

Mgr Grażyna Domanowska, <https://orcid.org/0000-0002-5547-5607>

Instytut Psychologii

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Stres i wzrost pourazowy w kontekście obrazu ciała i płodności u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego

**Post-traumatic stress and growth in terms of body image
and fertility in women with breast cancer**

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.325>

Abstrakt: Zachorowanie na nowotwór gruczołu piersiowego wiąże się z zagrożeniem życia, doświadczaniem wielu negatywnych konsekwencji choroby, w tym zmian w obrazie ciała. Piersi uważane są za atrybut kobiecości, płodności i macierzyństwa, stanowią bardzo ważny element ciała kobiety. Rakowi piersi, jako potencjalnie traumatycznemu wydarzeniu, mogą towarzyszyć negatywne reakcje, takie jak zespół stresu pourazowego (PTSD) lub pozytywne zmiany, takie jak wzrost pourazowy (PTG).

Słowa kluczowe: rak piersi, obraz siebie, płodność, stres traumatyczny, wzrost traumatyczny

Abstract: A breast cancer is associated with life threatening, experiencing many negative consequences of this disease, including changes in body image. Breasts are a very important area in a woman's body, which is an attribute of her femininity, fertility and motherhood. Breast cancer as a potential traumatic event can be accompanied by negative reactions such as post-traumatic stress disorder (PTSD) or positive changes such as post-traumatic growth (PTG).

Key words: breast cancer, self-image, fertility, traumatic stress, traumatic growth

Wprowadzenie

Rak piersi zajmuje drugą pozycję w wykazie przyczyn zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe u kobiet (Nowotwory piersi u kobiet, 2018). Diagnoza choroby nowotworowej jest krytycznym, wręcz traumatycznym przeżyciem, należy do jednej z najbardziej stresujących sytuacji, z jaką spotyka się człowiek (Spiegel, 2007). Konfrontacja z wydarzeniem powodującym realne zagrożenie życia wywołuje silny stres uruchamiający szereg negatywnych reakcji psychologicznych. Do najczęstszych konsekwencji emocjonalnych należą: odczuwanie smutku, bezradności, beznadziejności, często rozpacz. Nie ulega wątpliwości, że mają one wpływ na jakość życia na wielu poziomach, manifestują się we wszystkich sferach: fizycznej, psychicznej i społecznej. Znacznie zaburzają codzienne funkcjonowanie kobiet i powodują szereg dramatycznych zmian w myśleniu, odczuwaniu i zachowaniu. Choroba nowotworowa, na różnych etapach diagnozy i leczenia, determinuje

myślenie, wpływa na emocje oraz zachowania. Powoduje nie tylko zagrożenie, ale prowadzi do destabilizacji życia, blokuje dążenia i cele człowieka, wymusza modyfikacje hierarchii wartości i dotychczasowego stylu życia, ogranicza pełnienie ról społecznych oraz zaburza relacje damsko-męskie. Leczenie onkologiczne wiąże się z cierpieniem, nieodwracalnymi zmianami w organizmie, szczególnie w wyglądzie ciała kobiety. Chemio i radioterapia, stosowane w leczeniu nowotworu, łączą się z utraty włosów, amputacji piersi, zmienia się funkcjonowanie organizmu, co powoduje konieczność stawienia czoła tym trudnym sytuacjom (Jassem i in., 2018). Leczenie onkologiczne może przyczynić się do poczucia rezygnacji, wzbudzać bezradność, a lęk przed śmiercią wyczerpuje wewnętrzną energię. Diagnoza nowotworu, wraz z jego konsekwencjami, brak akceptacji zmienionego ciała mogą inicjować też zaburzenia w sferze seksualnej. Kobieta z rakiem piersi czuje się mniej kobieco, ma poczucie spadku swojej atrakcyjności. Relacje seksualne z partnerem bywają ograniczane lub całkowicie wyeliminowane (Lachowicz, Etowska, 2007).

Reasumując, rak piersi u kobiet manifestuje się nie tylko objawami fizycznymi i psychicznymi, ale także zaburzeniami funkcjonowania w sferze społecznej, rodzinnej i seksualnej. Diagnoza raka piersi i leczenie często wpływają na wygląd ciała i potencjalnie mogą osłabiać poczucie pozytywnej tożsamości seksualnej kobiety. Piersi są bowiem obiektem identyfikującym kobiecość, płodność i macierzyństwo. Wiążą się z obrazem siebie jako kobiety i matki.

Okazuje się, że to trudne doświadczenie może mieć również charakter pozytywny. Proces zmagania się ze skutkami choroby nowotworowej prowadzi także do korzystnych zmian w życiu kobiety. Daje szansę do psychologicznego wzrostu, w tym wartościowych zmian w poglądach dotyczących siebie, świata czy związkach z innymi ludźmi. Choć nowotwór jest wyjątkowo stresującym doświadczeniem, badania pokazują, że wydarzenie to może być przez kobietę postrzegane jako doświadczenie prowadzące do osobistego rozwoju i transformacji życia.

Badaniem pozytywnych zmian doświadczanych przez ludzi w wyniku cierpienia, psychologia zajmuje się od dawna, choć nowością w tym zakresie jest duża liczba badań empirycznych, prowadzonych w okresie ostatnich dwudziestu lat w różnych populacjach na całym świecie. Badania te mają na celu zgłębianie psychologicznych mechanizmów zjawiska rozwoju/wzrostu po traumie, odkrycie ścieżek zmierzających do pozytywnej adaptacji czy poznanie sposobów efektywnych interwencji psychologicznych (Tedeschi, Park, Calhoun, 1981, Tedeschi, Calhoun, 2004;).

Zjawiskiem pozytywnym, w zmaganiu się z traumą choroby nowotworowej, jest wzrost potraumatyczny (posttraumatic growth, PTG). Jego efektem są pozytywne zmiany w zakresie funkcjonowania chorych onkologicznie. Zmiany dotyczą percepcji siebie, relacji interpersonalnych, filozofii życiowej. Osoba chora zmienia w ten sposób postrzeganie otaczającego świata, nadając większe znaczenie i głębiej interpretując rzeczywistość.

Dochodzi w ten sposób do przekształcenia doświadczanego cierpienia i straty w istotną, pozytywną dla jednostki wartość (Tedeschi, Calhoun, 2004; Tedeschi, Park, Calhoun, 1998).

