

Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne

Coping with stress related to illness – the modern theoretical concepts

Joanna Kozaka

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański
Klinika Onkologii i Radioterapii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Psychoonkologia 2010, 2: 60–69

Adres do korespondencji:

dr Joanna Kozaka
Zakład Psychologii Klinicznej
i Neuropsychologii
Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 4
80-952 Gdańsk
e-mail: psyjko@ug.edu.pl

Streszczenie

Celem pracy jest przybliżenie współczesnych koncepcji wyjaśniających zmaganie się ze stresem choroby nowotworowej. Analizując doświadczenia osób chorych na raka, stres należy ujmować w sposób systemowy, czyli jako złożoną relację elementów środowiskowych, sytuacyjnych i podmiotowych, dyspozycyjnych i procesualnych. Współcześnie najszerzej rozważa się transakcyjne ujęcie stresu (Lazarus i Folkman), poszerzając je o salutogenetyczny konstrukt stworzony przez Antonovsky'ego, jakim jest poczucie koherencji. Ważną ideę stanowi koncepcja zachowania zasobów Hobfolla, która wnosi istotny wkład w rozumienie sytuacji chorych na raka. Ponadto ciekawe jest ujęcie radzenia sobie prezentowane przez Schwarzera, który skupia się na czynnikach ukierunkowanych na przyszłość.

Abstract

The aim of the study was to introduce modern concepts of coping with stress in cancer. In analysis of the experiences of people with cancer, stress should be recognized in a systemic manner as a complex of environmental, situational and subjective elements, as well as dispositional and processual ones. Currently the transaction approach is the most widely considered (Lazarus and Folkman). It is supplemented with salutogenetic construct created by Antonovsky, which is the sense of coherence. The important idea is the Hobfoll's theory of resources conservation, which makes an important contribution to understanding the situation of cancer patients. Moreover, there is an interesting approach to dealing with stress presented by Schwarzer, who focuses on future-oriented factors.

Słowa kluczowe: transakcyjna teoria stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman, teoria zachowania zasobów Hobfolla, teoria salutogenetyczna i poczucie koherencji Antonovsky'ego, proaktywne radzenie sobie Schwarzera.

Key words: Lazarus and Folkman's revised transactional model of stress and coping, Hobfoll's conservation of resources theory, Antonovsky's salutogenetic theory and sense of coherence, Schwarzer's proactive coping.

W rozumieniu stresu można wyodrębnić elementy będące jego źródłem, czyli: stresory, procesy reakcji na te stresory, stan stresu, a także złożony system aktywności zaradczej oraz konsekwencje czy efekty działania i życia człowieka w stresie [1]. Wyodrębnienie takich elementów stresu jest użyteczne w rozumieniu funkcjonowania chorych na raka. Ważnym zagadnieniem psychologii stresu jest pojęcie wydarzenia stresowego. Według Sęk [1] jest to takie wzajemne oddziaływanie w układzie podmiot–otoczenie, które powoduje stan niezrównoważenia, będącego stanem zwrotnym wymagającym restrukturyzacji układu. Wśród krytycznych wydarzeń życiowych Antonovsky [2] wymienia chorobę. Choroba nowotworowa w pełni wyczerpuje definicję krytycznego wydarzenia życiowego.

Transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman

Obecnie najpełniej przystosowanie w sytuacji choroby nowotworowej i jej leczenia wyjaśnia poznawczo-transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman, która pozwala analizować, na skutek jakiej konfiguracji oceny stresorów i na skutek jakich sposobów radzenia sobie człowiek się adaptuje. Transakcyjne podejście do stresu i radzenia sobie z nim uzasadnia przyjęcie tezy, że percepcja i ocena sytuacji są ważnymi czynnikami sprawowania emocjonalnej, poznawczej i sprawczej kontroli nad otoczeniem, a także nad zdrowiem.

Stres, w ujęciu transakcyjnym, jest rozumiany jako złożona relacja zakłócenia równowagi pomiędzy wymaganiami i możliwościami osoby, oceniana jako przekraczająca zasoby jednostki lub zagrażająca tym zasobom i dobrostanowi człowieka [por. 3].

