

## POTRAUMATYCZNY ROZWÓJ W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ – ROLA PRĘŻNOŚCI

**Nina Ogińska-Bulik**

Instytut Psychologii  
Uniwersytet Łódzki  
Instytut Badań Społecznych SWSPiZ  
Łódź

### POSTTRAUMATIC GROWTH IN CANCER DISEASE – THE ROLE OF RESILIENCY

**Summary.** Experiencing stressful situations, such as cancer disease, may be related not only to negative consequences, but also positive changes. Those changes contribute the phenomena, which have been called posttraumatic growth. It includes changes in self perception, relating to others and changes in life philosophy.

The purpose of the study was to answer the question whether in a group of women with breast cancer (after mastectomy) the posttraumatic growth occurs, and to what extend, and to investigate if resiliency (as a personality trait) may promote this phenomena. 67 women with breast cancer (aged 42-75;  $M = 60,43$ ;  $SD = 7,07$ ), after mastectomy participated in the study. The Posttraumatic Growth Inventory and the Resiliency Assessment Scale were used. 50% of women revealed high level of posttraumatic growth (25% low and 25% average). The positive changes were higher in relating to others and appreciation of life, lower in self perception and the lowest in spiritual area. Resiliency positively (but moderately) related to posttraumatic growth, self perception, in particular. The factor of resiliency, it is tolerance to failures and treating life as a challenge, appeared the predictor of posttraumatic growth.

### Wprowadzenie

#### Choroba nowotworowa jako doświadczenie traumatyczne

Rak piersi jest jednym z najczęściej występujących nowotworów w Polsce i stanowi około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Zgony z powodu nowotworu piersi szacuje się na około 13%. W ciągu ostatnich 5 lat zachorowalność wzrosła o około 4-5% (Krzakowski, 2008).

Rak piersi jest niewątpliwie chorobą, która wzbudza silny stres i negatywne emocje. Objawy, których doświadczają kobiety z nowotworem piersi są uzależnione od poszczególnych stadiów choroby. Na początku jest to z reguły szok i niedowierzenie

---

Adres do korespondencji: Nina Ogińska-Bulik, e-mail, [noginska@uni.lodz.pl](mailto:noginska@uni.lodz.pl)

w wyniku rozpoznania, następnie lęk i niepokój występujący w trakcie leczenia, po niepokój i obawy przed nawrotem choroby.

Szczególnie silny stres wiąże się z procesem leczenia w postaci operacji chirurgicznej czy chemioterapii. Mastektomia, częściowo deformująca sylwetkę kobiety, dodatkowo wzmaga niekorzystne zmiany w sferze psychicznej, przede wszystkim poprzez wzrost lęku, przygnębienia czy objawów depresji. Jak wskazują Millar i in. (za: Izdebski, 2007) 25% pacjentek po upływie roku od przeprowadzenia zabiegu usunięcia piersi przeżywa nasilony dystres. Podobnie silnie stresujący jest okres po leczeniu, który jest związany z lękiem przed nawrotem choroby. Z badań Herschbacha i in. (2004) wynika, że 40,9% kobiet po leczeniu na raka piersi wskazywało na lęk przed nawrotem choroby jako podstawowy czynnik stresogenny. U części osób choroba pozostawia ślad w postaci zaburzeń po stresie traumatycznym (*Posttraumatic Stress Disorder – PTSD*).

Na związek między objawami stresu pourazowego a chorobą nowotworową wskazują m.in. badania Butler i in. (1999). Autorzy, w badaniach pacjentek chorych na raka piersi wykazali, że objawy intruzji i unikania pojawiają się częściej u kobiet, które przed zachorowaniem doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych oraz unikały wsparcia społecznego. Cordova i in. (2000) wskazali na występowanie trzech zasadniczych kryteriów diagnostycznych, charakterystycznych dla *PTSD* w grupie 142 kobiet chorych na raka piersi, w czasie przynajmniej 2 miesięcy od zakończenia leczenia bez postępu choroby nowotworowej. Zespół ten zdiagnozowano u 8,5% badanych kobiet.

Występowanie objawów *PTSD* w chorobie nowotworowej stwierdzono także w badaniach polskich. Jak wskazują Widera, Juczyński i Popiela (2003) kobiety z rakiem piersi ujawniały podobne nasilenie trzech głównych czynników, świadczących o występowaniu *PTSD*: intruzji, unikania i pobudzenia (mierzone Skalą wpływu zdarzeń, *IES-R*), co osoby doświadczone takich zdarzeń, jak gwałt czy uwięzienie. Ponadto stwierdzono w wyżej wymienionych badaniach, że zasadniczą rolę w manifestowaniu objawów stresu pourazowego odgrywa poziom lęku. Należy pamiętać, że przeżywane objawy wpływają z kolei na podejmowane przez kobiety strategie radzenia sobie z chorobą, które mogą mieć charakter adaptacyjny, jak na przykład postawa ducha walki lub dezadaptacyjny, jak na przykład bezradność/beznadziejność (Juczyński, 2000).

### **Zjawisko potraumatycznego rozwoju**

Doświadczenie silnie stresujących wydarzeń może wiązać się nie tylko z negatywnymi następstwami, ale także z pojawieniem się pozytywnych zmian psychologicznych, które określa się mianem potraumatycznego rozwoju (*posttraumatic growth – PTG*). Termin ten wprowadzili Tedeschi i Calhoun (1996) do opisu pozytywnych zmian, które pojawiają się w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z następstwami traumatycznych wydarzeń. Potraumatyczny rozwój jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonej traumie. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku traumy przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania, wyrażający się m.in. w wyższym poczuciu dobrostanu czy większej świadomości życiowej.