Zjawiskiem negatywnym mogącym towarzyszyć chorobie nowotworowej jest zespół stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder, PTSD), będący opóźnioną lub/ i przedłużoną reakcją na diagnozę/leczenie w chorobie nowotworowej, która wiąże się z bezpośrednim zagrożeniem życia (APA, 2002).

Większość badań odnoszących się do choroby nowotworowej uwzględnia zmiany, jakie powoduje ona w funkcjonowaniu pacjentów. Koncentrują się one wokół konsekwencji negatywnych (objawów stresu potraumatycznego, poziomu depresji czy nasilenia lęku), ale zauważone są też pozytywne (poziomu dobrostanu, zadowolenia z życia, szczęścia, poczucia jakości życia, potraumatycznego wzrostu).

W niniejszej pracy uwzględniono obie kategorie zmian, zarówno pozytywnych jak i negatywnych, tj. PTG i PTSD, rozważanych w kontekście zmian obrazu ciała i związanego z nim zagrożenia w obszarze kobiecości, płodności i macierzyństwa.

1. Medyczne aspekty nowotworu gruczołu piersiowego u kobiet

Zmiany nowotworowe gruczołu piersiowego różnicowane są na podstawie klasyfikacji zaawansowania klinicznego, klasyfikacji patologicznej, histopatologicznej oraz określania stopnia złośliwości nowotworu (Piotrowski, 2014). Etiopatogeneza raka piersi nie jest do końca poznana. Wyróżnia się szereg czynników ryzyka, m.in. obciążenie rodzinne, czynniki genetyczne, wczesne rozpoczęcie miesiączkowania wraz z późną menopauzą, wiek pomenopauzalny, czy długotrwałe przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (Piotrowski, 2014). Inni autorzy zwracają uwagę, że choroba ta najczęściej występuje po menopauzie, czyli ryzyko zachorowania wzrasta po 50. roku życia (Koszarowski, Kułakowski, Lewiński, 1981). Istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia raka piersi jest również stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (Kordek, Woźniak, Biernat, 2001).

Najlepsze rokowania dotyczą wykrycia guza bez przerzutów do węzłów chłonnych pachowych. Dlatego wysokie znaczenie przypisywane jest regularnemu samobadaniu piersi przez kobiety, badaniu palpacyjnemu wykonanemu przez lekarza czy wykonywaniu okresowych badań przesiewowych mammograficznych (Jassem, Krzakowski, 2013, Jassem, Krzakowski, Bobek-Billewicz, 2018, Ignatowicz-Pacyna, 2016, Piotrowski, 2014).

W ramach leczenia zasadniczego stosowane jest usunięcie całego gruczołu piersiowego wraz z węzłem wartowniczym, bądź całą grupą regionalnych węzłów chłonnych (mastektomia) lub przeprowadzenie operacji oszczędzającej (wyłuszczenie guza z marginesem tkanek zdrowych) (Jassem, Krzakowski, 2013, Ignatowicz-Pacyna, 2016). Do

komplementarnie stosowanych metod zaliczana jest radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia (Jassem, Krzakowski, 2013).

W chirurgii raka piersi stosowane zabiegi dzieli się na cztery typy: diagnostyczne, lecznicze, paliatywne i rekonstrukcyjne (Jassem, Krzakowski, 2013). Leczenie chirurgiczne stanowi jedną z głównych metod leczenia raka piersi. Obejmuje ono między innymi zabieg mastektomii, należący do szczególnie trudnych doświadczeń w życiu kobiety, gdyż prowadzi do zmian percepcji siebie i wymaga ponownej akceptacji własnego wyglądu (Chojnacka-Szawłowska, 2012).

Funkcjonowanie pacjentek w chorobie onkologicznej można dzielić na poszczególne etapy, odpowiednio do postępu procedur diagnostycznych i leczniczych, rozróżniając okres od zauważenia zmian chorobowych i postawienia diagnozy, poprzez rozpoczęcie i prowadzenie leczenia, aż do okresu jego zakończenia. Kozaka (2015) przedstawia rozróżnienie poszczególnych faz wraz z ich charakterystykami i wyszczególnieniem zadań natury psychologicznej, z którymi konfrontuje się pacjent onkologiczny.

Okres diagnostyczny jest zarazem okresem wstępnym. Kluczowy wówczas staje się jak najszybszy kontakt z lekarzem; już trzymiesięczne opóźnienie w rozpoznaniu nowotworu i podjęciu specjalistycznych działań medycznych pogarsza prognozę choroby o 10-20% (de Walden-Gałuszko, 1992). Powody zwlekania pacjentek ze zgłoszeniem się do lekarza onkologa są różnorodne. Mogą wynikać z lekceważenia wykrytych zmian chorobowych bądź wyolbrzymiania ich, czy przekonania, że jest za późno na rozpoczęcie leczenia, czy z obawy przed bolesnymi metodami diagnostycznymi, np. biopsją (de Walden-Gałuszko, 1992). Stosowane procedury lecznicze mogą być radykalne, zabiegi bywają uciążliwe, bolesne oraz wiążą się ze skutkami ubocznymi i powikłaniami (Rucińska, Rogiewicz, Chrystowska-Jabłońska, de Walden-Gałuszko, 2011). Leczenie operacyjne rodzi nadzieję, ale również obawy. Operacja oszczędzająca także wiąże się ze zmianami obrazu ciała, bowiem prowadzi zwykle do deformacją piersi (Rucińska, Wojtasik, 2015).

Leczenie onkologiczne stanowi dla kobiety obciążenie fizyczne i psychiczne, co może wywołać negatywne stany emocjonalne, lęk i obniżenie nastroju. Z punktu widzenia prowadzonych rozważań szczególnie istotne jest, iż hormonoterapia może skutkować m.in. przebyciem jatrogennej menopauzy, przyspieszeniem starzenia się kobiety i zaburzeniami funkcji seksualnych (Rucińska, Chrystowska-Jabłońska i in., 2015), co wydaje się niezwykle ważne w kontekście zarówno obrazu ciała kobiety jak i funkcji prokreacyjnej.

