

## **Nieadaptacyjna reakcja na chorobę – radzenie sobie ze stresem, zmienne demograficzne a objawy traumy u osób chorych na nowotwory**

### **Non-adaptive reaction to disease – coping, demographic variables and trauma symptoms in cancer patients**

Agnieszka Laskowska

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

#### **Summary**

**Aim.** The aim of the presented study was to determine the relations of styles and strategies of coping with stress and demographic variables with the intensity of PTSD symptoms in persons diagnosed with cancer. The study tried to determine which style of coping with stress is the best predictor of posttraumatic symptoms in the tested group.

**Methods.** This study was conducted on the group of 150 patients (55 females and 95 males) that were treated for cancer. Polish version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale – mini-MAC – was used to study styles of coping with stress. PTSD Inventory (PTSD-C) allowing for the quantitative estimation of the symptoms was used to measure the intensity of PTSD symptoms. Additionally, a demographic questionnaire containing the questions about the age, sex, education, and the time since the diagnosis was employed for the benefits of this study.

**Results.** The results of the study indicate non-adaptive function of destructive style. In the situation of being subjected to a traumatic event this style is propitious to the development of the symptoms of posttraumatic stress disorder. The individual strategies of coping, sex and age are correlated with higher intensity of posttraumatic symptoms in sick persons.

**Conclusions.** Destructive style, of coping with stress is less beneficial for the adaptation to a cancerous disease. It may significantly influence the development of pathological symptoms characteristic to PTSD.

**Słowa kluczowe:** PTSD, style i strategie radzenia sobie, nowotwór złośliwy

**Key words:** PTSD, coping styles and strategies, cancer

## Wstęp

Wykrycie zagrażającej życiu choroby stanowi dla człowieka potencjalnie traumatyzujący czynnik. Reakcja na silny uraz może prowadzić do rozwoju cech zaburzeń stresowych pourazowych (PTSD). Objawy zaburzenia obejmują ciągle przeżywanie traumatycznego wydarzenia, powtarzające się, niepokojące sny, powracające wspomnienia, przeżywanie intensywnego stresu w przypadku kontaktu z bodźcem przypominającym uraz. Ponadto charakterystyczne jest unikanie bodźców skojarzonych z traumą, zmniejszony zakres afektu, nadmierne pobudzenie fizjologiczne [1].

Pomimo trudności w jednoznacznej identyfikacji objawów zaburzeń stresowych pourazowych w chorobie nowotworowej, wynikających z reakcji psychologicznej osoby wystawionej na działanie stresora, a nie skutków ubocznych leczenia czy specyfiki samego urazu, podejmuje się próbę diagnozy tego zaburzenia [2, 3]. Uzasadniona jest w związku z tym próba identyfikacji czynników ryzyka rozwoju zaburzeń stresowych pourazowych w chorobach somatycznych [4–6].

Zwiększoną podatność na rozwój symptomów PTSD obserwuje się u osób ze skłonnościami depresyjnymi. Także uprzednie ciężkie wydarzenia, a w szczególności powtórne doświadczenie objawów PTSD, determinują osobniczą skłonność do silnego przeżycia traumy [7–9]. Wśród czynników odpowiedzialnych za powstawanie zaburzeń potraumatycznych są ponadto style i strategie radzenia sobie ze stresem. Według Endlera i Parker [9], styl radzenia sobie ze stresem to właściwy dla danej osoby, stabilny w czasie sposób zachowania się w sytuacjach stresowych. Poza samymi stylami wyróżnia się strategie radzenia sobie ze stresem, przy czym w literaturze przedmiotu mocno akcentuje się różnicę pomiędzy stylami a strategiami radzenia sobie – te drugie uważa się za warunkowane sytuacyjnie [10, 11]. Wśród stylów i strategii radzenia sobie za negatywnie wpływające uważa się te skoncentrowane na emocjach [12].

Znaczenie dla rozwoju badanego zaburzenia ma również stopień zaawansowania choroby, rodzaj leczenia, czas, jaki upłynął od postawienia diagnozy, a także zmienne demograficzne, takie jak płeć, wiek czy wykształcenie, chociaż doniesienia nie są jednoznaczne [4, 7–8, 13].