Tedeschi i Calhoun (1996; 2004) wskazują na trzy grupy pozytywnych zmian, składających się na potraumatyczny rozwój. Są to: zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej. Zmiany w percepcji siebie wiążą się przede wszystkim z poczuciem bycia lepszą osobą, przekonaniem o osobistej sile, wyrażającym się w wyższym poczuciu własnej wartości, skuteczności, większym zaufaniu do siebie i własnych możliwości, także w odniesieniu do przyszłych wydarzeń. Osoby takie zauważają swoje zwiększone umiejętności radzenia sobie i przetrwania w skrajnie trudnych warunkach, dostrzegają nowe możliwości w życiu i stawiają sobie nowe cele.

Istotnym aspektem potraumatycznego wzrostu są zmiany w relacjach z innymi ludźmi. Osoby, które przeżyły traumę, odkrywają w sobie większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych, przekonują się, kto jest ich prawdziwym przyjacielem i na kogo mogą liczyć w sytuacji kryzysu. Wykazują też większą skłonność do otwierania się przed innymi i lepiej się czują w tych relacjach. Ludzie pod wpływem traumatycznego doświadczenia odnajdują w sobie siłę, która pozwala im z dystansem przyjrzeć się dotychczasowemu życiu i zmieniać je na lepsze.

Osoby doświadczające potraumatycznego wzrostu w wyniku przeżytych sytuacji traumatycznych w większym stopniu przywiązują wagę do drobnych codziennych wydarzeń, a zdają się pomniejszać znaczenie ważnych spraw życiowych. Rodzina, przyjaciele, a także drobne przyjemności codziennego dnia mogą być postrzegane jako ważniejsze od tych, które wcześniej traktowane były jako pierwszoplanowe (np. kariera zawodowa). Doświadczanie traumy może także zaowocować zmianami w przekonaniach egzystencjalnych (religijnych) jednostki. Tedeschi i Calhoun (2007) zwracają uwagę, że filozofia życiowa ludzi, którzy uporali się z kryzysem, staje się bardziej dojrzała, znacząca i satysfakcjonująca. Ludzie w wyniku doświadczania krytycznych wydarzeń bardziej doceniają życie i przeżywają je bardziej świadomie.

Czerpanie korzyści w sytuacji traumatycznej wiąże się także z niższym nasileniem depresji i lepszym samopoczuciem (Helgeso, Reynolds, Tomich, 2006; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a). Najwięcej pozytywnych zmian zauważa się w okresie od dwóch tygodni do dwóch miesięcy po przeżytym wydarzeniu, ale potraumatyczny rozwój może mieć miejsce również wiele lat po traumie (Tedeschi, Calhoun, 1998; 2007; Tedeschi, Calhoun 1998). Potraumatyczny rozwój nie oznacza, że przeżycie traumy jest czymś pozytywnym, czy koniecznym dla dokonania istotnych zmian w życiu. Nie należy także oczekiwać, że każda osoba, która przeżyła traumę doświadczy wzrostu lub że jest to niezbędny warunek pełnego powrotu do zdrowia po przeżyciu traumy. Tedeschi i Calhoun (2007) wyraźnie wskazują, że to nie sama trauma prowadzi do wzrostu, tylko podejmowane przez jednostkę próby poradzenia sobie z kryzysem.

### **Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej**

Dostępne w literaturze badania wskazują, że pozytywne zmiany w wyniku diagnozy nowotworu występują u 30-90% pacjentów (Tedeschi, Park, Calhoun, 1998; Teo i in., 2007; Mystakidou i in., 2008). Dane te podkreślają jednocześnie, że wzrost potraumatyczny jest charakterystyczny przede wszystkim dla wczesnych etapów procesu diagnozowania i leczenia raka. Najwyższe wyniki w skali potraumatycznego

rozwoju zanotowano po postawieniu diagnozy. Wydaje się to korespondować z innymi wynikami badań, wskazującymi na występowanie zjawiska wkrótce po traumatycznym wydarzeniu (Affleck i in., 1987; Manne i in., 2004).

Pozytywne zmiany będące efektem poradzenia sobie z chorobą wydają się mieć względnie trwałe charakter. Świadczą o tym wyniki badań osób chorych na białaczkę, które w porównaniu z grupą kontrolną (osoby zdrowe), wykazywały gorsze fizyczne, psychologiczne i społeczne funkcjonowanie, ale paradoksalnie większy wzrost w obszarze indywidualnym i międzyludzkim. Co więcej, zmiany te trwały wiele lat po pokonaniu choroby (Andrykowski i in., 2005).

Podobnie badania greckie obejmujące osoby, u których zdiagnozowano raka, ujawniły związek zdarzenia traumatycznego w postaci choroby z doświadczaniem pozytywnych skutków traumy, przejawiających się poprawą relacji z innymi i zwiększonym docenieniem życia (Mystakidou i in., 2008). Wyższe wyniki w kwestionariuszu potraumatycznego wzrostu zanotowano także wśród kobiet po mastektomii w porównaniu z grupą kontrolną. Zaobserwowane zmiany dotyczyły przede wszystkim zacieśnienia więzi z ludźmi, docenienia życia i duchowej przemiany (Cordova i in., 2001). Podobne wyniki uzyskali Zemore i Shepel (1989). Zbadali oni 300 kobiet, które w ostatnich dwóch latach przeżyły mastektomię oraz 100 kobiet z podejrzeniem raka na podstawie guza, u których jednak ostateczne rozpoznanie nie potwierdziło występowania choroby, stanowiących grupę kontrolną. Badacze stwierdzili większe nasilenie pozytywnych zmian u kobiet po mastektomii w porównaniu z grupą kontrolną. Przejawiały się one przede wszystkim w większej skłonności do korzystania i doceniania wsparcia społecznego od rodziny i bliskich.