Przy radioterapii procedura naświetlania uznawana jest przez pacjentki za nieprzyjemną. Pojawiają się powikłania ogólnoustrojowe, takie jak: osłabienie, brak apetytu i męczliwość (Rucińska, Rogiewicz i in., 2015). Największy lęk wiąże się ze stosowaniem chemioterapii, w którym leczenie cytostatykami zakłada niszczenie komórek nowotworowych i komórek zdrowych, dlatego utożsamiane jest z wyniszczeniem organizmu. Wśród skutków ubocznych chemioterapii wymieniane są m.in.: nudności,

zawroty głowy, ból, kaszel, duszności, zaparcia, jadłowstręt, drgawki, ogólne osłabienie, wypadanie włosów, wymioty, biegunka, uczucie metalicznego posmaku w ustach czy neuropatie (Rucińska, Rogiewicz i in., 2015). Objawy te, doświadczane są przez pacjentki jako szczególnie uciążliwe, obniżają jakość życia, zmieniają obraz ciała kobiety i poczucie jej atrakcyjności.

Mniej znanym skutkiem ubocznym chemioterapii jest tzw. neurotoksyczność, wywierająca negatywny wpływ na mózg i funkcje poznawcze, co przejawia się, m.in. w trudnościach z koncentracją, wydłużonym czasem reakcji, osłabieniem pamięci (Czerw, Marek, Deptała, 2015). Zjawisko to opisywane jest jako chemobrain (Czerw i in., 2015).

Krawczyk (2013) zauważa, że na wszystkich etapach leczenia, a także po jego zakończeniu, u pacjentów onkologicznych obserwowane są symptomy przewlekłego zmęczenia opisywane jako wyczerpanie niewspółmierne w stosunku do podejmowanych aktywności, brak energii, niemoc. W trakcie trwającego leczenia onkologicznego pacjenci mają tendencję do błędnego utożsamiania symptomów z postępem nowotworu, co utrudnia im przystosowanie do choroby (Krawczyk, 2013).

Podsumowując, metody terapeutyczne stosowane w onkologii są agresywne i budzą lęk z powodu sposobu ich wykonania, objawów ubocznych i przewidywanych skutków (de Walden-Gałuszko, 1992).

2. Negatywne psychologiczne aspekty raka piersi

Doświadczenie związane z diagnozowaniem, leczeniem raka piersi jest niewątpliwie stresujące dla kobiet. Nowotwór odbierany jest przez kobiety jako bardzo silne przeżycie traumatyczne. Pacjentki mają początkowo do czynienia z obawami dotyczącymi diagnozy i lęku o życie, następnie z radzeniem sobie z efektami ubocznymi prowadzonego leczenia, a na koniec z obawami przed możliwym nawrotem raka, po zakończeniu leczenia. Piersi symbolizują kobiecość i macierzyństwo, utrata lub ich deformacja budzi poczucie wstydu oraz obawy utraty atrakcyjności seksualnej i prokreacyjnej.

Choroba, zagrażająca życiu, wiążąca się z okaleczeniem, jest zaliczana do krytycznych wydarzeń życiowych, które burzą dotychczasowy porządek, konfrontując kobietę z nowym i trudnym doświadczeniem o charakterze kryzysowym (Bulsa, Rzepa i in., 2002, Chojnacka-Szawłowska, 1994). U większości kobiet choroba nowotworowa wyzwała takie negatywne emocje jak: lęk, poczucie zagrożenia i niepokoju, drażliwość, nadpobudliwość, gniew, a także depresję (Ślubowska, Ślubowski, 2008). Szczególnie mastektomia jest zabiegiem powszechnie uznawanym za oszpecający, ingerujący w ciało kobiety, stygmatyzującym, obniżającym samoocenę, naznaczającym piętnem utraty atrakcyjności seksualnej, związanej z płodnością i macierzyństwem.

Wśród negatywnych psychologicznych następstw choroby nowotworowej występuje doświadczanie podwyższonego poziomu cierpienia psychicznego (Bloom, 2002, Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker i Piantadosi, 2001), objawy depresji i niepokoju (Deimling, Kahana, Bowman i Schaefer, 2002), a także obawy o nawrót choroby (Deimling, Bowman, Sterns, Wagner i Kahana, 2006). Badania kobiet, będących we wczesnym stadium raka piersi, ujawniają istotne klinicznie poziomy depresji (7% do 46%) i lęku (32% do 45%) (Gallagher, Parle i Cairns, 2002, Omne-Ponten, Holmberg, Burns, Adami, i Bergstrom, 1992).

Reakcje emocjonalne w zderzeniu z sytuacją kryzysu w chorobie nowotworowej przebiegają ścieżkami modelu PTSD: szok - niedowierzenie, zaprzeczenie połączone z zaburzeniem integracji wszystkich funkcji psychicznych; gniew, bunt; pertraktacje - próby układania się z losem, z opatrnością, Bogiem; depresja - lęk, obniżenie nastroju i poczucie winy; akceptacja - rozwiązywanie problemów i konfliktów emocjonalnych (O'Donnell, Elliott, Wolfgang i in., 2007).

Doświadczanie choroby nowotworowej jest traumą, która w klasyfikacji DSM-IV definiowana jest jako zagrażające uszkodzeniem ciała lub śmiercią (Zdankiewicz-Scigała, 2004). Uderza w bazowe poczucie bezpieczeństwa i sens życia, wywołuje ból, podważa podwaliny egzystencji, wywołuje obawy przed społecznym odrzuceniem oraz lęk o przyszłość.

Analizując psychologiczne uwarunkowania zmagania się z chorobą nowotworową należy zwrócić uwagę na dwa mechanizmy: myślenie antycypujące śmierć i doświadczanie przeżyć związanych z diagnozą i leczeniem raka. Choroba nowotworowa uniemożliwia zaspokojenie ważnych potrzeb biologicznych, psychologicznych i egzystencjalnych oraz zaburza układ celów, co najczęściej wiąże się z permanentnym lękiem i utratą poczucia sensu życia.

W ramach poznawczo-transakcyjnej koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984) i Lazarusa (1993) sytuacja choroby może być odzwierciedlana w pierwotnej ocenie poznawczej jako krzywda/strata, co wiąże się ze spostrzeganiem jej w kategoriach żalu, smutku, przygnębienia czy rozpacz. Osoba chora zastanawia się, dlaczego zachorowała, jaką ponosi za to odpowiedzialność. Choroba może być również traktowana jako zagrożenie dla cenionych wartości i w tym rozumieniu pojawiają się negatywne formy myślenia z towarzyszącymi im uczuciami niepokoju i lęku, a nawet rozpacz. Zagrożonymi wartościami w zmaganiu się z rakiem piersi mogą być przede wszystkim: życie i jego jakość, sprawność fizyczna, samoocena, seksualna atrakcyjność, relacje z mężczyznami, płodność i macierzyństwo.