## Cel

Celem badania było określenie związku stylów i strategii radzenia sobie ze stresem z nasileniem zaburzeń stresowych pourazowych w populacji polskich dorosłych pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową. Odstąpiono od różnicowania typu choroby nowotworowej, traktując ją jako czynnik o uniwersalnym stresogennym charakterze. Ze względu na niejednoznaczne wyniki badań płynące z literatury przedmiotu dokonano także próby wyjaśnienia różnic międzypłciowych w zakresie objawów PTSD, stylów i strategii radzenia sobie w chorobie, jak również związku zmiennych demograficznych (wiek, wykształcenie, czas, który upłynął od diagnozy choroby) z objawami PTSD.

Na podstawie zaprezentowanych wyżej danych postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Style i strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na przeżywaniu negatywnych emocji związane są z wysokim nasileniem zaburzeń stresowych pourazowych.
2. Style radzenia sobie ze stresem, a zwłaszcza styl destruktywny, pełnią rolę predyktora rozwoju objawów PTSD w grupie osób chorych.
3. Kobiety i mężczyźni z diagnozą nowotworu złośliwego różnią się pod względem nasilenia symptomów zespołu stresu pourazowego oraz stylów i strategii radzenia sobie ze stresem.
4. Istnieje związek między nasileniem objawów zespołu stresu pourazowego a wiekiem, wykształceniem i upływem czasu od diagnozy.

### Material i metoda

Badanie miało charakter indywidualny i anonimowy. Osoby badane były rekrutowane spośród pacjentów dwóch oddziałów Kliniki Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego.

#### Osoby badane

Badaniem objęto łącznie 150 osób, w tym 55 kobiet i 95 mężczyzn. Średnia wieku w grupie wynosiła  $M = 49,5$  roku, odchylenie standardowe  $SD = 13,95$  (w grupie kobiet  $M = 48,3$ ,  $SD = 10,68$ , a w grupie mężczyzn  $M = 50,2$ ,  $SD = 15,50$ ). W grupie osób badanych przeważało wykształcenie średnie i podstawowe, odpowiednio: 55 i 38 osób (36,67% i 25,33%). Wykształceniem wyższym legitymowała się grupa 34 osób (22,67%). Najmniej osób było w grupie z wykształceniem policealnym i zawodowym, odpowiednio 15 i 8 osób (10% i 5,33%). W badaniu, jako czynnik istotny, brany był pod uwagę czas po diagnozie. Średni czas po diagnozie w miesiącach wynosił  $M = 4,01$ , odchylenie standardowe  $SD = 1,29$  (dla kobiet średni czas wynosił  $M = 3,3$ ,  $SD = 1,33$ , zaś dla mężczyzn  $M = 4,35$ ,  $SD = 1,14$ ).

#### Narzędzia

Do pomiaru stylów i strategii radzenia sobie ze stresem wykorzystano Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale) Watsona i wsp. [14]. Mini-MAC wyróżnia dwa style (konstruktywny i destruktywny – bierny) oraz cztery strategie radzenia sobie ze stresem (ducha walki, pozytywnego przewartościowania, bezradności–beznadziejności, zaabsorbowania lękowego) [14].

Rzetelność narzędzia Mini-MAC jest dobra (współczynniki alfa Cronbacha wahają się od  $\alpha = 0,70$  do  $\alpha = 0,92$ ) [14].

Do pomiaru objawów zespołu stresu pourazowego użyto Kwestionariusza PTSD – wersja czynnikowa (PTSD-C1) autorstwa Strelaua, Zawadzkiego, Oniszczunki i Sobolewskiego. Pozwala on na diagnozę ilościową głównych wymiarów PTSD: Intruzji/Pobudzenia (I/P) i Unikania/Odrętwienia (U/O), a także uogólnioną diagnozę zaburzenia [15].

PTSD-C1 charakteryzuje się wysoką rzetelnością pomiaru. Współczynniki alfa Cronbacha zarówno dla Skali Ogólnej, jak i dwóch jej podskal wynoszą od  $\alpha = 0,90$  do  $\alpha = 0,97$  [15].

W krótkiej ankiecie demograficznej osoby badane odpowiadały na pytania dotyczące wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania i czasu od postawienia diagnozy.

