgodnie z prezentowanym modelem, trauma, której doświadcza jednostka stanowi wyzwanie dla jej dotychczasowych sposobów radzenia sobie z emocjami, obecnych w niej treści poznawczych, krystalizujących się w schematach, przekonaniach kluczowych i pośredniczących na temat świata, siebie samego i innych oraz stosowanej, do czasu przed wystąpieniem traumy, narracji życiowej jednostki. Narracja odnosi się do sposobu nazywania napotykaných wydarzeń, umiejscawiania kontroli przez osoby biorące udział w wydarzeniu oraz do strategii atrybucji prezentowanej przez jednostkę. Te trzy składowe z jednej strony generują poziom doświadczanego przez człowieka dystresu w sytuacji traumatyzującej. Z drugiej, wpływają na pojawienie się nieświadomych, automatycznych i intruzywnych ruminacji na temat opracowywanego doświadczenia. Na tym etapie bardzo istotne jest to, jakie metody radzenia sobie z sytuacją zastosuje jednostka. Jeżeli w ramach charakterystycznego dla siebie stylu funkcjonowania poznawczego przepracuje pojawiające się ruminacje (na tym etapie głównie negatywne) oraz będzie otwarta na innych i samego siebie w kontekście dzielenia się swoimi przeżyciami, prawdopodobnie zredukuje poziom odczuwanego dystresu a pojawiające się ruminacje będą miały charakter bardziej zamierzony, co może wpłynąć korzystnie na dotychczasowe schematy poznawcze i urozmaicić narrację życiową jednostki. Korzystne w tym procesie będzie uwzględnienie interpretacji zdarzenia oraz strategii radzenia

sobie ze stresem zaczerpnięte od osób udzielających wsparcia. Ostatecznie, dzięki pracy poznawczej i emocjonalnej oraz objawom adekwatnego acz negatywnego przeżywania sytuacji, jednostka ma szansę osiągnąć zadowalający poziom wzrostu potraumatycznego. W konsekwencji, zjawisko to nie tylko wzbogaca życiową mądrość jednostki, ale równocześnie pozwala z niej czerpać w sposób bardziej efektywny.

Dzięki zaprezentowanemu modelowi oraz dostępności licznych badań na temat wzrostu potraumatycznego koncepcja może wydawać się wyczerpana. Jednakże, od lat badacze kontynuują badania w tym zakresie, cały czas przyczyniając się do poszerzania definicji zjawiska potraumatycznego wzrostu poprzez udowadnianie wpływu kolejnych czynników na wykształcanie tego, pożądanego w sytuacji traumy, efektu (Sabiston, McDonough, & Crocker, 2007). Jednym z efektów wciąż prowadzonych prac nad koncepcją PTG jest dwuczynnikowy model PTG autorstwa Zoellner i Maerckera, tzw. Model Janusa (*Two-Faced Janus Model*) (Zoellner & Maercker, 2006). Postuluje on obecność dwóch, przeciwstawnych wymiarów PTG- realnego oraz iluzorycznego. Realny jest tożsamy do tego opisywanego przez Tedeschiego i Calhouna. Iluzoryczny z kolei stanowić ma przykład stosowanej strategii radzenia sobie, w której człowiek oczekuje od siebie i traktuje jako adaptacyjne wyszukiwanie pozytywnych aspektów sytuacji krytycznej, jednocześnie emocjonalnie i poznawczo unikając treści trudnych, uderzających w poczucie bezpieczeństwa i chwiejących dotychczasowymi schematami poznawczymi, które kształtowały rzeczywistość jednostki. Rodzaj prezentowanego PTG przez osoby doświadczające traumy, ma zdaniem autorów, wpływ na długofalową adaptację do życia po zakończeniu trwania traumy.



Schemat 1. Model powstawania wzrostu potraumatycznego (PTG). Za: Tedeschi, Calhoun (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.

### **I.3 Wzrost potraumatyczny u kobiet leczonych z powodu raka piersi**

W kontekście niniejszej pracy tematem nadrzędnym będzie występowanie wzrostu potraumatycznego u kobiet, które zakończyły leczenie onkologiczne raka piersi. Literatura przedmiotu jest w tym zakresie niezwykle obszerna. Dostarcza dużej ilości dowodów na powszechne występowanie wzrostu potraumatycznego u kobiet uprzednio leczonych z powodu raka piersi. Choroba ta niewątpliwie zalicza się do czynników mogących pośredniczyć w powstawaniu wzrostu potraumatycznego. Stanowi ona wydarzenie, które przez swoje długofalowe działanie, generowanie nieustającego poczucia niepewności i podkreślanie podatności człowieka na zranienie (*vulnerability*) nie tylko stanowi o traumie, ale również, zgodnie z modelem Tedeschiego i Calhouna (Tedeschi & Calhoun, 2004), jest w stanie wygenerować odpowiednie reakcje emocjonalne oraz aktywować procesy przetwarzania poznawczego, które sprzyjać będą powstawaniu PTG. Niektórzy autorzy twierdzą wręcz, że wśród wszystkich nowotworów to właśnie rak piersi ma stanowić największy predyktor ujawnienia się zysków płynących z traumy (Benjamin A. Tallman et al., 2007). Może być to poniekąd związane z doniesieniami wiążącymi płęć żeńską z większym prawdopodobieństwem wystąpienia potraumatycznej, pozytywnej transformacji.

Jeśli przyjrzeć się doniesieniom naukowym dotyczącym występowania wzrostu potraumatycznego u kobiet po leczeniu raka piersi, to tym co zwraca uwagę, jest bardzo wysoki odsetek kobiet, które w rzeczywistości zgłaszają korzyści wyniesione z doświadczenia traumatycznego. Zdaniem autorów, większość kobiet chorujących na raka piersi, w jakimś czasie po zakończeniu leczenia zasadniczego, doświadcza PTG (Aflakseir, Soltani, & Mollazadeh, 2018). Badania Fallah (Fallah, Keshmir, Kashani, Azargashb, & Akbari, 2012) donoszą, że odsetek PTG wśród kobiet, które zakończyły leczenie onkologiczne to aż 86,95%. Z kolei zdaniem Bowera odsetek ten jest bliższy 75% (Bower et al., 1998). Niezależnie od tego, które dane są bliższe rzeczywistości to wskazują one na powszechny charakter opisywanego zjawiska i podkreślają wpływ pojawienia się wzrostu potraumatycznego na lepszą jakość życia Amazonek (Fallah et al., 2012; Manne et al., 2004; Mols et al., 2009).

Literatura przedmiotu wskazuje, że kobiety, które zakończyły leczenie raka piersi deklarują pozytywne zmiany we wszystkich opisanych przez Tedeschiego i Calhouna obszarach: zmianie w percepcji siebie, pozytywnych zmianach w relacjach z innymi oraz wzroście w obszarze duchowości (İnan & Ustun, 2014). Zmiany w percepcji siebie, związane najczęściej z poczuciem zwiększenia poczucia sprawczości i własnej siły, rozwojem autonomii, lepszą

samooceną oraz umiejętnością dostrzegania okazji i bardziej elastycznego angażowania się w nie, zostały potwierdzone u kobiet, które doświadczyły raka piersi w badaniach m.in. Mols (Mols et al., 2009) czy Weiss (Weiss, 2002). Można znaleźć również liczne doniesienia na temat poprawy relacji interpersonalnych badanych kobiet, wzrostu zadowolenia z tych relacji, większej otwartości na innych czy silniej zaznaczonej empatii wobec nich (L. G. Calhoun & Tedeschi, 1989; Taku, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2008). Co ciekawe, zmiany w tym obszarze uwidoczniły się również w zwiększonej aktywności nakierowanej na dzielenie się swoimi doświadczeniami związanymi z chorobą, chęcią pomocy kobietom, które dopiero rozpoczynają leczenie oraz na aktywne udzielanie się w grupach zrzeszonych w celu szerzenia świadomości na temat raka piersi (Russell & Carroll, 1999). Innym przejawem wzrostu potraumatycznego, którego występowanie wśród kobiet po leczeniu onkologicznym raka piersi również zostało potwierdzone, jest tzw. wzrost duchowości lub zmiana filozofii życiowej (Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz, & Solomon, 2009; Manne et al., 2004). Część kobiet podaje, że w wyniku zmagania z rakiem piersi zbliżyły się do Boga, mają do niego większe zaufanie, dostrzegają u siebie większe pokłady spokoju, wybaczenia, cierpliwości, wdzięczności oraz chęci do poświęcenia swojego życia czynieniu dobra (Levine et al., 2009). Niektóre pacjentki podają wręcz, że ich zdaniem choroba była dana przez Boga jako środek do poprawy jakości życia (Russell & Carroll, 1999). Poza zyskami w zakresie wiary i religijności pacjentki deklarują również zmianę trybu życia, angażowanie się w ćwiczenia, zarówno duchowe jak i fizyczne, zmianę diety czy zmianę dotychczasowych strategii radzenia sobie ze stresem (Manne et al., 2004).

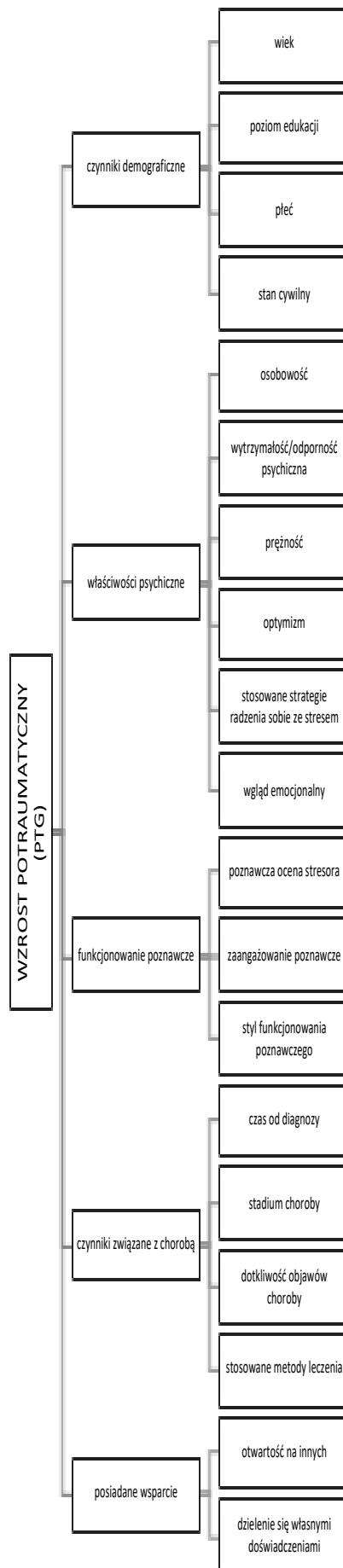
### **I.3.1 Czynniki moderujące występowanie wzrostu potraumatycznego u kobiet leczonych z powodu raka piersi**

Obok przejawów wzrostu potraumatycznego u pacjentek, które zakończyły leczenie raka piersi, drugim, równie zgłębianym w tym zakresie tematem są czynniki moderujące powstawanie PTG. Wiąże się to z nieustannymi wysiłkami specjalistów w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego, służącymi stworzeniu bardziej holistycznych programów leczenia, które będą miały bezpośrednie przełożenie na poprawę, a następnie podtrzymanie jakości życia naszych pacjentów. Bowiem, znając czynniki mogące przyczynić się do powstania PTG możemy zarówno stworzyć programy pomocowe dla pacjentek, które prawdopodobnie będą miały mniejsze szanse na wyciągnięcie korzyści z traumatycznego doświadczenia choroby onkologicznej, jak i skupić się na wykorzystaniu zasobów pacjentek, które teoretycznie mają większe szanse na doświadczenie wzrostu potraumatycznego. Wiele badań stawia pytanie o

czynniki demograficzne jako te, które mogą pośredniczyć w powstaniu PTG. Wyniki są w tym zakresie niejednoznaczne. Wiele z nich twierdzi, że młodszy wiek pacjentki będzie sprzyjał wzrostowi potraumatycznemu (Danahauer, Case, et al., 2013; İnan & Ustun, 2014; Benjamin Ashley Tallman, 2011b; Widows, Jacobsen, Booth-Jones, & Fields, 2005). Może to być związane z większą elastycznością oraz możliwościami poznawczymi młodszych osób, które często stosują bardziej adaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem. Istnieją jednak badania, które wskazują na brak statystycznie istotnej różnicy w zakresie doświadczanego wzrostu potraumatycznego u pacjentów w różnym wieku (Bellizzi & Blank, 2006). Inną zmienną, która, według badań, może mieć wpływ na wykształcenie się PTG, jest stan cywilny i stopień zadowolenia z relacji (Aflakseir, Nowroozi, Mollazadeh, & Goodarzi, 2016). Badacze donoszą, że posiadane wsparcie i korzystanie z niego ma pozytywny wpływ na powstawanie PTG (Danahauer, Case, et al., 2013; İnan & Ustun, 2014). Jest to zgodnie z założeniami modelu Tedeschiego i Calhouna (Tedeschi & Calhoun, 2004). Inną zmienną demograficzną, często braną pod uwagę, jest poziom wykształcenia. Tutaj również wyniki są nierozstrzygające, pojawiają się jednak doniesienia na temat dodatniej korelacji niskiego wykształcenia i pojawienia się wzrostu potraumatycznego (Widows et al., 2005). Kolejną grupę czynników, które zdaniem badaczy przyczyniają się do generowania wzrostu potraumatycznego, są te związane z leczeniem i diagnozą. Okazuje się, że dłuższy czas od postawienia diagnozy, jej stadium, dotkliwość objawów, rodzaj stosowanego leczenia i jego długość mają późniejszy wpływ na zauważanie przez pacjentki korzyści wynikających z doświadczonej traumy (Danahauer, Case, et al., 2013; Romeo et al., 2017; Benjamin Ashley Tallman, 2011b). Wszystkie te czynniki mają bowiem znaczenie w ewaluacji postrzeganego przez pacjenta zagrożenia, co zdaniem autorów modelu PTG jest kluczowe w jego wygenerowaniu. Czym bardziej zaawansowane stadium choroby, czym bardziej dotkliwe objawy i dłuższe leczenie tym większa szansa, że pacjent oceni sytuację jako realnie zagrażającą jego zdrowiu i życiu i zaangażuje się w czynności mające rozwiązać trudną sytuację, w której się znalazł. Z kolei zaangażowanie się w strategię mającą służyć wyjściu z traumy stanowi warunek konieczny wystąpienia PTG (Benjamin Ashley Tallman, 2011b). Dlatego też często stwierdza się częstsze występowanie PTG wśród pacjentek, które ze względu na stopień zaawansowania choroby zostają poddane leczeniu skojarzonemu (chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia i zabieg operacyjny) (Bower et al., 1998; İnan & Ustun, 2014; Benjamin Ashley Tallman, 2011b). Dłuższe i bardziej skomplikowane leczenie przekłada się bowiem na większy wysiłek poznawczy (Danahauer, Russell, et al., 2013), który z kolei może przekształcić się w PTG. Inne czynniki, które mają wpływ na potraumatyczną transformację w wyniku doświadczenia raka

piersi, to wewnętrzne właściwości psychologiczne pacjentek. Badacze wskazują na wytrzymałość psychiczną (rezyliencję) jako czynnik mogący mieć związek z wystąpieniem PTG (Aflakseir et al., 2016). Wskazują jednak, że wytrzymałość ta nie może być zbyt duża, ponieważ istnieje szansa, że w takim wypadku pacjentka nie zaangażuje się poznawczo w wystarczającym stopniu żeby proces powstania PTG mógł zostać zainicjowany (N. Ogińska-Bulik, 2016a). Wytrzymałość wiąże się również z postrzeganym stresem oraz nadzieją, jaką zgłasza pacjentka. Ocena stresora jako zagrażającego oraz obecność nadziei wydają się mieć duże znaczenie podczas kształtowania się PTG (İnan & Ustun, 2014; Benjamin A. Tallman et al., 2007). Znaczenie będzie tu również mieć emocjonalność pacjenta, dobre funkcjonowanie psychiczne przed chorobą (Romeo et al., 2017) oraz wysoki poziom przetwarzania emocjonalnego rozumianego jako wgląd (İnan & Ustun, 2014). Danhauer (Danhauer, Case, et al., 2013) oraz Widows (Widows et al., 2005) podkreślają z kolei rolę stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem w powstawaniu wzrostu potraumatycznego. Wskazują, że strategie, które mogą wpływać bezpośrednio na jego kształtowanie to: aktywne angażowanie się w rozwiązanie problemu, zwrot ku religii, zaangażowanie w reinterpretowanie rzeczywistości oraz szukanie alternatywnych rozwiązań sytuacji. İnan (İnan & Ustun, 2014) również podkreśla korzystny wpływ strategii zorientowanej na problem, w odróżnieniu od strategii ucieczkowych, na aktywowanie PTG. Ogińska (N. Ogińska-Bulik, 2016a) dodatkowo zwraca uwagę na rolę ruminaacji w kształtowaniu się wzrostu potraumatycznego. Podkreśla, że w trakcie trwania leczenia onkologicznego znaczenie będą mieć zarówno ruminacje natrętne, jak i te refleksyjne. W odniesieniu do modelu Tedeschiego i Calhouna mowa tutaj o ruminacjach automatycznych, intruzywnych oraz tych zamierzonych. Po ustaniu trwania bodźca traumatycznego, czyli po zakończonym leczeniu, wpływ na PTG będą mieć już jedynie ruminacje refleksyjne (N. Ogińska-Bulik, 2016a).

Istnieje zatem wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które mogą sprzyjać występowaniu wzrostu potraumatycznego u kobiet, które chorowały i były leczone z powodu raka piersi. Obejmują one te związane z funkcjonowaniem poznawczym i emocjonalnym jednostki w trakcie trwania kryzysu, czynniki związane bezpośrednio z chorobą oraz zasoby pacjentki istniejące jeszcze przed traumą (wytrzymałość, dostępne wsparcie, osobowość). Wszystkie zbadane dotąd czynniki kształtujące PTG znajdują się na schemacie poniżej (schemat 2).



Schemat II. Czynniki generujące powstawanie wzrostu potraumatycznego.



Jednakże, w związku z tym, że koncepcja PTG jest względnie nowa, badacze podejrzewają, że wciąż nie wszystkie czynniki warunkujące go zostały zbadane i potwierdzone (İnan & Ustun, 2014; Sabiston et al., 2007). Szukając kolejnych czynników mogących mieć związek z PTG można skupić się na innych niż dotychczas właściwościach psychologicznych pacjentek oraz kontekstach ich funkcjonowania poznawczego. W niniejszej pracy postawione zostało pytanie o związek wzrostu potraumatycznego z obrazem ciała pacjentek oraz o ewentualny wpływ obrazu ciała na jego kształtowanie się.

#### **I.4 Obraz ciała (*Body Image*)**

Wpływ leczenia raka piersi na ciało pacjentek został opisany powyżej. Jeśli jednak chcemy zbadać jego znaczenie dla wzrostu potraumatycznego musimy wyjść od definicji pojęcia „obraz ciała” (*body image*) oraz przyjrzenia się jego składowym.

Obraz ciała (*body image*) to inaczej schemat ciała, koncepcja ciała czy też wizerunek ciała. Jedną z pierwszych definicji obrazu ciała stworzył Schilder (Smeets, 1997), który twierdził, że jest to: „*obraz naszego własnego ciała, który kreujemy w naszym umyśle i który jest sposobem w jaki ciało objawia się nam samym*”. Rozwój psychologii oraz związanych z nią badań wiązał się jednak z poszerzeniem podanej definicji. Bowiem definicja podana przez Schildera o ile podaje kwintesencję pojęcia, to skupia się jedynie na ciele jako obiekcie, nie uwzględniając percepcji, emocji, myśli czy zachowań związanych z ciałem. Dlatego kolejne próby definicji tego pojęcia uwzględniały nie tylko aspekt percepcyjny obrazu ciała, ale również stosunek emocjonalny oraz poznawczy jednostki wobec własnego ciała oraz interakcje społeczne i ich wpływ na postrzeganie własnej cielesności (Grogan, 1999). W kolejnych latach badacze zaczęli w związku z tym wyliczać kolejne składowe mogące budować obraz ciała a w konsekwencji poczucie Ja cielesnego. W związku z tym zaczęto koncentrować się na: myślach i uczuciach człowieka w stosunku do własnego ciała, zadowoleniu z wagi, adekwatności percepcji rozmiarów ciała, satysfakcji z wyglądu i rozmiarów ciała, ocenie wyglądu, obawach związanych z ciałem, schemacie ciała w poznawczej strukturze jednostki, docenianiu i akceptacji ciała jako takiego (Grogan, 1999). W dalszych rozważaniach wzięto również pod uwagę zachowania wobec ciała i postawy jednostki wobec ciała (Mirucka, 2003b; Slade, 1994). Wiązało się to z łączeniem obrazu ciała z coraz lepiej poznawanymi zaburzeniami psychicznymi takimi jak anoreksja czy bulimia. Dzięki temu dokonywano na bieżąco zmian w podręcznikach kategorii diagnostycznych tych chorób (Nitsch, Prajs, Kurpisz, & Tyburski, 2012). Przełożyło się to z kolei na stworzenie nowej definicji obrazu ciała jako: „*miary cech*

*percepcyjnych, kognitywnych i behawioralnych składających się na postawę względem ciała”* (Rosen, Reiter, & Orosan, 1995). Inną definicję obrazu ciała, w której uwzględniono postawę wobec niego, stworzył Slade (Slade, 1994). Jego zdaniem obraz ciała to: *„obraz, który mamy w swoim umyśle dotyczący rozmiarów, kształtu i formy naszego ciała oraz naszych uczuć skierowanych do właściwości i składowych części naszego ciała”*. Swoją wieloaspektową propozycję rozumienia obrazu ciała Slade opisał w stworzonym przez siebie modelu. Jego zdaniem, obraz ciała, będący reprezentacją umysłową ciała, jest bezpośrednio związany z czynnikami historycznymi, kulturowymi, społecznymi, indywidualnymi i biologicznymi (Mirucka, 2003b). Wśród nich Slade wyróżnił siedem grup:

- A. Sensoryczne doświadczenia z całego życia jednostki – doświadczana za pomocą wszystkich zmysłów, szczególnie wzroku oraz dotyku percepcja formy, rozmiaru, kształtu i wyglądu ciała; w związku z nieustająco zmieniającymi się doświadczeniami sensorycznymi i doznaniem jednostki odbiór tych danych również podlega zmianom;
- B. Fluktuacja wagi ciała – zgodnie z założeniami autora zmiany samej wagi ciała mają zasadniczy wpływ na kształtowanie obrazu ciała i postaw wobec niego; dobry przykład stanowią tutaj kobiety chorujące na anoreksję i bulimię – widać u nich zmiany percepcji, emocji i zachowań wobec ciała, które dokonują się w związku ze zmianami wagi ciała;
- C. Normy kulturowe i społeczne – grupa czynników kreująca „pożądaną” sylwetkę, postawę wobec ciała, preferowane i zalecane zachowania wobec własnego ciała;
- D. Indywidualne postawy względem wagi i kształtu ciała – bezpośrednio związane z normami kulturowymi i społecznymi w oparciu, o które jednostka tworzy własny repertuar zachowań względem ciała, subiektywnie ocenia swoje ciało, fantazjuje na jego temat itd.;
- E. Zmienne kognitywne i afektywne – ich działanie uwidacznia się w tzw. efekcie instrukcji werbalnej na ocenę adekwatności obrazu ciała; efekt ten polega na zmianie percepcji własnego ciała w zależności od zastosowanego kanału przetwarzania – emocjonalnego lub poznawczego; na przykład: pacjentki chorujące na zaburzenia odżywiania często przejawiają tendencję do „czucia się” bardziej grubymi (ocena emocjonalna) niż same się oceniają (ocena poznawcza);
- F. Indywidualna psychopatologia – pozostająca pod wpływem wcześniejszych grup czynników: norm kulturowych i społecznych, indywidualnej postawy wobec wagi i kształtu ciała oraz zmiennych kognitywnych i afektywnych; wszystkie one mają przełożenie na doświadczenia patologiczne w obrębie psychiki, które w połączeniu z czynnikami indywidualnymi mogą mieć wpływ na obraz ciała;

G. Czynniki biologiczne – takie jak cykl menstruacyjny czy metabolizm, których wpływ na obraz ciała został potwierdzony w badaniach naukowych.

Opisany model jest połączeniem trzech nurtów teoretycznych, które zajmują się obrazem ciała: socjokulturowego, poznawczo- behawioralnego oraz teorii uprzedmiotowienia (Grogan, 1999). Podejście socjokulturowe i teoria uprzedmiotowienia koncentrują się na społecznym aspekcie obrazu ciała, wpływie innych ludzi na percepcję własnego ciała. Wskazują również jak ważną rolę obraz ciała odgrywa w kształtowaniu postaw wobec innych ludzi, jak wpływa na proces adaptowania się, odnajdowania się w nowych sytuacjach. Ma to oczywiście związek z wpływem obrazu ciała na samoocenę, poczucie atrakcyjności czy dopasowanie społeczne. W kontekście pacjentek, które przeszły leczenie raka piersi, wątek ten wydaje się niezwykle istotny. Z kolei podejście poznawczo – behawioralne wskazuje nie tylko na środowisko jako czynnik kształtujący obraz ciała, ale również na indywidualne funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne jednostki oraz jej fizjologię i przejawiane zachowania. Zatem wszystkie czynniki, które wyróżnił również Slade (Slade, 1994). Podejście to podkreśla nie tylko ocenę własnego ciała jakiej dokonuje jednostka, ale również inwestycję emocjonalną jaką dokonuje jednostka oraz wpływ tej inwestycji na dalsze funkcjonowanie.

Uwzględniając bogatą tradycję badań nad obrazem ciała, na potrzeby niniejszej pracy będziemy posługiwać się, jednoczącą wszystkie wyżej wymienione teorie, definicją stworzoną przez Beatę Mirucką (Mirucka, 2003b). Jej zdaniem, w obecnych czasach, obraz ciała to: *„wysoce złożona reprezentacja umysłowa, odzwierciedlająca wielowymiarowy sposób odnoszenia się do ciała, który uwzględnia behawioralny, emocjonalny i intelektualny komponent postawy, która kształtuje się w bogatym kontekście czynników historycznych, kulturowych, społecznych, indywidualnych i biologicznych”* (str. 215). Istotnym aspektem rozważań Miruckiej, która poświęciła swoją pracę badawczą zagadnieniu obrazu ciała, jest uwzględnienie jego roli w kształtowaniu osobowości jednostki (Mirucka, 2003a). Jej zdaniem, obraz ciała, który jest bezpośrednio związany z pojęciem Ja cielesnego, stanowić może nie tylko czynnik wpływający na kształtowanie się osobowości, ale również jej element. Jest to zgodne z poglądami innych badaczy, którzy upatrują w obrazie ciała siły sprawczej do kształtowania się poczucia tożsamości (Nitsch et al., 2012).

Znając definicję obrazu ciała, należy się również zastanowić nad tym, na co może mieć wpływ. Zaprezentowane teorie nie pozostawiają bowiem wątpliwości, że konstrukt ten będzie miał

wpływ na psychikę i funkcjonowanie każdego człowieka. I tak, wiele badań potwierdza wpływ obrazu ciała na funkcjonowanie poznawcze oraz emocjonalne jednostki. Sposób postrzegania swojego ciała, opinia na jego temat, emocje związane z doświadczaniem go, oceną i percepcją przekładają się bezpośrednio na zachowania jednostki oraz jej samopoczucie (Nitsch et al., 2012). Mirucka z kolei podkreśla rolę obrazu ciała w kształtowaniu się osobowości, która stanowi źródło wielu zachowań, postaw, uczuć i reakcji jednostki (Mirucka, 2003b). Badaczka zwraca również uwagę na wpływ obrazu ciała na percepcję siebie, która przekłada się na poczucie własnej sprawczości, samoocenę, wiarę we własne zdolności itd. Z kolei inni badacze koncentrują się na roli obrazu ciała w kształtowaniu stosunku do innych ludzi, relacji interpersonalnych, postaw polegających na angażowaniu się lub wycofywaniu z relacji międzyludzkich (Cash & Deagle, 1997; Slade, 1994). Nie można oprzeć się wrażeniu, że czynniki mające związek z obrazem ciała mają wiele wspólnego z czynnikami mogącymi wpływać na wykształcenie się wzrostu potraumatycznego o czym pisano wyżej. Dlatego warto przyjrzeć się temu jak obraz ciała może wiązać się z przebytym leczeniem raka piersi oraz jaki może mieć wpływ na powstawanie wzrostu potraumatycznego.

#### **I.4.1 Obraz ciała po przebytych leczeniu raka piersi**

Temat pogarszającego się obrazu ciała u pacjentek, które zakończyły leczenie raka piersi był już omawiany w kontekście jakości życia. Żeby jednak podkreślić rolę obrazu ciała w jego kształtowaniu oraz to jak ogromny wpływ leczenie onkologiczne raka piersi ma na pogarszający się *body image* należy przyjrzeć się literaturze dostępnej w tym szczególnym temacie.

Oczywistością wydaje się stwierdzenie, że rak piersi prowadzi do dostrzegalnych zmian w ciele. Badania potwierdzają, że pacjentki, które zakończyły leczenie raka piersi dostrzegają oraz zgłaszają problemy jakie pojawiają się u nich wraz ze zmianami w ciele (Chang et al., 2014; Garcia et al., 2017). Zmiany te, zależnie od rodzaju zastosowanego leczenia, dotyczą: deformacji lub utraty fragmentu ciała, wypadania włosów, ogólnego przemęczenia, zmiany wagi, zmian w obrębie twarzy, rąk, stóp itd. (Kolodziejczyk & Pawlowski, 2019). Wszystkie te efekty przekładają się bezpośrednio na pogorszenie obrazu ciała pacjentek (Rostowska & Walecka-Matyja, 2003). To jak ważne jest zwrócenie uwagi na ten aspekt funkcjonowania psychicznego pacjentek z rakiem piersi pokazują dane, według których odsetek deklarowanego pogorszenia obrazu ciała wśród pacjentek waha się między 50 a 95% (Fobair et al., 2006; Rhondali et al., 2015). Badacze podkreślają konieczność projektowania interwencji

skierowanych na dbałość o obraz ciała wśród pacjentek chorujących na raka piersi (Rostowska & Walecka-Matyja, 2003), ponieważ gorszy obraz ciała zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych konsekwencji psychicznych, fizycznych i społecznych leczenia (Chang et al., 2014). Zwiększa również prawdopodobieństwo stosowania przez pacjentki unikających strategii radzenia sobie ze stresem. Z badań wynika, że pacjentki zgłaszają pierwsze obawy i zaaferowanie poznawcze tematem obrazu ciała jeszcze przed rozpoczęciem leczenia (Fobair et al., 2006). Przekłada się to na rodzaj poszukiwanego przez nie wsparcia. Według niektórych badaczy (Chang et al., 2014; Rostowska & Walecka-Matyja, 2003) część pacjentek już na etapie przygotowań do rozpoczęcia leczenia raka piersi zgłasza potrzebę wsparcia psychologicznego nakierowanego na obawy związane z obrazem ciała i jego zmianami w wyniku zastosowanego leczenia. Spostrzeżenia te powinny sprzyjać powstawaniu interwencji terapeutycznych, które już na początku leczenia odpowiedzą na to specyficzne zapotrzebowanie pacjentek. Co wydaje się w tym kontekście tym bardziej zachęcające, to wyniki badań Morone (Morone et al., 2014) zgodnie z którymi czym mniejsze postrzegane zmiany w obrazie ciała i mniejszy dystres z tym związany, tym lepsza jakość życia i powodzenie rehabilitacji po zakończeniu leczenia.

Wśród czynników mających wpływ na obraz ciała wśród pacjentek leczonych z powodu raka piersi wymienia się: rodzaj stosowanego leczenia (Fobair et al., 2006; Garcia et al., 2017; Paterson, Lengacher, Donovan, Kip, & Tofthagen, 2017; Rezaei, Elyasi, Janbabai, Moosazadeh, & Hamzehgardeshi, 2016; Rosenberg et al., 2013; L. Schover et al., 1995), wiek pacjentek (Miller, Schnur, Weinberger-Litman, & Montgomery, 2014; Paterson et al., 2017), zadowolenie z relacji partnerskiej przed rozpoczęciem leczenia (Rezaei et al., 2016) oraz stan psychiczny podczas i po leczeniu (Rosenberg et al., 2013). Zdaniem badaczy rodzaj stosowanego leczenia i jego konsekwencje przekładają się na obraz ciała pacjentek. Na przykład, zdaniem części badaczy, zabieg mastektomii w porównaniu z jednoczesową rekonstrukcją piersi ma dużo gorszy wpływ na obraz ciała pacjentek (Rosenberg et al., 2013; L. Schover et al., 1995). Inne badania donoszą, że negatywny obraz ciała wiąże się zarówno z całkowitym usunięciem gruczołu piersiowego, jak i z zabiegiem rekonstrukcyjnym (Fobair et al., 2006). Wynika to zdaniem naukowców z faktu, że chociaż konsekwencje dla ciała pacjentki są różne w zależności od zastosowanego zabiegu, to obie metody chirurgiczne wiążą się z widocznymi i często bolesnymi zmianami w obrębie ciała oraz ze specyficznymi emocjami oraz interpretacją poznawczą. Badacze pozostają jednak zgodni co do negatywnego wpływu chemioterapii i radioterapii na obraz ciała pacjentek (Fobair et al., 2006; Rosenberg et al.,

2013). Badania potwierdzają, że utrata włosów, nagły spadek lub przybranie na wadze, odczyny popromienne, bóle mięśniowo-szkieletowe, przewlekłe zmęczenie i inne efekty uboczne tych metod leczenia wpływają negatywnie na obraz ciała pacjentek. Jeżeli chodzi o wiek pacjentek, to niektóre badania wskazują, że młode kobiety są bardziej narażone na pogorszenie obrazu ciała w wyniku zastosowanego leczenia (Paterson et al., 2017). Tym bardziej jeśli już przed rozpoczęciem leczenia deklarowały niski poziom zadowolenia z własnego ciała (Miller et al., 2014). W takiej sytuacji zarówno młody wiek, jak i ocena własnego ciała stają się predyktorami doświadczania większej ilości stresu podczas leczenia raka piersi. Z kolei pacjentki, u których w wyniku zastosowanego leczenia rozwinęły się objawy depresyjne i/lub lękowe również są bardziej narażone na spadek oceny własnego ciała (Fobair et al., 2006; Rosenberg et al., 2013). Nie należy również zapominać o społecznym wymiarze obrazu ciała. Badania potwierdzają bowiem, że kobiety, które już przed leczeniem miały problemy w relacji partnerskiej, nie otrzymywały wystarczającej ilości wsparcia podczas leczenia oraz były wykształcone i aktywne zawodowo, doświadczały zauważalnie większego pogorszenia w obrębie obrazu ciała (Chang et al., 2014; Rezaei et al., 2016).