Znaczenie, jakie pacjentka nadaje treści diagnozy stwierdzającej chorobę nowotworową, implikuje podejmowane przez nią zachowania zaradcze, co pozostaje w związku z pozytywnym bądź negatywnym rozwojem choroby oraz przebiegiem leczenia onkologicznego (Mausch, 2002; Wirga i in., 2002).

3. Pozytywne psychologiczne reakcje w chorobie nowotworowej piersi

W polskiej literaturze wyróżniane są następujące typy procesów adaptacyjnych w radzeniu sobie z chorobą: walka - aktywne próby usunięcia choroby onkologicznej, stosowanie się do zaleceń, wprowadzanie własnych sposobów radzenia sobie (np. dieta, zmiana stylu życia itd.); zaprzeczanie - utwierdzanie się w przekonaniu, że choroba nie dotyczy danego pacjenta, że zniknie, pomniejszanie wagi choroby, zaprzeczanie jej istnieniu częściowo lub całkowicie, odrzucanie myśli o chorobie; stoicyzm - realne postrzeganie choroby, pogodzenie się z jej faktem, przekonanie, że każdego czeka śmierć; przewartościowanie - zmiana sposobu patrzenia na dotychczasowe życie, zmiana w zakresie celów dotychczasowych i przyszłych, zmiana w zakresie relacji z innymi i z samym sobą (de Walden-Gałuszko, 2011).

Zgodnie z teorią R.G. Tedeschi'ego i L.G. Calhouna (2004) potraumatyczny wzrost wyraża się w pozytywnych psychologicznych zmianach doświadczanych w rezultacie skutecznego zmagania się z traumatycznym wydarzeniem, burzącym dotychczasowy ład osoby i jej przekonania na temat świata i swego miejsca w nim.

W wielu badaniach potwierdzono występowanie wzrostu traumatycznego (PTG) w związku ze zmaganiem się z chorobą nowotworową (Bellizzi i Blank, 2006; Cordova, Cunningham, Carlson i Andrykowski, 2001, Manne i in., 2004; Petrie, Buick, Weinman i Booth, 1999; Sears, Stanton i DanoffBurg, 2003). Dotychczas prowadzone badania potwierdzają, iż zdarzenia zagrażające zdrowiu i życiu, prowadzące do skonfrontowania się z ewentualnością własnej śmierci oraz generujące wysoki poziom stresu mogą uruchamiać zmiany sprzyjające pojawieniu się potraumatycznego wzrostu. Osoba chora zmienia wówczas postrzeganie otaczającego świata, nadając większe znaczenie i głębiej interpretując przeżywaną rzeczywistość. Dochodzi do przekształcenia doznawanego cierpienia i straty w istotną, pozytywną dla niej wartość. Konfrontacja z perspektywą skończoności życia uruchamia docieranie do świadomości głębokich wartości. Wizja utraty pozwala dostrzec, co jest dla człowieka naprawdę ważne, jaki jest jego prawdziwy sens życia. U części kobiet zmagających się z traumą diagnozy i leczenia nowotworowego dochodzi do pogodzenia się z następstwami choroby, zaakceptowania swojego wyglądu, w ramach procesu wzrostu po traumie (PTG), nawet mimo utraty piersi. Każde indywidualne doświadczenie choroby może stanowić czynnik wzrostowy, doprowadzić do adaptacyjnego przewartościowania celów i priorytetów życiowych, a wsparcie uzyskane od bliskich przyspiesza niewątpliwie powrót do zdrowia i aktywnego życia we wszelkich jego obszarach (Domanowska i in., 2018).

W wielu badaniach przekrojowych oceniano związek między wzrostem po traumie a cierpieniem psychicznym kobiet. Na przykład Ruini, Vescovelli i Albieri (2013) porównali

kobiety z wysokim PTG i niskim PTG z rakiem piersi, aby przeanalizować, czy wyższy poziom PTG był związany ze zmniejszeniem stresu i poprawą samopoczucia psychicznego badanych. Kobiety z wysokim PTG ogólnie wykazywały lepsze samopoczucie psychiczne, niż kobiety z niskim PTG. Wysokie PTG wiązało się również ze zmniejszeniem u nich odczuwanego stresu.

Podobnie w badaniu Romeo i in. (2017) autorzy wykazali znaczące różnice we wzroście po traumie między kobietami, które przeżyły raka piersi z objawami depresyjnymi i bez nich. W szczególności kobiety z objawami depresyjnymi wykazywały znacznie niższy poziom wzrostu po traumie w zakresie oceny życia i ujawniania nowych możliwości w podskalach Inwentarza wzrostu pourazowego (PTGI).

W swoich badaniach Taku i in. (2015) sugerowali, że zmiana podstawowych przekonań, a także przetwarzanie poznawcze bardziej determinują wzrost po traumie, niż obiektywne nasilenie zdarzenia. Mimo zakłócającego charakteru powodującego zwiększony niepokój, działają także jako potencjalne czynniki napędzające proces wzrostu po traumie. Po uruchomieniu procesu tworzenia znaczeń związanego z pozytywną zmianą, osoby mogą być w stanie zrekonstruować swoje przekonania o sobie i świecie. To z kolei może prowadzić w kierunku lepszego dostosowania w zderzeniu z traumatycznym zdarzeniem i zmniejszyć odczuwany stres psychiczny (Joseph i Linley, 2006).

Literatura dotycząca badań empirycznych wykazuje niespójne wyniki dotyczące obecności wzrostu po traumie i obecności myśli intruzywnych (wiążących się z występowaniem objawów PTSD). W badaniach naukowcy nie znaleźli powiązań między PTG a natrętnymi myślami (Manne i in., 2004) oraz między PTG a negatywnymi stanami nastroju (Widows i in., 2005). Inne badania wykazały pozytywne powiązania między natrętnymi myślami a PTG (Sears i in., 2003; Thornton i Perez, 2006). W tym badaniu 27,3% uczestników zgłosiło wyniki wyjściowe, które plasowały ich w grupie z wysokim PTG.