## Wyniki

Tabela 1 przedstawia współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikami nasilenia objawów potraumatycznych a nasileniem stylów i strategii radzenia sobie ze stresem.

Tabela 1. **Współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy stylami i strategiami radzenia sobie ze stresem a nasileniem objawów PTSD w badanej grupie (N = 150)**

	I/P	U/O	PTSD Skala ogólna
Styl destruktywny	0,67**	0,62**	0,70**
Zaabsorbowanie lękowe	0,64**	0,43**	0,59**
Bezradność–beznadziejność	0,58**	0,70**	0,69**
Styl konstruktywny	-0,08	-0,30**	-0,20*
Pozytywne przewartościowanie	0,03	-0,19*	-0,08
Duch walki	-0,18*	-0,35**	-0,29**

I/P – Intruzja/Pobudzenie, U/O – Unikanie/Odrętwienie, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

Nasilenie objawów PTSD związane było z prawie wszystkimi wymiarami radzenia sobie ze stresem. Korelacje były istotne statystycznie. Styl destruktywny i składające się na niego strategie bezradności–beznadziejności i zaabsorbowania lękowego korelowały umiarkowanie wysoko z natężeniem symptomów PTSD. Stwierdzono, że styl konstruktywny i strategia ducha walki korelują słabo ujemnie z ogólnym nasileniem objawów PTSD. Wykazano brak korelacji między ogólną skalą PTSD a pozytywnym przewartościowaniem.

Tabela 2 przedstawia współczynniki regresji dla modelu, w którym jako kryterium analizowano nasilenie objawów PTSD, a jako predyktory włączono style radzenia sobie z chorobą.

Tabela 2. **Model regresji dla objawów PTSD – wszyscy badani (N = 150)**

Model	R	R <sup>2</sup>	F	df	p	Beta
	0,70	0,50	72,39	2/147	0,000	
Styl destruktywny						0,69***
Styl konstruktywny						-0,05

R – korelacja wielokrotna, R<sup>2</sup> – wielkość wyjaśnionej wariancji, F – wartość testu, df – liczba stopni swobody, p – istotność testu F, Beta – wagi Beta regresji liniowej, \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Analizowany model był istotny statystycznie. Istotnym statystycznie predyktorem nasilenia objawów PTSD był styl destruktywny – wyjaśnia on 50% wariacji ogólnych symptomów PTSD. Im wyższy poziom stylu destruktywnego, tym większe nasilenie objawów PTSD.

Tabela 3 przedstawia porównanie średnich wartości wskaźników nasilenia objawów PTSD oraz stylów i strategii radzenia sobie ze stresem w grupie kobiet i w grupie mężczyzn. Zestawienie uzupełniono testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyróżniono różnice istotne statystycznie.

Tabela 3. Średnie wartości nasilenia objawów PTSD oraz stylów i strategii radzenia sobie ze stresem w badanej grupie (N = 150)

	M (N = 96)		K (N = 54)		t	p
	M	SD	M	SD		
Intruzja/Pobudzenie	16,64	9,92	23,63	8,70	-4,33	0,000***
Unikanie/Odwręcenie	14,36	8,81	16,20	9,34	-1,20	0,232
PTSD Skala ogólna	31,00	17,41	39,83	16,27	-3,05	0,003**
Styl destruktywny	29,61	8,73	33,57	8,08	-2,74	0,007**
Zaabsorbowanie lękowe	16,53	4,86	19,43	4,56	-3,58	0,000***
Bezradność-beznadziejność	13,08	4,51	14,15	4,70	-1,37	0,174
Styl konstruktywny	45,16	6,53	42,00	5,87	2,94	0,004**
Pozytywne przewartościowanie	21,94	3,59	20,44	3,63	2,44	0,016*
Duch walki	23,22	3,68	21,56	3,22	2,78	0,006**

M – mężczyźni, K – kobiety, t – wartość testu t-Studenta, df – liczba stopni swobody, p – dwustronna istotność statystyczna, \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Zanotowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie nasilenia Intruzji/Pobudzenia i ogólnego wyniku PTSD. Średnie wartości obu tych wskaźników są wyższe w grupie kobiet niż w grupie mężczyzn.