Wiedząc jakie czynniki mają wpływ na zmieniający się obraz ciała należy się również zastanowić nad tym na jakie aspekty funkcjonowania po leczeniu będzie mieć wpływ w populacji kobiet, które chorowały na raka piersi. Badania potwierdzają, że wpływ ten będzie nie tylko istotny, ale również wieloaspektowy. Bowiem, zdaniem badaczy, pogorszenie się obrazu ciała w wyniku zastosowanego leczenia będzie mieć bezpośredni związek z: pogorszeniem jakości życia seksualnego lub pełnym zrezygnowaniem z tego aspektu życia (Fobair et al., 2006; Paterson et al., 2017; L. Schover et al., 1995), spadkiem samooceny pacjentek (Fobair et al., 2006), pogorszeniem jakości relacji z partnerem (Fobair et al., 2006; Paterson et al., 2017; Rezaei et al., 2016), zwiększeniem odczuwanego przez nie stresu i dyskomfortu, które mogą stanowić podstawę do wykształcenia i podtrzymania objawów depresyjnych i/lub lękowych (Paterson et al., 2017; Rosenberg et al., 2013), spadkiem jakości życia rozumianej jako gorsze funkcjonowanie społeczne – mniejsze zadowolenie z pracy, pogorszenie relacji, opory w nawiązywaniu nowych znajomości, nadmierowe koncentrowanie się na wyglądzie w sytuacjach społecznych (Garcia et al., 2017).

Wiedząc jak zagrożony jest obraz ciała pacjentek leczonych z powodu raka piersi oraz orientując się w tym jakie konsekwencje może mieć negatywna ocena własnego ciała na

funkcjonowanie pacjentek warto przyrzeć się temu jaka jest zależność między obrazem ciała a występowaniem wzrostu potraumatycznego w opisywanej grupie.

### **I.5 Związek między wzrostem potraumatycznym a obrazem ciała w populacji kobiet leczonych z powodu raka piersi**

Mimo iż koncepcja wzrostu potraumatycznego powstała już wiele lata temu badawcze w dalszym ciągu wskazują na pewne braki w definicji samego zjawiska oraz w modelach powstawania PTG (Zoellner & Maercker, 2006). To z kolei generuje dalsze badania nad samym konstruktom oraz rozwój koncepcji. W kontekście niniejszej pracy niezwykle ważna jest praca Sabistona i jego zespołu (Sabiston et al., 2007), którzy mając na uwadze klasyczny model PTG Tedeschiego i Calhouna, przeprowadzili własne badania na pacjentkach chorujących na raka piersi i wyciągnawszy wnioski, poszerzyli model wzrostu potraumatycznego. Zwrócili uwagę na większy zasięg samego zjawiska, poszerzając jego definicję o aktywność fizyczną, poczucie kontroli oraz zmianę w postrzeganiu własnej fizyczności (Sabiston et al., 2007). Badacze zachęcali do dalszych badań nad wzrostem potraumatycznym dostrzegając palącą potrzebę rozwijania tego konstruktu ze względu na, ich zdaniem, zaniedbanie w definiowaniu zjawiska PTG koncepcji obrazu ciała i zmian w nim zachodzących (Hefferon, Greal, & Mutrie, 2010). I rzeczywiście, literatura przedmiotu w zakresie wpływu obrazu ciała na proces wzrostu po traumie jest niezwykle ograniczona. Większość dostępnych artykułów wskazuje na pozytywny obraz ciała jako efekt wystąpienia wzrostu potraumatycznego (Hefferon et al., 2010), traktując ciało w sposób bardzo powierzchowny, jako jeden z obszarów, w odniesieniu do którego może pojawić się PTG. Wydaje się, że jak dotąd jedynym badaczem, który podjął próbę udowodnienia, że ciało samo w sobie odgrywa kluczową rolę w formowaniu się wzrostu potraumatycznego jest Kate Hefferon wraz z zespołem (Hefferon et al., 2010). Przeprowadzone przez nią badanie jest kluczowe dla niniejszej pracy, dlatego zostanie szczegółowo opisane.

Czerpiąc z tradycji psychologii egzystencjalnej, teorii radzenia sobie z traumą (*terror management theory*) oraz hipotezy o świadomości własnej śmiertelności (*mortality salience hypothesis*) Hefferon stawia hipotezę, że ciało stanowi nieodzowny element, wręcz katalizator, nie tylko kształtowania się wzrostu potraumatycznego, ale również jego odczuwania i raportowania. Badaczka opiera się tutaj szczególnie o założenia Franka (1998), który twierdzi, że „*możemy poznać świat tylko dzięki naszemu ciału, a zatem nasza tożsamość pochodzi bezpośrednio od naszych doczesnych doświadczeń czynionych poprzez nasze ciało*” (str. 226, tłumaczenie własne). Idąc dalej, Frank twierdzi, że „*doświadczenie psychologicznego wzrostu*

*jest możliwe tylko i wyłącznie poprzez nasze fizyczne Ja oraz stan bycia*” (str. 226, tłumaczenie własne) (Hefferon et al., 2010). Należy zwrócić szczególną uwagę na to czym ciało było dla pacjentek przed chorobą oraz jak doświadczały go w trakcie i po leczeniu. Wiele kobiet zgłasza, że przed postawieniem diagnozy ich ciała stanowiły symbol kobiecości, były źródłem ich tożsamości płciowej oraz społecznej, definiowały je (Fatone, Moadel, Foley, Fleming, & Jandorf, 2007; Taleghani, Yekta, & Nasrabadi, 2006). Z kolei po leczeniu, ciało bardzo często jest traktowane jako symbol i nieustające przypomnienie o śmiertelności oraz przeszłej traumie (Cordova, 2008). Wielu autorów, podkreślając rolę ciała i jego obrazu w życiu kobiet przed i po leczeniu, kontynuuje swoje rozważania wskazując, że wiele kobiet dzięki doświadczeniu i pokonaniu negatywnych konsekwencji chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii czy zabiegu operacyjnego rozwija nowy poziom doceniania swojego fizycznego funkcjonowania, które z kolei przekłada się na większą świadomość własnego ciała oraz pozytywny związek z tym samym ciałem, które jeszcze podczas leczenia stanowiło dla nich źródło niesłabnącego lęku (Cella & Tross, 1986; Dahan & Auerbach, Carl, 2006). Hefferon korzystając z tych wniosków i chcąc sprawdzić swoją hipotezę, przeprowadziła badania jakościowe, polegające na wywiadzie oraz analizie narracji pacjentek. Wywiady przeprowadzono z 10 pacjentkami, u których wykształcił się wzrost potraumatyczny w wyniku działań podjętych podczas leczenia raka piersi. Kobiety zostały zapytane o to co oznaczała dla nich choroba, jakie zmiany dostrzegają w swoim życiu po zakończeniu leczenia, jakim czynnikom przypisują poszczególne zmiany, co stanowi dla nich korzyść z choroby itd. Dzięki analizie narracji przeprowadzonej przez jej zespół, Hefferon wydzieliła osiem głównych wątków jakie pojawiały się w wypowiedziach pacjentek, jednak szczególną uwagę zwróciła na wątek ciała i jego obraz.

Stworzona w drodze analiz koncepcja „nowego ciała” została przez badaczy podzielona na 3 podtematy: obawa przed nowym ciałem, negatywne konsekwencje chemioterapii oraz ponowne komunikowanie się z własnym ciałem.

Obawa przed nowym ciałem stanowi efekt nieustającej, w przypadku osób, które mogą doświadczyć nawrotu choroby, traumy (Cordova, 2008). Kobiety, z którymi Hefferon przeprowadziła wywiady, opisywały swoje ciało jako „pole minowe” (str. 233, tłumaczenie własne), przestrzeń, w której każdy najmniejszy objaw może stanowić symbol nawrotu. Z wywiadów wynikało również, że przebadane pacjentki doświadczały dużego lęku w związku z „nową podatnością” na zakażenia lub inne choroby, postrzegały swoje ciało jako zmienione,



bardziej narażone na niebezpieczeństwa innych chorób. Sprowadza się to do wskazywanego we wcześniejszych badaniach (Milne, Guilfoyle, Gordon, Wallman, & Courneya, 2007; Sabiston et al., 2007) poczucia utraty kontroli nad czymś co zazwyczaj stanowi symbol kontroli, czyli naszym własnym ciałem.

Kolejny podtemat stanowiły negatywne konsekwencje chemioterapii. W wywiadach przeprowadzonych przez Hefferon najczęściej pojawiały się głosy na temat następujących efektów chemioterapii: wzrost wagi, zaburzenia smaku, utrata zainteresowań seksualnych, zmęczenie, nudności oraz ogólne poczucie wyniszczenia. Z często wstrząsających opowieści pacjentek na temat doświadczeń związanych z ciałem, a odnoszących się do leczenia chemioterapią, Hefferon wyciągnęła wniosek, że w związku z doświadczanymi trudnościami, po ich ustaniu, pacjentki odkryły w sobie nowe pokłady uznania i docenienia własnych zdrowia i ciała (bezpośrednio związane ze wzrostem potraumatycznym). We wspomnieniach pacjentek, trauma jakiej doświadczyły podczas chemioterapii i „uszkodzenia” ciała w tamtym okresie stanowiły dla nich przypomnienie o tym jak bardzo należy doceniać własne zdrowie, zarówno to przed chorobą, jak i to na nowo odzyskane.

Ostatnim podtematem wydzielonym przez zespół Hefferon było ponowne komunikowanie się z własnym ciałem. W rzeczywistości, w każdym z dziesięciu przeprowadzonych wywiadów pojawiały się wypowiedzi dotyczące nowej świadomości własnego ciała oraz bardziej pozytywnej relacji z własnym ciałem w porównaniu z czasem sprzed leczenia. Wiązało się to między innymi z tym, że ciało stanowiło tak naprawdę pierwsze źródło dostrzegania pozytywnych zmian dotyczących własnego zdrowia. Dochodzenie do siebie po zastosowanym leczeniu, stopniowe wycofywanie się efektów ubocznych zauważane w ciele, stanowiło dla pacjentek źródło nadziei oraz dało szansę na nowe spojrzenie na przebyte doświadczenie (proces wykształcania się wzrostu potraumatycznego). Hefferon zwraca uwagę: *„to bardzo ciekawy przejaw wzrostu potraumatycznego [lepszy kontakt z własnym ciałem, „przeistoczenie się”], który został osiągnięty poprzez fizyczne odarcie ciała z włosów, wymuszone poczucie zmęczenia i nudności a następnie odmłodzenie własnego self. Taki proces odrodzenia, odmłodzenia czy po prostu wykształcenia się wzrostu potraumatycznego mógł być ułatwiony jedynie poprzez ciało”* (str. 238, tłumaczenie własne). Z wypowiedzi pacjentek wynika również, że dzięki doświadczeniu choroby ich ciała stały się niejako narzędziem, służącym im jako swoisty barometr tego co doświadczają. Dzięki tej nowo odkrytej zdolności ciała, stały się

bardziej samoświadome, wzrosło ich poczucie własnej skuteczności oraz zmieniała się percepcja siebie (składowe wzrostu potraumatycznego).

Na bazie przeprowadzonych wywiadów Hefferon wysnuwa wniosek: „*wpływ ciała na tożsamość jest kluczowy w zrozumieniu procesu powstawania wzrostu potraumatycznego jako konsekwencji fizycznej traumy związanej z chorobą*” (str. 240, tłumaczenie własne). Wśród przebadanych pacjentek wątek ciała stanowił nieodłączną część ich opowieści o doświadczonej traumie. Co więcej, ich ciała były symbolami zarówno traumy, jak i dochodzenia do siebie. Pacjentki doświadczały choroby poprzez ciało oraz poprzez ciało doświadczały dochodzenia do siebie. Niezaprzeczalny jest proces przechodzenia od negatywnego do pozytywnego obrazu własnego ciała wśród przebadanych pacjentek i jego wpływ na wykształcenie się u nich wzrostu potraumatycznego. Zburzenie a potem odbudowanie własnego obrazu ciała stanowiło w wypowiedziach pacjentek nieodzowny element zapoczątkowania procesu powstawania PTG. Dlatego Hefferon, w ślad za innymi badaczami, wskazuje na konieczność prowadzenia dalszych badań nad wpływem ciała oraz jego obrazu na PTG. Co więcej, badaczka postuluje uwzględnienie obrazu ciała w modelach powstawania wzrostu potraumatycznego. Dlatego właśnie to praca Hefferon stała się inspiracją do opisanego niżej badania, którego celem było zbadanie wpływu obrazu ciała na powstawanie wzrostu potraumatycznego z jednoczesnym uwzględnieniem osobowości, subiektywnej oceny nastroju oraz stylów radzenia sobie ze stresem jako mogących moderować powstawanie zarówno wzrostu potraumatycznego, jak i objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD).

## **II. Cele pracy, pytania i hipotezy badawcze**

Jak dotąd niewiele prac poświęcono analizie relacji między wzrostem potraumatycznym a obrazem ciała. Dodatkowo, wiele prac koncentrujących się na PTG poszukuje jednoczynnikowego wpływu określonych cech medycznych, psychologicznych i/lub społecznych moderujących powstawanie PTG. W związku z tym, podstawowym celem prezentowanej pracy była ocena tego czy i jeśli tak, to jak obraz ciała zmienia się w trakcie leczenia pacjentek z diagnozą raka piersi oraz jaki może mieć wpływ na powstawanie wzrostu potraumatycznego. Ponadto, niniejsze badanie służyło sprawdzeniu moderującego wpływu czynników takich jak: strategie radzenia sobie ze stresem, nastrój oraz osobowość na tworzenie się potraumatycznego wzrostu oraz objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD).

W niniejszym badaniu postawiono następujące pytania oraz hipotezy badawcze.

**Pytanie badawcze nr 1: Czy w badanej grupie pacjentek wystąpi wzrost potraumatyczny?**

*Hipoteza nr 1: W badanej grupie pojawi się wzrost potraumatyczny.*

**Pytanie badawcze nr 2: Czy leczenie onkologiczne wpłynie negatywnie na obraz ciała wśród przebadanych pacjentek?**

*Hipoteza nr 2: Leczenie onkologiczne będzie mieć negatywny wpływ na obraz ciała wśród przebadanych pacjentek w trakcie leczenia zasadniczego.*

**Pytanie badawcze nr 3: Czy istnieje zależność między występowaniem wzrostu potraumatycznego a obrazem ciała?**

*Hipoteza nr 3: Im bardziej negatywna ocena obrazu ciała po zakończonym, zasadniczym leczeniu onkologicznym tym z mniejszym prawdopodobieństwem wystąpi wzrost potraumatyczny.*

**Pytanie badawcze nr 4: Czy istnieje zależność pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego?**

*Hipoteza nr 4: Adaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem, takie jak: aktywne radzenie sobie z kryzysem, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach oraz zwrot ku religii sprzyjają występowaniu wzrostu potraumatycznego.*

**Pytanie badawcze nr 5: Czy istnieje zależność pomiędzy cechami osobowości a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego?**

*Hipoteza nr 5.1: Wysoki poziom ekstrawersji, sumienności, ugodowości i otwartości na doświadczenie sprzyjają wystąpieniu wzrostu potraumatycznego.*

*Hipoteza nr 5.2: Wysoki poziom neurotyczności utrudnia występowanie wzrostu potraumatycznego.*

*Hipoteza nr 5.3: Cechy osobowości typu D (negatywna emocjonalność oraz hamowanie społeczne) utrudniają występowanie wzrostu potraumatycznego.*

**Pytanie badawcze nr 6: Czy istnieje związek pomiędzy nastrojem a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego?**

*Hipoteza 6: Subiektywna ocena nastroju będzie czynnikiem moderującym wpływ innych czynników, takich jak obraz ciała na powstawanie wzrostu potraumatycznego.*

**Pytanie badawcze nr 7: Czy w badanej grupie pacjentek będą występować objawy zespołu stresu pourazowego?**

*Hipoteza nr 7: W badanej grupie pacjentki będą przejawiać objawy zespołu stresu pourazowego.*

### **III. Materiał i metody**

#### **III.1 Procedura badania**

Prezentowane badanie zostało przeprowadzone w schemacie korelacyjnym, ma charakter obserwacyjny oraz podłużny. Grupę badawczą stanowiły pacjentki Dolnośląskiego Centrum Onkologii, leczone z powodu raka piersi na terenie Centrum Chorób Piersi Breast Unit. Badanie trwało 1,5 roku (styczeń 2019- czerwiec 2020), dzięki czemu możliwym było obserwowanie pacjentek od czasu rozpoczęcia przez nie leczenia aż do jego zakończenia. Pomiary odbywały się w trzech punktach czasowych. Główną zmienną wyjaśnianą był wzrost potraumatyczny u pacjentek, które zakończyły leczenie zasadnicze. Drugą zmienną wyjaśnianą były ewentualne objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD), które kontrolowano podczas ostatniego pomiaru. Wskaźnikami wymienionych zmiennych były wyniki kwestionariuszy - Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu (IPW) oraz Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (ZSWZ). Zmiennymi wyjaśniającymi były: diagnoza oraz leczenie raka piersi, stan psychiczny pacjentek, ich obraz ciała, osobowość oraz deklarowane sposoby radzenia sobie ze stresem. Wskaźnikami podanych zmiennych testowych były wyniki następujących kwestionariuszy: Skala Depresji Becka (*Beck Depression Inventory; BDI*), Skala Oceny Ciała (*Body Esteem Scale; BES*), Inwentarz Osobowości NEO-FFI, Skala do Pomiaru Typu D (DS-14) oraz Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE) oraz dane zebrane w stworzonym na potrzeby badania kwestionariuszu demograficznym.

Badanie ze względu na swój podłużny charakter prowadzone było przez 1,5 roku. Każda pacjentka była badana na trzech etapach swojej ścieżki leczenia:

- I.** na początku: przed rozpoczęciem leczenia, ale po postawieniu diagnozy raka piersi;
- II.** w trakcie leczenia: po zakończeniu pierwszej formy leczenia a przed rozpoczęciem kolejnej;
- III.** po zakończeniu: około 5-7 tygodni po zakończeniu leczenia zasadniczego.

Badanie otrzymało pozytywną ocenę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (nr KB- 564/2018).

Ze względu na indywidualny charakter leczenia onkologicznego pacjentki były badane przez różny okres czasu. Proces leczenia niektórych pacjentek zamykał się w ok. 6 miesiącach. Dla innych proces leczenia okazywał się dużo dłuższy, np. ponad rok. Różnice między badanymi

pojawiły się w II pomiarze badania ze względu na różnorodność oferowanych planów leczenia. Dla niektórych pacjentek pierwszą formą leczenia był zabieg chirurgiczny, dla innych chemioterapia lub hormonoterapia. Te różnice przekładały się bezpośrednio na odstępy pomiędzy I a II pomiarem oraz II a III pomiarem.

Pacjentki były rekrutowane do badania podczas odbywających się w Centrum Chorób Piersi konsyliów wielodyscyplinarnych, na których były informowane o proponowanym planie leczenia. Wszystkie pacjentki wiedziały na tym etapie, że chorują na raka piersi po otrzymaniu wyników badania histopatologicznego z próbek pobranych podczas biopsji. Na tym etapie, pacjentki były zapoznawane z opisem i celami badania (*Informacja o badaniu*), były proszone o pisemne wyrażenie zgody na udział w badaniu (*Zgoda na udział w badaniu*) oraz dostęp do danych osobowych (*Informacja o sposobie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych*). Następnie, zostały poinformowane o dobrowolności wzięcia udziału w badaniu, anonimowości danych oraz możliwości wycofania się z badania na każdym jego etapie. Po wyrażeniu powyższych zgód, pacjentki były proszone o samodzielne wypełnienie zestawu 5 kwestionariuszy: Kwestionariusza Osobowości NEO-FFI, Skali Depresji Becka (BDI), Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skali do Pomiaru Typu D (DS-14) oraz Skali Oceny Ciała (BES). Kwestionariusze były wręczane osobiście przez badacza. Wyniki poszczególnych testów były kodowane przypisanym na tym etapie, każdej pacjentce, indywidualnym numerem. Służyć to miało możliwości prześledzenia indywidualnej ścieżki każdej pacjentki po zakończeniu leczenia zasadniczego.

Drugi pomiar był prowadzony wśród pacjentek, które w pełni wypełniły kwestionariusze z pomiaru pierwszego oraz zakończyły pierwszy etap swojego leczenia i przygotowywały się do kolejnego. W tym miejscu badane były proszone o samodzielne wypełnienie 4 kwestionariuszy: Skali Depresji Becka (BDI), Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skali do Pomiaru Typu D (DS-14) oraz Skali Oceny Ciała (BES). Podobnie jak poprzednio, kwestionariusze były wręczane osobiście przez badacza a dane uzyskane od pacjentek były kodowane z wykorzystaniem numeru przypisanego pacjentce na pierwszym etapie badania.

Trzeci i ostatni pomiar przeprowadzony został wśród pacjentek, które zwróciły w pełni wypełnione kwestionariusze zarówno w I, jak i w II fazie badania oraz zakończyły zasadnicze leczenie onkologiczne – w zależności od indywidualnego planu leczenia były to chemioterapia,

radioterapia i/lub leczenie chirurgiczne (hormonoterapia traktowana jest jako leczenie uzupełniające ze względu na konieczność przyjmowania leków przez okres 5-10 lat i ich podtrzymujący, dla efektów dotychczasowego leczenia, charakter). Pomiar ten został wykonany 5-7 tygodni po zakończeniu przez nie leczenia zasadniczego (informacje uzyskane dzięki dostępowi do bazy danych pacjentów z poziomu pracownika Dolnośląskiego Centrum Onkologii). Pacjentki w ostatniej fazie badania wypełniały zestaw następujących kwestionariuszy: Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu (IPW), Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (ZSWZ), Skala Depresji Becka (BDI), Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skala do Pomiaru Typu D (DS-14) oraz Skala Oceny Ciała (BES). Dodatkowo, na tym etapie, pacjentki wypełniały autorski kwestionariusz osobowy zawierający: pytania o charakterze demograficznym (wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, ilość posiadanych dzieci, wykształcenie, waga, wzrost), prośbę o scharakteryzowanie przebytego procesu leczenia (rodzaje zastosowanego leczenia, efekty uboczne poszczególnych rodzajów leczenia oraz ich trwałość) i pytania o wsparcie jakie pacjentka otrzymywała podczas leczenia i jego adekwatność (wsparcie od bliskich, psychologa, psychiatry). Dane uzyskane ze wszystkich zwróconych testów zostały, podobnie jak w poprzednich dwóch fazach, zakodowane z użyciem numeru przyporządkowanego indywidualnie do każdej pacjentki. Poniżej przedstawiono schemat prezentujący poszczególne etapy badania.

Tabela 1. Wykorzystanie kwestionariuszy na poszczególnych etapach badania.

	Kwestionariusze							
	NEO- FFI	BDI	COPE	DS-14	BES	IPW	ZSWZ	METRYCZKA
I POMIAR	X	X	X	X	X			
II POMIAR		X	X	X	X			
III POMIAR		X	X	X	X	X	X	X

### III.2 Charakterystyka grupy badanej

Na pierwszym etapie badania zebranych zostało 156 wypełnionych zestawów testowych. W drugim etapie wzięło udział 138 kobiet. W miarę upływu czasu oraz postępu leczenia część pacjentek wycofywała się z udziału w badaniu. Jako najczęstszą przyczynę rezygnacji z

dalszego udziału w badaniu pacjentki podawały zmęczenie utrudniające skupienie się nad wypełnieniem licznych kwestionariuszy. Inną przyczyną była zmiana ośrodka leczącego i w konsekwencji brak możliwości śledzenia postępów leczenia poszczególnych pacjentek. Ostatecznie, we wszystkich trzech etapach badania wzięło udział 117 kobiet – pacjentek leczonych z powodu nowotwór piersi w Centrum Chorób Piersi Breast Unit przy Dolnośląskim Centrum Onkologii. Zakres ich wieku wyniósł między 26 a 78 lat ( $M = 55,66$ ;  $SD = 11,19$ ). Szczegółowy rozkład zmiennych socjodemograficznych, zarówno ilościowych jak i jakościowych, wszystkich 117 pacjentek został przedstawiony w tabelach 2 i 3.

Tabela 2. Charakterystyka ilościowych zmiennych socjodemograficznych badanej próby.

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Wiek	55,66	56,00	11,12	26,00	78,00
BMI	26,88	26,70	4,41	18,40	38,10
Czas między pomiarem 1 i 2 (dni)	55,91	12,00	79,54	2,00	340,00
Czas pomiędzy pomiarem 1 i 3 (dni)	227,34	197,50	89,28	80,00	498,00
Czas pomiędzy pomiarem 2 i 3 (dni)	171,43	157,00	56,06	64,00	358,00

Średnie czasy pomiędzy pomiarami wskazują na ilość dni jakie upłynęły pacjentom na zasadniczym leczeniu raka piersi. Średni czas między rozpoczęciem leczenia (1 pomiar) a ukończeniem pierwszego etapu leczenia (2 pomiar) wyniósł około 2 miesięcy. Średni czas od zakończenia pierwszego etapu leczenia (2 pomiar) do 5-7 tygodni po zakończenia leczenia zasadniczego (3 pomiar) wyniósł około 5,5 miesiąca. Z kolei średni czas od rozpoczęcia leczenia (1 pomiar) do zakończenia leczenia zasadniczego (3 pomiar) wyniósł około 7,5 miesiąca.

Tabela 3. Charakterystyka jakościowych zmiennych socjodemograficznych badanej próby.

		<i>N</i>	%
Czy posiada Pani dzieci?	Tak	101	86,3
	Nie	16	13,7
Wykształcenie	Podstawowe	2	1,7
	Gimnazjalne	0	0,0
	Średnie	44	37,6
	Zawodowe	13	11,1
	Wyższe	58	49,6



Stan cywilny	Panna	11	9,4
	Mężatka	75	64,1
	Rozwiedziona	15	12,8
	Wdowa	16	13,7
Miejsce zamieszkania	Wieś	23	19,8
	Miasto poniżej 50 tys.	38	32,8
	Miasto poniżej 100 tys.	9	7,8
	Miasto powyżej 100 tys.	46	39,7

Poza danymi socjodemograficznymi, pacjentki zostały zapytane o dane medyczne oraz psychologiczne dotyczące ich procesu leczenia. Dane medyczne zostały dodatkowo zweryfikowane dzięki dostępowi do dokumentacji medycznej, zagwarantowanemu przez Dolnośląskie Centrum Onkologii.

W zakresie stosowanego leczenia onkologicznego okazało się, że wszystkie pacjentki były poddane leczeniu chirurgicznemu, większość również radioterapii (89,7%) i hormonoterapii (71,8%), a nieco mniej niż połowa – chemioterapii (41,9%). Nowotwór większości pacjentek miał charakter jednoogniskowy (75,2%). Rozkład pozostałych zmiennych związanych z charakterystyką nowotworu i sposobu leczenia, a także otrzymywanego wsparcia podczas leczenia przedstawiony został w tabeli 4.

*Tabela 4. Rozkład zmiennych związanych ze sposobem leczenia, charakterystyką nowotworu i otrzymywanym wsparciem podczas leczenia.*

		N	%
<b>Zmienne medyczne</b>			
Leczenie chirurgiczne	Nie	0	0,0%
	Tak	117	100,0%
Chemioterapia	Nie	68	58,1%
	Tak	49	41,9%
Radioterapia	Nie	12	10,3%
	Tak	105	89,7%
Hormonoterapia	Nie	33	28,2%
	Tak	84	71,8%
Powikłania po chirurgii	Nie	102	87,2%
	Tak	15	12,8%

Powikłania po chemioterapii	Nie	77	65,8%
	Tak	40	34,2%
Czy powikłania pozostały po zakończeniu leczenia zasadniczego?	Nie	90	76,9%
	Tak	27	23,1%
Piers	Lewa	72	61,5%
	Prawa	44	37,6%
	Obie	1	0,9%
Typ histologiczny	Inwazyjny	106	90,6%
	Przedinwazyjny	11	9,4%
Ogniskowość nowotworu	Jednoogniskowy	88	75,2%
	Wielogniskowy	29	24,8%
<b>Zmienne psychologiczne</b>			
Wsparcie społeczne	Tak	116	99,1%
	Nie	1	0,9%
Adekwatność wsparcia społecznego	Tak	112	95,7%
	Nie	5	4,3%
Czy korzysta z pomocy psychologa	Tak	54	46,2%
	Nie	63	53,8%
Czy korzysta z pomocy psychiatry	Tak	12	10,4%
	Nie	103	89,6%

Jedynie 15 ze 117 pacjentek podało występowanie powikłań pooperacyjnych, jednak aż 40 pacjentek, z grupy 49 poddanych chemioterapii, odpowiedziało twierdząco na pytanie o występowanie jej efektów ubocznych. Wśród komplikacji pooperacyjnych pacjentki najczęściej wskazywały na: obrzęk miejsca operowanego, przedłużające się gojenie rany wynikające z martwicy skóry lub zakażenie gronkowcem oraz obrzęk limfatyczny.

Wśród efektów ubocznych chemioterapii pacjentki wymieniały: utratę włosów (zarówno na głowie, jak i reszcie ciała, brwi i rzęsy), nudności i wymioty, polineuropatie, ogólne osłabienie organizmu (oceniane subiektywnie lub obiektywnie w odniesieniu do danych medycznych – np. stwierdzenie leukopenii), grzybicę jamy ustnej, zmianę lub utratę smaku, wzrost wagi, bóle kostno-stawowe, zmiany grzybicze lub wypadanie paznokci, objawy przekwitania (uderzenia gorąca, zatrzymanie miesiączkowania, problemy ze snem, spadek libido), problemy jelitowe (biegunki, zaparcia), zmiany skórne oraz pogorszenie funkcjonowania poznawczego opisywanego przez pacjentki jako problemy z pamięcią, spadek koncentracji, pomyłki

językowe („*chemobrain*”). W zakresie efektów ubocznych chemioterapii żadna z Pań nie zgłosiła pojedynczego problemu. Wśród wszystkich kobiet zgłaszających efekty uboczne leczenia chemioterapią, każda zauważyła u siebie minimum dwie niepokojące zmiany.

Wśród przebadanych pacjentek 12 potwierdziło korzystanie ze wsparcia psychiatry. 11 z nich zadeklarowało przyjmowanie leków przepisanych przez lekarza psychiatrę. 9 z 11 pań przyjmujących leki psychiatryczne zostały przepisane leki antydepresyjne ze zróżnicowanymi substancjami aktywnymi: mianseryna (2 pacjentki), sertralina (1 pacjentka), wenlafaksyna (1 pacjentka), escitalopram (3 pacjentki), trazodon (1 pacjentka), i wortioksetyna (1 pacjentka). Dwóm z pań, które zadeklarowały przyjmowanie leków psychiatrycznych, przepisano leki przeciwlękowe, z grupy beznodiazepin z alprazolamem jako substancją aktywną.

### III.3 Narzędzia badawcze

W prezentowanym badaniu wykorzystanych zostało siedem kwestionariuszy:

1. Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu; w polskiej adaptacji Niny Ogińskiej-Bulik i Zygryda Juczyńskiego (oryginał: Posttraumatic Growth Inventory autorstwa Richarda G. Tedeschi’ego i Lawrence’a G. Calhouna) (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010);
2. Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń; w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego (oryginał: Impact of Event Scale – Revised autorstwa Daniela S. Weissa) (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2009);
3. Skala Depresji Becka (Beck Depression Inventory) (Beck, Steer, & Brown, 1996);
4. Skala Oceny Ciała; w polskiej adaptacji Małgorzaty i Mariusza Lipowskich (oryginał: Body Esteem Scale autorstwa Stephena L. Franzoi’ego i Stephanie A. Shields) (Lipowska & Lipowski, 2013);
5. Inwentarz Osobowości NEO-FFI, w polskiej adaptacji Bogdana Zawadzkiego, Jana Strelaua, Piotra Szczepaniaka i Magdaleny Śliwińskiej (oryginał: NEO Five-Factor Inventory autorstwa Paula Costy i Roberta R. McCrea) (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, & Śliwińska, 2010);
6. Skala do Pomiaru Typu D, autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik, Zygryda Juczyńskiego i Johana Denolleta (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2012);
7. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem, w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik (oryginał: COPE Inventory autorstwa Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdishy K. Weintraub) (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2012).

Wszystkie wymienione kwestionariusze stanowią rzetelne narzędzia diagnostyczne, których właściwości psychometryczne zostały zbadane i opisane w literaturze przedmiotu.

### **III.3.1 Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu (IPW)**

Twórcami tego kwestionariusza, a zarazem pierwszymi badaczami, którzy podjęli próbę zdefiniowania potraumatycznego wzrostu, są Richard Tedeschi i Lawrence Calhoun (Tedeschi & Calhoun, 2004). Z kolei zespół pod przewodnictwem Niny Ogińskiej-Bulik i Zygryda Juczyńskiego dokonał polskiej adaptacji niniejszego narzędzia (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010). Zgodnie z założeniami autorów, kwestionariusz ma pomóc w ocenie wszelkich pozytywnych zmian zgłoszonych przez jednostkę, która doświadczyła traumatycznych wydarzeń. Przeprowadzone badania psychometryczne polskiej wersji testu potwierdzają zadowalającą trafność oraz rzetelność narzędzia. Ponadto, autorzy tłumaczenia, dzięki przeprowadzonym przez siebie badaniom, dostarczyli tabele normalizacyjne dla polskiej populacji (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010).