Badania oceniające związek między wzrostem potraumatycznym a cierpieniem psychicznym przynoszą więc niespójne wyniki. Niektórzy badacze stwierdzili dodatnią korelację między cierpieniem a wzrostem potraumatycznym (Mystakidou i in., 2008; Soo i Sherman, 2015), podczas gdy inni nie wykazali takiego związku (Cordova i in., 2001). W szczególności w badaniu Soo i in. (2015) wykazano obecność depresji, lęku i stresu u dużej liczby pacjentek z rakiem piersi, z co najmniej umiarkowanym poziomem objawów depresyjnych i lękowych u 17% badanych kobiet. Niemniej jednak część pacjentek, które wykazywały znaczące objawy depresji, lęku lub stresu, zgłaszały również wzrost potraumatyczny. Dane te pokazały, że cierpienie psychiczne i wzrost pourazowy nie wykluczają się wzajemnie.

Badania pokazują też powiązania między wzrostem pourazowym a adaptacyjnym radzeniem sobie z traumą choroby nowotworowej. Cordova i in. (2001), stwierdzają, że w porównaniu z kobietami, które nie zmagają się z chorobą nowotworową, pacjentki

cierpiące na raka piersi wyrażają większy wzrost pourazowy, w takich jego obszarach, jak docenienie życia i relacje z innymi. Autorzy badań porównywali opisy kobiet cierpiących na raka piersi z depresją, dobrym samopoczuciem i wzrostem potraumatycznym z wynikami zdrowych kobiet, w podeszłym wieku i wykształconych oraz zidentyfikowali korelaty wzrostu pourazowego wśród kobiet, które przeżyły raka piersi. Grupy nie różniły się pod względem depresji lub dobrego samopoczucia, ale grupa kobiet z rakiem wykazała wzorzec większego wzrostu potraumatycznego, szczególnie w odniesieniu do relacji z innymi, oceny życia i zmiany duchowej.

Jeszcze inne badania wykazały związki lub identyfikowały różne trajektorie między stresem psychicznym towarzyszącym zmaganiu się z chorobą nowotworową a wystąpieniem wzrostu potraumatycznego (Groarke i in., 2017; Lechner, Carver, Antoni, Weaver i Phillips, 2006, Danhauer i in., 2015; AWT Wang, Chang, Chen, Chen i Hsu, 2014; Wang i in. al., 2017). W badaniu Lechnera i in. (2006). Kobiety z nieprzerzutowym rakiem piersi były oceniane w ciągu roku po operacji i ponownie 5-8 lat później w celu zbadania związków między ustalaniem korzyści (*benefit-finding*), a różnymi wskaźnikami dostosowania psychologicznego. W porównaniu z pośrednią, grupy o niskim i wysokim wskaźniku znajdowania korzyści miały lepszą adaptację w zakresie psychospołecznym, co sugeruje istotny krzywoliniowy związek między znajdowaniem korzyści w chorobie nowotworowej, a wynikami psychologicznymi.

W badaniu Danhauera i in. (2015), badacze zidentyfikowali sześć różnych wzorów trajektorii, za pomocą kwestionariusza PTGI wzrostu po traumie, w ciągu pierwszych 24 miesięcy od diagnozy raka piersi. Kobiety, które doświadczyły umiarkowanego do wysokiego poziomu tego wzrostu, konsekwentnie lub stopniowo z upływem czasu miały względnie wyższy poziom myśli intruzyjnych związanych z chorobą, objawów depresyjnych oraz adaptacyjnego radzenia sobie na początku badania niż kobiety zgłaszające niski poziom wzrostu potraumatycznego. Przeciwnie, kobiety, które doświadczyły niskiego poziomu wzrostu zgłaszały niski lub umiarkowany poziom objawów depresyjnych i inwazyjności choroby, wraz z niskim poziomem aktywnego-adaptacyjnego radzenia sobie. Jest zatem możliwe, że kobiety z umiarkowanym poziomem objawów depresyjnych i inwazyjności choroby znajdujące się w trudnej sytuacji, nie miały zasobów psychospołecznych, aby sobie z tym poradzić.

Przytoczone powyżej wyniki badań wskazują, że kobiety, u których diagnoza raka jest bardzo zakłócająca życie, są bardziej narażone na stres, a stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie może być ważne dla radzenia sobie z chorobą i osiągnięcia wyższego poziomu wzrostu potraumatycznego.

4. Rak piersi – rozważania w kontekście obrazu ciała kobiety i płodności

Specyfika raka piersi wiąże się z doświadczaniem tego nowotworu w kontekście stereotypu „kobiecości”, który ulega zagrożeniu wraz z utratą lub deformacją piersi., jako skutku leczenia onkologicznego. Akceptacja swego ciała jest niezmiernie ważna dla właściwego funkcjonowania indywidualnego, interpersonalnego oraz społecznego kobiet. Stres psychiczny wywołany faktem rozpoznania choroby nowotworowej, a zwłaszcza jej umiejscowienia (rak piersi), może powodować u kobiet utratę poczucia własnej wartości, brak akceptacji swojego okaleczonego ciała, co może prowadzić do zaburzeń seksualnych czy zaburzeń płodności.

Uraz i lęk, związany z całkowitą lub częściową amputacją piersi, jest ogromny. Kobiety odczuwają obawę przed utratą kobiecości i atrakcyjności seksualnej po operacji. Pacjentki po mastektomii mogą być zagubione i przekonane o swojej nieatrakcyjności fizycznej, czują się niepełnowartościowe, odczuwają strach przed rozbięciem rodziny lub odejściem partnera.

Psychoseksualność i seksualność jest sferą życia szczególnie podatną na zakłócenia stanu fizycznego i psychicznego. Nie można pominąć tych aspektów życia pacjentek cierpiących na nowotwór piersi, ponieważ kobiece piersi stanowią bardzo ważny obszar w ciele kobiety, będący elementem jej atrakcyjności fizycznej oraz atrybutem kobiecości, płodności i macierzyństwa.

W wyniku operacji oraz leczenia onkologicznego i uzupełniającego zaburzeniu ulega obraz ciała kobiety oraz wyobrażenie własnej seksualności, co potwierdza wczesna jatrogenna menopauza i obniżenie popędu płciowego, a także płodności.