### **Czynniki warunkujące potraumatyczny rozwój u osób chorych**

Potraumatyczny rozwój, niezależnie od rodzaju doświadczanego zdarzenia, jest efektem współwystępowania wielu czynników, wśród których wymienia się intensywność doświadczanego wydarzenia, poziom zagrożenia dla zdrowia lub życia, czas jaki upłynął od jego pojawienia się, otrzymywane wsparcie społeczne, stosowane sposoby radzenia sobie z życiowym doświadczeniem, a także indywidualne właściwości jednostki.

U osób, które doświadczyły traumy wynikającej z choroby nowotworowej potraumatyczny rozwój związany jest przede wszystkim ze spostrzeganym zagrożeniem życia (Cordova i in., 2001; Sumalla, Ochoa, Blanco, 2009), poziomem spostrzeganego stresu (Sears, Stanton, Danoff-Burg, 2003), jego negatywnymi symptomami (Manne i in., 2004), afektem negatywnym, stopniem zaawansowania choroby (Tomich, Helgeson, 2004). Związek między stopniem zaawansowania choroby a potraumatycznym rozwojem ma charakter krzywoliniowy. Świadczą o tym wyniki badań chorych onkologicznie, obejmujących grupę kobiet i mężczyzn, w których wykazano, że najwyższy poziom potraumatycznego wzrostu wystąpił u pacjentów znajdujących się w II lub III stadium zaawansowania choroby, natomiast u pacjentów w I i IV stadium raka jego natężenie było istotnie niższe (Lechner i in., 2003). Podobna zależność odnosi się do przejawianych negatywnych symptomów choroby: słabe i bardzo silne wiązały

się z niższym nasileniem wzrostu, podczas gdy umiarkowane z wyższym jego poziomem. Powaga choroby i towarzyszące jej emocje, przede wszystkim w postaci lęku, ale o umiarkowanej sile, zdają się sprzyjać przepracowaniu traumy, co pociąga za sobą pozytywne zmiany, zwłaszcza w zakresie większego doceniania życia.

Szczególne znaczenie dla wystąpienia potraumatycznego rozwoju należy przypisać stosowanym przez pacjentów sposobom radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą. Wystąpieniu pozytywnych zmian sprzyja aktywne radzenie sobie (dotyczy to przede wszystkim osób wyraźnie nastawionych na walkę z chorobą), pozytywne przewartościowanie czy poczucie humoru, a także poszukiwanie wsparcia społecznego (Morris, Shakespeare-Finch, Scott, 2007). Poszukiwanie wsparcia, tak instrumentalnego jak emocjonalnego, jest powiązane przede wszystkim z dostrzeganiem nowych możliwości w życiu i poprawą relacji z innymi. Wsparcie społeczne stwarza możliwość ekspresji negatywnych emocji i otrzymania praktycznej pomocy po diagnozie raka, co może wspomagać przetwarzanie poznawcze zdarzenia i ułatwiać przepracowanie traumy.

W badaniach mających na celu sprawdzenie związku przystosowania się do choroby z potraumatycznym rozwojem (Lechner i in., 2003) dowiedziono, że był on pozytywnie związany ze strategią ducha walki – traktowaną jako najbardziej przystosowawczą w procesie zmagania się z chorobą, natomiast strategia bezradności/beznadziejności wiązała się z nim negatywnie. W innych badaniach przeprowadzonych na kobietach z rakiem piersi zanotowano, że potraumatyczny rozwój w okresie diagnozy i leczenia choroby był pozytywnie związany z radzeniem sobie opartym na religii, odwracaniu uwagi, pozytywnym przewartościowaniem i mniejszym poszukiwaniem wsparcia społecznego. W późniejszym okresie (3 miesiące od operacji) z potraumatycznym rozwojem wiązało się przede wszystkim aktywne radzenie sobie i radzenie sobie oparte na religii. Z kolei 6 miesięcy później wzrost był związany z aktywnym radzeniem sobie, radzeniem sobie opartym na emocjach, większym poszukiwaniem wsparcia społecznego, radzeniem sobie opartym na religii i mniejszym stopniem radzenia sobie związanego z akceptacją zaistniałej sytuacji. Rok po operacji istotne znaczenie dla potraumatycznego rozwoju odgrywały pozytywne przewartościowanie i strategia planowania (Lechner, Antoni, 2004).

Znaczenie różnych strategii radzenia sobie z chorobą w zależności od czasu choroby ujawniono także w innych badaniach, obejmujących grupę kobiet z rakiem piersi (Bussell, Naus, 2010). Predyktorem potraumatycznego rozwoju w okresie leczenia (za pomocą chemioterapii) było radzenie sobie oparte na religii. W okresie późniejszym istotne znaczenie dla *PTG* miały także strategie pozytywnego przewartościowania oraz poszukiwanie wsparcia, tak instrumentalnego, jak i emocjonalnego. Wskazuje to, że proces radzenia sobie z chorobą ma charakter dynamiczny i że poziom potraumatycznego rozwoju wiąże się z różnymi strategiami radzenia sobie, których stosowanie zależy od czasu trwania choroby.