Zachorowanie na raka wiąże się u pacjenta z uruchomieniem szeregu procesów radzenia sobie z tym doświadczeniem. Lazarus i Folkman [za: 4] zdefiniowali radzenie sobie jako stale zmieniające się, poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby.

Pierwotną wersję modelu stresu i radzenia sobie autorstwa Lazarusa i Folkman, Folkman zmodyfikowała w 1997 r. W 2008 r. autorka dokonała, na podstawie prowadzonych badań, kolejnej modyfikacji tego modelu, akcentując rolę emocji pozytywnych w zmaganiu się ze stresem. Oryginalny model Lazarusa i Folkman akcentował negatywne następstwa stresu, nie doceniając roli pozytywnych emocji.

Poznawcza teoria stresu i radzenia sobie zakłada, że wydarzenie stresowe uruchamia proces oceny pierwotnej, która może mieć charakter krzywdy, zagrożenia lub wyzwania. W odpowiedzi na ocenę pierwotną uruchamiany jest proces radzenia sobie (skoncentro-

wany na problemie lub emocjach). W zależności od wyniku radzenia sobie (wg oryginalnego modelu) pojawiają się dystres lub emocje pozytywne. Te zaś, wg Lazarusa, miały być jedynie konsekwencją pomyślnego następstwa radzenia sobie. Według Folkman [5] pozytywne emocje mogą pojawić się także na skutek rozwiązania za pośrednictwem radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu.

Lazarus i Folkman wyróżnili dwie funkcje radzenia sobie – zadaniową i emocjonalną. Funkcja zadaniowa (skoncentrowana na problemie, instrumentalna) polega na poprawie niekorzystnej relacji wymagań do możliwości, a druga – funkcja samoregulacji emocji – na obniżaniu przykrego napięcia i łagodzeniu innych negatywnych stanów emocjonalnych. Należy zaznaczyć, że emocje nie zawsze są reakcją utrudniającą opanowanie sytuacji stresowej, ponieważ mogą odgrywać także rolę adaptacyjną. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach może zmierzać do zwiększenia pobudzenia, a to mobilizuje do działania.

Koncepcja Lazarusa i Folkman została wzbogacona o kolejne funkcje radzenia sobie. Ze względu na postawę wobec sygnałów, informacji wobec stresora, Endler i Parker [6, 7] wyróżnili radzenie skoncentrowane na unikaniu (*avoidance-oriented coping*), które jest bliskie radzeniu sobie nazwanemu przez Miller [8] czujność (*monitoring*) – unikanie (*blunting*). W piśmiennictwie spotyka się też określenie: radzenie sobie skoncentrowane na zbliżaniu–unikaniu (*approach versus avoidance-oriented coping*).

Jak wspomniano, nie tak dawno zaakcentowano rolę emocji pozytywnych – w przeciwieństwie do wcześniejszych tendencji pomijania ich roli w procesie radzenia sobie – i wprowadzono pojęcie radzenia skoncentrowanego na znaczeniu [9]. Badania Folkman [5] dały silne dowody, że sytuacje silnego stresu charakteryzują się nie tylko obecnością emocji negatywnych, ale również pozytywnych i w związku z tym konieczne jest też rozważanie roli emocji pozytywnych w procesie radzenia sobie. Wzmacniająca funkcja emocji pozytywnych uwzględnia zasoby fizjologiczne, psychologiczne i społeczne. Rodzaj radzenia sobie, który generuje pozytywne emocje, przejawia się w strategiach: nasycania zwykłych zdarzeń pozytywnym znaczeniem, wzmacniania pozytywnego afektu, znajdowania korzyści w wydarzeniach stresowych (bliskie pozytywnemu przewartościowaniu), urealniania priorytetów czy adaptacyjnego przeformułowania celów [5]. Korzyści osiągnięte w wyniku używania tych strategii (osobisty rozwój, docenienie życia) odnoszone są do wartości, celów i przekonań, co zbliża tę strategię do duchowego radzenia [9].