Jednym z czynników, który prawdopodobnie wpływa na nawiązywanie relacji z mężczyzną po zachorowaniu na raka piersi, jest wizerunek ciała kobiety, tj. postrzeganie wyglądu fizycznego i stosunku do ciała (Moreira, 2010). Leczenie raka piersi wiąże się u kobiet z wieloma negatywnymi skutkami ubocznymi wpływającymi na ich wygląd, w tym po amputacji piersi, z bliznami, przyrostem masy ciała, wypadaniem włosów i obrzękiem limfatycznym (Choi, 2014, Fallowfield, Jenkins, 2015). W teoretycznych modelach obrazu ciała twierdzi się, że zmiany wyglądu związane z rakiem powodują w obrazie ciała niezadowolenie, gdy występuje rozbieżność z ideałem dotyczącym własnego obrazu ciała (White, 2000).

Obraz ciała jest uważany za wielowymiarowy konstrukt, uwzględniający znaczenie, jakie poszczególne osoby przywiązują do swojego wyglądu (tj. inwestycja w wygląd) i ocena wyglądu (tj. satysfakcja z wyglądu vs niezadowolenie z wyglądu) (White, 2000, Moreira, Canavarro, 2010). Istnieją dowody, że inwestycja w wygląd i wizerunek ciała, dające

niezadowolenie, może być barierą w tworzeniu relacji podczas zmagania się z chorobą nowotworową piersi.

Ostatnie badania wyróżniły dwa różne aspekty inwestycji w wygląd: istotność samooceny (znaczenie przypisane wyglądowi fizycznemu, jako odzwierciedlającemu poczucie własnej wartości) i element motywacyjny (wysiłek angażowania się w zachowania mające na celu osiągnięcie określonego poziomu atrakcyjności). Kobiety z rakiem piersi w zakresie inwestycji w wygląd, wiążącej się z psychologiczną i społeczną samooceną, osiągały gorsze wyniki, ale ich element motywacyjny, czyli zaangażowanie w zachowania podnoszące atrakcyjność – były lepsze. Poczucie obniżonej samooceny dodatkowo prowadziło do odczuwania większego lęku przed negatywną oceną, która jest podstawowym składnikiem w nawiązywaniu nowych relacji męsko-damskich (Moreira i in., 2010).

Badania jakościowe wskazują ponadto, że niezadowolenie z obrazu ciała kobiet przyczynia się do trudności w nawiązywaniu przez nie relacji z mężczyznami. W meta-syntezie badań wykazano, że wiele niezamężnych kobiet, które przeżyły raka piersi, oczekuje odrzucenia w romantycznych relacjach ze względu na zmiany wyglądu związane z leczeniem (Shaw, Sherman, Fitness, 2015). Według autorów badań jakościowych kobiety postrzegają obawy dotyczące wizerunku własnego ciała jako negatywnie wpływające na kluczowe kompetencje w związku, w tym zdolność do nawiązywania relacji i dzielenia się z partnerem osobistymi informacjami (Shaw, Sherman, Fitness, 2016, Kurowecki, Fergus, 2014).

W przestrzeni społecznej funkcjonują też utrwalone negatywne przekonania dotyczące raka piersi, wiążące się z postrzeganiem jego agresywnego, wyniszczającego przebiegu, a także nieuleczalnego charakteru. Na poziomie językowym przejawiają się w stwierdzeniach, mających charakter stygmatyzujący osoby chore jako „naznaczone rakiem” (Rucińska, Chrystowska-Jabłońska i in., 2015). Można dostrzec tabu dotyczące kobiet zmagających się z nowotworami piersi, gdyż takie umiejscowienie zmian nowotworowych i podejmowane w procesie leczenia procedury lecznicze postrzegane są jako zagrażające płodności i kobiecości. Zmiany w wyglądzie własnego ciała mogą mieć znaczący negatywny wpływ m.in. na poczucie własnej wartości, atrakcyjności, podejmowanie aktywności seksualnej i satysfakcję seksualną kobiet (Rucińska, Chrystowska-Jabłońska i in., 2015).

Istnieje kilka hipotez tłumaczących znaczenie kobiecych piersi i uznania ich za atrakcyjne i ważne (Pawłowski, 2009):

1. Spostrzeganie piersi w kategoriach bodźca seksualnego – kobiece piersi pełnią rolę wzbudzenia seksualnego zainteresowania mężczyzn, co pozwoliło kobietom na utrzymanie stałych związków z nimi, a także zapewniało ochronę dla siebie i potomstwa. Pawłowski (2009) podkreśla jednak, że takie podejście jest słuszne w odniesieniu do kultur

Zachodu, w których kobiece piersi wzbudzają pożądanie prawdopodobnie dlatego, że są zwykle zakryte;

2. Spostrzeganie piersi jako obiektu gotowości do prokreacji i potencjalnej płodności kobiety. Powiększające się piersi już od okresu dojrzewania, zarówno ich kształt, jak i wielkość, są sygnałem uzyskiwania przez kobietę dojrzałości prokreacyjnej;

3. Spostrzeganie piersi jako manifestacji zdolności laktacyjnych kobiety - wielkość kobiecych piersi pozytywnie koreluje ze zdolnościami laktacyjnymi. Współczesne wyniki badań przeczą jednak tej tezie - bardzo duże piersi mogą wręcz wiązać się ze zmniejszoną laktacją u kobiet (Pawłowski, 2009).

Wyniki badań prowadzonych w populacji japońskich kobiet, zmagających się z nowotworem gruczołu piersiowego, wykazały, że w związku z diagnozą raka piersi oraz koniecznością wykonania mastektomii doświadczają daleko idących fizycznych oraz psychicznych przemian w relacjach intymnych z partnerami. Większość Japonek (85,9%) decyduje się na podjęcie aktywności seksualnej po upływie średnio 3,5 miesiąca od operacji piersi, a pozostałe kobiety potrzebują pół roku, aby pogodzić się z utratą piersi i podjąć aktywność seksualną. Jedynie 10,6% badanych kobiet skonsultowało swoje obawy przed podjęciem pożycia płciowego, z czego zdecydowana większość rozmawiała o problemie z przyjaciółką - żadna z pań nie zdecydowała się na profesjonalną poradę u specjalisty. (Takahashi, M., Ohno, S., i in., 2008).

Reasumując, piersi kobiece są bodźcem erotycznym oraz stanowią symbol kobiecości świadczący o atrakcyjności seksualnej i prokreacyjnej kobiety, a usunięcie jednej z nich może stygmatyzować kobietę, naznaczając ją piętnem utraty atrakcyjności związanej z płodnością i macierzyństwem (Klimowicz, Drabek, 2007, Zierkiewicz, Łysak, 2007). Część kobiet w wyniku leczenia raka gruczołu piersiowego decyduje się na zabieg rekonstrukcji piersi, który może być traktowany jako szansa na odzyskanie poczucia własnej atrakcyjności.