Wśród podmiotowych czynników istotnych w procesie radzenia sobie z traumą, w tym związaną z chorobą nowotworową, które mogą sprzyjać potraumatycznemu rozwojowi można wymienić dyspozycyjny optymizm, nadzieję, wysoki poziom poczucia koherencji czy satysfakcji z dotychczasowego życia (Linley, Joseph, 2004;

Urcuyo i in., 2005; Ogińska-Bulik, 2010). Właściwości te mogą sprzyjać wystąpieniu zjawiska potraumatycznego rozwoju bezpośrednio, jak pośrednio, determinując wybór bardziej skutecznych i dostosowanych do sytuacji sposobów radzenia sobie z wydarzeniem traumatycznym. Istotne okazują się także przekonania jednostki odnoszące się do świata zewnętrznego, jak i samego siebie. Świadczą o tym badania australijskie przeprowadzone po diagnozie raka, które pokazują, iż z potraumatycznym wzrostem wprost proporcjonalnie związane były przekonania dotyczące sprawiedliwości świata i szczęścia. Z wyższym potraumatycznym wzrostem korespondowało także niższe poczucie własnej wartości i kontroli siebie. Przeciwnie do założeń autorów tych badań, poznawcze unikanie wiązało się z wyższym potraumatycznym wzrostem (Carboon i in., 2005).

Właściwością jednostki, która szczególnie zdaje się sprzyjać rozwojowi zjawiska, jakim jest potraumatyczny wzrost, wydaje się być prężność (*resiliency*). Prężność<sup>1</sup> oznacza z jednej strony zdolność jednostki do oderwania się od przykrych wydarzeń życiowych, a z drugiej pozwala na bardziej skuteczne radzenie sobie ze stresem i negatywnymi emocjami. Sprzyja ona wytrwałości i elastycznemu przystosowaniu się do wymagań życiowych, ułatwia mobilizację do podejmowania działań zaradczych w trudnych sytuacjach, a także zwiększa tolerancję negatywnych emocji i niepowodzeń. Ponadto osoby odznaczające się wysokim poziomem prężności są bardziej pozytywnie nastawione do życia, przejawiają wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności. Jednostka prężna charakteryzuje się stabilnością emocjonalną, napotkane trudności postrzega częściej jako szansę na zdobycie nowych doświadczeń, a siebie skłonna jest uważać za osobę posiadającą wpływ na podejmowane decyzji (Semmer, 2006; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a; 2008b). W badaniach polskich (Felcyn-Koczewska, Ogińska-Bulik, w druku), przeprowadzonych na grupie osób, które straciły kogoś bliskiego, wykazano pozytywny związek prężności z potraumatycznym rozwojem. Z kolei badania izraelskie, obejmujące grupę młodzieży doświadczającej poczucia horroru związanego z wojną oraz dorosłych – cywili i żołnierzy zaangażowanych w wojnę z Libanem, wykazały negatywną zależność prężności – traktowanej jako brak objawów *PTSD* z potraumatycznym rozwojem (Levine i in., 2009).

### Cel i metoda badań

Celem podjętych badań było sprawdzenie czy u kobiet chorych onkologicznie, poddanych resekcji piersi występuje zjawisko potraumatycznego rozwoju oraz czy prężność zwiększa prawdopodobieństwo jego wystąpienia. Badaniami objęto grupę 67 kobiet, które przeszły zabieg amputacji piersi, zrzeszonych w klubach „Amazonka” na terenie woj. łódzkiego. Wiek badanych wahał się od 42 do 75 lat ( $M = 60,43$ ;  $SD = 7,07$ ). Czas od operacji wynosił od 1 roku do 25 lat ( $M = 8,56$ ;  $SD = 5,96$ ). Większość badanych kobiet (77,6%) charakteryzowała się wykształceniem średnim, 14,9% – wyższym i 7,5% – podstawowym.

<sup>1</sup> Konstrukct prężności został szerzej omówiony w książce *Osobowość, stres a zdrowie* oraz artykule *Skala pomiaru prężności – SPP-25*, autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego.



W badaniach zastosowano dwa narzędzia pomiaru. Jednym z nich jest Inwentarz potraumatycznego rozwoju (*Posttraumatic Growth Inventory*) autorstwa Tedeschiego i Calhouna, w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego. Zawiera on 21 stwierdzeń, ocenianych w skali 6-stopniowej (od 0 – *nie doświadczyłem tej zmiany w wyniku kryzysu* do 5 – *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu*). Zastosowane narzędzie pozwala na ustalenie wyniku ogólnego – im wyższy, tym większy potraumatyczny rozwój oraz czterech czynników, tj.: 1. zmiany w percepcji siebie, obejmującej nowe możliwości i wzrost poczucia osobistej siły (9 pozycji), 2. zmiany w relacjach z innymi (7 pozycji), 3. większe docenianie życia (3 pozycje) oraz 4. zmiany duchowe (2 pozycje). Uzyskana struktura czynnikowa jest podobna (ale nie tożsama) do struktury otrzymanej przez autorów narzędzia. Różnica dotyczy czynnika 1., który w polskiej wersji jest połączeniem dwóch odrębnych czynników wyróżnionych w wersji oryginalnej, tj. nowych możliwości i poczucia osobistej siły. Narzędzie charakteryzuje się wysoką rzetelnością – współczynnik *alfa* Cronbacha dla całej skali wynosi 0,93 (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Drugim wykorzystanym w badaniach narzędziem jest Skala pomiaru prężności – SPP-25, autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008b). Zawiera ona 25 stwierdzeń, dotyczących różnych właściwości osobowości, składających się na prężność, utożsamianą także z odpornością psychiczną. Oceny tych właściwości dokonuje się na 5-stopniowej skali typu Likerta (od 0 – *zdecydowanie nie* do 4 – *zdecydowanie tak*). Skala uzyskała satysfakcjonujące właściwości psychometryczne (rzetelność mierzona współczynnikiem *alfa* Cronbacha wynosi 0,89; stabilność bezwzględna, mierzona metodą testu-retestu po 4 tygodniach wynosi 0,85). Wynik ogólny SPP-25 można wyrazić w skali stenowej, w której wyniki w zakresie 1-4 oznaczają niską, 5-6 – średnią, a 7-10 – wysoką prężność. Skala, oprócz wyniku ogólnego, pozwala na pomiar 5 czynników, którymi są: 1. wytrwałość i determinacja w działaniu; 2. otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; 3. kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; 4. tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; 5. optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