Rola radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu została także podkreślona w rozumieniu psychologicznego dobrostanu w sytuacji poważnej choroby, takiej jak nowotwór czy AIDS [10, 11].

Heszen-Niejodek [4] definiuje styl radzenia sobie jako będący w dyspozycji jednostki i charakterystyczny dla niej zbiór strategii czy sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną konfrontacją stresową. Omawiane style radzenia sobie przejawiają się w strategiach stosowanych w procesie radzenia sobie z konkretnymi sytuacjami (tab. 1).

Istnieje wiele teorii i klasyfikacji strategii radzenia sobie. Podziały te częściowo nakładają się na siebie, co obrazuje tab. 1. Dla przykładu, pozytywne przewartościowanie i samokontrola (rodzaje emocjonalnego radzenia sobie), planowe rozwiązanie problemu i poszukiwanie informacji (rodzaj zadaniowego radzenia sobie) mogą być również rozważane jako radzenie sobie skoncentrowane na zbliżaniu się do bodźca [13].

Przyjęcie transakcyjnej perspektywy stresu przeżywanego w sytuacji raka wyraźnie wskazuje, że nie jest ona wyłącznie następstwem fizycznych aspektów

choroby, ale także wynikiem oceny choroby, np. osobistego znaczenia choroby dla chorego czy dostępnych zasobów w radzeniu sobie.

Teoria zachowania zasobów Hobfolla

Teoria zachowania zasobów Hobfolla [14], która może być stosowana do analizy sytuacji chorych na raka, ujmuje stres w inny sposób niż koncepcja Lazarusa i Folkmana. Według Hobfolla stres jest wewnętrznym stanem osoby, pojawiającym się, gdy zachodzą określone warunki, zdeterminowanym percepcją tych warunków. Percepcja ma nie tylko charakter subiektywny (jak wg Lazarusa), ale także aspekt obiektywny – wspólny dla członków określonej kultury. Stresu doświadcza osoba żyjąca w społeczeństwie (rodzinnie, sąsiedztwie itd.), więc analizując stres, należy uwzględnić kontekst kulturowy. Hobfoll akcentuje, że zachowanie osoby, jej procesy poznawcze są ograniczane przez kulturowe przepisy, normy, role, skrypty, a po-

Tabela 1. Strategie radzenia sobie [5, 12]

Table 1. Coping strategies [5, 12]

radzenie skoncentrowane na zbliżaniu–unikaniu (<i>approach versus avoiding-oriented coping</i>)	
zbliżanie (aktywne radzenie sobie) poszukiwanie informacji poszukiwanie wsparcia samokontrola współpraca z lekarzem planowanie, logiczna analiza optymizm, pozytywne oczekiwania radzenie sobie poprzez własną skuteczność tłumienie konkurencyjnych aktywności akceptacja rozwiązanie problemu pozytywne przewartościowanie reinterpretacja	unikanie (bierne radzenie sobie) behawioralne odwracanie uwagi mentalne odwracanie uwagi minimalizowanie zagrożenia dystansowanie się myślenie życzeniowe zaprzeczania wyrażanie emocji używanie alkoholu, leków bezradność religijność humor
radzenie sobie skoncentrowane na problemie i emocjach (<i>problem- and emotional-oriented coping</i>)	
radzenie sobie instrumentalne poszukiwanie wsparcia instrumentalnego aktywne radzenie sobie tłumienie konkurencyjnych aktywności współpraca z lekarzem planowanie rozwiązanie problemu	radzenie sobie emocjonalne optymizm, pozytywne oczekiwania radzenie sobie poprzez własną skuteczność poszukiwanie wsparcia emocjonalnego samokontrola pozytywne przewartościowanie reinterpretacja akceptacja minimalizowanie zagrożenia myślenie życzeniowe religijność humor
radzenie skoncentrowane na znaczeniu (<i>meaning-focused coping</i>)	
szukanie korzyści przypominanie sobie korzystnych sytuacji stawianie sobie adaptacyjnych celów przeformułowanie priorytetów nasycanie zwykłych zdarzeń pozytywnym znaczeniem	

nadto każda konfrontacja ze stresem odbywa się w kontekście społecznym i wywołuje społeczne następstwa. Hobfoll [15] nie neguje procesów oceniania w powstawaniu stresu, jednak kwestionuje – przypisywaną im przez Lazarusa – konieczną i wystarczającą rolę.