Zakończenie i podsumowanie

Doświadczenie kobiet, zmagających się z rakiem piersi, nie jest źródłem jedynie negatywnych procesów psychicznych, ma potencjał zarówno pozytywnych jak i negatywnych następstw psychicznych. W rzeczywistości można je rozumieć jako przemianę psychospołeczną (*psychosocial transition*) (Andrykowski, i in., 1996). Taka perspektywa podkreśla szeroką konceptualizację doświadczania choroby nowotworowej, uwzględniającą zarówno pozytywny jak i negatywny jej wpływ na życie. Podobnie, Tedeschi i Calhoun (2004) zauważają, że niepokój, stres i wzrost potraumatyczny mogą ze sobą współistnieć. Faktem jest, że czasami uważa się, że podwyższony poziom początkowego cierpienia jest istotnym czynnikiem wspierającym drogę do dalszego wzrostu potraumatycznego. Z wyjątkiem kilku badań (Antoni i in., 2001, Cordova, Cunningham,

Carlson i Andrykowski, 2001, Sears i in., 2003), większość doniesień naukowych nie przytacza jednocześnie pozytywnych i negatywnych wyników u chorych na raka oraz osób, które przeżyły chorobę nowotworową.

Chociaż stres po traumie, wyrażający się cierpieniem, i wzrost traumatyczny są postrzegane jako oddzielne stany, relacje między nimi mogą być złożone. Paradoksalnie, jeśli walka z trudnym wydarzeniem sprzyja rozwojowi, może to oznaczać, że stres, cierpienie jest niezbędnym katalizatorem dla wystąpienia procesu wzrostu po traumie (Calhoun i Tedeschi, 2006). W rzeczywistości ramy teoretyczne sugerują, że wzrost potraumatyczny może wynikać ze zmiany podstawowych przekonań o sobie i świecie, odzwierciedlające nową rzeczywistość, która wynika z traumatycznych przeżyć (Lindstrom, Cann, Calhoun i Tedeschi, 2013; Park, 2010; Taku, Cann, Tedeschi i Calhoun, 2015).

Dostępne dowody podkreślają złożony związek między stresem pojawiającym się w obliczu choroby nowotworowej a wzrostem potraumatycznym. Niektórzy autorzy potwierdzają możliwą koegzystencję obu konstruktów, np. po diagnozie choroby nowotworowej, a inni sugerują zróżnicowaną ścieżkę dla obu. Do chwili obecnej nie jest jasne, czy kobiety z rakiem piersi mogą jednocześnie odczuwać obydwa objawy pourazowe, czy też stres poprzedza i / lub katalizuje wzrost po traumie.

W świetle badań związek między PTG i PTSD pozostaje niejasny. Calhoun i Tedeschi (1998) argumentowali, że wzrost potraumatyczny często współistnieje z objawami stresu potraumatycznego, a inne dane kliniczne i badawcze podkreślały znaczenie stresu po traumie jako katalizatora PTG. Możliwe jest więc, że osoby, które przeżyły raka, będą aktywnie doświadczać wyższych poziomów objawów PTSD, jednocześnie zgłaszając wyższe poziomy PTG. Dokładny charakter związku między PTSD i PTG pozostaje obszarem wymagającym dodatkowych badań.

Jak starano się wykazać, w kontekście choroby nowotworowej – raka piersi, obraz ciała kobiety/matki, jej funkcjonowanie seksualne, relacje męsko-damskie oraz płodność są zagrożone. Rodzi to daleko idące implikacje praktyczne/terapeutyczne w leczeniu, np. jatrogennej bezpłodności czy wspieraniu prokreacji. Mimo utraty piersi - u kobiety może wystąpić pogodzenie się z następstwami choroby, zaakceptowanie swojego wyglądu, w ramach procesu wzrostu po traumie (PTG).

Bibliografia:

- Andrykowski, M.A., Curran, S.L., Studts, J.L., Cunningham, L., Carpenter, J.S., McGrath, P.C., i in. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison, *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 827-834.
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Klibourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., i in. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the

- prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer, *Health Psychology*, 20, 20-32.
- APA (2002). DSM-IV-TR Criteria for PTSD, *Psychiatric News*, 37, 20-25.
- Bellizzi, K.M., Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast Cancer survivors, *Health Psychology*, 25, 47-56.
- Bloom, J.R. (2002). Surviving and thriving? *Psycho-Oncology*, 11, 89-92.
- Bulsa, M., Rzepa, T., Foszczyńska-Kłoda, M. i wsp. (2002). Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 11, 55-70.
- Choi, E.K., Kim, I.-R., Chang, O., i in. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and Depression in breast cancer patients, *Psychooncology*, 23, 1103-1110.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (2012). *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*, Warszawa: Vizja Press & IT.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (1994). *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2001a). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 706-711.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2001b). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study, *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Czerw, A.I., Marek, E., Deptała, A. (2015). Use of the mini-MAC scale in the evaluation of mental adjustment to cancer, *Contemporary Oncology*, 19, 414-419.
- Danhauer, S.C., Russell, G., Case, L.D., Sohl, S.J., Tedeschi, R.G., Addington, E.L., Avis, N.E. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and associated characteristics in women with breast cancer, *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 650-659.
- Deimling, G.T., Bowman, K.F., Sterns, S., Wagner, L.J., Kahana, B. (2006). Cancerrelated health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors, *Psycho-Oncology*, 15, 306-320.
- Deimling, G.T., Kahana, B., Bowman, K.F., Schaefer, M.L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life, *Psycho-Oncology*, 11, 479-494.
- de Walden-Gałuszko, K. (1992). *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- de Walden-Gałuszko, K. (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa: PZWL.
- Domanowska, G., Trzęsowska-Greszta, E., Ćwiklińska-Zaborowicz, A. (2018). Odkrywanie wartości życia w chorobie nowotworowej, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 1, 202-218.