Stwierdzono także istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie stylu destruktywnego, zaabsorbowania lękowego, a także stylu konstruktywnego i jego składowych: ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Średnie wartości zaabsorbowania lękowego i stylu destruktywnego są wyższe w grupie kobiet. Przeciwnie, średnie wartości ducha walki, pozytywnego przewartościowywania i stylu konstruktywnego są wyższe w grupie mężczyzn.

Tabela 4 przedstawia współczynniki korelacji pomiędzy wiekiem osób badanych i czasem, jaki upłynął od diagnozy, a wskaźnikami nasilenia objawów zaburzeń po-traumatycznych.

Tabela 4. Współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy wiekiem osób badanych i czasem, jaki upłynął od diagnozy, a PTSD

	Wiek	Czas od diagnozy
Intruzja/Pobudzenie	0,06	-0,13
Unikanie/Odrętwienie	0,17*	-0,07
PTSD Skala ogólna	0,13	-0,12

\*  $p < 0,05$

Zanotowano istotną statystycznie dodatnią korelację pomiędzy wiekiem osób badanych a nasileniem Unikania/Odrętwienia.

Tabela 5 ukazuje średnie wartości wyników w skalach nasilenia objawów PTSD.

Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w zakresie występowania PTSD.

Tabela 5. Średnie wartości wskaźników nasilenia objawów PTSD w zależności od wykształcenia osób badanych (N = 150)

		P/Z (N = 49)	S (N = 55)	W (N = 46)	F	p
Intruzja/Pobudzenie	M	19,61	19,98	17,67	0,73	0,482
	SD	10,01	9,23	11,04		
Unikanie/Odrętwienie	M	14,22	15,04	15,87	0,39	0,677
	SD	9,33	8,47	9,42		
PTSD Skala ogólna	M	33,84	35,02	33,54	0,10	0,903
	SD	17,44	16,20	19,25		

P/Z – podstawowe/zawodowe, S – średnie, W – wyższe, F – statystyka testowa, p – dwustronna istotność statystyczna

### Omówienie wyników

W badaniu wykazano istnienie związku PTSD ze stylami i strategiami radzenia sobie ze stresem. Silną dodatnią korelację zanotowano w przypadku destruktywnego stylu radzenia sobie ze stresem, a umiarkowane i niskie dodatnie korelacje (znaczące statystycznie) zaobserwowano w przypadku jego dwóch składowych: strategii opartej na zaabsorbowaniu lękowym i bezradności-bez nadziei z objawami PTSD. Jest to zgodne z wcześniejszymi przypuszczeniami, że styl destruktywny cechujący się silną koncentracją na emocjonalnym przeżywaniu sytuacji zachorowania może być związany z PTSD. Jak wskazywano we wcześniejszych badaniach, emocjonalne radzenie sobie będzie towarzyszyło i wzmacniało objawy zaburzeń stresowych pourazowych [16, 17]. Sytuacja choroby konfrontuje z myślami o śmierci. W celu odsunięcia od siebie niechcianych myśli chory uruchamia mechanizmy obronne. U osób mających tendencje do emocjonalnego reagowania próba odsunięcia niechcianych myśli powoduje większą ich dostępność, co może wywoływać lęk i niepokój [18]. Tłumaczy to paradoksalny

efekt opisany przez Wegnera i wsp. [19]. W chorobie nowotworowej, gdzie ryzyko traumy związanej ze świadomością nieuchronności śmierci jest szczególnie wysokie, myśli o śmierci i umieraniu mogą być wciąż aktywne, wpływając na gorsze funkcjonowanie emocjonalne i mentalne. Inaczej jest w przypadku stylu konstruktywnego, który jest słabo ujemnie powiązany z PTSD. Preferowanie tego stylu wiąże się z niskim natężeniem ogólnego poziomu PTSD. Styl konstruktywny, cechujący się strategiami ducha walki i pozytywnego przewartościowania sytuacji traumatycznej, wiąże się z opisywanym w literaturze konstruktem prężności (resilience). Prężność rozpatrywana jest tu jako predyktor pozytywnych zmian, określanych jako wzrost potraumatyczny, chroniący przed silnie negatywnym przeżywaniem choroby [20, 21].