## Wyniki badań

W pierwszym kroku analizy wyników badań przedstawiono średnie uwzględnionych w badaniu zmiennych, a następnie sprawdzono czy wiek, wykształcenie, czas od operacji wiążą się z potraumatycznym rozwojem. Ustalono także zależności między prężnością a potraumatycznym rozwojem oraz sprawdzono, które spośród analizowanych czynników wchodzących w skład prężności pełnią rolę predykcyjną dla potraumatycznego rozwoju.

Tabela 1. Średnie i odchylenia potraumatycznego rozwoju i prężności

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>
Potraumatyczny rozwój – wynik ogólny	65,92	17,86
cz. 1. zmiany w percepcji siebie	24,82	8,40
cz. 2. zmiany w relacjach z innymi	24,48	6,58
cz. 3. większe docenianie życia	10,49	3,22
cz. 4. zmiany duchowe	6,13	2,94
Prężność – wynik ogólny	66,83	14,29
cz. 1. wytrwałość i determinacja w działaniu	12,49	3,49
cz. 2. otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	13,49	3,19
cz. 3. kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	14,14	2,80
cz. 4. tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	13,28	3,15
cz. 5. optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	13,41	3,64

Nasilenie potraumatycznego rozwoju badanych kobiet po mastektomii jest nieco wyższe w porównaniu z wynikami osób uczestniczących w badaniach normalizacyjnych ( $M = 60,36$ ;  $SD = 20,16$ ), w tym osób w żałobie ( $M = 61,77$ ;  $SD = 15,99$ ), żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych poza granicami kraju ( $M = 55,12$ ;  $SD = 21,19$ ) czy policjantów doświadczających wydarzeń traumatycznych w miejscu pracy ( $M = 53,46$ ;  $SD = 18,42$ ). Z kolei jest ono nieco niższe od poziomu potraumatycznego wzrostu zanotowanego u rodziców dzieci chorych na leukemię ( $M = 73,25$ ;  $SD = 17,63$ ) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Zakres wyników badanych kobiet w *PTGI* wahał się od 18 do 88 punktów. Uzyskana średnia odpowiada wartości 6 stena (według norm opracowanych dla polskiej wersji *PTGI*), co wskazuje na przeciętny poziom potraumatycznego rozwoju. Jednakże bardziej szczegółowa analiza ujawniła, że 50% badanych kobiet wykazuje wysokie nasilenie pozytywnych zmian, 25% przeciętne i 25% niskie. Ustalono także, w którym z czterech analizowanych obszarów pojawiło się najwięcej zmian (uzyskany średni wskaźnik dla poszczególnych czynników dzielono przez ilość stwierdzeń wchodzących w ich skład). Większe zmiany dotyczyły relacji z innymi ( $M = 3,50$ ) i doceniania życia ( $M = 3,49$ ), mniejsze zaś percepcji siebie ( $M = 2,75$ ), najmniejsze zaś sfery duchowej ( $M = 3,06$ ) (test *t* dla prób zależnych wskazał, że cz. 1 < 2,3,4;  $p < 0,003$ , zaś cz. 2 i 3 > 4;  $p < 0,05$ ).

Wiek wiąże się słabo, choć w sposób istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ) z nasileniem potraumatycznego rozwoju. Nieco wyższy poziom zanotowano u osób starszych (powyżej 59 roku życia) ( $M = 70,40$ ;  $SD = 15,65$ ) w porównaniu z młodszymi ( $M = 60,40$ ;  $SD = 19,10$ ;  $p < 0,05$ ). Wykształcenie, podobnie jak wiek, słabo ( $p < 0,05$ ), choć istotnie statystycznie, wiąże się z potraumatycznym wzrostem. Istotnie wyższe wyniki



uzyskały osoby z wykształceniem wyższym ( $M = 77,30$ ;  $SD = 7,98$ ) w porównaniu z osobami legitymującymi się wykształceniem podstawowym ( $M = 58,20$ ;  $SD = 9,62$ ) – dotyczy to szczególnie relacji z innymi i doceniania życia – i średnim ( $M = 64,48$ ;  $SD = 19,01$ ); przede wszystkim w odniesieniu do doceniania życia. Kobiety ze średnim wykształceniem ujawniły także nieco wyższy wzrost w porównaniu z kobietami o wykształceniu podstawowym ( $p < 0,05$ ), przede wszystkim w odniesieniu do czynnika 1., jakim są zmiany w percepcji siebie. Czas, jaki upłynął od resekcji piersi, nie różnicował ogólnego wyniku *PTGI* w badanej grupie kobiet. Osoby o krótszym czasie od zabiegu (poniżej 8 lat) wykazały podobne jego nasilenie co kobiety, u których czas ten był dłuższy (powyżej 7 lat) (odpowiednio:  $M = 63,23$ ;  $SD = 20,59$  i  $M = 69,41$ ;  $SD = 13,01$ ). Zanotowano natomiast różnicę istotną statystycznie w zakresie czynnika 3. potraumatycznego rozwoju, jakim jest większe docenianie życia. Zmiany te były większe u osób z dłuższym czasem od operacji (odpowiednio:  $M = 9,74$ ;  $SD = 3,55$  i  $M = 11,48$ ;  $SD = 2,43$ ;  $p < 0,05$ ). Ze względu na słabe zależności bądź ich brak między wiekiem, wykształceniem i czasem od operacji a potraumatycznym rozwojem zmienne te nie zostały uwzględnione w dalszych analizach.