Użycie kwestionariusza wymagało zgodny autorów polskiej adaptacji, którą to zgodę otrzymano po wcześniejszym zapoznaniu jednego z autorów ze szczegółowym planem badania oraz jego celami.

Kwestionariusz składa się z 21 pozycji. Odpowiadają one 4 skalom, które odzwierciedlają obszary, w których może wystąpić wzrost potraumatyczny:

- A. Zmiany w percepcji siebie – w związku z doświadczoną traumą, człowiek poszerza swoje horyzonty, zauważa nowe możliwości oraz odczuwa większe zaufania do siebie samego;
- B. Zmiany w relacjach z innymi – człowiek dostrzega zmianę w zakresie związków z innymi ludźmi, staje się bardziej empatyczny, altruistyczny, wyrozumiały;
- C. Większe docenianie życia – definiowane jako zmiana filozofii życiowej, przekładające się na zmianę dotychczasowych priorytetów oraz większe docenianie każdego dnia, doświadczenia itd.;
- D. Zmiany duchowe – dostrzegalne przez człowieka zmiany w zakresie jego rozumienia kwestii duchowych, często przejawiające się w postaci większej religijności.

Badanie polega na odpowiedzi na każde z 21 pytań na sześć-stopniowej skali Likerta (0-5), gdzie 0 oznacza „nie doświadczyłam/em tej zmiany w wyniku kryzysu” a 5 „doświadczyłam/em

tej zmiany w bardzo dużym stopniu”. Poprzez zsumowanie poszczególnych odpowiedzi, przyporządkowanych do wymienionych skal otrzymuje się wynik ogólnych kwestionariusza, które daje obraz tego w jakim stopniu osoba badana doświadczyła wzrostu potraumatycznego. Czym wyższy wynik tym większy wzrost.

### **III.3.2 Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (ZSWZ)**

Kwestionariusz ten powstał w wyniku wspólnej pracy D. S. Weissa i C. R. Marmara. Narzędzie służy subiektywnej ocenie negatywnego wpływu wydarzenia traumatycznego na życie jednostki. Użyty w tym badaniu kwestionariusz składa się z 22 pozycji i jest zrewidowaną wersją, wcześniejszego, 15-itemowego testu. Wszystkie stwierdzenia zawarte w teście odnoszą się do objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD), zgodnych z definicją tego zaburzenia zawartą w podręczniku DSM-IV (DSM-V dodaje nową kategorię objawów, konieczną do postawienia diagnozy PTSD, jednak podany kwestionariusz nie przeszedł jeszcze aktualizacji a przez to również normalizacji zgodnej z nowymi kryteriami diagnostycznymi) (Gałęcki et al., 2018).

Odnosząc się do kryteriów diagnostycznych zespołu stresu pourazowego zawartych w podręczniku DSM-IV, Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń mierzy objawy PTSD na 3 skalach:

- A. Intruzja – powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą;
- B. Pobudzenie – wzmożona czujność, lęk, osłabiona koncentracja, rozdrażnienie;
- C. Unikanie – podejmowane próby „pozbycia się” myśli, emocji, obrazów i wrażeń związanych z doświadczoną traumą.

Badanie z wykorzystaniem tego narzędzia polega na samodzielnym odpowiedzeniu na wszystkie 22 stwierdzenia poprzez zaznaczenie jednej z 5 odpowiedzi, gdzie 0 oznacza „wcale nie” a 4 „zdecydowanie tak”. Osoba badana ma za zadanie odnieść się do podanych twierdzeń, uwzględniając ostatnie 7 dni. Wyniki na poszczególnych skalach oraz dla całości testu otrzymuje się poprzez dodanie do siebie wartości poszczególnych itemów oraz podzielenie ich przez liczbę twierdzeń w danej skali. Czym wyższe wyniki na poszczególnych skalach tym z większym prawdopodobieństwem u badanego występują objawy PTSD. Punktem odcięcia zarówno dla wyszczególnionych skal, jak i dla skali ogólnej jest wynik 1,5, który wskazuje na przynajmniej umiarkowane nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego. Zgodnie z zaleceniami autorów, narzędzie to nie jest wykorzystywane do diagnozowania zespołu stresu

pourazowego, jednak jego wyniki pozwalają wnioskować o występowaniu jego niektórych objawów a tym samym zmuszają do dokładniejszego przyjrzenia się pacjentowi, który doświadczył wydarzenia traumatycznego.

### **III.3.3 Skala Depresji Becka (BDI)**

W celu określenia stanu psychicznego badanych pacjentek zastosowano jeden z najczęściej wykorzystywanych w tym celu samoopisowych kwestionariuszy, czyli Skalę Depresji Becka. Stworzony w latach 60. test stanowi narzędzie, w którym badany subiektywnie ocenia natężenie objawów depresyjnych, odpowiadając na 21 zawartych w nim pytań. Wybór tego kwestionariusza dyktowany był powodami zarówno praktycznymi, jak i metodologicznymi. Inwentarz jest wygodny w użyciu, krótki oraz zakłada samodzielne wypełnienie przez badanego. Daje wgląd w objawy depresyjne, których może doświadczać pacjent. Z punktu widzenia badacza, skupienie się na objawach depresyjnych w kontekście prezentowanego badania było istotne z dwóch powodów. Literatura przedmiotu podaje, że zaburzenie afektywne jednobiegunowe jest najczęściej współwystępującym z chorobą onkologiczną zaburzeniem psychicznym (Sesiuk & Rzepiela, 2016). Co więcej, emocjonalność pacjenta ma też niebagatelny wpływ na kształtowanie się wzrostu potraumatycznego oraz zmienność obrazu ciała, która jest kształtowana zarówno przez emocje, jak i poznawcze funkcjonowanie jednostki.

Wyniki ogólny testu otrzymuje się poprzez zsumowanie wszystkich odpowiedzi pacjenta (odpowiedzi od 0 do 3, na których można ocenić swój stan emocjonalny, przeważający rodzaj i treść myśli oraz podejmowane lub unikane przez pacjenta zachowania). Czym wyższy wynik tym z większym prawdopodobieństwem należy spodziewać się u pacjenta klinicznej formy depresji. Szczególną uwagę należy zwrócić na osoby uzyskujące w teście wynik powyżej 11 punktów z 63 możliwych (próg dla co najmniej łagodnego nasilenia objawów depresyjnych).

### **III.3.4 Skala Oceny Ciała (BES)**

Do oceny obrazu ciała wśród badanej grupy posłużono się Skalą Oceny Ciała stworzoną w oryginale przez Stephena L. Franzoi'ego i Stephanie A. Shields (*Body Esteem Scale*) a zaadaptowaną do polskiej populacji przez Małgorzatę i Mariusza Lipowskich. Zadaniem kwestionariusza jest określenie emocjonalnego i poznawczego stosunku badanych do ich własnego ciała. Test składa się z 35 itemów. Każdy z nich odpowiada innej części ciała a

zadaniem badanego jest ocenienie każdej z tych części na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „mam silne negatywne odczucia”, 3 oznacza stosunek neutralny, a 5 „mam silne pozytywne odczucia”. Wszystkie zawarte w inwentarzu itemy są przyporządkowane do jednej z trzech skal, różniących się w zależności od płci. W związku z tym, że w opisywanym badaniu uczestniczyły jedynie kobiety, skupimy się na 3 skalach wyodrębnionych z myślą o nich:

- A. Atrakcyjność seksualna – wiąże się z poglądami na części ciała, których wyglądu nie można zmienić poprzez angażowanie się w aktywność fizyczną (dotyczy to np. subiektywnej oceny zadowolenia z wyglądu ust czy piersi); w przypadku kobiet, stosunek do zawartych tu elementów ciała może wiązać się z podejmowanymi próbami eksponowania ich, podkreślaniem seksualności i sensualności poprzez np. makijaż lub zabiegi kosmetyczne czy plastyczne;
- B. Kontrola Wagi – w odróżnieniu od części ciała związanych z atrakcyjnością seksualną, elementy podlegające tej skali mogą być modyfikowane dzięki ćwiczeniom fizycznym lub stosowaniu określonej diety;
- C. Kondycja Fizyczna – koncentruje się na poglądzie badanych na ogólną sprawność ich ciała, wytrzymałość, siłę czy zwinność; istotne w odniesieniu do codziennego funkcjonowania i oceny ewentualnych zmian na ogólne funkcjonowanie organizmu w przypadku leczenia onkologicznego.

Wyniki kwestionariusza otrzymuje się poprzez zsumowanie poszczególnych odpowiedzi. Czym wyższy wyniki na danej skali tym wyższa ocena tego obszaru obrazu ciała u badanej. Ponadto, dzięki autorom polskiej wersji kwestionariusza, istnieje możliwość porównania otrzymanych wyników z wynikami normalizacyjnymi (Lipowska & Lipowski, 2013).

### **III.3.5 Inwentarz Osobowości NEO-FFI**

Zadaniem tego kwestionariusza jest diagnoza cech osobowości uwzględnionych w 5-czynniowym modelu osobowości zwanym Wielką Piątką. Inwentarz został stworzony przez Paula Costę i Roberta McCrae jako rozszerzenie ich własnej teorii osobowości. Zgodnie z nią osobowość człowieka można opisać wykorzystując w tym celu 5 cech, które stanowią taksonomię zachowań przejawianych przez ludzi w różnych sytuacjach. Spójność zachowań w określonej sytuacji sugeruje występowanie u jednostki danej cechy osobowości. Przekłada się to bezpośrednio na stosowane metody radzenia sobie ze stresem, emocjonalne zaangażowanie lub jego brak w niektóre działania, sposób interpretowania zdarzeń, komunikowania się itd. W skład Wielkiej Piątki, opisywanej przez autorów, wchodzi:

- A. Ekstrawersja – opisuje jakość oraz ilość relacji interpersonalnych w życiu jednostki; pozwala zorientować się w poziomie aktywności, energii i zaangażowaniu jednostki oraz w jej predyspozycji do przeżywania pozytywnych emocji;
- B. Neurotyczność – odpowiada emocjonalnemu niezrównoważeniu jednostki, stanowi przeciwieństwo emocjonalnego przystosowania; w odróżnieniu do ekstrawersji odzwierciedla skłonność do przeżywania negatywnych emocji oraz stanowi wskaźnik potencjału przeżywania wzmożonego stresu emocjonalnego;
- C. Otwartość na doświadczenie – jest cechą, która w dużej ilości świadczy o wysokiej tolerancji nowości (niski poziom tej cechy stanowi z kolei wykładnię wysokiej nietolerancji frustracji), świadczy o prezentowanej przez jednostkę ciekawości poznawczej oraz decyduje o pozytywnej lub negatywnej ocenie doświadczeń życiowych;
- D. Ugodowość – w parze z ekstrawersją opisuje stosunek jednostki do innych ludzi; waha się między altruizmem a antagonizmem, opisuje predyspozycje człowieka do współpracy lub zwraca uwagę na tendencję w kierunku skrajnej autonomii;
- E. Sumienność – wskazuje na stopień zaangażowania jednostki w działania ukierunkowane na cel; opisuje stopień zorganizowania, wytrwałości i rzetelności, które znajdują odzwierciedlenie w stopniu motywacji jednostki do konkretnego działania.

Kwestionariusz jest narzędziem samoopisowym. Składa się z 60 stwierdzeń, na które badany odpowiada wykorzystując 5-stopniową skalę Likerta, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się”, a 5 „zdecydowanie zgadzam się”. Wyniki sumuje się osobno, dla każdej skali, odpowiadającej jednej z pięciu cech wchodzących w skład Wielkiej Piątki. W efekcie otrzymuje się indywidualną matrycę osobowości badanego, którą można porównać z danymi normalizacyjnymi dla polskiej populacji, dostarczonymi przez autorów polskiej adaptacji testu (Zawadzki et al., 2010).

### **III.3.6 Skala do Pomiaru Typu D (DS-14)**

Jako uzupełnienie wyżej opisanego kwestionariusza osobowości, w niniejszym badaniu zastosowano również Skalę do Pomiaru Typu D (DS-14), która jest narzędziem służącym do pomiaru natężenia cech tzw. osobowości typu D. Jest to typ osobowości (charakteryzowany podobnie jak typ A i typ B), który, zgodnie z założeniami twórcy tego konstruktu Johana Denolleta, opisuje osoby wykazujące większą niż przeciętnie tendencję do doświadczania negatywnych uczuć i stanów, takich jak: depresja, lęk, wrogość czy gniew (Denollet, 2000).



Ponadto, osoby takie często opisują siebie w sposób negatywny oraz intensywnie skupiają się na swoim stanie somatycznym co przekłada się na ich gorsze przystosowanie i znoszenie wszelkich chorób, szczególnie serca oraz nowotworowych. Osoby takie, ze względu na specyfikę przeżywanych emocji oraz prezentowany styl poznawczy, często prezentują unikowy sposób radzenia sobie z sytuacjami, mają tendencję do rezygnowania z interakcji społecznych. Skala do Pomiaru Typu D ma w związku z tym za zadanie zmierzenie natężenia wymiarów osobowości D, które zostały opisane przez dwie skale narzędzia:

- A. Negatywna Emocjonalność – skłonność do przeżywania negatywnych emocji;
- B. Hamowanie Społeczne – ogólna tendencja do unikania wyrażania przeżywanych, negatywnych emocji oraz angażowania się w zachowania mogące je zdradzić.

Jeśli na obu opisanych skalach, jednostka otrzyma wyniki 10 lub powyżej, uprawomocnia to do stwierdzenia występowania u niej osobowości typu D.

Zadaniem badanego jest odpowiedzenie na 14 pytań na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 0 oznacza „fałszywe”, a 4 „prawdziwe”. Dwie pozycje testu są odwrócone. Po zsumowaniu odpowiedzi w ramach danej skali otrzymuje się wynik, który służy interpretacji stopnia natężenia danej cechy u osoby badanej oraz określeniu dopasowania cech osobowości D u danej osoby.

### **III.3.7 Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE)**

Zgodnie z oficjalną nazwą kwestionariusza COPE, służy on ocenie tego jak jednostka radzi sobie ze stresem. Kwestionariusz został stworzony przez Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdishy K. Weintraub, a polskiej adaptacji dokonali Zygfryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik w ramach podręcznika „Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem” (NPSR) (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2012). Podejmowane w stresie zachowania są bardzo często efektem interpretacji poznawczej oraz emocji jakie pojawiają się w sytuacji stresującej, takiej jak ciężka choroba somatyczna.

Kwestionariusz składa się z 60 stwierdzeń, na które badany odpowiada, odwołując się do najczęściej przejawianych przez siebie zachowań, przy pomocy 4-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza „prawie nigdy tak nie postępuję”, a 4 „prawie zawsze tak postępuję”. W drodze analiz psychometrycznych autorzy wyodrębnili 15 rodzajów sposobów radzenia sobie z

sytuacją stresującą, które sklasyfikowali w skale pomiarowe narzędzia (po 4 itemy do każdej strategii):

A. Aktywne radzenie sobie:

A.1 Aktywne radzenie sobie – odnosi się do angażowania się przez jednostkę w czynności mające przynieść rozwiązanie problemu;

A.2 Planowanie – opisuje zorganizowany i uporządkowany sposób podejścia do problemu, metodologiczne rozplanowanie działania w celu wprowadzenia zmiany;

A.3 Unikanie konkurencyjnych działań – opisuje sytuację, w której jednostka zaprzestaje podejmowania innych działań poza tymi, które mają służyć rozwiązaniu sytuacji problemowej;

A.4 Powstrzymanie się od działania – odnosi się do sytuacji, w której zmiana może zostać osiągnięta jedynie poprzez zaniechanie działań szkodliwych;

A.5 Pozytywne przewartościowanie i rozwój – opisuje sytuację, w której jednostka dokonuje pozytywnej zmiany w myśleniu o problemie i skupia się na pozytywnych stronach zaistniałej sytuacji, traktując je jako bodźce służące rozwojowi indywidualnemu;

B. Akceptacja:

B.1 Akceptacja – oddaje przeżyty przez jednostkę proces pozytywnej akceptacji sytuacji;

B.2 Odwracanie uwagi – odnosi się do zachowań mających służyć przekierowaniu uwagi na inne sfery życia, które również wymagają uwagi jednostki;

C. Wsparcie i emocje:

C.1 Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego – działania mające na celu zorganizowanie wsparcia finansowego, instytucjonalnego, informacyjnego, fizycznego itd.;

C.2 Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – działania mające na celu pozyskanie wsparcia płynącego od innych ludzi, tworzenie sieci wsparcia odpowiadającej na emocjonalne potrzeby jednostki;

C.3 Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie – wgląd i akceptacja doświadczanych przez jednostkę emocji oraz udzielenie sobie zgody na wyrażanie tych emocji w sposób adaptacyjny i akceptowalny społecznie;

D. Zwrot ku religii – poszukiwanie wsparcia, otuchy i opieki w instytucjach religijnych, wśród wyznawców danej wiary lub ich przewodników duchowych lub po prostu w filozofii danego wyznania;

#### E. Strategie unikowe:

E.1 Zaprzeczanie – negowanie istnienia problemu, angażowanie się w zachowania, które przeczą istnieniu sytuacji stresującej;

E.2 Zaprzestanie działań – niepodejmowanie działań, które mogłyby okazać się pomocne lub kluczowe w rozwiązaniu trudności i zaprzestaniu odczuwania stresu;

E.3 Zażywanie alkoholu i/lub innych używek – zachowania skierowane na stosowanie używek, których działanie tłumi przeżywanie określonych emocji oraz uniemożliwia zaangażowanie się w działania służące rozwiązaniu problemu;

E.4 Poczucie humoru – tzw. zaśmiewanie, obracanie sytuacji w żart, które ma służyć ucieczce przed konfrontacją z rzeczywistym problemem.

Wyniki w poszczególnych skalach są osiągnane poprzez zsumowanie wyników odpowiednich itemów a następnie podzielenie otrzymanego wyniku przez 4. Czym wyższą wartość w danej skali osiąga badany z tym większym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że w sytuacji stresowej stosuje odpowiednie dla niej metody radzenia sobie z sytuacją. To co zwraca uwagę to wewnątrz podział podanych skal na 4 grupy, które w różnym stopniu pokazują adaptacyjność i pozytywny wpływ na jednostkę stosowanych przez nią strategii radzenia sobie ze stresem.

### III.4 Analiza danych

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu SPSS Statistics 25 (IBM) oraz program Microsoft Excel 2016 (Microsoft Office).

W analizie zastosowano następujące testy statystyczne:

- do zbadania normalności użyte zostały: test Kołmogorowa-Smirnowa, analiza skośności i kurtozy oraz analiza wizualna (histogramy);
- porównanie wyników uzyskanych w próbie w stosunku do wyników w populacji wykonano w oparciu o test  $t$  Studenta dla jednej próby;
- analizę korelacji liniowej między zmiennymi ilościowymi wykonano przy użyciu współczynnika  $r$  Pearsona;
- przetestowanie modelu wyjaśniającego poziom jednej zmiennej zależnej na podstawie wielu zmiennych niezależnych oparto o analizę regresji liniowej;

- w celu sprawdzenia interakcyjnego wpływu zmiennej na związek między innymi dwoma zmiennymi wykonano analizę moderacji przy użyciu makra PROCESS 3.4;
- porównanie średnich w więcej niż dwóch grupach przeprowadzono w oparciu o jednoczynnikową analizę wariancji z analizą post-hoc metodą Bonferronięgo;
- porównanie dwóch grup, których liczebność była nierówna przeprowadzono przy użyciu testu *U* Manna-Whitney'a.

Dla wszystkich zastosowanych metod statystycznych przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

## IV. Wyniki

### IV.1 Charakterystyka psychologiczna grupy badanej

#### IV.1.1 Wzrost potraumatyczny (kwestionariusz IPW)

Zgodnie z otrzymanymi wynikami, ponad połowa badanych (53%) otrzymała wyniki odpowiadające wysokiemu poziomowi wzrostu potraumatycznego (PTG) (tabele 5 i 6), kolejne 24% badanych pacjentek prezentowała średnie natężenie PTG a 23% jego niskie nasilenie. Otrzymane wyniki zostały odniesione do norm stenowych, zaprezentowanych przez autorów polskiej wersji kwestionariusza (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010) i w nawiązaniu do nich zostały zinterpretowane pod kątem stopnia odczuwania przez przebadane pacjentki pozytywnych konsekwencji doświadczonej traumy. Zgodnie z wytycznymi autorów polskiej wersji kwestionariusza, wyniki z przedziału 5-6 stanu traktuje się jako przeciętne, 7-10 wysokie, a 1-4 jako niskie.

Tabela 5. Normy stenowe dla wzrostu potraumatycznego w polskiej populacji.

Wynik surowy	Sten
0-20	1
21-29	2
30-39	3
40-53	4
54-63	5
64-72	6
73-81	7
82-87	8
88-95	9
96-105	10

Tabela 6. Analiza częstości dla wyników standaryzowanych nasilenia PTG w badanej próbie.

	<i>n</i>	%
Niskie (1-4 sten)	27	23,0%
Średnie (5-6 sten)	28	24,0%
Wysokie (7-10 sten)	62	53,0%

Średnie wyniki otrzymane przez pacjentki z badanej grupy na poszczególnych skalach kwestionariusza IPW oraz jego ogólnego natężenia zaprezentowano w tabeli 7.

Tabela 7. Statystyki opisowe kwestionariusza IPW w badanej grupie.

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
<b>Wzrost Potraumatyczny</b>									
PTG - zmiany w percepcji siebie	28,03	30,00	10,55	-0,73	0,12	0,00	45,00	0,12	<0,001
PTG - zmiany w relacjach z innymi	24,08	26,00	8,35	-0,99	0,60	0,00	35,00	0,12	<0,001
PTG - większe docenianie życia	11,26	12,00	3,53	-1,32	1,39	0,00	15,00	0,20	<0,001
PTG - zmiany duchowe	5,18	6,00	3,08	-0,31	-0,99	0,00	10,00	0,13	<0,001
PTG - ogółem	68,55	74,00	23,04	-1,01	0,71	0,00	104,00	0,11	0,001

Ponadto, analiza z wykorzystaniem testu *t* Studenta dla jednej próby (tabela 8) wykazała, że kobiety z badanej próby charakteryzowały się istotnie wyższym nasileniem PTG w zakresie zmian w relacjach z innymi, większego doceniania życia oraz jego wskaźnika ogólnego w porównaniu do kobiet pracujących, których wyniki zostały uwzględnione przez twórców polskiej wersji kwestionariusza w próbie normalizacyjnej (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010).

Tabela 8. Porównanie nasilenia PTG w badanej próbie do próby normalizacyjnej kobiet z populacji ogólnej.

	Wartości z próby		Kobiety z populacji ogólnej	Różnica średnich	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>			
PTG - zmiany w percepcji siebie	28,03	10,55	26,18	1,85	1,90	0,060
PTG - zmiany w relacjach z innymi	24,08	8,35	22,11	1,97	2,55	<b>0,012</b>
PTG - większe docenianie życia	11,26	3,53	10,38	0,88	2,68	<b>0,008</b>
PTG - zmiany duchowe	5,18	3,08	5,27	-0,09	-0,32	0,751
PTG - ogółem	68,55	23,04	63,95	4,60	2,16	<b>0,033</b>

Adnotacja. W prezentowanych tabelach pogrubieniem zaznaczono wyniki istotne statystycznie.

#### IV.1.2 Objawy zespołu stresu pourazowego (kwestionariusz ZSWZ)

W kolejnym kroku sprawdzono jak przedstawiało się nasilenie objawów PTSD, mierzonych Zrewidowaną Skalą Wpływu Zdarzeń (ZSWZ) w badanej próbie oraz porównano osiągnięte przez przebadane pacjentki wyniki z tymi osiągniętymi przez kobiety po mastektomii, które stanowiły grupę normalizacyjną w psychometrycznym opisie narzędzia (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2009).

Analiza wykazała, że kobiety z próby badanej charakteryzowały się istotnie niższym nasileniem objawów PTSD na skali ogólnej, a także w zakresie intruzji i pobudzenia, w porównaniu do kobiet po mastektomii (tabela 9). Jednocześnie, wyniki na wszystkich skalach

ZSWZ w badanej próbie przekroczyły punkt odcięcia wynoszący 1,5 i wskazujący na występowanie przynajmniej średniego nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2009), tym samym potwierdzając występowanie jego objawów w próbie przebadanych pacjentek (tabela 10).

Tabela 9. Porównanie nasilenia objawów PTSD w badanej próbie do próby normalizacyjnej kobiet po mastektomii.

	Wartości z próby		Kobiety po mastektomii	Różnica średnich	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>			
ZSWZ - ogółem	1,84	0,93	2,11	-0,27	-3,16	<b>0,002</b>
ZSWZ - intruzja	1,86	1,03	2,08	-0,22	-2,30	<b>0,023</b>
ZSWZ - pobudzenie	1,74	1,09	2,29	-0,55	-5,41	<b>&lt;0,001</b>
ZSWZ - unikanie	1,85	0,95	1,99	-0,14	-1,58	0,118

Tabela 10. Statystyki opisowe dla kwestionariusza ZSWZ.

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
<b>Objawy PTSD</b>									
ZSWZ - ogółem	1,84	1,90	0,93	-0,01	-0,96	0,00	3,70	0,09	0,035
ZSWZ - intruzja	1,86	1,90	1,03	-0,08	-1,01	0,00	4,00	0,10	0,005
ZSWZ - pobudzenie	1,74	1,70	1,09	0,16	-0,93	0,00	4,00	0,10	0,007
ZSWZ - unikanie	1,85	2,00	0,95	-0,01	-0,87	0,00	3,90	0,09	0,036

#### IV.1.3 Obraz ciała (kwestionariusz BES)

Następnie, sprawdzono jak zmieniał się obraz ciała kobiet z grupy badanej w poszczególnych pomiarach w porównaniu do wyników z próby normalizacyjnej (Lipowska & Lipowski, 2013), przedstawionej przez autorów polskiej wersji kwestionariusza. Tabele normalizacyjne zaprezentowane przez Lipowskich (Lipowska & Lipowski, 2013) uwzględniają podział na płeć oraz wiek. Zgodnie z ich sugestiami, wyniki kobiet z przebadanej grupy były porównywane z tymi osiągniętymi przez kobiety w tym samym przedziale wiekowym. Według tego przydzielano kobiety do grup z niskimi, średnim i wysokim poziomem zadowolenia z poszczególnych części swojego ciała. Podobnie jak w przypadku kwestionariuszy IPW oraz ZSWZ, tutaj podobnie, wyniki mieszczące się w przedziale 1-4 stena interpretowano jako niskie, 5-6 jako średnie, 7-10 jako wysokie.

Zgodnie z otrzymanymi wynikami, najwięcej pacjentek posiadało niskie poczucie atrakcyjności seksualnej (między 41% a 53,8% w poszczególnych pomiarach). Lepiej przedstawiały się wyniki na skalach kontrola wagi i kondycja fizyczna, choć poziom

wszystkich trzech wskaźników obrazu ciała spadał z każdym pomiarem. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Obraz ciała w poszczególnych pomiarach – analiza na wynikach standaryzowanych.

		Pomiar 1		Pomiar 2		Pomiar 3	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Atrakcyjność seksualna	Niski	48	41,0%	52	44,4%	63	53,8%
	Średni	27	23,1%	32	27,4%	27	23,1%
	Wysoki	42	35,9%	33	28,2%	27	23,1%
Kontrola wagi	Niski	22	18,8%	27	23,3%	39	33,3%
	Średni	36	30,8%	36	31,0%	38	32,5%
	Wysoki	59	50,4%	53	45,7%	40	34,2%
Kondycja fizyczna	Niski	35	29,9%	40	34,5%	60	51,3%
	Średni	27	23,1%	36	31,0%	26	22,2%
	Wysoki	55	47,0%	40	34,5%	31	26,5%

W zakresie oceny ciała, okazało się, że zróżnicowane są wszystkie trzy jej wskaźniki. Wyniki analizy *post-hoc* wykazały, że jej wartość jest istotnie statystycznie niższa w pomiarze 3, w porównaniu do pomiarów 1 i 2. Siła zróżnicowania dla atrakcyjności seksualnej była umiarkowana, a dla dwóch pozostałych wskaźników – silna.

Co istotne, jednoczynnikowa analiza wariancji z powtarzaniem pomiarem wykazała, że efekt obniżającej się oceny ciała w grupie badanej był istotny statystycznie w każdym pomiarze czasowym (T1, T2 i T3), z tendencją do oceniania swojego ciała najbardziej negatywnie po zakończeniu leczenia zasadniczego (pomiar trzeci) (tabela 12).

Tabela 12. Zmienność obrazu ciała w poszczególnych punktach czasowych w badanej próbie.

Zmienna zależna	Pomiar 1		Pomiar 2		Pomiar 3		<i>F</i> (2)	<i>p</i>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<b>Skala Oceny Ciała BES</b>									
Atrakcyjność seksualna	46,40 <sub>a</sub>	9,21	45,13 <sub>b</sub>	9,33	42,95 <sub>a,b</sub>	9,16	14,13	<0,001	0,11
Kontrola wagi	34,58 <sub>a</sub>	8,52	33,44 <sub>b</sub>	8,41	30,54 <sub>a,b</sub>	9,24	24,05	<0,001	0,17
Kondycja fizyczna	31,88 <sub>a</sub>	6,90	30,70 <sub>b</sub>	7,09	27,97 <sub>a,b</sub>	8,07	26,22	<0,001	0,19

#### IV.1.4 Radzenie sobie ze stresem (kwestionariusz COPE)

Sprawdzono jak w badanej próbie przedstawia się stosowanie poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem z uwzględnieniem 3 pomiarów czasowych oraz porównano osiągnięte w badanej grupie wyniki do tych osiągniętych przez kobiety z populacji ogólnej, stanowiących próbę normalizacyjną w badaniach nad właściwościami psychometrycznymi narzędzia COPE (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2012). Wyniki tych analiz przedstawiono w tabelach 13-14.



Tabela 13. Porównanie wyników w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem w badanej populacji między trzema pomiarami.

Zmienna zależna	Pomiar 1		Pomiar 2		Pomiar 3		F(2)	p	$\eta^2$
	M	SD	M	SD	M	SD			
<b>COPE- Skala Radzenia Sobie</b>									
Aktywne radzenie sobie	2,88 <sub>a</sub>	0,48	3,01 <sub>a,b</sub>	0,55	2,88 <sub>b</sub>	0,44	4,78	<b>0,009</b>	0,04
Planowanie	2,93	0,67	2,84	0,43	2,98	0,65	2,80	0,063	0,02
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	2,86	0,64	2,98	0,55	2,78 <sub>a</sub>	0,76	4,07	<b>0,018</b>	0,03
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	2,81	0,69	2,87	0,58	2,73	0,73	2,12	0,122	0,02
Unikanie konkurencyjnych działań	2,62	0,59	2,76	0,72	2,68	0,55	2,06	0,130	0,02
Zwrot ku religii	2,71	0,93	2,72	0,47	2,58	0,98	1,77	0,172	0,02
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	2,77	0,64	2,68	0,95	2,89	0,57	2,93	0,055	0,02
Powstrzymanie się od działania	2,31 <sub>a</sub>	0,53	2,89 <sub>a,b</sub>	0,52	2,43 <sub>b</sub>	0,49	49,66	<b>&lt;0,001</b>	0,30
Akceptacja	2,89 <sub>a</sub>	0,60	2,45 <sub>a,b</sub>	0,44	2,91 <sub>b</sub>	0,60	31,89	<b>&lt;0,001</b>	0,22
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	2,64 <sub>a</sub>	0,54	2,87 <sub>a,b</sub>	0,60	2,60 <sub>b</sub>	0,57	10,45	<b>&lt;0,001</b>	0,08
Zaprzeczanie	1,77 <sub>a</sub>	0,58	2,60 <sub>a,b</sub>	0,61	1,69 <sub>b</sub>	0,58	106,95	<b>&lt;0,001</b>	0,48
Odwracanie uwagi	2,34 <sub>a</sub>	0,49	1,86 <sub>a</sub>	0,58	2,18 <sub>a</sub>	0,47	35,33	<b>&lt;0,001</b>	0,23
Zaprzestanie działań	1,71 <sub>a</sub>	0,50	2,30 <sub>a,b</sub>	0,52	1,67 <sub>b</sub>	0,59	65,33	<b>&lt;0,001</b>	0,36
Zażywanie alkoholu lub innych substancji	1,40 <sub>a</sub>	0,56	1,78 <sub>a</sub>	0,52	1,23 <sub>a</sub>	0,46	43,63	<b>&lt;0,001</b>	0,27
Poczucie humoru	1,74 <sub>a</sub>	0,61	1,28 <sub>a</sub>	0,60	1,59 <sub>a</sub>	0,65	19,53	<b>&lt;0,001</b>	0,14

Adnotacja. Średnie podzielające dolny indeks literowy różnią się między sobą na poziomie  $p < 0,05$  – test Bonferroniego

Jeśli chodzi o style radzenia sobie ze stresem analiza wariancji wykazała istotne statystycznie zróżnicowanie w zakresie dziesięciu z nich, przy czym testowany efekt dla większości porównań był silny. W przypadku sześciu z tych strategii (aktywne radzenie sobie, powstrzymanie się od działania, akceptacja, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, zaprzeczanie, zaprzestanie działań) okazało się, że wartości tych wskaźników były istotnie wyższe w pomiarze 2, w porównaniu do pomiarów 1 i 3 (zaznaczono kolorem żółtym). Oznacza to, że w pomiarze 2 badani sięgali po te metody radzenia sobie ze stresem w większym stopniu niż podczas pomiarów 1 i 3. Z kolei w zakresie kolejnych trzech strategii (odwracanie uwagi, zażywanie alkoholu i innych substancji, poczucie humoru) analiza wykazała różnicę między wszystkimi trzema pomiarami (zaznaczono kolorem różowym). W przypadku odwracania uwagi i poczucia humoru ich największe nasilenie było kolejno w pomiarach 1, 3 i 2, natomiast jeśli chodzi o zażywanie alkoholu i innych substancji – kolejno w pomiarach 2, 1 i 3. Ponadto, odnotowano również różnicę w zakresie poszukiwania wsparcia emocjonalnego, gdzie było ono istotnie statystycznie wyższe w pomiarze 2, w porównaniu do pomiaru 3 (zaznaczono kolorem zielonym).