Analiza regresji wykazała, że style radzenia sobie ze stresem można traktować jako predyktory PTSD. Styl destruktywny wyjaśnia 50% zmienności objawów tego zaburzenia. Prawdopodobnie silne przeżywanie negatywnych emocji w sytuacji choroby, poddawanie się jej, bezradność wobec nowotworu, przeżywanie niepokoju i lęku sprzyjają intensywniejszemu przeżywaniu dystresu. Styl i strategie radzenia sobie ze stresem oparte na emocjach sprzyjają pojawieniu się symptomów PTSD.

W badaniu zaznaczyły się różnice międzypłciowe w poziomie natężenia PTSD u osób z diagnozą nowotworu. Zarówno natężenie Intruzji/Pobudzenia, jak i ogólne nasilenie PTSD było wyższe u kobiet niż u mężczyzn. Jak wynika z literatury przedmiotu, kobiety charakteryzują się większym natężeniem PTSD niż płęć przeciwna [22–24]. Potocznie uważa się, że są one bardziej ekspresyjne i emocjonalne [25]. Matsushita, Matsushima i Maruyama [26] uważają, że kobiety w sytuacjach stresowych chętniej uruchamiają swoje zasoby emocjonalne niż poznawcze. Wyniki zdają się potwierdzać te doniesienia. Średnie wartości zaabsorbowania lękowego i stylu destruktywnego były w niniejszym badaniu wyższe w grupie kobiet, natomiast średnie wartości ducha walki, pozytywnego przewartościowywania i stylu konstruktywnego były wyższe w grupie mężczyzn.

Pozostałe uwzględnione cechy demograficzne pozostają w związku jedynie z jednym wymiarem PTSD. Wraz z wiekiem wzrasta natężenie objawów zaburzeń stresowych pourazowych w wymiarze Unikania/Odrętwienia. Jest to częściowo zgodne z cytowanymi wcześniej badaniami, które wskazują na wyższe natężenie PTSD u osób starszych [27]. W negatywnym odbiorze sytuacji choroby wiek może zajmować szczególną pozycję. Osoby starsze zmagające się z chorobą onkologiczną narażone są na zwiększone przeżywanie dolegliwości bólowych. Prawdopodobnie bardziej dotkliwie odczuwają niedogodności wynikające z ograniczonych możliwości samodzielnego funkcjonowania czy też malejącej sprawności poznawczej i motorycznej. To z kolei może powodować reakcje emocjonalnego odrętwienia i unikania. Terapia przeciwnowotworowa może także pogłębiać naturalne procesy starzenia się, jeszcze dotkliwiej wpływając na obniżenie jakości funkcjonowania osób starszych [28].

Wśród wyodrębnionych w badaniu grup różniących się poziomem wykształcenia nie zaobserwowano istotnych różnic w nasileniu zaburzeń stresowych pourazowych. W badaniu zakładano, że osoby z niższym wykształceniem będą cechowały się wyższym natężeniem objawów traumy, co ostatecznie nie zostało potwierdzone [29].

Prezentowana praca ma pewne ograniczenia dotyczące kontroli zmiennych, takich jak współtowarzyszące choroby afektywne. Prawdopodobnie rozpoznanie i leczenie

np. zaburzeń depresyjnych mogłoby w sposób istotny zmieniać wyniki badań kwestionariuszowych. W przyszłych badaniach należałoby podjąć tę kwestię.

### Wnioski

Wyniki przedstawione w badaniu mają duże znaczenie dla sytuacji osób chorych na nowotwory. Destruktywny styl radzenia sobie jest mniej korzystny dla przystosowania się do choroby nowotworowej, mogąc w znaczący sposób wpływać na rozwój patologicznych objawów charakterystycznych dla PTSD. Wiedza na temat stylów i strategii radzenia sobie ze stresem oraz cech indywidualnych, takich jak wiek czy płeć, może być istotna w planowaniu odpowiednich interwencji psychologicznych wobec osób w kryzysie, jakim jest choroba i proces leczenia. Sprawna i dopasowana do osobistych dyspozycji pacjentów pomoc psychologiczna może pozytywnie wpływać na jakość ich życia i zapobiegać pogłębianiu się jednostkowej psychopatologii w późniejszym czasie.