Średni wynik prężności badanych kobiet odpowiada wartości 5 stena, co wskazuje na jej przeciętny poziom. W kolejnym kroku ustalono zależności między prężnością a potraumatycznym rozwojem. Uzyskane współczynniki korelacji zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. Współczynniki korelacji między prężnością a potraumatycznym rozwojem

Zmienne	Potr. rozwój – wskaźnik ogólny	Zmiany w percepcji siebie	Zmiany w relacjach z innymi	Większe docenianie życia	Zmiany duchowe
Prężność – wskaźnik ogólny	0,31**	0,38***	0,25*	0,22*	-0,04
cz. 1	0,22*	0,34**	0,14	0,11	-0,06
cz. 2	0,22*	0,24*	0,21*	0,18	-0,03
cz. 3	0,16	0,22*	0,14	0,19	-0,18
cz. 4	0,38***	0,47***	0,30**	0,22*	0,02
cz. 5	0,35**	0,40***	0,30**	0,28**	0,04

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

cz. 1. wytrwałość i determinacja w działaniu; cz. 2. otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; cz. 3. kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; cz. 4. tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; cz. 5. optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach

Przedstawione w tabeli 2 współczynniki korelacji wskazują na istotny – o umiarkowanej sile – związek prężności z potraumatycznym rozwojem. Prężność ogółem koreluje w sposób istotny statystycznie prawie ze wszystkimi czynnikami potrauma-

tycznego rozwoju, poza zmianami w sferze duchowej. Im jest wyższa, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się tych zmian. Istotne zależności dotyczą poszczególnych czynników prężności i wszystkie mają charakter dodatni. Im wyższa prężność przejawiająca się w wytrwałości i determinacji w działaniu (cz. 1.), kompetencjach osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji (cz. 3.), tolerancji na niepowodzenia i skłonności do traktowania życia jako wyzwania (cz. 4.) oraz optymistycznym nastawieniu do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach (cz. 5.), tym większy rozwój. Prężność, wyrażana w postaci czterech wymienionych czynników, sprzyja przede wszystkim pojawieniu się pozytywnych zmian w zakresie percepcji siebie. Najsilniej z potraumatycznym rozwojem wiążą się: czynnik 4. prężności – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania oraz czynnik 5. – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

W następnym kroku sprawdzono, czy i w jakim stopniu, poziom prężności różnicuje nasilenie potraumatycznego rozwoju. Osoby badane zaklasyfikowano do trzech grup różniących się poziomem prężności, zgodnie z podanymi normami (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b, s. 52): o niskim, przeciętnym i wysokim jego poziomie. Nasilenie potraumatycznego rozwoju ustalono w grupach skrajnych, tj. o niskim i wysokim poziomie tej zmiennej (tabela 3).

Tabela 3. Nasilenie potraumatycznego rozwoju w zależności od poziomu prężności

Zmienne	Prężność				<i>t</i>	<i>p</i>
	Niska (n = 28)		Wysoka (n = 18)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Potr. rozwój – wskaźnik ogólny	61,21	19,49	73,39	10,15	-2,43	0,02
zmiany w percepcji siebie	21,86	8,70	29,17	6,14	-3,09	0,003
zmiany w relacjach z innymi	23,86	7,56	26,39	3,68	-1,32	ni.
większe docenianie życia	9,61	2,69	12,33	3,33	-3,06	0,003
zmiany duchowe	5,89	3,18	5,50	3,28	0,40	ni.

Poziom prężności różnicuje w sposób istotny statystycznie, zarówno ogólny poziom potraumatycznego rozwoju, jak i dwóch jego czynników. Osoby o wysokim nasileniu prężności ujawniają więcej pozytywnych zmian w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego, odnoszących się przede wszystkim do percepcji siebie i większego doceniania życia. Poziom prężności nie różnicuje natomiast nasilenia zmian w relacjach z innymi oraz zmian w sferze duchowej.

Następnie sprawdzono, które z czynników składających się na prężność pozwalają na przewidywanie wystąpienia potraumatycznego rozwoju. Przeprowadzona analiza regresji (wersja krokowa postępująca) wskazała na znaczenie czynnika 4., jakim jest tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania (tabela 4). Wyjaśnia on 14% wariancji zmiennej zależnej. Im jest on wyższy, tym większe pozytywne zmiany mogą się pojawić u kobiet, które zostały poddane zabiegowi mastektomii.

Tabela 4. Wyznaczniki potraumatycznego rozwoju

	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>Beta</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	0,14	0,38	2,13	0,65	3,21	0,001
Wyraz wolny			37,61	0,65	3,27	0,001

$R = 0,37$ ;  $R^2 = 0,14$

### Podsumowanie

Badane kobiety z nowotworem piersi doświadczają pozytywnych zmian w wyniku przeżytej traumy, przede wszystkim w zakresie relacji z innymi ludźmi i doceniania życia. Uzyskana średnia potraumatycznego rozwoju jest nieco wyższa w porównaniu z amerykańskimi badaniami kobiet z rakiem piersi, w których średni wynik uzyskany w *PTGI* wynosił od 58 (Weiss, 2004) do 64 (Cordova i in., 2001). Spośród badanych 50% kobiet ujawniło wysoki poziom wzrostu, 25% przeciętny i 25% niski. Podobny rozkład wyników uzyskano w badaniach Teo i in. (2007), w których zdecydowana większość osób, które zmagają się z chorobą nowotworową wykazywała potraumatyczny wzrost, szczególnie w obszarze doceniania życia. Badania Mols i in. (2009) przeprowadzone na grupie kobiet z rakiem piersi 10 lat po wyleczeniu ujawniły, że 79% spośród nich wykazywała pozytywne zmiany w wyniku doświadczonej traumy. Dotyczyły one przede wszystkim relacji z innymi, poczucia osobistej siły oraz doceniania życia.