Tabela 14. Porównanie nasilenia stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem u kobiet z badanej próby do próby normalizacyjnej kobiet z populacji ogólnej.

		Wartości z próby		Kobiety z populacji ogólnej	Różnica średnich	t	p
		M	SD	M			
Aktywne radzenie sobie	Pomiar 1	11,51	1,93	11,36	0,15	0,86	0,394
	Pomiar 2	12,05	2,18	11,36	0,69	3,43	<b>0,001</b>
	Pomiar 3	11,52	1,75	11,36	0,16	0,99	0,322
Planowanie	Pomiar 1	11,72	2,67	11,47	0,25	1,01	0,317
	Pomiar 2	11,35	1,72	11,47	-0,12	-0,75	0,453
	Pomiar 3	11,93	2,62	11,47	0,46	1,91	0,059
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Pomiar 1	11,45	2,57	11,64	-0,19	-0,79	0,434
	Pomiar 2	11,92	2,20	11,64	0,28	1,39	0,167
	Pomiar 3	11,12	3,05	11,64	-0,52	-1,84	0,068
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Pomiar 1	11,24	2,76	11,37	-0,13	-0,51	0,610
	Pomiar 2	11,46	2,31	11,37	0,09	0,43	0,670
	Pomiar 3	10,93	2,93	11,37	-0,44	-1,62	0,108
Unikanie konkurencyjnych działań	Pomiar 1	10,50	2,35	10,63	-0,13	-0,62	0,538
	Pomiar 2	11,03	2,88	10,63	0,40	1,52	0,131
	Pomiar 3	10,71	2,19	10,63	0,08	0,39	0,696
Zwrot ku religii	Pomiar 1	10,82	3,73	9,17	1,65	4,78	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 2	10,86	1,88	9,17	1,69	9,74	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 3	10,31	3,93	9,17	1,14	3,13	<b>0,002</b>
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	Pomiar 1	11,09	2,55	11,10	-0,01	-0,06	0,951
	Pomiar 2	10,72	3,78	11,10	-0,38	-1,09	0,277
	Pomiar 3	11,57	2,30	11,10	0,47	2,22	<b>0,028</b>
Powstrzymanie się od działania	Pomiar 1	9,22	2,12	10,45	-1,23	-6,26	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 2	11,55	2,06	10,45	1,10	5,76	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 3	9,71	1,95	10,45	-0,74	-4,10	<b>&lt;0,001</b>
Akceptacja	Pomiar 1	11,56	2,40	9,71	1,85	8,33	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 2	9,79	1,77	9,71	0,08	0,52	0,605
	Pomiar 3	11,62	2,41	9,71	1,91	8,58	<b>&lt;0,001</b>
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	Pomiar 1	10,56	2,17	11,13	-0,57	-2,87	<b>0,005</b>
	Pomiar 2	11,48	2,42	11,13	0,35	1,56	0,122
	Pomiar 3	10,39	2,30	11,13	-0,74	-3,47	<b>0,001</b>
Zaprzeczanie	Pomiar 1	7,08	2,33	7,11	-0,03	-0,15	0,878
	Pomiar 2	10,40	2,43	7,11	3,29	14,66	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 3	6,76	2,31	7,11	-0,35	-1,64	0,105
Odwracanie uwagi	Pomiar 1	9,35	1,97	8,75	0,60	3,30	<b>0,001</b>
	Pomiar 2	7,43	2,33	8,75	-1,32	-6,14	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 3	8,74	1,87	8,75	-0,01	-0,09	0,931
Zaprzestanie działań	Pomiar 1	6,83	2,01	7,07	-0,24	-1,29	0,198
	Pomiar 2	9,21	2,09	7,07	2,14	11,11	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 3	6,68	2,35	7,07	-0,39	-1,78	0,078
Zażywanie alkoholu lub innych substancji	Pomiar 1	5,58	2,26	5,11	0,47	2,26	<b>0,026</b>
	Pomiar 2	7,11	2,09	5,11	2,00	10,35	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 3	4,93	1,84	5,11	-0,18	-1,05	0,297
Poczucie humoru	Pomiar 1	6,94	2,43	6,31	0,63	2,80	<b>0,006</b>
	Pomiar 2	5,11	2,41	6,31	-1,20	-5,39	<b>&lt;0,001</b>
	Pomiar 3	6,35	2,60	6,31	0,04	0,17	0,867

Wyniki kolejnych analiz wykazały, że kobiety w badanej próbie prezentowały w poszczególnych pomiarach statystycznie istotne różnice w wyborze strategii radzenia sobie w obliczu stresującej sytuacji. Różnice uwidoczniły się we wszystkich trzech, dwóch lub jednym

pomiarze. We wszystkich trzech pomiarach pacjentki biorące udział w badaniu prezentowały inny poziom stosowania zwrotu ku religii oraz powstrzymywania się od działania jako strategii radzenia sobie w porównaniu z kobietami z populacji ogólnej. Zwrot ku religii był preferowany przez badaną próbę częściej w każdym pomiarze w porównaniu z grupą normalizacyjną. Z kolei powstrzymywania się od działania było strategią bardziej preferowaną w drugim pomiarze, jednocześnie rzadziej stosowaną w 1 i 3 pomiarze wśród pacjentek chorujących na raka piersi. Różnice widoczne w dwóch pomiarach dotyczyły następujących strategii radzenia sobie ze stresem: akceptacji (wyższe wyniki w badanej próbie w 1 i 3 pomiarze), koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu (niższe wyniki w badanej próbie w 1 i 3 pomiarze), odwracania uwagi (wyższe wyniki w pierwszym pomiarze, niższe w 2), zażywania alkoholu lub innych substancji (wyższe wyniki w pomiarach 1 i 2), poczucia humoru (wyniki wyższe w 1 pomiarze, ale niższe w 2). Część statystycznie istotnych różnic dotyczyła określonych strategii tylko w porównaniach w jednym pomiarze. Dotyczyło to: aktywnego radzenia sobie (wyższe wyniki próby badanej w porównaniu z grupą normalizacyjną w 2 pomiarze), pozytywnego przewartościowania i rozwoju (wyższy wynik w 3 pomiarze), zaprzeczania (wyższy wyniki w 2 pomiarze) oraz zaprzestania działań (wyższy wynik w pomiarze 2).

#### IV.1.5 Osobowość

##### IV.1.5.1 Kwestionariusz NEO-FFI

Analizy statystyczne w zakresie kwestionariusza NEO-FFI dotyczyły poziomu natężenia określonych cech z kanonu „Wielkiej Piątki” w badanej próbie. Charakterystykę opisową wyników na skalach testu: Ekstrawersji, Neurotyczności, Otwartości na Doświadczenie, Ugodowości oraz Sumienności prezentuje tabela 15.

Tabela 15. Statystyki opisowe dla cech osobowości mierzonych kwestionariuszami NEO-FFI.

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
<b>Osobowość – NEO-FFI</b>									
Ekstrawersja	27,93	28,00	6,23	-0,28	0,40	9,00	42,00	0,09	0,021
Neurotyczność	19,64	19,00	8,18	0,25	-0,03	0,00	43,00	0,08	0,071
Otwartość na doświadczenie	25,91	26,00	5,88	-0,19	0,15	8,00	38,00	0,06	0,200
Ugodowość	32,39	33,00	4,98	-0,79	1,81	12,00	44,00	0,10	0,006
Sumienność	34,17	34,00	6,16	-0,42	0,78	16,00	48,00	0,10	0,008

#### IV.1.5.2 Kwestionariusz DS-14

Następnie, wykonano analizę dla cech osobowości mierzonych skalą DS-14. Rozkład wyników dla poszczególnych skal kwestionariusza przedstawia tabela 16. Ponadto, oznaczono występowanie osobowości typu D w badanej próbie (oznaczanej w przypadku, gdy osoba badana na obu skalach testu osiągnęła minimum 10 punktów). Analiza wyników kwestionariusza DS-14 wykazała, że niespełna jedna trzecia (29,3%) badanych kobiet charakteryzuje się osobowością typu D, podczas gdy pozostałe 70,7% nie przejawia tego rodzaju cech.

Tabela 16. Statystyki opisowe dla cech osobowości mierzonych kwestionariuszami DS-14.

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
<b>Osobowość – Typ D</b>									
Negatywna emocjonalność	10,15	9,00	6,25	0,38	-0,65	0,00	26,00	0,10	0,011
Hamowanie społeczne	8,03	7,00	5,64	0,60	-0,54	0,00	21,00	0,14	<0,001

#### IV.1.6 Subiektywna ocena nastroju (Skala Depresji Becka)

Średnie wyniki, które grupa badana osiągnęła na Skali Depresji Becka w trzech punktach czasowych oraz różnice pomiędzy pomiarami zostały przedstawione w tabelach 17-18. Średnie wyniki badanej grupy na żadnym etapie badania nie przekroczyły 11 punktów, stanowiących próg odcięcia dla łagodnego nasilenia objawów depresyjnych. Jednoczynnikowa analiza wariancji z powtarzaniem pomiarem nie wykazała statystycznie istotnych różnic dla zmian pomiędzy pomiarami (tabela 18).

Tabela 17. Statystyki opisowe dla nastroju mierzonego Skalą Depresji Becka.

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
<b>Skala Depresji Becka</b>									
Pomiar 1	8,71	6,00	7,23	1,16	0,76	0,00	33,00	0,17	<0,001
Pomiar 2	8,17	7,00	6,77	1,07	1,25	0,00	34,00	0,11	0,001
Pomiar 3	10,11	8,00	8,28	0,92	-0,03	0,00	30,00	0,14	<0,001

Tabela 18. Porównanie wyników w zakresie subiektywnej oceny nastroju w badanej populacji między trzema pomiarami.

Zmienna zależna	Pomiar 1		Pomiar 2		Pomiar 3		<i>F</i> (2)	<i>p</i>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<b>Skala Depresji Becka (BDI)</b>									
Nastój	8,77	7,23	8,08	6,72	10,11	8,28	2,80	0,063	0,02

Dodatkowo, przeprowadzono analizę częstości w odniesieniu do punktów odcięcia proponowanych przez autorów kwestionariusza, które określają odpowiednio- brak objawów depresyjnych, ich łagodne, umiarkowane i silne nasilenie. Analiza wykazała, że we wszystkich trzech pomiarach większość badanych nie wykazywała symptomów depresji. Mimo tego, odsetek ten był niższy w pomiarze trzecim (62,9%) w porównaniu do dwóch pierwszych (odpowiednio 72,6% i 74,4%), W trzecim pomiarze wzrósł natomiast odsetek osób z ciężką depresją (8,6%) w porównaniu do dwóch pierwszych pomiarów (odpowiednio 2,6% oraz 0,9%). Szczegółowy rozkład nasilenia depresji przedstawiony jest w tabeli 19.

*Tabela 19. Rozkład nasilenia depresji na podstawie wyników kwestionariusza BDI.*

		<i>n</i>	%
Pomiar 1	Brak depresji	85	72,6%
	Łagoda depresja	21	17,9%
	Umiarkowana depresja	8	6,8%
	Ciężka depresja	3	2,6%
Pomiar 2	Brak depresji	87	74,4%
	Łagoda depresja	21	17,9%
	Umiarkowana depresja	8	6,8%
	Ciężka depresja	1	0,9%
Pomiar 3	Brak depresji	73	62,9%
	Łagoda depresja	27	23,3%
	Umiarkowana depresja	6	5,2%
	Ciężka depresja	10	8,6%

## **IV.2 Związki między wzrostem potraumatycznym a cechami psychologicznymi grupy badanej**

### **IV.2.1 Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a zmianami w zakresie obrazu ciała**

W celu sprawdzenia związku między wzrostem potraumatycznym a poszczególnymi zmiennymi niezależnymi przeprowadzono analizy korelacji. Jako pierwszą wykonano analizę korelacji między wzrostem potraumatycznym a zmianami jakie zachodziły wśród przebadanej grupy w zakresie oceny ciała na przestrzeni trwania całego badania (3 pomiary) (tabela 20).

Tabela 20. Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a zmianami w zakresie obrazu ciała.

			PTG - zmiany w percepcji siebie	PTG - zmiany w relacjach z innymi	PTG - większe docenianie życia	PTG - zmiany duchowe	PTG - ogółem
Atrakcyjność seksualna	Pomiar 2 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,08	-0,10	-0,05	-0,09	-0,09
		istotność	0,395	0,294	0,585	0,357	0,329
	Pomiar 3 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,07	-0,06	-0,07	0,03	-0,06
		istotność	0,433	0,532	0,452	0,740	0,512
	Pomiar 3 - 2	<i>r</i> Pearsona	0,00	0,04	-0,02	0,12	0,03
		istotność	0,968	0,677	0,811	0,188	0,758
Kontrola wagi	Pomiar 2 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,01	-0,01	0,01	0,00	-0,01
		istotność	0,882	0,887	0,948	0,967	0,917
	Pomiar 3 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,03	-0,02	0,00	0,08	-0,01
		istotność	0,723	0,819	0,988	0,366	0,903
	Pomiar 3 - 2	<i>r</i> Pearsona	-0,02	-0,02	0,00	0,08	0,00
		istotność	0,833	0,852	0,981	0,367	0,962
Kondycja fizyczna	Pomiar 2 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,13	-0,11	-0,08	<b>-0,22</b>	-0,14
		istotność	0,158	0,248	0,373	<b>0,019</b>	0,130
	Pomiar 3 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,06	-0,03	-0,07	0,02	-0,05
		istotność	0,502	0,750	0,438	0,797	0,612
	Pomiar 3 - 2	<i>r</i> Pearsona	0,07	0,09	0,01	<b>0,27</b>	0,10
		istotność	0,432	0,358	0,936	<b>0,003</b>	0,273

Analiza wykazała, że wzrost potraumatyczny zależał częściowo od zmian w zakresie obrazu ciała w aspekcie kondycji fizycznej. Okazało się, że wzrost potraumatyczny w zakresie zmian duchowych współwystępował ze spadkiem kondycji fizycznej między 1 a 2 pomiarem oraz ze wzrostem kondycji fizycznej między 2 a 3 pomiarem.

#### IV.2.2 Związek pomiędzy wzrostem potraumatycznym a objawami PTSD

Jako kolejną wykonano analizę korelacji pomiędzy wzrostem potraumatycznym, mierzonym na skalach kwestionariusza IPW, a objawami PTSD, mierzonymi kwestionariuszem ZSWZ. W tym celu wykorzystano współczynnik *r* Pearsona (tabela 21).

Tabela 21. Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym (PTG) a objawami PTSD (ZSWZ).

		PTG - zmiany w percepcji siebie	PTG - zmiany w relacjach z innymi	PTG - większe docenianie życia	PTG - zmiany duchowe	PTG - ogółem
ZSWZ - intruzja	<i>r</i> Pearsona	<b>0,22</b>	<b>0,23</b>	<b>0,30</b>	0,17	<b>0,25</b>
	istotność	<b>0,019</b>	<b>0,013</b>	<b>0,001</b>	0,063	<b>0,006</b>
ZSWZ - pobudzenie	<i>r</i> Pearsona	<b>0,20</b>	<b>0,24</b>	<b>0,33</b>	<b>0,19</b>	<b>0,25</b>
	istotność	<b>0,030</b>	<b>0,010</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,039</b>	<b>0,006</b>

ZSWZ - unikanie	<i>r</i> Pearsona	<b>0,23</b>	<b>0,23</b>	<b>0,30</b>	0,17	<b>0,26</b>
	istotność	<b>0,012</b>	<b>0,013</b>	<b>0,001</b>	0,061	<b>0,005</b>
ZSWZ - ogółem	<i>r</i> Pearsona	0,15	0,14	0,16	0,09	0,16
	istotność	0,102	0,125	0,078	0,313	0,087

Istotnych statystycznie i dodatnich okazało się być 13 z 20 testowanych związków. Istotne statystycznie okazały się związki między pobudzeniem, jako składnikiem PTSD, a wszystkimi wskaźnikami PTG (związek między wskaźnikiem większego doceniania życia PTG i pobudzeniem PTSD był umiarkowany, a pozostałe słabe) oraz słabe między intruzją i unikaniem (PTSD), a wszystkimi wskaźnikami PTG z wyjątkiem zmian duchowym. Ogólnie, wyniki analizy wskazują na częściowe współwystępowanie PTG i PTSD.

#### IV.2.3 Związek pomiędzy wzrostem potraumatycznym a cechami osobowości

Następnie, przetestowano związki między wzrostem potraumatycznym, a cechami osobowości opisanymi w kwestionariuszu NEO-FFI (tabela 22).

Tabela 22. Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a cechami osobowości mierzonymi kwestionariuszem NEO-FFI.

		PTG - zmiany w percepcji siebie	PTG - zmiany w relacjach z innymi	PTG - większe docenianie życia	PTG - zmiany duchowe	PTG - ogółem
Ekstrawersja	<i>r</i> Pearsona	0,15	0,08	-0,01	0,03	0,10
	istotność	0,116	0,394	0,917	0,782	0,295
Neurotyczność	<i>r</i> Pearsona	0,01	0,13	0,14	0,06	0,08
	istotność	0,950	0,166	0,131	0,549	0,401
Otwartość na doświadczenie	<i>r</i> Pearsona	<b>0,20</b>	0,14	<b>0,20</b>	-0,04	0,17
	istotność	<b>0,029</b>	0,128	<b>0,033</b>	0,668	0,069
Ugodowość	<i>r</i> Pearsona	-0,01	0,07	0,06	0,03	0,04
	istotność	0,947	0,470	0,518	0,733	0,707
Sumienność	<i>r</i> Pearsona	-0,03	-0,10	0,01	-0,05	-0,06
	istotność	0,759	0,268	0,923	0,604	0,552

Analiza wykazała istotny statystycznie, dodatni lecz słaby związek między wskaźnikiem zmian w relacjach z innymi i większego doceniania życia PTG, a otwartością na doświadczenie. Oznacza to, że wzrost potraumatyczny częściowo pozytywnie związany jest z otwartością na doświadczenie. Pozostałe związki były nieistotne statystycznie.

#### IV.2.4 Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a subiektywnie ocenianymi zmianami w nastroju

Na następnym etapie analizy sprawdzono zależność między wzrostem potraumatycznym a rejestrowanymi w procesie leczenia, na trzech etapach badania, zmianami w nastroju (mierzonym kwestionariuszem BDI). Wszystkie testowane związki okazały się być nieistotne statystycznie (tabela 23).

Tabela 23. Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a zmianami w zakresie nastroju.

			PTG - zmiany w percepcji siebie	PTG - zmiany w relacjach z innymi	PTG - większe docenianie życia	PTG - zmiany duchowe	PTG - ogółem
BDI	Pomiar 2 - 1	<i>r</i> Pearsona	0,04	0,13	0,11	0,11	0,10
		istotność	0,642	0,153	0,258	0,241	0,289
	Pomiar 3 - 1	<i>r</i> Pearsona	0,04	0,10	0,13	0,06	0,08
		istotność	0,658	0,284	0,166	0,541	0,376
	Pomiar 3 - 2	<i>r</i> Pearsona	0,02	-0,02	0,08	-0,05	0,01
		istotność	0,814	0,831	0,402	0,597	0,930

#### IV.2.5 Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a strategiami radzenia sobie ze stresem

W kolejnym etapie analizy przetestowano związki między wzrostem potraumatycznym a stylami radzenia sobie ze stresem (mierzonymi w pomiarze 1) i zmianami w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem (różnicy między pomiarem 3 i 1).

W pierwszej kolejności przetestowano związek między PTG, a stylami radzenia sobie ze stresem. Analiza ta wykazała jedną istotną statystycznie korelację – dodatnią i silną, między PTG w zakresie zmian duchowych oraz zwrotem ku religii, jako strategii radzenia sobie ze stresem (tabela 24).

Tabela 24. Korelacja między wzrostem potraumatycznym a stylami radzenia sobie ze stresem.

			PTG - zmiany w percepcji siebie	PTG - zmiany w relacjach z innymi	PTG - większe docenianie życia	PTG - zmiany duchowe
Aktywne radzenie sobie	<i>r</i> Pearsona		0,03	-0,02	0,11	0,04
	istotność		0,762	0,830	0,257	0,673
Planowanie	<i>r</i> Pearsona		0,00	-0,04	0,04	0,03
	istotność		0,972	0,641	0,706	0,771
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	<i>r</i> Pearsona		0,02	0,03	-0,01	0,01
	istotność		0,865	0,781	0,906	0,894



Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	<i>r</i> Pearsona	-0,01	0,08	0,02	-0,01
	istotność	0,942	0,421	0,829	0,948
Unikanie konkurencyjnych działań	<i>r</i> Pearsona	0,10	0,05	0,11	0,10
	istotność	0,298	0,603	0,260	0,263
Zwrot ku religii	<i>r</i> Pearsona	0,08	0,12	0,02	<b>0,52</b>
	istotność	0,404	0,200	0,832	<b>&lt;0,001</b>
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	<i>r</i> Pearsona	0,11	0,06	0,07	0,09
	istotność	0,217	0,555	0,464	0,358
Powstrzymanie się od działania	<i>r</i> Pearsona	0,09	0,04	0,00	0,07
	istotność	0,357	0,650	0,957	0,486
Akceptacja	<i>r</i> Pearsona	0,05	-0,07	-0,06	0,13
	istotność	0,590	0,475	0,501	0,170
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	<i>r</i> Pearsona	-0,11	-0,02	-0,03	-0,13
	istotność	0,250	0,815	0,730	0,176
Zaprzeczanie	<i>r</i> Pearsona	0,12	0,12	0,04	-0,01
	istotność	0,192	0,185	0,632	0,881
Odwracanie uwagi	<i>r</i> Pearsona	0,11	0,02	-0,07	-0,08
	istotność	0,258	0,862	0,444	0,365
Zaprzestanie działań	<i>r</i> Pearsona	0,11	0,12	0,09	0,10
	istotność	0,221	0,214	0,316	0,293
Zażywanie alkoholu lub innych substancji	<i>r</i> Pearsona	0,01	0,05	0,01	-0,12
	istotność	0,896	0,587	0,912	0,191
Poczucie humoru	<i>r</i> Pearsona	0,07	0,07	-0,03	-0,12
	istotność	0,441	0,457	0,762	0,205

*Adnotacja.* Wyniki w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem dotyczą pomiaru 1.

Następnie, przetestowano związki między PTG a zmianą w zakresie radzenia sobie ze stresem (różnica między 3 a 1 pomiarem) (tabela 25).

Tabela 25. Korelacja między wzrostem potraumatycznym a zmianami w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem.

		PTG - zmiany w percepcji siebie	PTG - zmiany w relacjach z innymi	PTG - większe docenianie życia	PTG - zmiany duchowe
Aktywne radzenie sobie (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	0,00	-0,01	-0,10	-0,12
	istotność	0,957	0,933	0,282	0,187
Planowanie (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	0,19	0,07	0,14	0,01
	istotność	0,036	0,466	0,144	0,885
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	<b>0,24</b>	<b>0,23</b>	<b>0,23</b>	0,12
	istotność	<b>0,008</b>	<b>0,014</b>	<b>0,014</b>	0,206
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	<b>0,27</b>	<b>0,25</b>	0,18	0,07
	istotność	<b>0,004</b>	<b>0,006</b>	0,054	0,461

Unikanie konkurencyjnych działań (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	0,10	0,02	0,01	0,07
	istotność	0,298	0,799	0,890	0,464
Zwrot ku religii (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	0,06	0,07	0,04	<b>0,22</b>
	istotność	0,528	0,458	0,657	<b>0,015</b>
Pozytywne przewartościowanie i rozwój (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	<b>0,24</b>	<b>0,19</b>	<b>0,22</b>	0,10
	istotność	<b>0,009</b>	<b>0,040</b>	<b>0,019</b>	0,264
Powstrzymanie się od działania (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	-0,09	0,02	0,01	0,02
	istotność	0,349	0,804	0,910	0,794
Akceptacja (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	-0,02	0,04	0,00	-0,13
	istotność	0,835	0,653	0,974	0,178
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	0,15	0,07	<b>0,19</b>	0,06
	istotność	0,117	0,445	<b>0,042</b>	0,524
Zaprzeczanie (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	-0,05	-0,01	-0,04	0,06
	istotność	0,628	0,927	0,697	0,495
Odwracanie uwagi (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	0,11	<b>0,18</b>	<b>0,28</b>	0,14
	istotność	0,250	<b>0,050</b>	<b>0,002</b>	0,144
Zaprzestanie działań (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	-0,14	-0,01	-0,10	-0,05
	istotność	0,144	0,942	0,284	0,590
Zażywanie alkoholu lub innych substancji (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	-0,10	-0,07	-0,06	-0,09
	istotność	0,285	0,424	0,520	0,358
Poczucie humoru (pomiar 3 - 1)	<i>r</i> Pearsona	-0,01	-0,01	-0,08	0,05
	istotność	0,932	0,906	0,415	0,625

Analiza wykazała współwystępowanie wzrostu PTG z wzrostem skłonności do stosowania kilku strategii radzenia sobie ze stresem, przede wszystkim- poszukiwania wsparcia emocjonalnego oraz pozytywnego przewartościowania. Wszystkie testowane związki okazały się słabe.

### IV.3 Związek między objawami zespołu stresu pourazowego a cechami psychologicznymi grupy badanej

#### IV.3.1 Korelacja pomiędzy objawami PTSD a subiektywnymi zmianami w nastroju

Na następnym etapie analizy sprawdzono czy z poziomem występowania objawów PTSD współwystępują zmiany w zakresach poszczególnych zmiennych niezależnych. Jako pierwszy sprawdzono związek między występowaniem objawów PTSD a zmianami w nastroju między trzema pomiarami (tabela 26).

Tabela 26. Korelacja pomiędzy objawami PTSD a zmianami w zakresie nastroju.

			ZSWZ - ogółem	ZSWZ - intruzja	ZSWZ - pobudzenie	ZSWZ - unikanie
BDI	Pomiar 2 - 1	<i>r</i> Pearsona	<b>0,40</b>	<b>0,40</b>	<b>0,42</b>	<b>0,23</b>
		istotność	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,013</b>
	Pomiar 3 - 1	<i>r</i> Pearsona	<b>0,47</b>	<b>0,51</b>	<b>0,50</b>	<b>0,20</b>
		istotność	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,032</b>
	Pomiar 3 - 2	<i>r</i> Pearsona	<b>0,19</b>	<b>0,27</b>	<b>0,21</b>	0,00
		istotność	<b>0,042</b>	<b>0,003</b>	<b>0,024</b>	0,991

Wszystkie testowane związki, z wyjątkiem korelacji między unikaniem jako objawem PTSD oraz zmianą w zakresie nastroju między 2 a 3 pomiarem, okazały się istotne statystycznie. Oznacza to, że ogólnie wraz ze spadkiem nastroju między pomiarami wzrastało nasilenie PTSD. Siła testowanych związków jest zróżnicowana – od słabych do silnych, gdzie silniejszy efekt dotyczy różnicy między pomiarem 2 i 1 oraz 3 i 1, aniżeli 3 i 2.

#### IV.3.2 Korelacja między objawami PTSD a zmianami w zakresie obrazu ciała

Jako kolejną, wykonano analizę testującą związek między nasileniem objawów PTSD i zmianami w zakresie obrazu ciała (tabela 27).

Tabela 27. Korelacja pomiędzy objawami zespołu stresu pourazowego a zmianami w zakresie obrazu ciała.

			ZSWZ - ogółem	ZSWZ - intruzja	ZSWZ - pobudzenie	ZSWZ - unikanie
Atrakcyjność seksualna	Pomiar 2 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,05	-0,06	-0,04	-0,05
		istotność	0,589	0,498	0,661	0,594
	Pomiar 3 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,01	-0,01	-0,06	0,04
		istotność	0,885	0,902	0,516	0,665
	Pomiar 3 - 2	<i>r</i> Pearsona	0,04	0,05	-0,02	0,10
		istotność	0,684	0,567	0,809	0,306
Kontrola wagi	Pomiar 2 - 1	<i>r</i> Pearsona	0,04	-0,02	0,08	0,05
		istotność	0,705	0,842	0,409	0,627
	Pomiar 3 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,10	-0,14	-0,14	0,01
		istotność	0,261	0,136	0,138	0,947
	Pomiar 3 - 2	<i>r</i> Pearsona	-0,14	-0,13	<b>-0,21</b>	-0,04
		istotność	0,132	0,174	<b>0,025</b>	0,679
Kondycja fizyczna	Pomiar 2 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,09	-0,10	-0,05	-0,10
		istotność	0,346	0,308	0,582	0,306
	Pomiar 3 - 1	<i>r</i> Pearsona	-0,17	-0,15	<b>-0,20</b>	-0,10
		istotność	0,072	0,096	<b>0,029</b>	0,260
	Pomiar 3 - 2	<i>r</i> Pearsona	-0,10	-0,08	<b>-0,18</b>	-0,02
		istotność	0,287	0,412	<b>0,050</b>	0,856

Analiza wykazała, że nasilenie objawów PTSD zależało częściowo od zmian w zakresie obrazu ciała w aspekcie kontroli wagi oraz kondycji fizycznej. Okazuje się, że poziom pobudzenia wzrastał wraz ze spadkiem kontroli wagi między 2 a 3 pomiarem oraz ze spadkiem kondycji fizycznej między 2 a 3 oraz 1 a 3 pomiarem.

#### **IV.4 Związek między nastrojem a obrazem ciała- korelacja wyników kwestionariuszy BDI i BES**

W kolejnych analizach sprawdzono jak przedstawia się związek pomiędzy nastrojem, a obrazem ciała, w kolejnych trzech pomiarach (tabela 28).

*Tabela 28. Korelacja między nastrojem a obrazem ciała.*

		Nastój (BDI)		
		Pomiar 1	Pomiar 2	Pomiar 3
Atrakcyjność seksualna	r Pearsona	-0,04	<b>-0,48</b>	<b>-0,63</b>
	istotność	0,640	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Kontrola wagi	r Pearsona	0,00	<b>-0,44</b>	<b>-0,67</b>
	istotność	0,958	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Kondycja fizyczna	r Pearsona	-0,01	<b>-0,47</b>	<b>-0,67</b>
	istotność	0,875	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

*Adnotacja.* Nastój w poszczególnych pomiarach został skorelowany ze wskaźnikami obrazu ciała również z trzech poszczególnych pomiarów.

Analiza wykazała istotne statystycznie i ujemne związki między wszystkimi trzema wymiarami obrazu ciała, a nastrojem w pomiarze 2 i 3, podczas gdy w pomiarze 1 obraz ciała nie był związany z nastrojem. Ponadto, w pomiarze 3 związki te były silne, podczas gdy w pomiarze 2 – umiarkowane.

#### **IV.5 Przewidywanie nasilenia wzrostu potraumatycznego w grupie badanej**

##### **IV.5.1 Przewidywanie nasilenia wzrostu potraumatycznego w badanej grupie na podstawie danych demograficznych i medycznych**

W następnej części analizy sprawdzono czy nasilenie wzrostu potraumatycznego u badanych pacjentek można było przewidzieć na podstawie zmiennych socjodemograficznych oraz tych związanych z leczeniem. W tym celu zbudowano pięć modeli regresji liniowej metodą wprowadzania, osobno dla każdego wskaźnika PTG oraz jego wyniku ogólnego. Wyniki przeprowadzonych analiz (tabela 29) wykazały, że żaden z testowanych modeli nie jest dobrze

dopasowany do danych. Oznacza to, że zmienne socjodemograficzne nie przewidywały w badanej próbie poziomu PTG.

Tabela 29. Modele przewidujące nasilenie wzrostu potraumatycznego u pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi na podstawie zmiennych socjodemograficznych.