- Gallagher, J., Parle, M., Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer, *British Journal of Health Psychology*, 7, 365–376.
- Fallowfield, L., Jenkins, V. (2015). Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: are we doing better? *Journal of the National Cancer Institute*, 107, 335.
- Groarke, A., Curtis, R., Groarke, J.M., Hogan, M.J., Gibbons, A., Kerin, M. (2017). Post-traumatic growth in breast cancer: How and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology*, 26, 967–974.
- Ignatowicz-Pacyna, A. (2016). Rak piersi (rak gruczołu piersiowego), (w:) A. Ignatowicz-Pacyna, B. Izmajłowicz, R. Andrzejczak, Ł. Matusiak (red.), *Podstawy onkologii*, 53–57, Wałbrzych: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu.
- Jassem, J., Krzakowski, M. (2013). *Rak piersi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*, Warszawa: Wyd. CMKP.
- Jassem, J., Krzakowski, M., Bobek-Billewicz, B. (2018). Breast Cancer, *Oncology in Clinical Practice*, 14, 171-215..
- Joseph, S., Linley, P.A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice, *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053.
- Klimowicz, M., Drabek, M. (2007). Pisanie raka piersi. Internet jako źródło wiedzy i kreowania wizerunku choroby, (w:) E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*, Wrocław: MarMar.
- Kordek, R., Woźniak, L., Biernat, W. (2001). *Nowotwory – zarys Patologii Onkologicznej*. Akademia Medyczna w Łodzi, Katedra Onkologii, Zakład Patologii Nowotworów, Łódź.
- Koszarowski, T., Kułakowski, A., Lewiński, T. (1981). *Chirurgia Onkologiczna*, Warszawa: PZWL.
- Kozaka, J. (2015). Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne, *Current Gynecologic Oncology*, 13, 27–43.
- Krawczyk, A. (2013). Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia, *Sztuka Leczenia*, 1, 21–30.
- Kurowecki, D., Fergus, K.D. (2014). Wearing my heart on my chest: dating, new relationships, and the reconfiguration of self-esteem after breast cancer. *Psychooncology*, 23, 52-64.
- Lachowicz, M., Etowska, M. (2017). *Poziom jakości życia kobiet po przebytych zabiegu mastektomii*, Gdańsk: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future, *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer US.

- Lechner, S.C., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weaver, K.E., Phillips, K.M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828 – 840.
- Lindstrom, C.M., Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 50 –55.
- 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.
- Maush, K. (2002). Radzenie sobie ze stresem a stan zdrowia w kontekście badań psychoneuroimmunologicznych, (w:) I. Heszen-Niejodek (red.), *Konteksty stresu psychologicznego*, 128-137, Katowice: Wyd.US.
- Moreira, H., Canavarro, M.C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease, *European Journal Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14, 263-270.
- Moreira, H., Silva, S., Canavarro, M.C. (2010). The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer, *Psychooncology*, 19, 959-966.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer, *Breast*, 17, 382–386.
- O'Donnell, M.L., Elliot, P., Wolfgang, B.J., Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms, *Journal of Traumatic Stress*, 20, 173-182.
- Omne-Ponten, M., Holmberg, L., Burns, T., Adami, H., & Bergstrom, R. (1992). Determinants of the psycho-social outcome after operation for breast cancer: Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation, *European Journal of Cancer*, 28, 1062-1067.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events, *Psychological Bulletin*, 136, 257–301.
- Pawłowski, B. (2009). *Biologia atrakcyjności człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Petrie, K.J., Buick, D.L., Weinman, J., Booth, R.J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 537-543.
- Piotrowski, J. (2014). Rak piersi, (w:) A. Kułakowski i A. Skowrońska-Gardas (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, 106–118, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- 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, 309–322.
- Ruini, C., Vescovelli, F., Albieri, E. (2013). Post-traumatic growth in breast cancer survivors: New insights into its relationships with wellbeing and distress, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 383–391.
- Rucińska, M., Chrystowska-Jabłońska, B., Rogiewicz, M., Wojtasik, N. (2015). Choroba nowotworowa – wprowadzenie, (w:) M. Rogiewicz (red.), *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*, 23–80, Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Rucińska, M., Rogiewicz, M., Chrystowska-Jabłońska, B., de Walden-Gałuszko, K. (2015). Etapy chorowania oraz leczenia przeciwnowotworowego i hematologicznego, (w:) M. Rogiewicz (red.), *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*, 81–162, Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Sears, S.R., Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer, *Health Psychology*, 22, 487–497.
- Shaw, L.-K., Sherman, K., Fitness, J. (2015). Dating concerns among women with breast cancer or with genetic breast cancer susceptibility: a review and meta-synthesis, *Health Psychology Review*, 9, 491–505.
- Shaw, L.-K., Sherman, K.A., Fitness, J. (2016). Breast Cancer Network Australia. Women's experiences of dating after breast cancer, *Journal Psychosocial Oncology*, 34, 318–335.
- Soo, H., Sherman, K.A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer, *PsychoOncology*, 24, 70–79.
- Spiegel, D. (2007). Cancer (in:) G. Fink (ed.), *Encyclopedia of stress*, 378–384, New York: Academic Press.
- Ślubowska, M., Ślubowski, T. (2008). Problemy psychosocjalne w raku piersi, *Psychoonkologia*, 12, 14–25.
- Takahashi M., Ohno S., Inoue H. i wsp. (2008), Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients, *Psycho-Oncology*, 17, 901–907.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., Calhoun, L.G. (2015). Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 563–569.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–8.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., Calhoun, L.G. (1998). *The LEA series in personality and clinical psychology. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Wang, A.W.T., Chang, C.S., Chen, S.T., Chen, D.R., Hsu, W.Y. (2014). Identification of posttraumatic growth trajectories in the first year after breast cancer surgery, *Psycho-Oncology*, 23, 1399-1405.
- White, C.A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology*, 9, 183-192.
- Wirga, M., Nawara, I., Malec, A., Wirga, A., Działa, A. (2002). Poznawcze i emocjonalne aspekty choroby nowotworowej - model terapeutycznej interwencji w kryzysie emocjonalnym, duchowym i egzystencjalnym, *Psychoonkologia*, 6, 53-63.
- Wojtyna, E., Życińska, J., Stawiarska, P. (2007). The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer, *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 12, 109-117.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site, *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.
- Zdankiewicz-Ścigała, E. (2004). Jednostka w obliczu traumy. Analiza wybranych mechanizmów radzenia sobie z doświadczeniem traumatycznym, *Kolokwia Psychologiczne*, 12, 191-217.
- Zierkiewicz, E., Łysak, A. (2007). *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*, Wrocław: MarMar.