Uzyskane za pomocą *PTGI* wyniki nie dają pewności, że relacjonowane przez badane kobiety zmiany rzeczywiście wystąpiły. Nie można bowiem wykluczyć, że wynikają one ze złudzeń (iluzji) jednostki, będących efektem zniekształcenia przeszłości, zacierania się wspomnień czy tendencji do prezentowania siebie jako lepszej osoby. O ograniczeniach, które dotyczą rozumienia pojęcia potraumatycznego wzrostu wspominają m.in. Helgeson, Reynolds i Tomich (2006) oraz Sumalla, Ochoa i Blanco (2009) podkreślając, że nie wiadomo, czy podawane przez ludzi korzyści rzeczywiście odzwierciedlają pozytywne zmiany zachodzące w ich życiu w wyniku doświadczenia traumatycznego, czy też chodzi raczej o poznawcze mechanizmy związane z pozytywną adaptacją do stresora. Należy zwrócić uwagę, że potraumatyczny rozwój może być także wynikiem podporządkowywania się oczekiwaniom społecznym.

Czynnikiem, który zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnych zmian jest właściwość osobowości, jaką jest prężność. Ujawniony związek między

zmiennymi jest umiarkowany, a spośród pięciu czynników wchodzących w skład prężności tylko jeden – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania – okazał się predyktorem potraumatycznego rozwoju, wyjaśniając 14% wariacji tej zmiennej.

Prężność jest właściwością jednostki, zasobem, który pozwala na oderwanie się od negatywnych wydarzeń życiowych. Prężność zapobiega pojawieniu się dysfunkcji w zakresie zdrowia psychicznego i sprzyja powrotowi do stanu równowagi, co nie jest tożsame z potraumatycznym rozwojem. Prężność zdaje się więc raczej chronić jednostkę doświadczającą traumy przed rozwojem negatywnych konsekwencji, np. w postaci *PTSD*, niż bezpośrednio sprzyjać potraumatycznemu rozwojowi. Można także zakładać, że prężność raczej pośrednio (a nie bezpośrednio), poprzez proces radzenia sobie ze stresem, warunkuje pojawienie się pozytywnych zmian w postaci potraumatycznego rozwoju. Być może związek między wymienionymi zmiennymi zależy także od rodzaju doświadczanego wydarzenia. Silniejszą zależność między prężnością a potraumatycznym rozwojem ujawniono w badaniach osób, które doświadczyły straty bliskiej osoby ( $r = 0,79$ ;  $p < 0,001$ ) (Felcyn-Koczevska, Ogińska-Bulik, w druku). Wskazywałoby to, że związek między prężnością a potraumatycznym rozwojem wiąże się – przynajmniej w pewnym zakresie – ze stopniem kontrolowalności sytuacji. W sytuacjach pozostających całkowicie poza kontrolą jednostki – a taką jest śmierć bliskiej osoby – prężność, warunkująca umiejętność oderwania się od negatywnego wydarzenia, wydaje się w większym stopniu sprzyjać pozytywnym zmianom niż w sytuacji choroby, której przebieg – przynajmniej w pewnym zakresie – podlega kontroli.

Kobiety, które cechuje wytrwałość i determinacja w działaniu, kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach, a przede wszystkim tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania, pomimo przeżytej traumy w postaci choroby nowotworowej i związanym z nią zabiegu usunięcia piersi są w stanie czerpać korzyści z tego wydarzenia. Przejawiają się one przede wszystkim pozytywnymi zmianami w percepcji siebie i większym docenianiem życia. Oznacza to, że doświadczone wydarzenie czyni kobietę lepszą, silniejszą, bardziej skuteczną, zwiększa jej zaufanie do siebie i własnych możliwości radzenia sobie w życiu. Skuteczne uporanie się z chorobą pozwala jej stawiać sobie nowe cele i wyzwania, a także bardziej doceniać życie i przeżywać je bardziej świadomie.

Prężność natomiast nie przyczynia się w sposób istotny do wystąpienia pozytywnych zmian w zakresie relacji z innymi ludźmi oraz w sferze duchowej. Może to wiązać się z określonym rodzajem traumy, jakim była choroba nowotworowa i zabiegiem resekcji piersi. Jest to sytuacja, którą osoby chore raczej ukrywają, nie chcą o niej rozmawiać, a to może wpływać na kontakty z innymi. Należy także wziąć pod uwagę czas od operacji. Dla wielu uczestniczących w badaniach kobiety choroba i operacja są wydarzeniami odległymi w czasie; dla niektórych miały one miejsce nawet kilkanaście lat temu. Wprawdzie czas od operacji nie różnicował ogólnego nasilenia potraumatycznego rozwoju, ale nie można wykluczyć, że pozytywne zmiany w zakresie relacji z innymi wystąpiły w okresie wcześniejszym, i że nie mają one tak trwałego charakteru, jak zmiany w percepcji siebie czy docenianiu życia. Potwierdzeniem tego przypuszczenia

są zanotowane większe zmiany w zakresie doceniania życia u kobiet, u których czas od operacji był dłuższy. Wskazuje to tym samym na potrzebę dalszej eksploracji zjawiska, jakim jest potraumatyczny rozwój, w tym jego trwałości i dynamiki. Zaznacza się także potrzeba uwzględnienia innych zmiennych podmiotowych warunkujących występowanie zjawiska, w tym dyspozycji do radzenia sobie ze stresem.