Zmienna zależna	Predyktor	B	SE	Beta	t	p	F(8,107)	p	R <sup>2</sup>
PTG - zmiany w percepcji siebie	(Stała)	45,40	13,85		3,28	<b>0,001</b>			
	Wiek	0,07	0,09	0,07	0,75	0,454			
	BMI	-0,30	0,24	-0,12	-1,24	0,217			
	Miejsce zamieszkania	-3,48	2,20	-0,16	-1,58	0,117			
	Posiadanie dzieci	-1,44	3,33	-0,05	-0,43	0,666	1,01	0,434	0,070
	Wykształcenie	-0,46	1,00	-0,04	-0,46	0,648			
	Stan cywilny	-3,33	2,27	-0,15	-1,47	0,145			
	Psycholog	-1,67	2,05	-0,08	-0,82	0,416			
	Ogniskowość	2,52	2,35	0,10	1,08	0,284			
PTG - zmiany w relacjach z innymi	(Stała)	25,43	10,92		2,33	<b>0,022</b>			
	Wiek	0,10	0,07	0,14	1,41	0,161			
	BMI	-0,07	0,19	-0,04	-0,39	0,695			
	Miejsce zamieszkania	-1,43	1,74	-0,08	-0,82	0,412			
	Posiadanie dzieci	0,24	2,63	0,01	0,09	0,927	1,20	0,357	0,077
	Wykształcenie	-0,22	0,79	-0,03	-0,27	0,784			
	Stan cywilny	-1,50	1,79	-0,09	-0,84	0,405			
	Psycholog	-2,49	1,61	-0,15	-1,55	0,125			
	Ogniskowość	3,07	1,85	0,16	1,66	0,099			
PTG - większe docenianie życia	(Stała)	12,99	4,66		2,79	<b>0,006</b>			
	Wiek	0,02	0,03	0,08	0,78	0,435			
	BMI	-0,07	0,08	-0,08	-0,82	0,412			
	Miejsce zamieszkania	-1,21	0,74	-0,17	-1,64	0,105			
	Posiadanie dzieci	-0,13	1,12	-0,01	-0,12	0,907	0,86	0,551	0,061
	Wykształcenie	-0,04	0,34	-0,01	-0,11	0,911			
	Stan cywilny	-0,54	0,76	-0,07	-0,70	0,485			
	Psycholog	0,08	0,69	0,01	0,12	0,905			
	Ogniskowość	1,16	0,79	0,14	1,47	0,144			
PTG - zmiany duchowe	(Stała)	4,56	4,00		1,14	0,256			
	Wiek	0,06	0,03	0,20	2,13	<b>0,036</b>			
	BMI	-0,01	0,07	-0,01	-0,12	0,904			
	Miejsce zamieszkania	-0,97	0,64	-0,15	-1,52	0,132			
	Posiadanie dzieci	-0,05	0,96	-0,01	-0,06	0,955	1,37	0,201	0,093
	Wykształcenie	-0,12	0,29	-0,04	-0,41	0,686			
	Stan cywilny	-0,05	0,66	-0,01	-0,07	0,944			
	Psycholog	-0,89	0,59	-0,14	-1,51	0,134			
	Ogniskowość	0,85	0,68	0,12	1,25	0,214			
PTG - ogółem	(Stała)	88,38	30,10		2,94	<b>0,004</b>			
	Wiek	0,25	0,20	0,12	1,26	0,210			
	BMI	-0,44	0,52	-0,08	-0,86	0,393			
	Miejsce zamieszkania	-7,09	4,79	-0,15	-1,48	0,142			
	Posiadanie dzieci	-1,39	7,25	-0,02	-0,19	0,849	1,16	0,331	0,080
	Wykształcenie	-0,83	2,18	-0,04	-0,38	0,704			
	Stan cywilny	-5,41	4,94	-0,11	-1,10	0,275			
	Psycholog	-4,97	4,44	-0,11	-1,12	0,266			
	Ogniskowość	7,60	5,10	0,14	1,49	0,139			

#### IV.5.2 Przewidywanie nasilenia objawów wzrostu potraumatycznego na podstawie cech psychologicznych grupy badanej

W celu przetestowania kolejnych hipotez wykonano analizy przewidujące nasilenia wzrostu potraumatycznego na podstawie cech osobowości (wyniki kwestionariusza NEO-FFI oraz DS-14), nasilenia objawów PTSD oraz zmian w zakresie nastroju, obrazu ciała i stylów radzenia sobie ze stresem na przestrzeni trzech przeprowadzonych pomiarów. W tym celu zbudowano pięć modeli regresji, po jednym dla każdego wskaźnika PTG oraz jego wyniku ogólnego. W celu uniknięcia współliniowości predyktorów jako wskaźniki zmian w zakresie poszczególnych zmiennych potraktowano jedynie różnice między 3 a 1 pomiarem. Ze względu na dużą ilość predyktorów przy relatywnie niewielkiej próbie (29 predyktorów, przy próbie 117 osób) do stworzenia modeli wykorzystano metodę krokową. Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawiono w tabeli 30.

Tabela 30. Modele regresji przewidujące nasilenie PTG na podstawie cech osobowości, objawów PTSD oraz zmian w zakresie nastroju, obrazu ciała i stylów radzenia sobie ze stresem.

Zmienna zależna	Predyktor	B	SE	Beta	t	p	F	p	R <sup>2</sup>
PTG - zmiany w percepcji siebie	(Stała)	16,88	4,27		3,95	<0,001			
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (pomiar 3 - 1)	3,85	1,28	0,26	3,00	0,003			
	PTSD - pobudzenie	2,87	0,87	0,30	3,28	0,001	7,04	<0,001	0,204
	Osobowość typu D	-5,11	2,12	-0,22	-2,41	0,018			
	Otwartość na doświadczenia	0,31	0,15	0,17	1,99	0,049			
PTG - zmiany w relacjach z innymi	(Stała)	10,47	5,31		1,97	0,051			
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (pomiar 3 - 1)	3,56	1,09	0,30	3,26	0,001			
	PTSD - intruzja	1,95	0,71	0,24	2,74	0,007	6,24	0,001	0,144
	Ugodowość	0,31	0,15	0,19	2,03	0,045			
PTG - większe docenianie życia	(Stała)	6,17	1,42		4,36	<0,001			
	PTSD - intruzja	0,97	0,28	0,28	3,46	0,001			
	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (pomiar 3 - 1)	1,28	0,45	0,26	2,84	0,005			
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (pomiar 3 - 1)	1,87	0,64	-0,28	-2,93	0,004	8,13	<0,001	0,272
	Pozytywne przewartościowanie i rozwój (pomiar 3 - 1)	1,48	0,50	0,27	2,98	0,004			
	Otwartość na doświadczenia	0,12	0,05	0,21	2,47	0,015			
PTG - zmiany duchowe	(Stała)	4,56	0,56		8,07	<0,001			
	Zwrot ku religii (pomiar 3 - 1)	1,26	0,48	0,24	2,62	0,010			
	Osobowość typu D	-1,75	0,62	-0,26	-2,84	0,005	5,21	0,001	0,159
	PTSD – intruzja	0,70	0,27	0,23	2,58	0,011			
	Aktywne radzenie sobie (pomiar 3 - 1)	-1,12	0,53	-0,19	-2,12	0,036			

	(Stała)	60,09	3,75		16,03	<b>&lt;0,001</b>			
PTG - ogółem	PTSD - pobudzenie	6,95	1,93	0,33	3,59	<b>&lt;0,001</b>	7,47	<b>&lt;0,001</b>	0,168
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (pomiar 3 - 1)	7,71	2,85	0,24	2,71	<b>0,008</b>			
	Osobowość typu D	-11,05	4,68	-0,22	-2,36	<b>0,020</b>			

Analiza wykazała, że każdy z testowanych modeli był dobrze dopasowany do danych. Procent wyjaśnianej wariancji zmiennych zależnych wahał się od 4,4% (zmiany duchowe), do 27,2% (większe docenianie życia). Predyktorem większości wskaźników występowania PTG (wszystkich za wyjątkiem zmian duchowych) okazał się wzrost poszukiwania wsparcia emocjonalnego między pomiarem 1 a 3. Z kolei występowanie osobowości typu D było istotnym predyktorem spadku PTG w trzech aspektach: zmian w percepcji siebie, zmian duchowych oraz ogólnym. Poza tym, często były nimi składniki PTSD (pobudzenie, intruzja) i inne, pojedyncze zmiany, w zakresie radzenia sobie ze stresem (zwrot ku religii, pozytywne przewartościowanie i rozwój, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego) lub cechy osobowości (otwartość na doświadczenie, ugodowość, negatywna emocjonalność). Spośród mierzonych konstruktów zmiany w nastroju oraz obrazie ciała na przestrzeni trzech pomiarów nie były istotnym predyktorem PTG.

#### IV.6 Przewidywanie nasilenia objawów stresu pourazowego w badanej próbie

Następnie, wykonano analizę analogiczną do poprzedniej, jednak tym razem na podstawie zmiennych socjodemograficznych starano się wyjaśnić poziom objawów PTSD. Ponownie, wyniki przeprowadzonych analiz okazały się być nieistotne statystycznie (tabela 31).

Tabela 31. Modele regresji przewidujące nasilenie objawów PTSD (na skalach Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń) na podstawie zmiennych socjodemograficznych.

Zmienna zależna	Predyktor	B	SE	Beta	t	p	F(8,107)	p	R <sup>2</sup>
	(Stała)	0,84	1,37		0,61	0,542			
	Wiek	0,01	0,01	0,16	1,61	0,110			
	BMI	0,00	0,02	-0,01	-0,10	0,917			
	Miejsce zamieszkania	-0,16	0,22	-0,08	-0,73	0,466			
ZSWZ - intruzja	Posiadanie dzieci	0,10	0,33	0,03	0,30	0,762	0,63	0,755	0,045
	Wykształcenie	0,05	0,10	0,05	0,51	0,609			
	Stan cywilny	0,12	0,23	0,05	0,52	0,606			
	Psycholog	-0,13	0,20	-0,06	-0,64	0,525			
	Ogniskowość	0,15	0,23	0,06	0,65	0,519			

ZSWZ - pobudzenie	(Stała)	1,96	1,46		1,34	0,182			
	Wiek	0,01	0,01	0,12	1,20	0,232			
	BMI	0,00	0,03	-0,01	-0,13	0,899			
	Miejsce zamieszkania	-0,20	0,23	-0,09	-0,87	0,389			
	Posiadanie dzieci	-0,15	0,35	-0,05	-0,43	0,667	0,41	0,911	0,030
	Wykształcenie	-0,04	0,11	-0,03	-0,33	0,739			
	Stan cywilny	0,03	0,24	0,01	0,14	0,888			
	Psycholog	-0,16	0,22	-0,07	-0,73	0,465			
	Ogniskowość	0,01	0,25	0,00	0,05	0,963			
ZSWZ - unikanie	(Stała)	4,33	1,23		3,52	<b>0,001</b>			
	Wiek	0,00	0,01	-0,03	-0,32	0,752			
	BMI	-0,03	0,02	-0,15	-1,52	0,130			
	Miejsce zamieszkania	-0,43	0,20	-0,22	-2,20	<b>0,030</b>			
	Posiadanie dzieci	-0,22	0,30	-0,08	-0,76	0,451	1,19	0,312	0,082
	Wykształcenie	0,06	0,09	0,07	0,71	0,478			
	Stan cywilny	-0,20	0,20	-0,10	-0,99	0,325			
	Psycholog	-0,14	0,18	-0,08	-0,78	0,436			
	Ogniskowość	-0,26	0,21	-0,12	-1,23	0,222			
ZSWZ - ogółem	(Stała)	2,31	1,25		1,85	0,066			
	Wiek	0,01	0,01	0,10	0,98	0,330			
	BMI	-0,01	0,02	-0,06	-0,64	0,524			
	Miejsce zamieszkania	-0,24	0,20	-0,13	-1,21	0,228			
	Posiadanie dzieci	-0,07	0,30	-0,02	-0,22	0,827	0,52	0,840	0,037
	Wykształcenie	0,03	0,09	0,03	0,31	0,759			
	Stan cywilny	0,00	0,20	0,00	-0,01	0,995			
	Psycholog	-0,15	0,18	-0,08	-0,81	0,417			
	Ogniskowość	-0,01	0,21	-0,01	-0,06	0,952			

#### IV.7 Moderujący wpływ cech psychologicznych grupy badanej na związek między zmianami w obrazie ciała i wzrostem potraumatycznym

W ostatniej części analiz sprawdzono czy zmiany w zakresie nastroju, nasilenie objawów PTSD lub natężenie niektórych cech osobowości moderują związek między zmianą w zakresie obrazu ciała w procesie leczenia (różnica między pomiarem 1 i 3), a poziomem wzrostu potraumatycznego (do analiz wykorzystano wskaźnik ogólny PTG). Przeprowadzono analiza wykazała jeden istotny statystycznie efekt interakcji (zaznaczono na żółto), w którym zmiana w nastroju okazała się moderatorem między zmianą w atrakcyjności seksualnej, a PTG. Efektu tego jednak nie potwierdza analiza efektu warunkowego (analiza związku między zmienną niezależną, a zależną na różnych poziomach moderatora). Związek między zmienną zależną i niezależną (przedstawiony na Schemacie III) okazał się nieistotny statystycznie na każdym poziomie moderatora, w tym wysokim ( $p = 0,0502$ ). Szczegółowe wyniki przeprowadzonych analiz zostały przedstawione w tabelach 32–34.



Tabela 32. Moderujący wpływ nastroju, objawów PTSD i osobowości na związek między zmianą w zakresie atrakcyjności seksualnej, a PTG.

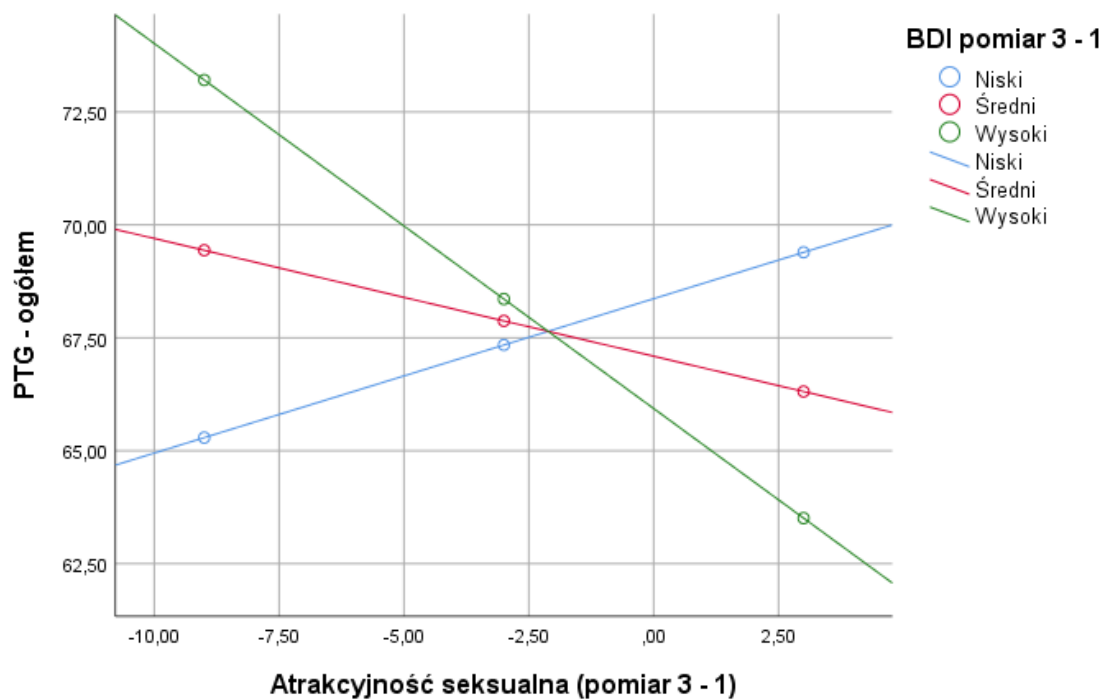
Zmienna	B	SE	t	p	$\Delta R^2_{adj.}$
Stała	67,32	2,35	28,70	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	-0,15	0,29	-0,52	0,603	0,039
Nastrój (BDI) – pomiar 3 - 1	-0,12	0,23	-0,50	0,619	
Atrakcyjność seksualna * nastrój (BDI) – pomiar 3 - 1	-0,05	0,03	-2,14	<b>0,034</b>	
Stała	55,35	5,03	11,00	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	-0,57	0,63	-0,91	0,366	0,004
PTSD - ogółem	6,81	2,42	2,81	<b>0,006</b>	
Atrakcyjność seksualna * ZSWZ - ogółem	0,20	0,29	0,69	0,489	
Stała	57,77	4,54	12,71	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	-0,04	0,54	-0,08	0,940	0,001
PTSD - intruzja	5,45	2,11	2,58	<b>0,011</b>	
Atrakcyjność seksualna * ZSWZ - intruzja	-0,08	0,25	-0,31	0,759	
Stała	57,53	4,29	13,41	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	-0,49	0,56	-0,88	0,379	0,004
PTSD - pobudzenie	6,03	2,11	2,86	<b>0,005</b>	
Atrakcyjność seksualna * ZSWZ - pobudzenie	0,18	0,25	0,73	0,469	
Stała	57,69	5,21	11,07	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	-1,14	0,73	-1,56	0,121	0,016
PTSD - unikanie	5,20	2,42	2,15	<b>0,034</b>	
Atrakcyjność seksualna * ZSWZ - unikanie	0,44	0,32	1,38	0,169	
Stała	51,39	11,22	4,58	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	-2,09	1,56	-1,34	0,184	0,013
Ekstrawersja	0,59	0,39	1,51	0,135	
Atrakcyjność seksualna * ekstrawersja	0,07	0,05	1,24	0,216	
Stała	67,02	6,17	10,86	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	0,86	0,88	0,97	0,334	0,013
Neurotyczność	0,05	0,29	0,17	0,866	
Atrakcyjność seksualna * neurotyczność	-0,05	0,04	-1,24	0,218	
Stała	46,82	10,13	4,62	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	-1,73	1,28	-1,35	0,180	0,013
Otwartość na doświadczenie	0,82	0,38	2,15	<b>0,034</b>	
Atrakcyjność seksualna * otwartość na doświadczenie	0,06	0,05	1,23	0,222	
Stała	62,86	14,24	4,42	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	-1,09	2,06	-0,53	0,597	0,002
Ugodowość	0,16	0,44	0,37	0,714	
Atrakcyjność seksualna * ugodowość	0,03	0,06	0,45	0,657	
Stała	79,62	12,34	6,45	<0,001	
Atrakcyjność seksualna (pomiar 3 - 1)	2,39	1,99	1,20	0,234	0,015
Sumienność	-0,36	0,36	-1,00	0,318	
Atrakcyjność seksualna * sumienność	-0,08	0,06	-1,33	0,186	

Tabela 33. Moderujący wpływ nastroju, objawów PTSD i osobowości na związek między zmianą w zakresie kontroli wagi, a PTG.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	$\Delta R^2_{adj.}$
Stała	68,03	2,60	26,18	<b>&lt;0,001</b>	
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	0,00	0,36	0,01	0,993	0,001
Nastrój (BDI) – pomiar 3 - 1	0,13	0,27	0,48	0,633	
Kontrola wagi * nastrój (BDI) – pomiar 3 - 1	-0,01	0,03	-0,24	0,810	
Stała	54,74	5,25	10,43	<b>&lt;0,001</b>	
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	-0,64	0,72	-0,90	0,371	
PTSD - ogółem	7,78	2,65	2,93	<b>0,004</b>	
Kontrola wagi * ZSWZ - ogółem	0,38	0,35	1,11	0,271	
Stała	56,99	4,65	12,25	<b>&lt;0,001</b>	0,005
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	-0,34	0,64	-0,54	0,589	
PTSD - intruzja	6,58	2,31	2,85	<b>0,005</b>	
Kontrola wagi * ZSWZ - intruzja	0,25	0,31	0,81	0,422	
Stała	57,44	4,45	12,91	<b>&lt;0,001</b>	0,008
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	-0,41	0,62	-0,66	0,508	
PTSD - pobudzenie	6,74	2,31	2,92	<b>0,004</b>	
Kontrola wagi * ZSWZ- pobudzenie	0,29	0,30	0,97	0,337	
Stała	59,04	5,55	10,65	<b>&lt;0,001</b>	0,006
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	-0,61	0,76	-0,80	0,427	
PTSD - unikanie	4,96	2,61	1,90	0,060	
Kontrola wagi * ZSWZ - unikanie	0,28	0,34	0,83	0,411	
Stała	49,24	11,93	4,13	<b>&lt;0,001</b>	0,016
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	-2,36	1,74	-1,36	0,178	
Ekstrawersja	0,68	0,42	1,63	0,105	
Kontrola wagi * ekstrawersja	0,08	0,06	1,37	0,175	
Stała	65,95	6,48	10,18	<b>&lt;0,001</b>	0,003
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	0,44	0,86	0,51	0,611	
Neurotyczność	0,12	0,31	0,39	0,699	
Kontrola wagi * neurotyczność	-0,02	0,04	-0,59	0,559	
Stała	46,01	10,96	4,20	<b>&lt;0,001</b>	0,003
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	-1,54	1,55	-1,00	0,321	
Otwartość na doświadczenie	0,88	0,42	2,10	<b>0,038</b>	
Kontrola wagi * otwartość na doświadczenie	0,06	0,06	1,03	0,303	
Stała	66,01	15,84	4,17	<b>&lt;0,001</b>	0,001
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	1,08	2,77	0,39	0,698	
Ugodowość	0,07	0,49	0,15	0,881	
Kontrola wagi * ugodowość	-0,03	0,08	-0,41	0,686	
Stała	85,95	13,78	6,24	<b>&lt;0,001</b>	0,020
Kontrola wagi (pomiar 3 - 1)	3,32	2,24	1,48	0,141	
Sumienność	-0,53	0,41	-1,31	0,193	
Kontrola wagi * sumienność	-0,10	0,06	-1,54	0,128	

Tabela 34. Moderujący wpływ nastroju, objawów PTSD i osobowości na związek między zmianą w zakresie kondycji fizycznej, a PTG.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	$\Delta R^2_{adj.}$
Stała	67,50	2,51	26,94	<b>&lt;0,001</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	-0,13	0,32	-0,40	0,688	0,002
Nastrój (BDI) – pomiar 3 - 1	0,09	0,25	0,38	0,702	
Kondycja fizyczna * nastrój (BDI) – pomiar 3 - 1	-0,01	0,03	-0,44	0,658	
Stała	57,85	5,09	11,36	<b>&lt;0,001</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	0,20	0,71	0,28	0,783	0,001
PTSD - ogółem	5,74	2,59	2,22	<b>0,029</b>	
Kondycja fizyczna * ZSWZ - ogółem	-0,11	0,33	-0,34	0,738	
Stała	58,84	4,62	12,73	<b>&lt;0,001</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	0,28	0,63	0,45	0,655	0,003
PTSD - intruzja	5,10	2,25	2,26	<b>0,026</b>	
Kondycja fizyczna * ZSWZ - intruzja	-0,16	0,28	-0,56	0,575	
Stała	59,08	4,34	13,61	<b>&lt;0,001</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	0,02	0,60	0,04	0,972	<0,001
PTSD - pobudzenie	5,46	2,30	2,38	<b>0,019</b>	
Kondycja fizyczna * ZSWZ - pobudzenie	0,00	0,28	-0,01	0,993	
Stała	62,61	5,30	11,81	<b>&lt;0,001</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	0,37	0,81	0,46	0,645	0,004
PTSD - unikanie	2,99	2,59	1,15	0,251	
Kondycja fizyczna * ZSWZ - unikanie	-0,23	0,37	-0,64	0,525	
Stała	48,82	11,38	4,29	<b>0,000</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	-1,99	1,20	-1,66	0,100	0,021
Ekstrawersja	0,69	0,40	1,72	0,087	
Kondycja fizyczna * ekstrawersja	0,07	0,04	1,57	0,118	
Stała	66,88	6,35	10,54	<b>0,000</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	0,62	0,83	0,74	0,460	0,008
Neurotyczność	0,06	0,31	0,19	0,849	
Kondycja fizyczna * neurotyczność	-0,03	0,04	-0,95	0,344	
Stała	45,67	11,83	3,86	<b>0,000</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	-1,10	1,36	-0,81	0,421	0,004
Otwartość na doświadczenie	0,85	0,44	1,92	0,057	
Kondycja fizyczna * otwartość na doświadczenie	0,04	0,05	0,68	0,498	
Stała	52,80	16,41	3,22	<b>0,002</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	-2,94	2,36	-1,24	0,216	0,012
Ugodowość	0,47	0,50	0,94	0,351	
Kondycja fizyczna * ugodowość	0,09	0,07	1,19	0,237	
Stała	73,76	13,36	5,52	<b>&lt;0,001</b>	
Kondycja fizyczna (pomiar 3 - 1)	-0,88	1,90	-0,46	0,643	0,001
Sumienność	-0,17	0,39	-0,43	0,665	
Kondycja fizyczna * sumienność	0,02	0,06	0,37	0,710	



Schemat III. Związek pomiędzy zmianą w zakresie atrakcyjności seksualnej, a wzrostem potraumatycznym w zależności od poziomu zmian w zakresie nastroju.

## V. Dyskusja wyników

### V.1 Rozstrzygnięcie pytań badawczych

#### V.1.1 Pytanie badawcze nr 1: Czy w badanej grupie pacjentek wystąpi wzrost potraumatyczny?

W przebadanej grupie pacjentek wystąpił wzrost potraumatyczny. Aż 53% pacjentek biorących udział w badaniu osiągnęło na skalach Inwentarza Potraumatycznego Wzrostu wyniki wskazujące na występowanie u nich wysokiego poziomu wzrostu potraumatycznego. Kolejne 24% pacjentek osiągnęło wyniki interpretowane jako średnie nasilenie potraumatycznego wzrostu. Oznacza to, że 77% przebadanych pacjentek podało minimum średnie nasilenie pozytywnych zmian jako efekt traumatycznego doświadczenia w obszarach: poprawa relacji z innymi, pozytywne zmiany w percepcji siebie i swoich zasobów, większe doceniania życia oraz zmiany duchowe. Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały również przewagę zbadanej grupy kobiet w deklarowanym odczuwaniu pozytywnych zmian związanych z leczeniem onkologicznym w porównaniu do grupy normalizacyjnej kobiet z populacji ogólnej (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010). I chociaż nie przeprowadzono porównań statystycznych z innymi grupami normalizacyjnymi to zaobserwować można, że średni wynik kwestionariusza IPW w grupie badanej przewyższa średnie wyniki pozostałych grup przebadanych podczas testów nad psychometrycznymi właściwościami polskiej wersji narzędzia. Średni wynik ogólny kwestionariusza IPW osiągnięty przez przebadane w prezentowanym badaniu pacjentki to 68,55. Dla porównania, zdecydowana większość grup przebadanych przez twórców polskiej wersji kwestionariusza osiągała na skali ogólnej wyniki niższe niż grupa badana (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010): młodzież (M=61,77), byli wychowankowie domów dziecka (M=67), strażacy (61,57), żołnierze (M=55,12), policjanci (M=53,46) osoby w żałobie (M=61,77), matki dzieci chorych na cukrzycę (M=60,01), rodzice dzieci z zespołem Downa (M=67,20), osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (M=59,86), kobiety po mastektomii (M=60,44) i pacjenci kardiologiczni (M=60,73). Jediną grupą (N. Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010), która osiągnęła wyniki wyższe od pacjentek, które wzięły udział w prezentowanym badaniu, były matki dzieci chorych na białaczkę (M=73,25). Interesującym efektem jest różnica między wynikami ogólnymi natężenia wzrostu potraumatycznego między zbadaną populacją, a kobietami po mastektomii z badań normalizacyjnych. Różnica ta wskazuje na korzyść pacjentek z przebadanej populacji jako tych,

które zadeklarowały subiektywnie wyższy poziom pozytywnych zmian po doświadczeniu traumatycznym raka piersi od kobiet, które przeszły zabieg mastektomii. Wynika to prawdopodobnie ze zmian jakie zaszły na przestrzeni lat w polskiej onkologii. Obecnie, coraz większy wysiłek kierowany jest na zapewnienie holistycznej opieki zarówno medycznej, jak i psychologicznej leczonym pacjentkom. Może być to szczególnie widoczne w prezentowanym badaniu, w którym próba badana składała się z kobiet leczonych w wysoko wyspecjalizowanym ośrodku, koncentrującym się tylko na chorobach piersi (Breast Unit). Pacjentki przez cały czas trwania leczenia miały możliwość kontaktu z psychologiem oraz z koordynatorem procesu leczenia co, jak wskazują często w rozmowach, wpływa na większe poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Należy również podkreślić, że w odróżnieniu od praktyk sprzed jeszcze kilku lat, obecnie, zabieg mastektomii jest zdecydowanie rzadziej wykonywany. Częściej natomiast wykonuje się zabiegi oszczędzające oraz rekonstrukcyjne, które mogą mieć pozytywny wpływ na adaptację kobiet do życia po chorobie, dzięki dbałości o zachowanie pozytywnego obrazu ciała (Dauplat et al., 2017; E. E. Elder et al., 2005; Teo et al., 2016).

Otrzymane w badaniu wyniki pozostają zgodne z literaturą przedmiotu. Badacze podają, że odsetek kobiet doświadczających potraumatycznego wzrostu w efekcie leczenia onkologicznego raka piersi, waha się w przedziale od 53% do 84% (Chan, Ho, Tedeschi, & Leung, 2011b). Potwierdza to jednocześnie założenia dotyczące wysokiego stopnia dystresu wywoływanego przez rozpoznanie i leczenie raka piersi, jako wystarczającego do stworzenia warunków wymaganych do powstania PTG, o których wspominają autorzy pierwszego modelu wzrostu potraumatycznego (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Cordova et al., 2007). Należy również wspomnieć o tym, że w odróżnieniu od innych badań na temat wzrostu potraumatycznego wśród pacjentek leczonych z powodu raka piersi (Cordova et al., 2007; Koutrouli et al., 2012), dane socjodemograficzne okazały się nie być predyktorami poziomu PTG. Dotychczasowe wyniki badań często wskazywały na wiek, poziom wykształcenia oraz status ekonomiczny jako czynniki warunkujące powstanie wzrostu potraumatycznego. W prezentowanym badaniu żaden ze zbadanych czynników socjodemograficznych: wiek, BMI, miejsce zamieszkania, posiadanie dzieci, wykształcenie ani stan cywilny nie miały wpływu na subiektywne odczucie pozytywnej zmiany w wyniku przebytego zdarzenia krytycznego. Wykluczono również wpływ korzystania z dostępnego wsparcia psychologicznego jako czynnika mogącego wpłynąć na pojawienie się potraumatycznego wzrostu w przebadanej próbie pacjentek. Może to wskazywać na zasadność optymistycznego wniosku o możliwości wykształcenia wzrostu potraumatycznego przez każdą

pacjentkę, niezależnie od wieku, statusu ekonomicznego, miejsca zamieszkania czy innej zmiennej, często niezależnej od woli pacjentki. Każę to również zwrócić uwagę na wyjątkowy status pacjentek z przebadanej grupy. Bowiem, zgodnie z tym co rozważono wyżej, przebadaną w prezentowanym badaniu populację stanowiły pacjentki z wyspecjalizowanego ośrodka leczącego choroby piersi, do którego, niestety, jeszcze nie każdy w Polsce ma dostęp. Mogło to bez wątpienia stanowić czynnik, który z większym prawdopodobieństwem predysponuje do wytworzenia wśród pacjentek Breast Unitu objawów wzrostu potraumatycznego.

Jednakże, prezentowane wyniki, sugerujące brak związku czynników socjodemograficznych z PTG każę postawić pytanie o długoterminowe „przetrwanie” objawów potraumatycznego wzrostu w badanej próbie i ewentualne różnice we wpływie jakie występowanie PTG zaraz po zakończeniu leczenia, będzie mieć na dalsze życie przebadanych pacjentek (Chan et al., 2011b; S. Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin, 2010). Bowiem wobec danych naukowych wykazujących negatywne konsekwencje deklaratywnie optymistycznej postawy wobec choroby i leczenia, ale nie będącej zbieżną z realnymi odczuciami pacjenta (Zoellner & Maercker, 2006), należy mieć na uwadze potencjalne negatywne konsekwencje psychospołeczne występujące dopiero po upływie pewnego czasu od zakończenia leczenia, kiedy zamiast PTG na nowo zostaną przez pacjenta przyjęte nieadaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem (Cheng, Wang, & Ho, 2020). W związku z tym istotne znaczenie będzie mieć rodzaj wykształconego przez pacjentki PTG a nie jedynie jego wysoki odsetek występowania. Rodzaj jest tu rozumiany przez pryzmat wspomnianych już badań Maerckera i Zoellner (Zoellner & Maercker, 2006), którzy rozróżniają PTG realne, będące w istocie pozytywną konsekwencją poradzenia sobie z traumą, od PTG iluzorycznego, które w dłuższej perspektywie może predestynować doświadczających go pacjentów do częstszych trudności natury psychicznej po ustaniu kryzysu, w tym przypadku- leczenia onkologicznego.

### **V.1.2 Pytanie badawcze nr 2: Czy leczenie onkologiczne wpłynie negatywnie na obraz ciała wśród przebadanych pacjentek?**

Jak wynika z otrzymanych w badaniu danych, leczenie onkologiczne miało w istocie negatywny wpływ na subiektywną ocenę obrazu ciała wśród przebadanych pacjentek. Obraz ciała pacjentek z grupy badanej pogarszał się na każdym etapie leczenia, aby ostatecznie osiągnąć najniższe wyniki w trzecim pomiarze, czyli około dwóch miesięcy od zakończenia leczenia zasadniczego. Szczególnie istotne jest to, że już na początku leczenia pacjentki

prezentowały niski poziom oceny obrazu swojego ciała w odniesieniu do atrakcyjności seksualnej w porównaniu do danych normalizacyjnych opublikowanych przez autorów polskiej wersji kwestionariusza BES (Lipowska & Lipowski, 2013). Wyniki na pozostałych dwóch skalach- kondycja fizyczna oraz kontrola wagi, były w badanej populacji na wyjściowo wyższym poziomie. Jednak wraz z postępem leczenia wszystkie trzy skale opisujące obraz ciała były na znacząco niższym poziomie niż wyjściowo. Prezentowane wyniki mogą być efektem stosunkowo niedługiego czasu od zakończenia zasadniczego leczenia onkologicznego do oceny ciała w trzecim pomiarze prezentowanego badania (około 5-7 tygodni). Większość badań nad zagadnieniem obrazu ciała u kobiet po raku piersi koncentruje się na długoterminowym znaczeniu zmiany obrazu ciała oraz adaptacji do rzeczywistości po przebytej chorobie (Hefferon et al., 2010; Lam et al., 2012; Liu, Griva, Lim, Tan, & Mahendran, 2017), mierząc obraz ciała w kilku odstępach czasowych od zakończenia leczenia zasadniczego.

Pogorszenie obrazu ciała, które uwidoczniło się w prezentowanym badaniu może z kolei stanowić punktu odniesienia dla dalszych badań. Bowiern, pogorszenie obrazu ciała w efekcie przebytego leczenia wydaje się dość intuicyjne. Może wynikać z wciąż obserwowanych przez pacjentki efektów ubocznych związanych, np. z przebytą chemioterapią, wciąż trwających komplikacji pooperacyjnych (dane dotyczące ilości i rodzaju efektów ubocznych opisano w podrozdziale „Grupa badana”) lub z prowadzoną nadal hormonoterapią. W związku z utrzymującą się po przebytych leczeniu zasadniczym, niską oceną obrazu ciała, współwystępującą z wysokimi wynikami na skalach wzrostu potraumatycznego pojawia się ponownie pytanie o charakter samego PTG. Wyraźny jest tu bowiem dysonans między rzeczywistością kwestionariuszową a tą kliniczną i psychologiczną co z kolei rezonuje z nowszymi modelami PTG wskazującymi na dualistyczną naturę tego konstrukt (Zoellner & Maercker, 2006).