### Piśmiennictwo

1. Puzyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000.
2. Gillock KL, Zayfert C, Hegel MT, Ferguson RJ. *Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationship with physical symptoms and medical utilization*. Gen. Hosp. Psychiatry 2005; 27(6): 392–399.
3. Kwakkenbos L, Coyne JC, Thombs BC. *Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women with breast cancer*. J. Psychosom. Res. 2014; 76(6): 485–488.
4. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. *Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review*. Clin. Psychol. Rev. 2002; 22(4): 499–524.
5. Einsle F, Kraft D, Köllner V. *Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology – which diagnostic tools should be used?* J. Psychosom. Res. 2012; 72(6): 434–438.
6. Goncalves V, Jayson G, Tarrrier N. *A longitudinal investigation of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer*. J. Psychosom. Res. 2011; 70(5): 422–431.
7. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. *Predictors of posttraumatic stress disorder following cancer*. Health Psychol. 2005; 24(6): 579–585.
8. Tedstone JE, Tarrrier N. *Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment*. Clin. Psychol. Rev. 2005; 23(3): 409–448.
9. Endler NS, Parker JD. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems; 1999.
10. Heszen-Niejodek I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
11. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin; 2010.
12. Jacobsen PB, Sadler IJ, Booth-Jones M, Soety E, Weitzner MA, Fields KK. *Predictors of post-traumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer*. J. Consult. Clin. Psychol. 2002; 70(1): 235–240.



13. Klonowicz T. *Konsekwencje katastrof dla funkcjonowania człowieka. Przegląd literatury.* Psychol. Etol. Genet. 2000; 2(3): 69–103.
14. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
15. Zawadzki B, Strelau J, Oniszczenko W, Sobolewski A, Bieniek A. *Diagnoza zespołu stresu pourazowego: charakterystyka wersji czynnikowej i klinicznej kwestionariusza PTSD.* W: Strelau J. red. *Osobowość a ekstremalny stres.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004. s. 220–237.
16. Carragher N, Mills K, Slade T, Teesson M, Silove D. *Factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms in the Australian general population.* J. Anxiety Disord. 2010; 24(5): 520–527.
17. Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. *Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer.* Health Psychol. 1996; 15(6): 434–437.
18. Łukaszewski W, Boguszewska J. *Strategie obrony przed lękiem egzystencjalnym.* Nauka 2008; 4(1): 23–34.
19. Wegner DM, Shortt JW, Blake AW, Page MS. *The suppression of exciting thoughts.* J. Pers. Soc. Psychol. 1990; 58(3): 409–418.
20. Ogińska-Bulik N. *Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej.* Psychoonkologia 2011; 1: 16–24.
21. Schmidt S, Blank T, Bellizzi K, Park C. *The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors.* J. Health Psychol. 2012; 17(7): 1033–1040.
22. Hampton MR, Frombach I. *Women's experience of traumatic stress in cancer treatment.* Health Care Women Int. 2000; 21(1): 67–76.
23. Zona K, Milan S. *Gender differences in the longitudinal impact of exposure to violence on mental health in urban youth.* J. Youth Adolesc. 2011; 40(12): 1674–1690.
24. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. *Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community sample.* Am. J. Psychiatry 1997; 154(8): 1114–1119.
25. Terelak JF. *Człowiek i stres.* Bydgoszcz–Warszawa: Branta; 2008.
26. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. *Psychological state, quality of life, and coping style In patients with digestive cancer.* Gen. Hosp. Psychiatry 2005; 27(2): 125–132.
27. Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J. *Gender and PTSD.* New York: Guilford Press; 2002.
28. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. *Wymiary jakości życia w podeszłym wieku.* Probl. Hig. Epidemiol. 2009; 90(4): 465–469.
29. Dorfmueller M, Dietzfelbinger H. *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.

Adres: Agnieszka Laskowska  
Wydział Psychologii UW  
04-141 Warszawa, ul. Stawki 5/7

Otrzymano: 16.03.2014  
Zrecenzowano: 17.05.2014  
Otrzymano po poprawie: 28.05.2014  
Przyjęto do druku: 29.05.2014