Przeprowadzone badania miały charakter przekrojowy, nie pozwalają więc w sposób jednoznaczny na wnioskowanie o kierunku zależności. Jednak biorąc pod uwagę, że prężność jest traktowana w kategoriach względnie stałych właściwości człowieka, można zakładać, że jest przyczyną potraumatycznego rozwoju. Z drugiej jednak strony skuteczne uporanie się z wydarzeniem traumatycznym może zwrócić kształtować przekonanie o posiadanych kompetencjach do radzenia sobie, a więc wzmacniać prężność.

Należy także wskazać na potrzebę uwzględnienia takiej właściwości, jaką jest prężność w rehabilitacji psychicznej chorych – nie tylko onkologicznie. Rozwijanie własnych zasobów, w tym optymistycznego nastawienia do życia, kształtowanie tolerancji negatywnego afektu i zdolności mobilizowania się w sytuacjach trudnych jest niewątpliwie istotnym czynnikiem umożliwiającym przystosowanie się do choroby i zwiększającym efektywność radzenia sobie z nią, a co za tym idzie sprzyja wystąpieniu pozytywnych zmian w funkcjonowaniu jednostki.

#### **Literatura cytowana**

- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., Levine S. (1987). Casual benefits, and morbidity following a heart attack. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.
- Andrykowski, M.A., Bishop, M.M., Hahn, E.A., Cella, D.F., Beaumont, J.L., Brady, M.J., Horowitz, M.M., Sobocinski, K.A., Rizzo, J.D., Wingard, J.R. (2005). Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 3, 599-608.
- Bussel, V., Naus, M. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 1, 61-78.
- Butler, L.D., Koopman, C., Classen, C., Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18, 555-560.
- Carboon, I., Anderson, V., Pollard, A., Szer, J., Seymour, J. (2005). Posttraumatic growth following a cancer diagnosis: do world assumptions contribute? *Traumatology*, 11, 4, 269-283.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Cordova, M.J., Studs, J.L., Hann, D.M. Jacobsen, P.B., Andrykowski, M.A. (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 301-309.

- Felcyn-Koczevska, M., Ogińska-Bulik, N. Rola prężności w rozwoju potraumatycznym osób w żałobie. W: L. Golińska, E. Bielawska-Batorowicz (red.) *Rodzina i praca z perspektywy wyzwań i zagrożeń*. Łódź: Wyd. UŁ (w druku).
- Helgeson, V., Reynolds, K., Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 5, 797-816.
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandi, T., Huber, B., Henrich, G., Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer, 91*, 504-511.
- Izdebski, P. (2007). Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Bydgoszcz: Wyd. UKW.
- Juczyński, Z. (2000). Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: K. de Walden-Gałuszko (red.) *Psychoonkologia*. Kraków: Wyd. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Krzakowski, M. (2008). Rak piersi – charakterystyka problemu zdrowotnego. *Biuletyn Informacyjny Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym, 54* ([www.4lomza.pl/index.php?wiad=14057](http://www.4lomza.pl/index.php?wiad=14057)) (uzyskano 7.04.2010).
- Lechner, S.C., Antoni, M.H. (2004). Posttraumatic growth and group-based intervention for persons dealing with cancer: What have we learned so far? *Psychological Inquiry, 15*, 1, 35-41.
- Lechner, S.C., Zakowski, S.G., Antoni, M.H., Greehawt, M., Block, K., Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology, 12*, 491-499.
- Levine, S., 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.
- Linley, P.A., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 1, 11-21.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*, 442-454.
- Mols, F., Vingerhoets, A., Coebergh, W., van de Poll-Franse, L. (2009). Well-being, post-traumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health, 24*, 5, 583-595.
- Morris, B., Shakespeare-Finch, J., Scott, J. (2007). Coping process and dimensions of posttraumatic growth. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1*.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology, 13*, 633-646.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Pozytywne zmiany w następstwie doświadczonej traumy – zjawisko potraumatycznego rozwoju. W: L. Suchocka, R. Sztembis (red.) *Człowiek i dzieło* (s. 193-203). Lublin: Wyd. KUL.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008a). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wyd. Difin.



- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008b). Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39-56.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7, 3.
- Sears, S.R., Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497.
- Semmer, N. (2006). Personality, stress and coping. W: M. Vollrath (red.) *Handbook of Personality and Health* (s. 73-113). Chichester: Wiley.
- Sumalla, E.C., Ochoa, C., Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 1, 24-33.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3, 455-471.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1998). Posttraumatic growth: future directions. W: R.G. Tedeschi, C.L. Park, L.G. Calhoun (red.) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis* (s. 215-238). N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-8.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.) *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 230-248). Warszawa: PWN.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., Calhoun, L.G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. W: R.G. Tedeschi, C.L. Park, L.G. Calhoun (red.) *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (s. 1-22). Mahwah, NJ. Erlbaum.
- Teo, C.K., Teo, I.E., Beng Im-Teo, C. (2007). Posttraumatic growth in cancer: perspectives of Indo-Malaysian patients. *The Internet Journal of Family Practice*, 5, 1.
- Tomich, P.L., Helgeson, V.S. (2004). Is finding something good in the bad always good. Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.
- Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S., Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20, 175-192.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733-746.
- Widera, A., Juczyński, Z., Popiela, T. (2003). Psychologiczne wyznaczniki stresu porażowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach chirurgicznych. *Psychoonkologia*, 7, 2, 31-36.
- Zemore, R., Shepel, L. (1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Sciences and Medicine*, 28, 1, 19-27.