### **V.1.3 Pytanie badawcze nr 3: Czy istnieje zależność między występowaniem wzrostu potraumatycznego a obrazem ciała?**

Obraz ciała w badanej próbie w niewielkim stopniu korelował z występowaniem wzrostu potraumatycznego. Dodatni związek dotyczył jedynie wyników na skali kondycja fizyczna (kwestionariusz BES) oraz wymiaru PTG związanego ze zmianami duchowymi jakie zadeklarowały przebadane pacjentki (kwestionariusz IPW). Spadek oceny obrazu ciała w wymiarze kondycji fizycznej między drugim a pierwszym pomiarem korelował dodatnio z



występowaniem wzrostu potraumatycznego w obszarze dostrzegalnych zmian duchowych. Podobny efekt był obserwowany w sytuacji kiedy kondycja fizyczna była oceniana przez badaną grupę lepiej w trzecim pomiarze w porównaniu z drugim. Efekt ten zdaje się być dobrze tłumaczony jeśli uwzględnić teoretyczne założenia dotyczące warunków jakie musi spełniać sytuacja krytyczna, aby możliwym było wykształcenie przez jej uczestników objawów potraumatycznego wzrostu. Jak podkreśla wielu badaczy zagadnienia (Cordova et al., 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004; Wortman, 2004), aby człowiek mógł subiektywnie dostrzec i ocenić, że wysiłki podjęte w celu poradzenia sobie z sytuacją traumatyczną, zakończyły się wykształceniem pozytywnych zmian w jego życiu, musi pierwotnie dojść do subiektywnej, negatywnej oceny poznawczej przeżywanej sytuacji a następnie do zmienionej, pozytywnej oceny pewnych aspektów funkcjonowania, pierwotnie zaburzonych przez trwanie sytuacji traumatyzującej (pierwotna strata i dostrzeżenie powrotu do „normalności”). W kontekście prezentowanego badania można założyć, że negatywna, poznawcza ocena choroby i stosowanego leczenia w badanej populacji była możliwa między innymi przez dostrzeżenie negatywnych zmian w obszarze kondycji fizycznej podczas drugiego pomiaru (w trakcie trwania leczenia) a następnie zaobserwowanie swoistego „powrotu” do lepszego funkcjonowania na etapie zakończenia leczenia zasadniczego (3 pomiar). Wyniki te zdają się rezonować ze znanym porzekadłem „w zdrowym ciele, zdrowy duch” i przekładać się na pozytywną ocenę własnego funkcjonowania przez pryzmat poprawy kondycji ciała. Pozostaje to również spójne z koncepcjami Hefferon, która wskazywała na ciało jako „narzędzie” przez pryzmat którego pacjentki dostrzegają, a następnie doceniają „powrót do normalności” po zakończonym leczeniu (Hefferon et al., 2010).

Jednakże, poza wspomnianą korelacją, zmiany w zakresie obrazu ciała nie okazały się istotnymi statystycznie predyktorami dla wzrostu potraumatycznego w badanej próbie pacjentek (analiza regresji). Okazuje się zatem, że zgodnie z prezentowanymi wynikami, chociaż ocena obrazu ciała uległa negatywnej zmianie w czasie leczenia raka piersi, to nie miała ona predykcyjnego charakteru w kształtowaniu się PTG. Wydawać by się mogło, że pacjentki dostrzegały pozytywne zmiany w swoim funkcjonowaniu po zakończeniu leczenia raka piersi niezależnie od pogarszającego się obrazu ciała. Efekt ten może być oczywiście skutkiem stosowania bardziej adaptacyjnych metod radzenia sobie ze stresem, które są często wskazywane jako predyktory powstawania objawów PTG (Danahauer, Case, et al., 2013; İnan & Ustun, 2014). W dalszym ciągu pojawia się jednak pytanie o charakter samego PTG. Bowiem, negatywna ocena obrazu ciała, nie zmieniająca się w miarę upływu czasu, może

stanowią przesłankę odróżniającą realne PTG od tego iluzorycznego, które chociaż deklaratorywnie wysokie po zakończeniu leczenia, może po czasie drastycznie spaść a jego miejsce mogą zająć objawy depresyjno – lękowe. (Maercker & Zoellner, 2013; Sumalla, Ochoa, & Blanco, 2009). Utrzymująca się negatywna ocena własnego ciała wydaje się silną przesłanką do obserwowania negatywnych przejawów funkcjonowania psychospołecznego i na pewno wymaga dalszych badań.

#### **V.1.4 Pytanie badawcze nr 4: Czy istnieje zależność pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego?**

Zgodnie z analizą regresji przeprowadzoną w celu wykrycia czynników ułatwiających powstawanie wzrostu potraumatycznego, strategie radzenia sobie ze stresem, deklarowane przez badaną grupę, w istocie miały wpływ na powstawanie PTG. Strategią, która przewidywała wystąpienie PTG w największym stopniu okazało się poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Pozostaje to w zgodzie z badaniami na ten temat, w których wielokrotnie podkreślano rolę wsparcia społecznego w facylitacji powstawania pozytywnych zmian w konsekwencji radzenia sobie z traumą (Bussell & Naus, 2010; Sophie Lelorain, Tessier, Florin, & Bonnaud-Antignac, 2012; Benjamin Ashley Tallman, 2011a). Zgodnie z teoretycznymi założeniami Tedeschiego i Calhouna, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego odpowiadać ma bowiem za tak istotny element kształtowania się PTG, jak poznawcze i emocjonalne przetwarzanie wydarzenia dzięki rozmowom, dzieleniu się z innymi swoimi przemyśleniami oraz inkorporowaniu uwag innych do własnej, poznawczej reprezentacji doświadczenia choroby (Benjamin Ashley Tallman, 2011a; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Innymi strategiami, których zastosowanie przekładało się w badanej próbie na wyższe wyniki wzrostu potraumatycznego, były: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (przekładało się na większe docenianie życia), pozytywne przewartościowanie i wzrost (również miało udział w większym docenianiu życia przez badane kobiety) oraz zwrot ku religii (bezpośrednio przewidujący zmiany duchowe w badanej próbie). Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, podobnie jak w przypadku poszukiwania wsparcia emocjonalnego, wiąże się ze wsparciem społecznym i wykorzystywaniem go w radzeniu sobie z traumatycznym wydarzeniem. Korzystanie z tak oferowanego wsparcia tworzy warunki do powstawania PTG, o czym pisano wyżej. W kontekście wsparcia instrumentalnego, dużą rolę może również pełnić stopień zadowolenia oraz poczucia bezpieczeństwa badanych pacjentek w odniesieniu do miejsca

leczenia i zaufania jakim pacjentki obdarzyły personel medyczny, od którego otrzymały zadowalające wsparcie. Strategia pozytywnego przewartościowania i wzrostu wiąże się dość intuicyjnie ze wzrostem potraumatycznym. Badania w tym zakresie wielokrotnie podkreślały rolę stosowania tej strategii w obserwowaniu wzrostu osobistego w wyniku zaskakujących i często traumatyzujących sytuacji (Bussell & Naus, 2010; S. Lelorain et al., 2010; Benjamin Ashley Tallman, 2011a). Strategia ta bowiem stanowi przykład strategii poznawczej, o której piszą Tedeschi i Calhoun (Tedeschi & Calhoun, 2004) (schemat 1), a która umożliwia re-atrybucję wydarzeń i stwarza warunki do szerszego spojrzenia na konsekwencje podejmowanych prób poradzenia sobie z wydarzeniem krytycznym. Podobnie zwrot ku religii jako predyktor zmian duchowych, przejawu wzrostu potraumatycznego, w badanej populacji, pozostaje w zgodzie z dotychczasowymi doniesieniami w prezentowanym temacie (Bussell & Naus, 2010; Sophie Lelorain et al., 2012; Benjamin Ashley Tallman, 2011a).

Jednakże, w prezentowanych wynikach zwraca uwagę to, że stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie z kryzysem nie stanowiło przesłanki do wzrostu prawdopodobieństwa wystąpienia PTG w badanej próbie, co z kolei było wielokrotnie wspomniane w literaturze przedmiotu (Bellizzi & Blank, 2006; Sophie Lelorain et al., 2012). Ten wynik, w połączeniu z dodatnim wpływem poszukiwania wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego oraz zwrotu ku religii i pozytywnego, poznawczego przewartościowania sytuacji na powstawanie wzrostu potraumatycznego, sugeruje większy wpływ emocjonalnego i poznawczego funkcjonowania na wykształcenie PTG niż behawioralnych, często zadaniowych, sposobów radzenia sobie ze stresem. W kontekście prezentowanego badania, postawić można hipotezę o pozytywnym wpływie zorganizowanej i holistycznej opieki w wyspecjalizowanym ośrodku leczniczym, która w dużej mierze odpowiada za sprawną diagnostykę i rozpoczęcie leczenia, bez konieczności dużego zaangażowania się w kwestie organizacyjne przez pacjentki, na umożliwienie im skupienia się na emocjonalnych i poznawczych elementach doświadczenia chorobowego.

Istotne jest również zwrócenie uwagi na zmiany w wyborze strategii radzenia sobie ze stresem w badanej populacji na przestrzeni całego leczenia. Jest to tym bardziej istotne, że strategie radzenia sobie ze stresem, zgodnie z założeniami teoretycznymi, stanowią raczej stały wzorzec zachowania. Jak widać w zaprezentowanych wynikach, kobiety, które wzięły udział w badaniu wykazały tendencję do zmian zachowań skierowanych na poradzenie sobie z kryzysem w zależności od etapu leczenia. Zmienność ta mogła w dużej mierze wynikać z różnorodności

wyzwań jakie choroba, na przestrzeni trwania leczenia, stawiała przed kobietami, które wzięły udział w prezentowanym badaniu. W odróżnieniu bowiem od sytuacji, które klasycznie określane są jako traumatyzujące, a które czasowo trwają stosunkowo krótko, choroba onkologiczna, a tym samym jej leczenie zasadnicze, jest procesem rozłożonym w czasie, a każdy etap leczenia wiąże się z nowymi wyzwaniami. I tak na przykład, zwiększenie stosowania strategii takich jak: aktywne radzenia sobie, powstrzymanie się od działania, akceptacja, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, zaprzeczanie oraz poszukiwanie wsparcia w 2 pomiarze, czyli już w trakcie leczenia zasadniczego, w porównaniu z pomiarami 1 i 3 (początek leczenia oraz 5-7 tygodni od zakończenia leczenia zasadniczego) mogło się wiązać ze specyfiką leczenia jakie było wdrażane u przebadanych pacjentek. Należy zaznaczyć, że drugi pomiar odbywał się po zakończeniu pierwszego etapu leczenia i silnie różnicował badaną populację pod kątem dotychczasowych doświadczeń chorobowych, ponieważ część pacjentek w pomiarze drugim była po zabiegu operacyjnym a część po długotrwałym leczeniu chemioterapią. Różny kontekst, w którym pacjentki odpowiadały na pytania o strategie radzenia sobie ze stresem mógł mieć w związku z tym znaczący wpływ na ich wyniki. Część pacjentek mogła pozwolić sobie na zaprzestanie działania i akceptację rzeczywistości, jako efekt dotąd pozytywnych obserwacji związanych z leczeniem. Część pacjentek, po zabiegu operacyjnym przygotowywała się do kontynuacji leczenia, przez co mogły przyjmować postawę bardziej zadaniową. Z kolei trwanie leczenia i konieczność jego dalszej kontynuacji mogły wpłynąć na to, że na drugim etapie badania pacjentki poszukiwały wsparcia społecznego w większym stopniu niż na początku lub po zakończeniu leczenia.

Jednocześnie, z perspektywy podwójnego modelu PTG (Maercker & Zoellner, 2013) zasadne wydaje się przyjrzenie wynikom wykazującym wzrost nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, np. zażywanie alkoholu i innych używek oraz odwracanie uwagi, na różnych etapach leczenia. Zgodnie bowiem z literaturą przedmiotu (Cheng et al., 2020), stosowanie w czasie oraz po leczeniu nieadaptacyjnych strategii z dużym prawdopodobieństwem wskazuje na pojawienie się iluzorycznego, a nie realnego, PTG. Zgodnie z tymi założeniami należy zastanowić się nad charakterem raportowanego w niniejszym badaniu PTG. Zasadne wydaje się podejrzenie, że pacjentki, które po zakończeniu leczenia sięgały po nieadaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem mogły w istocie deklarować wysoki poziom PTG, który uważały za skuteczny i słuszny sposób na poradzenie sobie z trudnościami choroby. Zgodnie jednak z literaturą przedmiotu, taki rodzaj PTG nie będzie przekładać się na ich wysokie funkcjonowanie psychiczne w dłuższej perspektywie czasowej od zakończenia leczenia. Wszystkim

postawionym hipotezom warto przyjrzeć się dokładniej w badaniach kontynuujących przedstawione obserwacje.

#### **V.1.5 Pytanie badawcze nr 5: Czy istnieje zależność pomiędzy cechami osobowości a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego?**

Podobnie jak w przypadku strategii radzenia sobie ze stresem, osobowość również okazała się mieć wpływ na powstawanie wzrostu potraumatycznego w przebadanej grupie. Wyniki analizy korelacji wykazały dodatni związek między występowaniem PTG (skale- zmiana percepcji siebie i większe docenianie życia) a wysokim poziomem otwartości na doświadczenie. Pozostaje to spójne z modelem teoretycznym PTG zaprezentowanym przez Tedeschiego i Calhouna (Tedeschi & Calhoun, 2004). Zgodnie bowiem z założeniami twórców kwestionariusza NEO-FFI oraz teorii osobowości „Wielkiej Piątki” (Zawadzki et al., 2010) wysoka otwartość na doświadczenie gwarantować ma ciekawość zjawisk świata wewnętrznego i zewnętrznego, kreatywność, żywą i twórczą wyobraźnię oraz intelektualną ciekawość, które wymagają aktywnego oraz bogatego funkcjonowania poznawczego. To z kolei łączy się bezsprzecznie z pierwotnym modelem PTG, zgodnie z którym, aby możliwe było zaobserwowanie objawów potraumatycznego wzrostu konieczne jest posiadanie określonej narracji życiowej, która przełożyć się może na redukcję emocjonalnego dystresu, adaptacyjne funkcjonowanie poznawcze oraz ostateczne zdystansowanie się wobec pojawiających się, nacechowanych negatywnie, ruminacji.

Inną cechą opisaną w teorii „Wielkiej Piątki”, która okazała się przewidywać powstawanie PTG okazała się ugodowość. Cecha, którą twórcy koncepcji określają jako skłonność do prostolinijnych, szczerych, altruistycznych i potulnych zachowań, może przekładać się na wysoki poziom tzw. *compliance*, czyli tendencji do stosowania się do zaleceń lekarskich i przestrzegania procedur leczenia. Taka postawa w połączeniu z pozytywnymi efektami leczenia może stanowić powód, dla którego pacjentki ją prezentujące dostrzegały pozytywne zmiany w swoim funkcjonowaniu po przebyciu leczenia. Rola wysokiej ugodowości, stanowiącej o obecności w zachowaniu osób charakteryzujących się nią wspomnianych już postaw potulnych, łagodnych i uległych może mieć również znaczenie w kontekście pozyskiwania odpowiedniego dla siebie wsparcia. Można postawić hipotezę, że charakterystyczne dla wysokiej ugodowości zachowania zjednują inne osoby, kumulując tym samym dostępne wsparcie, które jak pisano wyżej, ma niebagatelny wpływ na powstawanie objawów potraumatycznego wzrostu.

Z drugiej strony, wysoki poziom ugodowości może powodować większą podatność na sugestie innych osób, które często wiążą się ze stereotypowym traktowaniem roli „pozytywnego nastawienia psychicznego” do choroby jako gwaranta powodzenia leczenia. Taki wpływ może odpowiadać za traktowanie PTG jako krótkoterminowej strategii na poradzenie sobie z chorobą. Tym samym tak powstałe PTG jest czysto iluzoryczne i może pociągać za sobą liczne negatywne konsekwencje psychiczne dla pacjenta w przyszłości (Cheng et al., 2020; Maercker & Zoellner, 2013).

Jednocześnie, w drodze analizy regresji, czynnikiem, który okazał się obniżać szanse na powstanie przejawów PTG w badanej populacji okazała się osobowość typu D, badana kwestionariuszem DS-14. Dane te pozostają spójne z sugestiami zawartymi w literaturze przedmiotu dotyczącymi konieczności doświadczania odpowiedniego poziomu negatywnych emocji, przekładających się na możliwość doświadczenia wzrostu potraumatycznego w efekcie emocjonalnego przepracowania traumy (Bellizzi & Blank, 2006; McDonough, Sabiston, & Wrosch, 2014) oraz kluczowej roli wsparcia emocjonalnego oraz instrumentalnego, które stanowi przeciwieństwo hamowania społecznego (składowa osobowości typu D).

Prezentowane wyniki dotyczące cech osobowości facylitujących PTG są zatem spójne z pierwotnymi koncepcjami wzrostu potraumatycznego. Jednakże, w kontekście wspomnianego wcześniej Modelu Janusa (*Two-Faced Janus Model of PTG*), należy zastanowić się nad rodzajem PTG jaki przewidywany jest przez ugodowość i związane z nią postawy oraz zachowania. Jeśli bowiem przyjąć wynikającą z ugodowości większą podatność do bycia uległym można się zastanowić nad iluzorycznością deklarowanego PTG, a wynikającego z chęci prezentowania „oczekiwanych” postaw wobec choroby (Maercker & Zoellner, 2013; Zoellner & Maercker, 2006).

#### **V.1.6 Czy istnieje związek pomiędzy nastrojem a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego?**

Przeprowadzone analizy regresji nie wykazały wpływu zmian w zakresie nastroju na występowanie wzrostu potraumatycznego. Co więcej, na każdym z pomiarów, czyli niezależnie od etapu leczenia, średnie wyniki badanej populacji na Skali Depresji Becka, nie przekraczały punktu odcięcia 11, wyznaczającego łagodne nasilenie objawów depresyjnych. Stanowi to

dowód na wysokie, emocjonalne funkcjonowanie pacjentek w badanej populacji. Zbadanie tego, które czynniki mogły mieć decydujący wpływ na nie wykształcenie objawów depresyjnych w prezentowanej grupie stanowić może ciekawy punkt wyjścia do kolejnych badań. Dodatkowo, nastrój okazał się mieć niewielki (nieistotny statystycznie) moderujący wpływ na związek między obrazem ciała (na skali Atrakcyjność seksualna) a wzrostem potraumatycznym.

Celem użycia skali mierzącej nastrój w prezentowanym badaniu była, zgodnie z założeniami zawartymi w hipotezach, kontrola nastroju w odniesieniu do PTG. Wysoki poziom deklarowanego przez pacjentki nastroju zdaje się mieć dwa podłoża. Po pierwsze, część pacjentek już na początku leczenia skorzystało ze wsparcia psychiatry i farmakoterapii (dane na ten temat w sekcji III.2 „Charakterystyka grupy badawczej”). Po drugie, dostępne badania wskazują, że subiektywnie wysoko oceniany przez pacjentki nastrój w trakcie leczenia może wskazywać na iluzoryczność deklarowanego PTG (Cheng et al., 2020), bowiem „iluzoryczne PTG może dostarczyć krótkoterminowego sposobu na poradzenie sobie z sytuacją traumatyczną, redukującą dystres, szczególnie w odniesieniu do objawów depresyjnych” (str. 587, tłumaczenie własne).

#### **V.1.7 Czy w badanej grupie pacjentek będą występować objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD)?**

Wyniki analiz statystycznych wykazały występowanie objawów zespołu stresu pourazowego w badanej próbie pacjentek. Średnie wyniki na każdej skali kwestionariusza Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń (ZSWZ) oraz na jego skali ogólnej przekroczyły w badanej populacji próg 1,5 punktu który, zdaniem autorów polskiej adaptacji testu, wskazuje na występowanie przynajmniej umiarkowanego poziomu objawów zespołu stresu pourazowego z obszarów intruzji, pobudzenia i unikania (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2009). Może to wskazywać na silne emocjonalne, poznawcze oraz behawioralne przetwarzanie przez przebadane pacjentki, konsekwencji choroby i leczenia onkologicznego. Pozostaje to również spójne z literaturą przedmiotu, w której wielokrotnie udowodniane było występowanie objawów PTSD w populacjach kobiet leczonych z powodu raka piersi (Chan et al., 2011b; Cordova et al., 2007; Hefferon et al., 2010; Koutrouli et al., 2012).

Zwraca uwagę to, że wyniki osiągnięte przez zapytane o objawy PTSD kobiety, na skalach ZSWZ, są istotnie statystycznie niższe od tych osiągniętych przez kobiety po mastektomii, które stanowiły w polskich badaniach nad właściwościami psychometrycznymi narzędzia, grupę normalizacyjną. Wynika to z dużym prawdopodobieństwem z postępu jaki na przestrzeni lat dokonał się w leczeniu raka piersi, chociażby w zakresie oferowanych form interwencji chirurgicznych. Mastektomia jest obecnie zdecydowanie rzadziej stosowaną metodą leczenia chirurgicznego (Kolodziejczyk & Pawlowski, 2019) niż w czasie tworzenia norm dla polskiej wersji kwestionariusza ZSWZ (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2009). Przekłada się to z kolei na lepsze fizyczne funkcjonowanie pacjentek a tym samym mniej intensywne doświadczanie negatywnych, psychologicznych efektów tak okaleczającego zabiegu jakim, jeszcze niedawno, była mastektomia (Dauplat et al., 2017).

Ponadto, należy wspomnieć, że ani czynniki socjodemograficzne ani medyczne nie miały wpływu na występowanie objawów zespołu stresu pourazowego w badanej próbie. Sugeruje to duży poziom egalitaryzmu wśród czynników decydujących o pojawieniu się objawów PTSD. Stanowi to jednak zaprzeczenie dotychczasowych doniesień naukowych w tym temacie. Dotychczas bowiem wskazywano na młody wiek, niższy poziom wykształcenia oraz gorszy status ekonomiczny jako czynniki przewidujące z większym prawdopodobieństwem pojawienie się objawów PTSD w efekcie doświadczenia leczenia onkologicznego (Cordova et al., 2007; Koutrouli et al., 2012). Brak tego efektu w prezentowanym badaniu może tłumaczyć podobieństwo doświadczeń medycznych w badanej grupie pacjentek. Wszystkie bowiem leczone były w wysoko wyspecjalizowanym ośrodku onkologicznym, miały podobny dostęp do informacji medycznej oraz wsparcia instrumentalnego.

W drodze przeprowadzonych analiz wykazano również zależności między objawami PTSD a nastrojem oraz zmianami w zakresie obrazu ciała. Intuicyjnym wynikiem wydaje się ten potwierdzający związek pogarszania się nastroju na przestrzeni leczenia z ostatecznym wykształceniem objawów PTSD po zakończeniu leczenia zasadniczego. Pojawia się jednak jednocześnie pytanie o zależność między obniżaniem się nastroju, wystąpieniem objawów PTSD, a jednoczesnym wykazaniem wysokiego poziomu PTG w przebadanej populacji. Okazało się, że w badanej próbie objawy wzrostu potraumatycznego oraz zespołu stresu pourazowego częściowo współwystępowały. Dotyczyło to jednak jedynie poszczególnych skal testu ZSWZ, mierzącego objawy PTSD, a nie jego wyniku całościowego. Dodatnia korelacja objawów ze spektrum intruzji (odpowiadającej za nawracające wspomnienia doświadczanej



traumy, koszmary senne na temat zdarzenia, *flashbacki*, silny niepokój oraz reakcje fizjologiczne w zetknięciu z sytuacjami, osobami czy rzeczami przypominającymi i symbolizującymi doświadczoną traumę), a obszarami PTG, potwierdza konieczność obecności ruminacji na temat traumatycznego doświadczenia w procesie powstawania wzrostu potraumatycznego, postulowanego przez badaczy zagadnienia (Cordova et al., 2007; N. Ogińska-Bulik, 2016b; Tedeschi & Calhoun, 2004). Podobna zależność została wykazana w odniesieniu do objawów ze spektrum pobudzenia i unikania (odpowiadającymi odpowiednio za wzmożony poziom pobudzenia fizjologicznego oraz unikanie sytuacji, emocji, treści poznawczych i zachowań kojarzących się z traumą). Wpływ tego pierwszego na powstawanie objawów PTG może wynikać z wyjątkowo negatywnej oceny doświadczenia chorobowego, skutkującego objawami PTSD, które z kolei stanowi warunek konieczny do poznawczej oceny doświadczenia jako traumatyzującego. Z kolei dodatni związek unikania z objawami PTG nie znajduje potwierdzenia oraz zrozumienia jeśli odnieść się jedynie do modelu PTG zaproponowanego przed Tedeschiego i Calhouna (Tedeschi & Calhoun, 2004). Zgodnie bowiem z ich założeniami, unikanie poznawcze, emocjonalne i behawioralne powinno przeciwdziałać powstawaniu PTG, ponieważ uniemożliwiłoby proces re-atrybucji, który z kolei ma powodować redukcję emocjonalnego dystresu i zdystansowanie się wobec krytycznego wydarzenia. Jednakże, jeśli uwzględnić model PTG zaproponowany przez Maercker i Zoellner (Maercker & Zoellner, 2014), tzw. dwuczynnikowy model Janusa, objawy ze spektrum unikania wydają się z dużym prawdopodobieństwem przewidywać powstanie objawów PTG iluzorycznego, opisanego przez autorów modelu. Bowiem, zgodnie z założeniami autorów, procesy poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego unikania mogą spowodować deklaratywne doświadczanie PTG przez pacjentów, którzy jako strategię radzenia sobie z kryzysem wybierają niespójną z ich wartościami acz narzuconą społecznie wiarę w pozytywne konsekwencje zdarzenia. Niestety, strategia ta ma tendencję do wyczerpywania się w miarę upływu czasu od zakończenia leczenia i zdaje się mieć zasadniczy wpływ na powstawanie objawów psychopatologicznych u pacjentek, które doświadczyły tego rodzaju PTG (Chan et al., 2011b; Zoellner & Maercker, 2006). Stawia to zatem kolejne już pytanie o charakter raportowanego w prezentowanym badaniu wzrostu potraumatycznego.

Ponadto, w odniesieniu do literatury przedmiotu, należy również interpretować związek między objawami z zakresu pobudzenia a spadkiem oceny obrazu ciała w zakresie kontroli wagi i kondycji fizycznej. Jak bowiem podaje Hefferon (Hefferon et al., 2010) zmiany zachodzące w ciele, kiedy zostają zauważone przez pacjentki, stają się swoistym termometrem ogólnych

zmian zachodzących w procesie leczenia. Rozumiejąc w ten sposób pogarszający się obraz ciała w zakresie kontroli wagi oraz kondycji fizycznej w badanej populacji, można wyjaśnić wzrost objawów PTSD w zakresie pobudzenia, które wiąże się z większą koncentracją na ciele, zwiększoną czujnością i gotowością. Zasadny wydaje się również wniosek o „złaniu się” objawów z zakresu pobudzenia i tego czego pacjentki doświadczały fizycznie w związku z postępem procesu leczenia. Wspólnym mianownikiem obu, mogą być bowiem: podwyższone ciśnienie tętnicze, potliwość, wzmożony niepokój, wzmożona wrażliwość sensoryczna oraz czujny sen (Gałęcki et al., 2018). Korelacja między pogarszającym się obrazem ciała a występowaniem objawów zespołu stresu pourazowego pozostaje istotna w duchu prezentowanej pracy. Pojawia się bowiem pytanie o długoterminowy wpływ pogarszającego się obrazu ciała na psychologiczne konsekwencje przebytego raka piersi (Hefferon et al., 2010; Liu et al., 2017).

Dodatkowo, dalsze analizy wykazały, że objawy PTSD nie tylko mają związek z objawami PTG, ale również stanowią czynniki walidujące powstanie PTG. Zgodnie z wynikami przedstawionego badania, czynnikami przewidującymi powstawanie objawów PTG, w badanej populacji, okazały się objawy ze spektrum pobudzenia i intruzji. Podobnie jak opisano to wyżej, może mieć to związek z przetwarzaniem poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym jaki odbywa się w procesie przeżywania objawów ze spektrum pobudzenia i intruzji. Zgodnie bowiem z założeniami teoretycznymi, są to procesy konieczne w wykształceniu, zauważeniu oraz docenieniu wszelkich pozytywnych konsekwencji borykania się z traumatycznym doświadczeniem raka piersi. Jak dotąd nie znaleziono w literaturze przedmiotu badań, które sprawdzałyby predykcyjny charakter objawów PTSD na powstawanie PTG. Dotąd koncentrowano się na ich korelacji, która była wielokrotnie potwierdzana (Cordova et al., 2007; Koutrouli et al., 2012).

W kontekście prezentowanego badania pojawia się zatem pytanie o predykcyjny charakter objawów zespołu stresu pourazowego dla określonego rodzaju PTG – iluzorycznego lecz nie realnego (Cheng et al., 2020; Zoellner & Maercker, 2006). Jak bowiem opisano to wyżej, część objawów PTSD może odpowiadać za procesy re-atrybucje w wytwarzaniu PTG, a postulowane przez Tedeschiego i Calhouna. Wątpliwości budzi jednak tak silne współwystępowanie wysokiego PTG z klinicznie istotnymi poziomami objawów PTSD. Pojawia się pytanie czy prezentowane wyniki nie sugerują rozbieżności między rzeczywistością czysto kwestionariuszową a tą kliniczną, która pokazuje, że pacjenci często, starając się spełnić

wyrażane wobec nich oczekiwania społeczne („na pewno będzie dobrze” „musisz myśleć pozytywnie” „wszystko to jest w twojej głowie”) niejako wymuszają na sobie określony sposób interpretacji zdarzenia. Kiedy jednak interpretacja pozostaje niespójna z ich własnymi odczuciami i wartościami, deklarowane PTG w rzeczywistości może okazać się nierealne, dalekie od pozytywnego zjawiska opisywanego w pierwszych modelach i pracach na ten temat.

## **V.2 Podsumowanie dyskusji**

Wiele z zaprezentowanych wyników podważa pierwotny model PTG Tedeschiego i Calhouna, jednocześnie zwracając większą uwagę na Model Janusa postulowany przez Maerckera i Zoellner (Zoellner & Maercker, 2006). Ten dwuskładnikowy model wzrostu potraumatycznego, który swoją nazwę zaczerpnął od rzymskiego boga Janusa, tradycyjnie przedstawianego z dwiema twarzami zwróconymi w różnych kierunkach, stanowi niezwykle ważny głos we współczesnej dyskusji nad rolą wzrostu potraumatycznego i jego zastosowaniem w tworzeniu klinicznych ścieżek wsparcia pacjentów, którzy go doświadczają. Jak udowadniają twórcy modelu, wzrost potraumatyczny może być funkcjonalny, czyli realny lub iluzoryczny (Maercker & Zoellner, 2014). Wychodząc od założeń teoretycznych i modeli traktujących PTG jako efekt (Tedeschi & Calhoun, 2004) lub strategię radzenia sobie z traumą, autorzy wskazują, że niezależnie od tego jak zdefiniujemy PTG istotne jest jaki będzie ono miało wpływ na długoterminowe konsekwencje dla jakości życia osób go doświadczających. Zoellner i Maercker idą dalej i udowadniają, że iluzoryczny wzrost potraumatyczny występuje u pacjentów, którzy uważają, że „należy” prezentować i zauważać pozytywne konsekwencje doświadczonej traumy i w związku z tym unikają negatywnych emocji, niejako wmawiając sobie, że wszystko przez co przechodzą ma głębszy sens. Jednakże, tak doświadczany wzrost potraumatyczny, mierzony bezpośrednio po doświadczonej traumie, powoduje gorsze przystosowanie do życia w perspektywie długoterminowej, widoczne w manifestujących się z czasem objawach depresyjnych i lękowych u pacjentek, które próbowały się przekonać do tego, że doświadczenie krytyczne raka piersi stanowiło dla nich punkt zwrotny w zakresie doświadczania siebie, innych ludzi, swojego życia i duchowości (Chan et al., 2011b).

W niniejszym badaniu, pogorszenie się obrazu ciała, bez cech powrotu do lepszego poziomu wyjściowego, wzrost stosowania niektórych nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem w trakcie oraz po zakończeniu leczenia (zażywanie alkoholu i innych substancji oraz odwracanie uwagi), dodatni wpływ ugodowości na powstawanie deklarowanego PTG,

zachowanie przez cały proces leczenia subiektywnie dobrego nastroju, wysoka korelacja objawów PTSD z objawami PTG oraz ich predykcyjny charakter dla powstawania PTG, w sposób zasadny podważają realność stwierdzonego w badaniu wzrostu potraumatycznego. Bowiem, zgodnie z założeniami Modelu Janusa, przynajmniej część zbadanego i wykazanego w badaniu PTG może być wzrostem iluzorycznym, wynikającym z przekonania pacjentów o konieczności zastosowania „pozytywnego myślenia” w walce z chorobą. Pozostaje to niezwykle spójne z praktyką kliniczną, kiedy duży odsetek pacjentów zgłasza się do psychologa w trakcie leczenia i podaje wysoki poziom zaniepokojenia swoim nastawieniem do leczenia i choroby- „Ja wiem, że trzeba pozytywnie myśleć”, „Ja nie dam rady bo ja cały czas myślę tylko o czarnych scenariuszach”, „Wszyscy na mnie krzyczą, że mam myśleć pozytywnie” (doświadczenia własne autora). Szczególnie zwraca uwagę udowodniony w badaniu wpływ objawów PTSD na powstawanie PTG. Wyniki te każą zastanowić się nad predykcyjnym charakterem objawów PTSD w powstawaniu iluzorycznego wzrostu potraumatycznego. Taka interpretacja przedstawionych wyników powinna skutkować dogłębną analizą postaw pacjentów do leczenia i choroby w ich trakcie. Adaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem w dużej mierze mogą zapobiegać pojawieniu się objawów PTSD a tym samym sprzyjać wystąpieniu faktycznego PTG. Pacjenci wykazujący wyższy poziom strategii dezadaptacyjnych oraz ci u których widoczne są objawy PTSD po zakończonym leczeniu powinni być monitorowani w miesiącach następujących po zakończeniu leczenia zasadniczego nie tylko pod kątem medycznym, ale również psychologicznym. Jeśli bowiem objawy PTSD mogą stanowić predyktor PTG iluzorycznego, należy spodziewać się obniżonego funkcjonowania pacjentów, którzy będą je przejawiać. Interwencja terapeutyczna może w tym momencie okazać się konieczna.

Jednocześnie nie można pominąć wyników, które pozostają zgodne z założeniami pierwszego modelu PTG (Lawrence G. Calhoun & Tedeschi, 1991). Postulowane przed Tedeschiem i Calhouna elementy konieczne do zaistnienia objawów potraumatycznego wzrostu, takie jak: poznawcza re-atrybucja, określona życiowa narracja, poszukiwanie wsparcia czy subiektywna, negatywna ocena doświadczanego zdarzenia znajdują swoje miejsce w zbadanych w pracy obszarach. Wysoki poziom występowania PTG, mierzonego Inwentarzem Potraumatycznego Wzrostu, oraz postrzeganie negatywnych zmian przez pryzmat pogarszającego się obrazu ciała stanowią potwierdzenie określenia raka piersi jako sytuacji traumatycznej oraz poznawczą ocenę go jako negatywnego i ograniczającego, co zdaniem autorów modelu stanowi punkt konieczny do zapoczątkowania procesu tworzenia PTG (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Adaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem, takie jak poszukiwanie wsparcia lub pozytywne przewartościowanie, które znalazły swój wydzźwięk w prezentowanych wynikach, odpowiadają za emocjonalne, poznawcze i behawioralne adaptacyjne procesy przetwarzania traumy, które Tedeschi i Calhoun wskazują jako również konieczne do powstania PTG (Tedeschi & Calhoun, 2004). Efekt ten wzmacnia potwierdzenie wpływu osobowościowej otwartości na doświadczenie na pojawianie się objawów PTG. W istocie, nawet wykazanie wpływu objawów PTSD w zakresie intruzji i pobudzenia może pozostawać w związku z postulowanymi w pierwszym modelu PTG warunkami koniecznymi do zapoczątkowania procesu pozytywnego samorozwoju. Bowiem zarówno intruzja, jak i pobudzenie odpowiadać mogą za zwiększony poziom przetwarzania poznawczego i emocjonalnego doświadczenia onkologicznego.

Podsumowując, niniejsze wyniki wnoszą do dyskusji na temat wzrostu potraumatycznego kolejne pytania dotyczące obszarów, które można eksplorować w dalszych badaniach. Chcąc przekuć zaprezentowane wyniki na konkretne zalecenia kliniczne nie można przejść obojętnie wobec analiz dokonanych w celu sprawdzenia siódmego pytania badawczego a dotyczącego współwystępowania objawów PTG i PTSD. Monitorowanie występowania objawów zespołu stresu pourazowego u pacjentów w trakcie oraz po zakończonym leczeniu onkologicznym w celu kontrolowania rodzaju PTG jaki pojawia się u pacjenta jest niewątpliwie ważnym krokiem w kierunku projektowania indywidualnych, ale co ważniejsze, efektywnych ścieżek wsparcia pacjentów. Bowiem osoby wykazujące cechy iluzorycznego PTG powinny pozostawać pod kontrolą psychologów i psychoonkologów nie tylko w trakcie leczenia onkologicznego, ale również po jego zakończeniu. Tym samym zmniejszone zostanie ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych i/lub lękowych, o których wiemy, że pojawiają się wśród pacjentów, którzy deklarują PTG, jednak nie doświadczają go w sposób rzeczywisty.

Literatura przedmiotu dostarcza licznych propozycji dotyczących ścieżek pracy z pacjentami onkologicznymi, które można bez wątplenia stosować również po zakończeniu leczenia zasadniczego. Dotychczasowe dane potwierdzają m.in. pozytywny wpływ wykorzystania wiedzy na temat wzrostu potraumatycznego w interwencjach poznawczo-behawioralnych. Udowodniono pozytywny wpływ PTG na wzmacnianie adaptacyjnych strategii radzenia sobie z przebyłą traumą w procesie terapii poznawczo-behawioralnej (Knaevelsrud, Liedl, & Maercker, 2010). Potwierdzono również dodatni wpływ terapii poznawczo-behawioralnej, korzystającej z elementów facylitacji PTG, na radzenie sobie ze stresem oraz wzrost odporności mierzonej wzrostem limfocytów T (McGregor et al., 2004). Sprawdzono również wpływ

grupowej terapii poznawczo-egzystencjalnej wycelowanej w objawy depresyjne i lękowe u kobiet po przebytych raku piersi. Wzrost potraumatyczny okazał się jednym z czynników ułatwiających uporanie się z objawami lęku i depresji w badanej grupie (Kissane et al., 2003). Opisane interwencje wycelowane są we wzmacnianie adaptacyjnych metod radzenia sobie ze stresem a tym samym mają przyczynić się do wzrostu prawdopodobieństwa wykształcenia się PTG realnego. Może się to okazać niezwykle pomocne u pacjentów wykazujących tendencję do angażowania się w nieadaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem i podatnych na stereotypowe przekazy dotyczące „walki z chorobą”, u których PTG ma szansę wykształcić się w formie iluzorycznej i tym samym stanowić może czynnik negatywnie wpływający na funkcjonowanie psychologiczne pacjenta w przyszłości. Z kolei niski poziom funkcjonowania w miesiącach następujących po zakończeniu leczenia onkologicznego może przekładać się na niski poziom zaangażowania pacjentów w procedury kontrolne czy stosowanie się do zaleceń lekarzy, przyczyniając się do wzrostu komplikacji po leczeniu i/lub późniejszego zgłaszania się na badania kontrole co w konsekwencji może doprowadzić do późnego rozpoznawania wznów choroby oraz gorszego rokowania w wypadku ich wystąpienia. Przekucie niniejszego badania w konkretne działania może pomóc temu zapobiec.

## VI. Wnioski

W odpowiedzi na postawione w badaniu hipotezy wyciągnięto następujące wnioski:

1. W przebadanej grupie pacjentek leczonych z powodu raka piersi wystąpił wzrost potraumatyczny (PTG).
2. Leczenie onkologiczne negatywnie wpłynęło na obraz ciała pacjentek. Obraz ciała pogarszał się na każdym etapie leczenia, aby ostatecznie osiągnąć najniższe wyniki w trzecim pomiarze, czyli 5-7 tygodni po zakończeniu leczenia zasadniczego.
3. Obraz ciała nie stanowił predyktora powstawania objawów wzrostu potraumatycznego w zbadanej populacji. Jednakże, wykazano korelację między oceną kondycji fizycznej a raportowanymi pozytywnymi refleksjami odnośnie zmian duchowych. Wysoki poziom PTG przy jednocześnie niskiej ocenie ciała stawia pytania o adaptacyjność i realność prezentowanego przez przebadaną grupę PTG.
4. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz emocjonalnego, podobnie jak pozytywne przewartościowanie i wzrost oraz zwrot ku religii, okazały się strategiami radzenia sobie ze stresem, które przewidywały wysoki poziom PTG. Jednocześnie w przebadanej grupie wykazano tendencję do stosowania nieadaptacyjnych metod radzenia sobie ze stresem, które może sprzyjać wystąpieniu iluzorycznego PTG.
5. Wykazano związki między osobowością a PTG:
  - 5.1 Ugodowość oraz otwartość na doświadczenie w istocie sprzyjały wystąpieniu PTG.
  - 5.2 Osobowość typu D utrudniała powstawanie wzrostu potraumatycznego.
6. Subiektywna ocena nastroju nie wykazała istotnego statystycznie moderującego wpływu na pozostałe czynniki generujące powstanie PTG.
7. W badanej grupie pacjentki prezentowały objawy zespołu stresu pourazowego. Współwystępowanie deklarowanego PTG oraz objawów z zakresu intruzji, pobudzenia oraz unikania sugerują iluzoryczny charakter prezentowanego w zbadanej grupie PTG i stanowią mogą istotny sygnał w tworzeniu bardziej efektywnych ścieżek wsparcia pacjentek chorujących na raka piersi.

## VII. Streszczenie

Celem prezentowanej pracy była analiza związku oceny obrazu ciała z występowaniem wzrostu potraumatycznego (PTG) wśród pacjentek chorujących na raka piersi. Wzrost potraumatyczny to zjawisko opisywane jako wszelkie pozytywne konsekwencje występujące w wyniku podejmowania prób poradzenia sobie z sytuacją traumatyczną. Do oceny obrazu ciała wykorzystana została Skala Oceny Ciała (BES), z kolei poziom potraumatycznego wzrostu oceniany był przy pomocy Inwentarza Potraumatycznego Wzrostu (IPW). Zbadane zostały również strategie radzenia sobie ze stresem (kwestionariusz COPE), cechy osobowości (kwestionariusze DS-14 oraz NEO-FFI), subiektywna ocena nastroju (Skala Depresji Becka) oraz objawy zespołu stresu pourazowego (kwestionariusz ZSWZ). Wszystkie wymienione czynniki zostały sprawdzone pod kątem moderowania związku zmiennych głównych- obrazu ciała i PTG.

Badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentek Centrum Chorób Piersi Breast Unit, Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Zostało przeprowadzone w trzech punktach czasowych – przed rozpoczęciem leczenia, po zakończeniu pierwszego etapu leczenia oraz 5-7 tygodniu po zakończeniu leczenia zasadniczego. Dane ze wszystkich trzech pomiarów uzyskano od łącznie 117 pacjentek, które spełniły kryteria włączenia do badania.

W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono, że powyżej 70% pacjentek zadeklarowało minimum średni poziom natężenia wzrostu potraumatycznego (PTG) po zakończeniu leczenia. Z kolei obraz ciała pacjentek okazał się pogarszać na każdym etapie badania, aż do osiągnięcia najniższych wyników w pomiarze trzecim. Poziom PTG w niewielkim stopniu korelował z obrazem ciała. Analizy statystyczne wykazały dodatnią korelację adaptacyjnych metod radzenia sobie ze stresem (poszukiwanie wsparcia) oraz niektórych cech osobowości (otwartość na doświadczenie, ugodowość) z poziomem PTG. Ponadto, analiza regresji wykazała ich dodatni wpływ na powstawanie PTG. Ten sam efekt potwierdzono w odniesieniu do objawów PTSD, których występowanie potwierdzono w niniejszym badaniu. Tego samego nie potwierdzono w odniesieniu do obrazu ciała, ani subiektywnej oceny nastroju, który to przez cały czas trwania badania utrzymywał się w badanej grupie na wysokim (dobrym) poziomie, rozumianym jako brak raportowanych objawów depresyjnych.

Dodatkowo, analizy statystyczne wykazały ujemne korelację oraz wpływ (analiza regresji) na powstawanie PTG cech osobowości typu D (negatywna emocjonalność, hamowanie społeczne) oraz niektórych nieadaptacyjnych metod radzenia sobie ze stresem.

Prezentowane badanie potwierdza zatem, że u kobiet po zakończonym leczeniu raka piersi z wysokim prawdopodobieństwem będą występować objawy wzrostu potraumatycznego.



Czynnikami, które moderują ich poziom są adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem oraz niektóre cechy osobowości. Obraz ciała wymaga wnikliwszej analizy i obserwacji w kolejnych badaniach. Prezentowana praca potwierdza bowiem negatywny wpływ leczenia onkologicznego na ocenę ciała wśród pacjentek. Stawia zatem pytanie o potencjalnie pozytywny wpływ interwencji dotyczących obrazu ciała na ogólny dobrobyt pacjentek w czasie choroby i leczenia oraz konsekwencje długoterminowe doświadczenia onkologicznego.

Jednakże, prezentowane badanie unaocznilo fakty, które rzucają nowe światło na zjawisko wzrostu potraumatycznego. Dodatkowo korelacje oraz wyniki analizy regresji wykazujące wpływ takich czynników jak: nieadaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem, utrzymujący się na przestrzeni leczenia subiektywnie dobry nastrój oraz obecność objawów PTSD na występowanie PTG ukazują niejednoznaczny charakter wzrostu potraumatycznego, który w pierwszych modelach teoretycznych miał wymiar jedynie pozytywny. Zaprezentowane wyniki zdają się potwierdzać, postulowany w literaturze, drugi wymiar PTG- jako strategii radzenia sobie, która wydaje się atrakcyjna w momencie rozpoczęcia leczenia, jednak nie będącą spójną z prawdziwymi przeżyciami pacjenta (popularna deklaracja - „muszę myśleć pozytywnie”). Konsekwencją tak przeżywanego PTG jest niejednokrotnie doświadczanie w okresie po zakończeniu leczenia objawów depresyjno-lękowych a w obszarze behawioralnym, stosowanie nieadaptacyjnych metod radzenia sobie ze stresem. W związku z tym, niniejsza praca stanowi istotny głos w dyskusji dotyczącej wielowymiarowości koncepcji potraumatycznego wzrostu, która zobrazowana jest przez przedstawicieli dwóch odmiennych koncepcji PTG – klasycznego modelu PTG oraz tzw. podwójnego modelu Janusa. Rozróżnienie przez pryzmat doświadczanych objawów PTSD charakteru deklarowanego przez pacjentów PTG może mieć niebagatelny wpływ na sposób leczenia i monitorowania zdrowia psychicznego pacjentów po zakończeniu leczenia onkologicznego.

## VIII. Bibliografia

1. Abbott, D. A., & Meredith, W. H. (1986). Strengths of Parents with Retarded Children. *Family Relations*, 35(3), 371. <https://doi.org/10.2307/584363>
2. Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal Attribution, Perceived Benefits, and Morbidity After a Heart Attack: An 8-Year Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 29–35. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.55.1.29>
3. Aflakseir, A., Nowroozi, S., Mollazadeh, J., & Goodarzi, M. A. (2016). The role of psychological hardiness and marital satisfaction in predicting posttraumatic growth in a sample of women with breast cancer in Isfahan. *International Journal of Cancer Management*, 9(4), 7–11. <https://doi.org/10.17795/ijcp-4080>
4. Aflakseir, A., Soltani, S., & Mollazadeh, J. (2018). Posttraumatic growth, meaningfulness, and social support in women with breast cancer. *International Journal of Cancer Management*, 11(10). <https://doi.org/10.5812/ijcm.11469>
5. Andrykowski, M. A., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2(4), 261–276. <https://doi.org/10.1002/pon.2960020406>
6. Basińska, B., & Piech, M. (1998). Lęk i agresja u pacjentek onkologicznych leczonych napromieniowaniem. *Psychoonkologia*, 2(1), 13–19.
7. Bauml, J. M., Troxel, A., Epperson, C. N., Cohen, R. B., Schmitz, K., Stricker, C., ... Langer, C. J. (2016). Scan-associated distress in lung cancer: Quantifying the impact of “scanxiety.” *Lung Cancer*, 100, 110–113. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2016.08.002>
8. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: TX: Psychological Corporation.
9. Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47–56. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.47>
10. Berger, R., & Weiss, T. (2009). Immigration and Posttraumatic Growth- A missing link. *Journal of Immigrant & Refugee Services*, 1(2), 21–39. <https://doi.org/10.1300/J191v01n02>
11. Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman’s Psychological Stress and Coping Theory. In C. Cooper & C. Q. James (Eds.), *The Handbook of Stress and Helath: A Guide to Research and Practice*. (First, pp. 353–364). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.4324/9781315136028-17>
12. Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS- related mortality among bereaved HIV-

- seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979–986.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.6.979>
13. Burt, M. R., & Katz, Bonnie, L. (1987). Dimensions of recovery from rape: focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(1), 57–81.  
<https://doi.org/10.1177/07399863870092005>
  14. Bussell, V. A., & Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61–78. <https://doi.org/10.1080/07347330903438958>
  15. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1989). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega*, 20(4), 265–272. <https://doi.org/10.2190/QDY6-6PQC-KQWV-5U7K>
  16. Calhoun, Lawrence G., & Tedeschi, R. G. (1991). Perceiving benefits in traumatic events: Some issues for practicing psychologists. *Journal of Training & Practice in Professional Psychology*, 5(1), 45–52.
  17. Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
  18. Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107–126. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J)
  19. Cella, D. F., & Tross, S. (1986). Psychological Adjustment to Survival From Hodgkin's Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 616–622.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.616>
  20. Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011a). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544–552.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1761>
  21. Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011b). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544–552.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1761>
  22. Chang, O., Choi, E. K., Kim, I. R., Nam, S. J., Lee, J. E., Lee, S. K., Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(20), 8607–8612. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.20.8607>

23. Cheng, C. T., Wang, G. L., & Ho, S. M. Y. (2020). The relationship between types of posttraumatic growth and prospective psychological adjustment in women with breast cancer: A follow-up study. *Psycho-Oncology*, 29(3), 586–588. <https://doi.org/10.1002/pon.5312>
24. Cole, D. (2001). *After Great Pain: a New Life Emerges*. New York: Summit.
25. Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8(3), 263–285.
26. Cordova, M. J. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. In *Trauma, recovery and growth: positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 185–205). John Wiley & Sons.
27. Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
28. Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308–319. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6>
29. Courneya, K. S., Bobick, T. M., Rhodes, R. E., Jones, L. W., Friedenreich, C. M., & Arthur, K. (2000). Personality Correlates of Patients' Subjective Well-Being After Surgery for Colorectal Cancer: An Application of the Five-Factor Model. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(4), 61–72. <https://doi.org/10.1300/J077v18n04>
30. Cowen, E. L., & Kilmer, R. P. (2002). "Positive psychology": Some plusses and some open issues. *Journal of Community Psychology*, 30(4), 449–460. <https://doi.org/10.1002/jcop.10014>
31. Dahan, J. F., & Auerbach, Carl, F. (2006). A qualitative study of the trauma and posttraumatic growth of multiple myeloma patients treated with peripheral blood stem cell transplant. *Palliative and Supportive Care*, 4(4), 365–387. <https://doi.org/10.1017/s1478951506060470>
32. Daiter, S., Larson, R. A., Weddington, W. W., & Ulmann, J. E. (1988). Psychosocial symptomatology, personal growth, and development among young adult patients following the diagnosis of leukemia or lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*, 6(4), 613–617. <https://doi.org/10.1200/JCO.1988.6.4.613>
33. Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-*

- Oncology*, 22(12), 2676–2683. <https://doi.org/10.1002/pon.3298>
34. Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., Powell, B. L. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(1), 13–24. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9304-5>
  35. Dauplat, J., Kwiatkowski, F., Rouanet, P., Delay, E., Clough, K., Verhaeghe, J. L., Weitbruch, D. (2017). Quality of life after mastectomy with or without immediate breast reconstruction. *British Journal of Surgery*, 104(9), 1197–1206. <https://doi.org/10.1002/bjs.10537>
  36. Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255–266. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00177-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00177-X)
  37. Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2016). “I just have to move on”: Women’s coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.005>
  38. Elder, E. E., Brandberg, Y., Björklund, T., Rylander, R., Lagergren, J., Jurell, G., Sandelin, K. (2005). Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: A prospective study. *Breast*, 14(3), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2004.10.008>
  39. Elder, G. H., & Clipp, E. C. (1989). Combat Experience and Emotional Health: Impairment and Resilience in Later Life. *Journal of Personality*, 57(2), 311–341. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1989.tb00485.x>
  40. Fallah, R., Keshmir, F., Kashani, F. L., Azargashb, E., & Akbari, M. E. (2012). Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patient: A Qualitative Phenomenological Study. *Middle East Journal of Cancer*, 3(2–3), 35–44.
  41. Fatone, A. M., Moadel, A. B., Foley, F. W., Fleming, M., & Jandorf, L. (2007). Urban voices: The quality-of-life experience among women of color with breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, 5(2), 115–125. <https://doi.org/10.1017/S1478951507070186>
  42. Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D’Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579–594. <https://doi.org/10.1002/pon.991>
  43. Gałęcki, P., Maciej, P., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., & Wciórka, J. (Eds.).

- (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. DSM-V. American Psychiatric Association* (Wydanie pi). Edra. Urban&Partner.
44. Garcia, S. N., Coelho, R. D. C. F. P., dos Santos, P. N. D., Maftum, M. A., Mantovani, M. de F., & Kalinke, L. P. (2017). Changes in social function and body image in women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy. *Acta Scientiarum - Health Sciences*, *39*(1), 57–64. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v39i1.31833>
45. Gonzalez, P., Nuñez, A., Wang-Letzkus, M., Lim, J. W., Flores, K. F., & Nápoles, A. M. (2016). Coping with breast cancer: Reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women. *Health Psychology*, *35*(1), 19–28. <https://doi.org/10.1037/hea0000263>
46. Greer, J. A., Solis, J. M., Temel, J. S., Lennes, I. T., Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., & Pirl, W. F. (2011). Anxiety Disorders in Long-Term Survivors of Adult Cancers. *Psychosomatics*, *52*(5), 417–423. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.014>
47. Grogan, S. (1999). *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge. London. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
48. Hefferon, K., Grealy, M., & Mutrie, N. (2010). Transforming from cocoon to butterfly: The potential role of the body in the process of posttraumatic growth. *Journal of Humanistic Psychology*, *50*(2), 224–247. <https://doi.org/10.1177/0022167809341996>
49. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(5), 213–218. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2010.02.001>
50. İnan, F. S., & Ustun, B. (2014). Breast Cancer and Posttraumatic Growth. *The Journal of Breast Health*, *10*(2), 75–78. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2014.1778>
51. Jabłoński, M., Furgał, M., Dudek, D., & Zięba, A. (2008). Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. *Psychiatria Polska*, *5*, 749–765.
52. Jabłoński, M. J., Streb, J., Mirucka, B., Słowik, A., & Jach, R. (2018). Związek leczenia chirurgicznego (mastektomia vs . zabieg oszczędzający piers) z akceptacją cielesności , eksponowaniem kobiecości i przeżywaniem intymnej relacji z partnerem w grupie kobiet z rakiem piersi. *Psychiatria Polska*, *52*(5), 859–872.
53. Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 30–34.
54. Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, *6*(2), 271–279. <https://doi.org/10.1007/BF00974121>

55. Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2009). Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym - Polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*, 6(1), 15–25.
56. Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
57. Kalembrik, A., & Juczyński, Z. (2001). Psychologiczny wymiar “jakości życia” w chorobach nowotworowych. *Folia Psychologica*, 5, 71–82.
58. Kieszkowska-Grudny, A. (2013). Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory – podejście kliniczne. *OncoReview*, 3(2), 119–128.
59. Kim, M. K., Kim, T., Moon, H. G., Jin, U. S., Kim, K., Kim, J., ... Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology*, 41(3), 426–432. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.12.002>
60. Kingdom, U., Bauml, J., & Vachani, A. (2017). Cancer ' Scanzxiety ' Is a Real ( Terrifying) Thing.
61. Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12(6), 532–546. <https://doi.org/10.1002/pon.683>
62. Knaevelsrud, C., Liedl, A., & Maercker, A. (2010). Posttraumatic growth, optimism and openness as outcomes of a cognitive-behavioural intervention for posttraumatic stress reactions. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1030–1038. <https://doi.org/10.1177/1359105309360073>
63. Kolodziejczyk, A., & Pawlowski, T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 28(8), 1137–1142. <https://doi.org/10.17219/acem/103626>
64. Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Women and Health*, 52(5), 503–516. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.679337>
65. Lam, W. W. T., Li, W. W. Y., Bonanno, G. A., Mancini, A. D., Chan, M., Or, A., & Fielding, R. (2012). Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Research and Treatment*, 131(3), 957–967. <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1798-2>
66. Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth

- after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14–22. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9183-6>
67. Lelorain, Sophie, Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: Relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 627–639. <https://doi.org/10.1177/1359105311427475>
68. Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the Relationship Between Resilience and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282–286. <https://doi.org/10.1002/jts>
69. Lipowska, M., & Lipowski, M. (2013). Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychology Report*, 1, 72–81. <https://doi.org/10.5114/hpr.2013.40471>
70. Liu, J., Griva, K., Lim, H. A., Tan, J. Y. S., & Mahendran, R. (2017). Longitudinal study of the protective effect of hope on reducing body image distress in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(1), 77–89. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1221490>
71. Maercker, A., & Zoellner, T. (2013). The Janus Face of Self-Perceived Growth : Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41–48.
72. Maercker, A., & Zoellner, T. (2014). The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41–48.
73. 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(3), 442–454. <https://doi.org/10.1097/00006842-200405000-00025>
74. McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: The role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23(1), 114–120. <https://doi.org/10.1002/pon.3380>
75. McGinty, H. L., Small, B. J., Laronga, C., & Jacobsen, P. B. (2016). Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/hea0000238>
76. McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 1–8. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00036-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00036-9)
77. Miller, S. J., Schnur, J. B., Weinberger-Litman, S. L., & Montgomery, G. H. (2014). The



- relationship between body image, age and distress in women facing breast cancer surgery. *Palliative Support Care*, 12(5), 363–367. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
78. Milne, H. M., Guilfoyle, A., Gordon, S., Wallman, K. E., & Courneya, K. S. (2007). Personal accounts of exercise and quality of life from the perspective of breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 16(9), 1473–1481. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9251-z>
  79. Mirucka, B. (2003a). Ja-cielesne fundamentem osobowosci. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8(1–2), 30–40.
  80. Mirucka, B. (2003b). Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 46(2), 209–223.
  81. Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24(5), 583–595. <https://doi.org/10.1080/08870440701671362>
  82. Morone, G., Iosa, M., Fusco, A., Scappaticci, A., Alcuri, M. R., Saraceni, V. M., ... Paolucci, T. (2014). Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: The role of body image on quality of life outcomes. *Scientific World Journal*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/451935>
  83. Nitsch, K., Prajs, E., Kurpisz, J., & Tyburski, E. (2012). Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatria Psychologia Kliniczna*, 12(3), 176–182.
  84. Nowicki, A., & Rządowska, B. (2005). Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkologia*, 9(9), 396–403.
  85. Ogińska-Bulik, N. (2016a). Negatywne i pozytywne następstwa doświadczonej traumy - Rola ruminacji. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16(3), 182–187. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2016.0026>
  86. Ogińska-Bulik, N. (2016b). Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.5114/pson.2015.55305>
  87. Ogińska-Bulik, N. J. (2016). Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u zakażonych HIV. *Psychiatria*, 13(1), 8–16.
  88. Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny - Charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7(4), 129–142.
  89. Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2017). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic Review. *Cancer Nursing*,

- 39(1), 39–58. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
90. Popławska, K. (2009). Zaburzenia funkcji poznawczych w przebiegu choroby nowotworowej i neurologicznych zespołach paranowotworowych. *Aktualności Neurologiczne*, 9(1), 67–71.
91. Rezaei, M., Elyasi, F., Janbabai, G., Moosazadeh, M., & Hamzehgardeshi, Z. (2016). Factors influencing body image in women with breast cancer: A comprehensive literature review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(10). <https://doi.org/10.5812/ircmj.39465>
92. Rhodes, R. E., Courneya, K. S., & Bobick, T. M. (2001). Personality and Exercise Participation across the Breast Cancer Experience. *Psycho-Oncology*, 10(August 2000), 380–388. <https://doi.org/10.4324/9781315213026-9>
93. Rhondali, W., Chisholm, G. B., Filbet, M., Kang, D. H., Hui, D., Cororve Fingeret, M., & Bruera, E. (2015). Screening for body image dissatisfaction in patients with advanced cancer: A pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 18(2), 151–156. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0588>
94. Rieker, P. P., Edbril, S. D., & Garnick, M. B. (1985). Curative testis cancer therapy: Psychosocial sequelae. *Journal of Clinical Oncology*, 3(8), 1117–1126. <https://doi.org/10.1200/JCO.1985.3.8.1117>
95. Romeo, A., Ghiggia, A., Tesio, V., Di Tella, M., Torta, R., & Castelli, L. (2017). Post-traumatic growth, distress and attachment style among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(3), 309–322. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1289291>
96. Rosen, J. C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 77–84.
97. Rosenberg, S. M., Tamimi, R. M., Gelberg, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borgers, V. F., Partridge, A. H. (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1849–1855. <https://doi.org/10.1002/pon.3221>
98. Rostowska, T., & Walecka-Matysja, K. (2003). Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry- analiza porównawcza. *Psychoonkologia*, 7(1), 7–13.
99. Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the Bipolarity of Positive and Negative Affect. *Psychological Bulletin*, 125(1), 3–30. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.3.644>

100. Sabiston, C. M., McDonough, M. H., & Crocker, P. R. E. (2007). Psychosocial experiences of breast cancer survivors involved in a dragon boat program: Exploring links to positive psychological growth. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 29(4), 419–438. <https://doi.org/10.1123/jsep.29.4.419>
101. Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, 18, 30–41. <https://doi.org/10.1002/pon>
102. Schover, L. R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA – A Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112–120.
103. Schover, L., Yetman, R., Tuason, L., Meisler, E., Esselstyn, C., Hermann, R., Dowden, R. (1995). Partial Mastectomy and Breast Reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexuality. *Cancer*, 75(1), 54–64. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19950101\)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19950101)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I)
104. Sesiuk, A., & Rzepliela, L. (2016). Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16(1), 21–26. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2016.0004>
105. Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497–502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
106. Smeets, M. (1997). The Rise and Fall of Body Size Estimation Research in Anorexia Nervosa : a Review and Reconceptualization. *European Eating Disorders Review*, 5(2), 75–95.
107. Stępień, R., & Wrońska, I. (2008). Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. *Studia Medyczne*, 10, 31–35.
108. Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.006>
109. Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The Factor Structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A Comparison of Five Models Using Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 158–164. <https://doi.org/10.1002/jts>
110. Taleghani, F., Yekta, Z. P., & Nasrabadi, A. N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 265–272.

[https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03808\\_1.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03808_1.x)

111. Tallman, Benjamin A., Altmaier, E., & Garcia, C. (2007). Finding Benefit From Cancer. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 481–487. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.4.481>
112. Tallman, Benjamin Ashley. (2011a). *Anticipating posttraumatic growth from cancer: A patient and collateral perspective*.
113. Tallman, Benjamin Ashley. (2011b). *Anticipating posttraumatic growth from cancer: Patients and collaterals experiences. unpublished PhD dissertation*. Retrieved from <http://www.embase.com.oala-proxy.surrey.ac.uk/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L373159736%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1080/07347332.2014.897291%5Cnhttp://dm2vw4nw2w.search.serialssolutions.com?sid=EMBASE&issn=15407586&id=doi:10.1080%2F073473>
114. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). *Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: CA: Sage.
115. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
116. Tennen, H., Affleck, G., Urrows, S., Higgins, P., & Mendola, R. (1992). Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 24(2), 186–203. <https://doi.org/10.1037/h0078709>
117. Teo, I., Reece, G. P., Christie, I. C., Guindani, M., Markey, M. K., Heinberg, L. J., ... Fingeret, M. C. (2016). Body image and quality of life of breast cancer patients: influence of timing and stage of breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 1106–1112. <https://doi.org/10.1002/pon.3952>
118. Thornton, A. A., & Perez, M. A. (2006). Posttraumaic Growth in Prostate Cancer Survivors and Their Partners. *Psycho-Oncology*, 15(4), 285–296.
119. Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 65–80. [https://doi.org/10.1300/J077v20n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J077v20n02_04)
120. Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24(3), 266–273. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.266>
121. Wojciechowska, I. (2019). *Analiza cech osobowości u pacjentek z rakiem piersi*.

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

122. World Health Organization- Breast cancer. (n.d.). Retrieved from <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>
123. Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic Growth: Progress and Problems. *Psychological Inquiry*, 15(1), 81–90.
124. Yalom, I. (1980). *Existential therapy*. New York: Basic Books. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
125. Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., & Śliwińska, M. (2010). *NEO-FFI. Inwentarz Osobowości Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
126. Zielazny, P., & Zielińska, P. (2014). Psychoonkologia - nowa dyscyplina medycyny, jej historia i sytuacja w Polsce. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 23(2), 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.pin.2014.05.001>
127. Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

## **IX. Spis tabel i schematów**

**Tabela 1.** Wykorzystanie kwestionariuszy na poszczególnych etapach badania.

**Tabela 2.** Charakterystyka ilościowych zmiennych socjodemograficznych badanej próby.

**Tabela 3.** Charakterystyka jakościowych zmiennych socjodemograficznych badanej próby.

**Tabela 4.** Rozkład zmiennych związanych ze sposobem leczenia, charakterystyką nowotworu i otrzymywanym wsparciem podczas leczenia.

**Tabela 5.** Normy stenowe dla wzrostu potraumatycznego w polskiej populacji.

**Tabela 6.** Analiza częstości dla wyników standaryzowanych nasilenia PTG w badanej próbie.

**Tabela 7.** Statystyki opisowe kwestionariusza IPW w badanej grupie.

**Tabela 8.** Porównanie nasilenia PTG w badanej próbie do próby normalizacyjnej kobiet z populacji ogólnej.

**Tabela 9.** Porównanie nasilenia objawów PTSD w badanej próbie do próby normalizacyjnej kobiet po mastektomii.

**Tabela 10.** Statystyki opisowe dla kwestionariusza ZSWZ.

**Tabela 11.** Obraz ciała w poszczególnych pomiarach – analiza na wynikach standaryzowanych.

**Tabela 12.** Zmienność obrazu ciała w poszczególnych punktach czasowych w badanej próbie.

**Tabela 13.** . Porównanie wyników w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem w badanej populacji między trzema pomiarami.

**Tabela 14.** Porównanie nasilenia stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem u kobiet z badanej próby do próby normalizacyjnej kobiet z populacji ogólnej.

**Tabela 15.** Statystyki opisowe dla cech osobowości mierzonych kwestionariuszami NEO-FFI.

**Tabela 16.** Statystyki opisowe dla cech osobowości mierzonych kwestionariuszem DS-14.

**Tabela 17.** Statystyki opisowe dla nastroju mierzonego Skalą Depresji Becka.

**Tabela 18.** Porównanie wyników w zakresie subiektywnej oceny nastroju w badanej populacji między trzema pomiarami.

**Tabela 19.** Rozkład nasilenia depresji na podstawie wyników kwestionariusz BDI.

**Tabela 20.** Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatyczny a zmianami w zakresie obrazu ciała.

**Tabela 21.** Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym (PTG) a objawami PTSD (ZSWZ).

**Tabela 22.** Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a cechami osobowości mierzonymi kwestionariuszem NEO-FFI.

**Tabela 23.** Korelacja pomiędzy wzrostem potraumatycznym a zmianami w zakresie nastroju.

**Tabela 24.** Korelacja między wzrostem potraumatycznym a stylami radzenia sobie ze stresem.

**Tabela 25.** . Korelacja między wzrostem potraumatycznym a zmianami w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem.

**Tabela 26.** Korelacja pomiędzy objawami PTSD a zmianami w zakresie nastroju.

**Tabela 27.** Korelacja pomiędzy objawami zespołu stresu pourazowego a zmianami w zakresie obrazu ciała.

**Tabela 28.** Korelacja między nastrojem a obrazem ciała.

**Tabela 29.** Modele przewidujące nasilenie wzrostu potraumatycznego u pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi na podstawie zmiennych socjodemograficznych.

**Tabela 30.** Modele regresji przewidujące nasilenie PTG na podstawie cech osobowości, objawów PTSD oraz zmian w zakresie nastroju, obrazu ciała i stylów radzenia sobie ze stresem.

**Tabela 31.** Modele regresji przewidujące nasilenie objawów PTSD (na skalach Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń) na podstawie zmiennych socjodemograficznych.

**Tabela 32.** Moderujący wpływ nastroju, objawów PTSD i osobowości na związek między zmianą w zakresie atrakcyjności seksualnej, a PTG.

**Tabela 33.** Moderujący wpływ nastroju, objawów PTSD i osobowości na związek między zmianą w zakresie kontroli wagi, a PTG.

**Tabela 34.** Moderujący wpływ nastroju, objawów PTSD i osobowości na związek między zmianą w zakresie kondycji fizycznej, a PTG.

**Schemat I.** Model powstawania wzrostu potraumatycznego (PTG). Za: Tedeschi, Calhoun (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.

**Schemat II.** Czynniki generujące powstawanie wzrostu potraumatycznego.

**Schemat III.** Związek pomiędzy zmianą w zakresie atrakcyjności seksualnej, a wzrostem potraumatycznym w zależności od poziomu zmian w zakresie nastroju.

## X. Aneks

### X.1 Ankieta personalna

#### BADANIA KWESTIONARIUSZOWE

#### „Analiza związku objawów lękowych i obrazu ciała z wystąpieniem wzrostu potraumatycznego u pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi”

To już ostatni etap niniejszego badania! Wszystkie dane w nim pozyskane są anonimowe i przechowywane w formie zakodowanej.

Jeszcze raz bardzo dziękuję za udział i pomoc!

W ramach podsumowania proszę o udzielenie odpowiedzi na **kilka pytań** (po obu stronach kartki).

A. **Wiek**.....

B. **Miejsce zamieszkania** (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

wieś/ miasto poniżej 50 tys. mieszkańców/ miasto poniżej 100 tys. mieszkańców/ miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

C. Czy posiada Pani **dzieci**?.....TAK/NIE

Jeśli tak, to ile?.....

D. **Wykształcenie** (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

podstawowe/ gimnazjalne/ średnie/ zawodowe/ wyższe

E. **Stan cywilny** (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

panna/ mężatka/ rozwiedziona/ wdowa

F. Waga\*.....

G. Wzrost\*.....

H. Jakie **metody leczenia** były stosowane podczas Pani terapii?

Leczenie chirurgiczne.....TAK/NIE

Chemioterapia.....TAK/NIE

Radioterapia.....TAK/NIE

Hormonoterapia.....TAK/NIE



I. Czy podczas choroby otrzymywała Pani **wsparcie**?.....TAK/NIE

J. Od kogo? (proszę zakreślić osoby/institucje, które udzieliły Pani wsparcia)

Partner

Dzieci

Rodzice

Przyjaciele

Inni pacjenci

Stowarzyszenia zrzeszające pacjentów chorujących onkologicznie

Duszpasterz/ wspólnota religijna

Inne (jakie?).....

K. Czy otrzymane wsparcie było adekwatne do Pani potrzeb?.....TAK/NIE

L. Czy podczas / po **leczeniu chirurgicznym** doszło do powikłań/komplikacji?.....TAK/NIE

Jeśli tak, to jakich?

.....  
.....  
.....

M. Czy wystąpiły u Pani efekty uboczne **chemioterapii**?.....TAK/NIE

Jeśli tak, to jakie?

.....  
.....  
.....

Czy nadal się utrzymują? .....TAK/NIE

N. Czy podczas leczenia korzystała Pani ze wsparcia **psychologa**?.....TAK/NIE

O. Czy podczas leczenia korzystała Pani ze wsparcia **lekarza psychiatry**?.....TAK/NIE

Jeśli tak, to czy przyjmowała Pani leki przepisane przez psychiatrę?.....TAK/NIE

Jakie leki?.....

\*dane te będą wykorzystane do wyliczenia współczynnika BMI i będą przechowywane w formie zakodowanej

## X.2 Kwestionariusz Osobowości NEO-FFI

### NEO-FFI

Paul T. Costa, Jr. i Robert McCrae

Adaptacja: P. Szczepaniak, M. Śliwińska, J. Strelau, B. Zawadzki

Instrukcja: Uważnie przeczytaj tę instrukcję, zanim zaczniesz pisać. Kwestionariusz ten składa się z 60 stwierdzeń. Przeczytaj każde z nich uważnie. Przy każdym zadaniu otocz kółkiem odpowiedź, która najlepiej wyraża Twoją opinię. Upewnij się, czy swoją odpowiedź wpisujesz przy odpowiednim stwierdzeniu.

Zakreśl:

1. gdy się ZDECYDOWANIE NIE ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest całkowicie nietrafne,
2. gdy się NIE ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest raczej nietrafne,
3. gdy NIE MASZ ZDANIA lub nie możesz się zdecydować, lub też to stwierdzenie jest równie trafne jak nietrafne,
4. gdy się ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest raczej trafne,
5. gdy się ZDECYDOWANIE ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest całkowicie trafne.

Zakreśl tylko jedną odpowiedź przy każdym stwierdzeniu.

Ustosunkuj się do wszystkich stwierdzeń.

Jeśli się pomylisz, wyraźnie przekreśl pierwszą odpowiedź i zaznacz właściwą.

- 1- zdecydowanie nie zgadzam się
- 2- nie zgadzam się
- 3- nie mam zdania
- 4- zgadzam się
- 5- zdecydowanie zgadzam się

1	Nie należę do osób stale martwiących się.	1	2	3	4	5
2	Lubię mieć wielu ludzi wokół siebie.	1	2	3	4	5
3	Nie lubię tracić czasu na marzenia.	1	2	3	4	5
4	Staram się być uprzejmy(a) dla każdego, kogo spotykam.	1	2	3	4	5
5	Utrzymuje swoje rzeczy w porządku i czystości.	1	2	3	4	5
6	Często czuję się gorszy(a) od innych.	1	2	3	4	5
7	Łatwo mnie rozśmieszyć.	1	2	3	4	5
8	Gdy raz znajdę właściwy sposób na robienie czegoś, trzymam się go.	1	2	3	4	5
9	Często popadam w konflikty z rodziną i współpracownikami.	1	2	3	4	5
10	Potrafię skutecznie mobilizować się, aby załatwić sprawy o czasie.	1	2	3	4	5
11	Kiedy znajduję się pod wpływem silnego strasu, to czasami czuję się tak, jakbym miał (a) się rozpaść na kawałki.	1	2	3	4	5
12	Nie zaliczam się do osób szczególnie bez trosk.	1	2	3	4	5
13	Intrygują mnie formy, które odkrywam w sztuce i naturze.	1	2	3	4	5
14	Niektórzy ludzie uważają, że jestem samolubny(a) i egoistyczny(a).	1	2	3	4	5
15	Jestem niezbyt systematyczny(a).	1	2	3	4	5
16	Rzadko czuję się osamotniony(a) lub przygnębiony(a).	1	2	3	4	5
17	Uwielbiam rozmawiać z ludźmi.	1	2	3	4	5
18	Uważam, że pozwolenie uczniom na słuchanie kontrowersyjnych poglądów, może im zamieszać w głowach i wprowadzić w błąd.	1	2	3	4	5
19	Wolał(a)bym raczej współpracować z innymi, niż z nimi rywalizować.	1	2	3	4	5
20	Staram się sumiennie wykonywać powierzone mi zadania.	1	2	3	4	5
21	Często czuję się napięty(a) i zdenerwowany(a).	1	2	3	4	5
22	Lubię być tam, gdzie się coś dzieje.	1	2	3	4	5

- 1- zdecydowanie nie zgadzam się
- 2- nie zgadzam się
- 3- nie mam zdania
- 4- zgadzam się
- 5- zdecydowanie zgadzam się

23	Poezja działa na mnie słabo lub wcale.	1	2	3	4	5
24	Mam skłonność do bycia sceptycznym(a), i cynicznym(a) w stosunku do zamierzeń innych ludzi.	1	2	3	4	5
25	Mam jasno sprecyzowane cele i systematycznie pracuję, by je osiągnąć.	1	2	3	4	5
26	Czasami czuję się całkowicie bezwartościowy(a).	1	2	3	4	5
27	Zwykle wolę działać samotnie.	1	2	3	4	5
28	Często próbuję nowych i egzotycznych potraw.	1	2	3	4	5
29	Sądzę, że większość ludzi wykorzystuje innych, jeśli się im na to pozwoli.	1	2	3	4	5
30	Tracę mnóstwo czasu, zanim zabiorę się do pracy.	1	2	3	4	5
31	Rzadko czuję się przerażony(a) lub zalekniony(a).	1	2	3	4	5
32	Często czuję, że rozpiera mnie energia.	1	2	3	4	5
33	Rzadko dostrzegam nastroje lub uczucia płynące z otoczenia.	1	2	3	4	5
34	Większość ludzi, których znam, lubi mnie.	1	2	3	4	5
35	Ciężko pracuję, aby zrealizować swoje cele.	1	2	3	4	5
36	Często wpadam w złość z powodu w jaki inni mnie traktują.	1	2	3	4	5
37	Jestem wesoły(a) i pełen(na) werwy.	1	2	3	4	5
38	Sądzę, że powinniśmy odwoływać się do autorytetów religijnych przy podejmowaniu decyzji w sprawach moralności.	1	2	3	4	5
39	Niektórzy sądzą, że jestem zimny(a) i wyrachowany(a).	1	2	3	4	5
40	Kiedy się do czegoś zobowiązę, to zawsze można na mnie polegać.	1	2	3	4	5
41	Zbyt często, gdy sprawy idą źle, zniechęcam się i czuję się zrezygnowany(a).	1	2	3	4	5
42	Nie jestem pogodnym(a) optymistą(ką).	1	2	3	4	5
43	Czasami, gdy czytam poezję lub oglądam dzieło sztuki, czuję „dreszczyk emocji” i falę podniecenia.	1	2	3	4	5

- 1- zdecydowanie nie zgadzam się
- 2- nie zgadzam się
- 3- nie mam zdania
- 4- zgadzam się
- 5- zdecydowanie zgadzam się

44	Jestem twardy(a) i nieustępliwy(a) w swoich postawach wobec innych.	1	2	3	4	5
45	Czasami nie jestem tak godny(a) zaufania i solidny(a), jak powinienem(am) być.	1	2	3	4	5
46	Rzadko bywam smutny(a) i przygnębiony(a).	1	2	3	4	5
47	Moje życie przebiega w dużym tempie.	1	2	3	4	5
48	Mało interesuje mnie dociekanie natury wszechświata i natury ludzkiej.	1	2	3	4	5
49	Z reguły staram się być wrażliwy(a) na potrzeby i uczucia innych ludzi.	1	2	3	4	5
50	Jestem osobą skuteczną, która zawsze kończy, co rozpoczęła.	1	2	3	4	5
51	Często czuję się bezradny(a) i potrzebuję kogoś, kto rozwiązałby moje problemy.	1	2	3	4	5
52	Jestem bardzo aktywny(a).	1	2	3	4	5
53	Mam duże potrzeby intelektualne.	1	2	3	4	5
54	Jeśli kogoś nie lubię, daję mi to odczuć.	1	2	3	4	5
55	Wygląda na to, że nigdy nie potrafię się zorganizować.	1	2	3	4	5
56	Czasami bywam tak zawstydzony(a), że chciał(a)bym się gdzieś schować.	1	2	3	4	5
57	Wolał(a)bym raczej iść własną drogą, niż przewodzić innym.	1	2	3	4	5
58	Często sprawia mi dużą satysfakcję zajmowanie się teoretycznymi rozważaniami lub abstrakcyjnymi problemami.	1	2	3	4	5
59	W razie potrzeby jestem skłonny(a) manipulować innymi, aby dostać to, co chcę.	1	2	3	4	5
60	Dążę do doskonałości we wszystkim co robię.	1	2	3	4	5

### X.3 Skala Oceny Ciała (BES)

#### Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale)

S.L. Franzoi, S.A. Shields (ad. M. Lipowska, M. Lipowski<sup>1</sup>)



**Instrukcja:** Poniżej wymienione są różne kwestie związane z Twoim ciałem. Swoją ocenę każdej kwestii zaznacz otaczając kółkiem jedną z pięciu możliwości (od 1 do 5). Te pięć możliwości odczuć związanych z Twoją oceną to w kolejności:

- 1 – mam silnie negatywne odczucia
- 2 – mam umiarkowanie negatywne odczucia
- 3 – nie posiadam żadnych odczuć
- 4 – mam umiarkowanie pozytywne odczucia
- 5 – mam mocno pozytywne odczucia

IMIĘ I NAZWISKO / PSEUDONIM: ..... WIEK: ..... PŁEĆ: K M

1	Zapach ciała	1	2	3	4	5
2	Apetyt	1	2	3	4	5
3	Nos	1	2	3	4	5
4	Wydolność fizyczna	1	2	3	4	5
5	Refleks	1	2	3	4	5
6	Usta	1	2	3	4	5
7	Siła mięśni	1	2	3	4	5
8	Talia	1	2	3	4	5
9	Stopień energii	1	2	3	4	5
10	Uda	1	2	3	4	5
11	Uszy	1	2	3	4	5
12	Ramiona	1	2	3	4	5
13	Podbródek	1	2	3	4	5
14	Budowa ciała	1	2	3	4	5
15	Koordinacja fizyczna	1	2	3	4	5
16	Pośladki	1	2	3	4	5
17	Zwinność	1	2	3	4	5
18	Szerokość ramion	1	2	3	4	5
19	Ręce	1	2	3	4	5
20	Piersi / klatka piersiowa	1	2	3	4	5
21	Wygląd oczu	1	2	3	4	5
22	Policzki (kości policzkowe)	1	2	3	4	5
23	Biodra	1	2	3	4	5
24	Nogi	1	2	3	4	5
25	Figura	1	2	3	4	5
26	Popęd płciowy	1	2	3	4	5
27	Stopy	1	2	3	4	5
28	Organy płciowe	1	2	3	4	5
29	Brzuch	1	2	3	4	5
30	Zdrowie	1	2	3	4	5
31	Aktywność seksualna	1	2	3	4	5
32	Włosy na ciele	1	2	3	4	5
33	Warunki fizyczne	1	2	3	4	5
34	Twarz	1	2	3	4	5
35	Waga	1	2	3	4	5

<sup>1</sup> Lipowska, M., Lipowski, M. (2013). Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychology Report*, 1, 72–81.  
DOI: 10.5114/hpr.2013.40471

## X.4 Skala do Pomiaru Typu D (DS-14)

### DS-14

wersja polska: Nina Ogińska-Bulik, Zygfryd Juczyński i Johan Denollet

Poniżej znajduje się kilkanaście stwierdzeń, których ludzi często używają do opisu siebie. Po przeczytaniu każdego z nich należy otoczyć kółkiem cyfrę, odpowiadającą temu stwierdzeniu, które Ciebie najtrafniej charakteryzuje. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych, chodzi jedynie o trafne ujęcie własnych odczuć.

Oznaczenia:

- 0- fałszywe
- 1- raczej fałszywe
- 2- trudno powiedzieć
- 3- raczej prawdziwe
- 4- prawdziwe

1.	Łatwo nawiązuję kontakty z ludźmi.....	0	1	2	3	4
2.	Często przejmuję się drobiazgami.....	0	1	2	3	4
3.	Często rozmawiam z nieznajomymi.....	0	1	2	3	4
4.	Często czuję się nieszczęśliwy(a).....	0	1	2	3	4
5.	Często jestem poirytowany(a).....	0	1	2	3	4
6.	W kontaktach z innymi ludźmi często czuję się zahamowany(a)..	0	1	2	3	4
7.	Wszystko widzę w ciemnych kolorach.....	0	1	2	3	4
8.	Z trudem jako pierwszy(a) rozpoczynam rozmowę.....	0	1	2	3	4
9.	Często jestem w złym nastroju.....	0	1	2	3	4
10.	Jestem osobą zamkniętą w sobie.....	0	1	2	3	4
11.	Wolę raczej utrzymywać dystans wobec ludzi.....	0	1	2	3	4
12.	Często uświadamiam sobie, że czymś się martwię.....	0	1	2	3	4
13.	Często popadam w przygnębienie.....	0	1	2	3	4
14.	W towarzystwie brak mi tematów do rozmowy.....	0	1	2	3	4

## X.5 Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu (IPW)

# Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu

*R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun*  
*Adaptacja: N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński*

Bardzo trudne, traumatyczne sytuacje, których ludzie doświadczają, mogą zmienić ich życie. Zmiany te mogą polegać na większym docenianiu swojego życia, dostrzeganiu nowych możliwości, itp. Proszę przeczytać instrukcje podane w kolejnych krokach i zaznaczyć wybrane przez siebie odpowiedzi.

### KROK 1. Ustal wydarzenie zmieniające Twoje życie

A. Spośród podanych poniżej wybierz tylko jedno wydarzenie traumatyczne lub zmieniające Twoje życie, którego doświadczyłeś/aś. Zaznacz to wydarzenie, o którym myślisz (wstaw X):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Strata ukochanej osoby              | <input type="checkbox"/> Trudności finansowe                   |
| <input type="checkbox"/> Przewlekła lub ostra choroba        | <input type="checkbox"/> Zmiana w karierze, przeprowadzka      |
| <input type="checkbox"/> Gwałtowne lub obelżywe przestępstwo | <input type="checkbox"/> Zmiana w odpowiedzialności za rodzinę |
| <input type="checkbox"/> Wypadek lub uraz                    | <input type="checkbox"/> Rozwód                                |
| <input type="checkbox"/> Katastrofa                          | <input type="checkbox"/> Przejście na emeryturę                |
| <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność                   | <input type="checkbox"/> Walka frontowa                        |
| <input type="checkbox"/> Utrata pracy                        | <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....                    |

B. Wskaż czas, jaki upłynął od zaznaczonego wydarzenia (wstaw X):

- Od kilku miesięcy do roku
- 1-2 lata
- 2-5 lat
- > 5 la



**KROK 2. Odpowiedz na podane poniżej stwierdzenia. Przy każdym stwierdzeniu wpisz stopień zmian, których doświadczyłeś/aś w wyniku doświadczonego zdarzenia, wskazanego powyżej, uwzględniając następującą skalę:**

0= Nie doświadczyłem/am tej zmiany w wyniku kryzysu

1= Doświadczyłem/am tej zmiany w bardzo małym stopniu

2= Doświadczyłem/am tej zmiany w małym stopniu

3= Doświadczyłem/am tej zmiany w średnim stopniu

4= Doświadczyłem/am tej zmiany w dużym stopniu

5= Doświadczyłem/am tej zmiany w bardzo dużym stopniu

1. Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie tego co jest ważne w życiu.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

2. Bardziej doceniam wartość swojego życia.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3. Rozwinąłem/am nowe zainteresowania.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4. Mam większe poczucie zaufania do siebie.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

5. Lepiej rozumiem problemy duchowe.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

6. W większym stopniu dostrzegam, że w trudnych chwilach mogę liczyć na wsparcie innych.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

7. Wyzaczyłem/am nową drogę w swoim życiu.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

8. Mam większe poczucie bliskości z innymi.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

9. Chętniej wyrażam swoje emocje.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

10. Jestem przekonany/a, że mogę lepiej poradzić sobie z trudnościami.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

11. Jestem w stanie zrobić coś lepszego ze swoim życiem.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

12. Potrafię bardziej zaakceptować sposób rozwiązywania wielu spraw.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

13. Bardziej doceniam każdy dzień.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

14. Pojawiły się nowe możliwości, których wcześniej nie było.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

15. Mam więcej współczucia dla innych.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

16. Wkładam więcej wysiłku w swoje relacje z innymi.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

17. Jestem bardziej skłonny/a zmieniać to, co powinno być zmienione.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

18. Stałem/am się bardziej religijny/a.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

19. Uświadomiłem/am sobie, że jestem silniejszy/a, niż myślałem/am.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

20. Wiele się dowiedziałem/am, jak wspaniali są ludzie.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

21. Bardziej akceptuję to, że inni ludzie są mi potrzebni.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

## X.6 Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (ZSWZ)



### Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń

*polska adaptacja:* Zygfryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik

Wymienione poniżej reakcje występują czasami u ludzi po bardzo przykrych zdarzeniach życiowych.

Proszę zaznaczyć, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę w każdym zdaniu, w jakim stopniu wymienione reakcje wystąpiły u Ciebie w ostatnich 7 dniach w odniesieniu do zdarzenia (proszę wpisać, czego to dotyczyło):

.....

0                      1                      2                      3                      4  
wcale nie    w małym stopniu    umiarkowanie    w znacznym stopniu    zdecydowanie tak

1	Gdy tylko przypominałem sobie to zdarzenie, wracały emocje.	0	1	2	3	4
2	Miałem trudności z przesypianiem całej nocy.	0	1	2	3	4
3	Inne rzeczy ciągle skłaniały mnie do myślenia o tym.	0	1	2	3	4
4	Byłem poirytowany i zły.	0	1	2	3	4
5	Starałem się nie denerwować, gdy sobie o tym pomyślałem, lub coś mi o tym przypominało.	0	1	2	3	4
6	Myślałem o tym, mimo, że nie miałem takiego zamiaru.	0	1	2	3	4
7	Czułem się, jakby się to nie zdarzyło lub było nierzeczywiste.	0	1	2	3	4
8	Starałem się nie przypominać sobie o tym.	0	1	2	3	4
9	Obraz tego zdarzenia utkwiał w moim umyśle.	0	1	2	3	4

10	Byłem zdenerwowany i załęczniony.	0 1 2 3 4
11	Starałem się unikać myślenia o tym zdarzeniu.	0 1 2 3 4
12	Starałem się nie przejmować emocjami, związanymi z tym zdarzeniem, mimo że je odczuwałem.	0 1 2 3 4
13	Emocje związane z tym zdarzeniem były jakby przytłumione.	0 1 2 3 4
14	Uświadamiałem sobie, że postępuję lub czuję się tak, jakbym cofnął się do chwili, gdy to zdarzenie miało miejsce.	0 1 2 3 4
15	Miałem trudności z zasypianiem.	0 1 2 3 4
16	Silne emocje związane z tym zdarzeniem pojawiały się i znikwały.	0 1 2 3 4
17	Usiłowałem usunąć to zdarzenie z mojej pamięci.	0 1 2 3 4
18	Miałem trudności z koncentracją.	0 1 2 3 4
19	Przypominanie tego zdarzenia wywoływało u mnie takie reakcje, jak pocenie się, trudności w oddychaniu, zawroty głowy czy kołatanie serca.	0 1 2 3 4
20	To zdarzenie pojawiało się w moich snach.	0 1 2 3 4
21	Miałem odczucie, że stałem się bardziej czujny i ostrożny.	0 1 2 3 4
22	Starałem się unikać rozmów o tym zdarzeniu.	0 1 2 3 4

## X.7 Skala Depresji Becka (BDI)

**Skala Depresji Becka** służy do samodzielnej oceny samopoczucia. Jej wynik stanowi wskazówkę, jeszcze nie diagnozę. Jeśli wynik sugeruje występowanie objawów depresyjnych, **KONIECZNIE UDAJ SIĘ DO PSYCHOLOGA LUB PSYCHIATRY**. Depresja to poważna choroba, która wymaga terapii. Nieleczona może się pogłębiać i stanowić zagrożenie nawet dla Twojego życia!

### Instrukcja:

**W każdym pytaniu wybierz tylko jedną odpowiedź, która najlepiej określa Twoje uczucia podczas ostatnich 7 dni (a nie tylko w dniu dzisiejszym). W przypadku wątpliwości, zadaj sobie pytanie: Która z odpowiedzi jest najbliższa temu co czuję i myślę?**

Zapisz na kartce cyfry swoich odpowiedzi.

Przykład:

Pytanie	Odpowiedź
Pyt. 1	0
Pyt. 2	2
.....	.....
Suma	

Na końcu zsumuj wyniki. To będzie wynik testu.

### Skala Depresji Becka

Pytanie 1	0	Nie jestem smutny ani przygnębiony.
	1	Odczuwam często smutek, przygnębienie
	2	Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.
	3	Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.
Pytanie 2	0	Nie przejmuję się zbytnio przyszłością.
	1	Często martwię się o przyszłość.
	2	Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka.
	3	Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.
Pytanie 3	0	Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań.
	1	Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni.
	2	Kiedy spoglądam na to, co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.
	3	Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.
Pytanie 4	0	To, co robię, sprawia mi przyjemność.
	1	Nie cieszy mnie to, co robię.
	2	Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia.
	3	Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności; wszystko mnie nuży.
Pytanie 5	0	Nie czuję się winnym ani wobec siebie, ani wobec innych.
	1	Dość często miewam wyrzuty sumienia.
	2	Często czuję, że zawiniłem.
	3	Stale czuję się winny.



Pytanie 6	0	Sądzę, że nie zasługuję na karę
	1	Sądzę, że zasługuję na karę
	2	Spodziewam się ukarania
	3	Wiem, że jestem karany (lub ukarany)
Pytanie 7	0	Jestem z siebie zadowolony
	1	Nie jestem z siebie zadowolony
	2	Czuję do siebie niechęć
	3	Nienawidzę siebie
Pytanie 8	0	Nie czuję się gorszy od innych ludzi
	1	Zarzucał sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy
	2	Stale potępiał siebie za popełnione błędy
	3	Winię siebie za wszelkie zło, które istnieje
Pytanie 9	0	Nie myślę o odebraniu sobie życia
	1	Myślę o samobójstwie — ale nie mógłbym tego dokonać
	2	Pragnę odebrać sobie życie
	3	Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność
Pytanie 10	0	Nie płaczę częściej niż zwykle
	1	Płaczę częściej niż dawniej
	2	Ciągle chce mi się płakać
	3	Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie
Pytanie 11	0	Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej
	1	Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej
	2	Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony
	3	Wszystko, co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne
Pytanie 12	0	Ludzie interesują mnie jak dawniej
	1	Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej
	2	Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi
	3	Utraciłem wszelkie zainteresowanie innymi ludźmi
Pytanie 13	0	Decyzje podejmuję łatwo, tak jak dawniej
	1	Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji
	2	Mam dużo trudności z podjęciem decyzji
	3	Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji
Pytanie 14	0	Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej
	1	Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie
	2	Czuję, że wyglądam coraz gorzej
	3	Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco
Pytanie 15	0	Mogę pracować jak dawniej
	1	Z trudem rozpoczynam każdą czynność
	2	Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek
	3	Nie jestem w stanie nic zrobić

Pytanie 16	0	Sypiam dobrze, jak zwykle
	1	Sypiam gorzej niż dawniej
	2	Rano budzę się 1–2 godziny za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć
	3	Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć
Pytanie 17	0	Nie męczę się bardziej niż dawniej
	1	Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio.
	2	Męczę się wszystkim, co robię.
	3	Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić.
Pytanie 18	0	Mam apetyt nie gorszy niż dawniej
	1	Mam trochę gorszy apetyt
	2	Apetyt mam wyraźnie gorszy
	3	Nie mam w ogóle apetytu
Pytanie 19	0	Nie tracę na wadze (w okresie ostatniego miesiąca)
	1	Straciłem na wadze więcej niż 2 kg
	2	Straciłem na wadze więcej niż 4 kg
	3	Straciłem na wadze więcej niż 6 kg
		Jadam specjalnie mniej, aby stracić na wadze: A. Tak, B. Nie.
Pytanie 20	0	Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze
	1	Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcie, bóle
	2	Stan mojego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę
	3	Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć
Pytanie 21	0	Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom
	1	Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu)
	2	Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują
	3	Utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksu



## X.8 Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE)

Charles Carver, Michael Scheier i Jagdish Weintraub  
**COPE**  
Adaptacja: Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik

..... płęć M K      wiek ..... data badania .....

Ludzie różnie reagują, gdy natrafiają w swoim życiu na trudne czy stresujące zdarzenia. Ze stresem można sobie radzić w różny sposób. Kwestionariusz ma ustalić, jak zazwyczaj zachowujesz się, gdy doświadczasz tego typu zdarzeń. Jest zrozumiałe, że różne zdarzenia wywołują różne reakcje, lecz co Ty zazwyczaj robisz, gdy przeżywasz bardzo nieprzyjemne zdarzenie?

Należy starać się odpowiadać na każde pytanie niezależnie, to znaczy tak odpowiadać, aby odpowiedź na jedno pytanie nie wpływała na inne odpowiedzi. Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania. Nie ma tu odpowiedzi ani prawdziwych, ani fałszywych, dlatego należy wybrać te najbardziej właściwe dla siebie, a nie to, co według Ciebie inni ludzie powiedzieliby czy zrobili.

Do pustej kratki należy wpisać właściwą dla siebie cyfrę, zgodnie z podanym poniżej znaczeniem:

1 = prawie nigdy tak nie postępuję  
2 = rzadko tak postępuję

3 = często tak postępuję  
4 = prawie zawsze tak postępuję

**Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:**

1. Poprzez tego typu doświadczenia rozwijam siebie .....
2. Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć .....
3. Jestem zaniepokojony i ujawniam swoje emocje .....
4. Szukam porady u innych, co należy robić .....
5. Moje wysiłki koncentrują się na tym, aby coś z tą sytuacją zrobić .....
6. Mówię do siebie „to nieprawda” .....
7. Pokładam zaufanie w Bogu .....
8. Śmieję się z tej sytuacji .....
9. Przyznaję się przed sobą, że sobie nie poradzę i przestaję próbować .....
10. Staram się powstrzymać przed pochopnym działaniem .....
11. Rozmawiam z kimś o tym, co czuję .....
12. Piję alkohol lub zażywam inne środki, żeby poczuć się lepiej .....
13. Przyzwyczajam się do myśli, że tak się stało .....
14. Rozmawiam z innymi, aby dowiedzieć się więcej o danej sytuacji .....
15. Unikam myśli i czynności, które by mnie rozpraszały .....
16. Śnię na jawie o czymś innym niż to, co się stało .....
17. Jestem zaniepokojony/a i zdaję sobie z tego sprawę .....
18. Liczę na pomoc Boga .....
19. Sporządzam plan działania .....
20. Żartuję na ten temat .....
21. Akceptuję fakt, że tak się stało i że nie można tego zmienić .....
22. Powstrzymuję się od robienia czegokolwiek, dopóki sytuacja na to pozwala .....

Wydanie polskie: copyright © 2009 by „Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego”  
Sp. z o.o., ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa

**Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:**

**1 = prawie nigdy tak nie postępuję**  
**2 = rzadko tak postępuję**

**3 = często tak postępuję**  
**4 = prawie zawsze tak postępuję**

23. Staram się uzyskać wsparcie emocjonalne od przyjaciół lub krewnych .....
24. Po prostu rezygnuję z prób osiągnięcia celu .....
25. Podejmuję dodatkowe działania, aby rozwiązać problem .....
26. Próbuję oderwać się na chwilę od rzeczywistości, pijąc alkohol czy zażywając inne środki .....
27. Nie chcę uwierzyć, że tak się stało .....
28. Okazuję swoje uczucia .....
29. Staram się zobaczyć to w innym, bardziej pozytywnym świetle .....
30. Rozmawiam z osobą, która mogłaby w konkretny sposób pomóc mi w rozwiązaniu problemu .....
31. Śpię więcej niż zazwyczaj .....
32. Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić .....
33. Koncentruję się na rozwiązaniu problemu i – gdy trzeba – odkładam na bok inne zadania .....
34. Staram się uzyskać otuchę i zrozumienie od innych .....
35. Piję alkohol lub zażywam inne środki, żeby mniej o tym myśleć .....
36. Stroję sobie z tego żarty .....
37. Rezygnuję z wysiłków osiągnięcia tego, co chcę .....
38. Szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło .....
39. Zastanawiam się nad tym, jak najlepiej poradzić sobie z problemem .....
40. Udaję, że nic się nie stało .....
41. Upewniam się, czy nie pogorszę sytuacji przedwczesnym działaniem .....
42. Bardzo staram się, aby inne rzeczy nie przeszkadzały mi w rozwiązaniu problemu .....
43. Idę do kina albo oglądam telewizję, żeby mniej o tym myśleć .....
44. Akceptuję fakt, że to się już stało .....
45. Pytam ludzi, którzy mają doświadczenia podobne do moich, co oni wtedy zrobili .....
46. Odczuwam silne przykre emocje i wiem, że bardzo to po mnie widać .....
47. Podejmuję działania mające na celu ominięcie problemu .....
48. Staram się znaleźć ukojenie w religii czy w swojej wierze .....
49. Zmuszam się do oczekania na właściwy moment, żeby coś zrobić .....
50. Traktuję tę sytuację jak zabawę .....
51. Ograniczam wysiłek wkładany w rozwiązanie problemu .....
52. Rozmawiam z kimś o swoich uczuciach .....
53. Piję alkohol lub zażywam inne środki, co pomaga mi przez to przejść .....
54. Uczę się z tym żyć .....
55. Odkładam na bok inne zajęcia, aby skoncentrować się na tym .....
56. Poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki należy podjąć .....
57. Zachowuję się tak, jak gdyby nic się nie stało .....
58. Krok po kroku robię to, co musi być zrobione .....
59. Uczę się czegoś z tych doświadczeń .....
60. Modłę się lub medytuję .....