Podstawową zasadą koncepcji Hobfolla [14] jest dążenie do uzyskania, utrzymania, ochrony i rozwoju tych rzeczy, które są dla osoby wartościowe, czyli zasobów. Stres pojawia się, gdy występują następujące okoliczności: zagrożenie utraty zasobów, utrata zasobów lub brak oczekiwanego wzrostu zasobów po ich zainwestowaniu. Autor teorii, poruszając kwestie gospodarki zasobami, formułuje pojęcie spirali strat i spirali zysków (zarówno straty, jak i zyski mają tendencję do zwiększania się). Ważne jest również, że utrata zasobów jest nieproporcjonalnie istotniejsza, bardziej dotkliwa niż zysk. Wywiera ona nieporównywalnie silniejszy wpływ na dobrostan i funkcjonowanie osoby. Zasoby są tracone w celu uzyskania zasobów cenniejszych, przydatnych w przyszłości lub gdy osoba ryzykuje zasobami (nie oznacza to pewnej utraty zasobów, ale istnieje takie ryzyko, gdyż zasoby są czasowo oddalane w zamian za inne oczekiwane rzeczy czy właściwości). Hobfoll prezentuje zasady pozwalające przewidzieć, jak ludzie zarządzają zasobami:

- 1) im większe zasoby posiada osoba, tym mniej jest wrażliwa na ich utratę (czyli rzadziej doznaje stresu) i bardziej skłonna do starania się o ich zwiększenie,
- 2) osoby, którym brakuje zasobów, są bardziej narażone na ich utratę; początkowa utrata wywołuje obawę przed dalszymi stratami (jeszcze większy stres), a to zmniejsza skłonność osoby do inwestowania, które mogłoby rozpocząć skuteczne radzenie sobie ze stresem (spirala strat),
- 3) osoby, które posiadają duże zasoby, dążą do ich powiększenia – początkowy zysk wiąże się z oczekiwaniem dalszego zysku, co potęguje motywację (spirala zysków),
- 4) osoby cechujące się niskim stanem zasobów mają tendencję do obronnych strategii w celu chronienia tego, co posiadają – pozwala to utrzymać rezerwy na wypadek potencjalnych trudności i zabezpiecza przed ryzykiem oraz kosztami inwestowania zasobów.

Lazarus [16] krytykuje koncepcję Hobfolla, twierdząc, że nie wnosi ona niczego istotnego do wiedzy o stresie, jednak wielu autorów, np. Schwarzer [17], traktuje tę teorię jako ważne uzupełnienie relacyjnego ujęcia stresu. Koncepcja Hobfolla i pojęcie zasobów są bardzo użyteczne w rozpatrywaniu kosztów radzenia sobie z chorobą nowotworową. Chorzy na raka doznają zagrożenia i faktycznej utraty zasobów, a część z nich także utraty zysków w następstwie inwestowania zasobów,

jak to się dzieje np. w sytuacji nawrotu choroby czy nieefektywnego leczenia. Poza tym nie wolno zapominać, że samo zdrowie jest rozumiane jako zasób.

Zorientowanie na przyszłość według Schwarzera

Większość przeprowadzonych badań dotyczyło stresorów działających aktualnie lub w przeszłości. Takie radzenie sobie (z sytuacją zaistniałą) określa się jako reaktywne [17]. Koncepcja Lazarusa uwzględnia zagrożenie odnoszące się do sytuacji przyszłej (jedna z form oceny poznawczej definiującej transakcję stresową). Stopniowo gromadzona jest literatura [np. 11, 18] dotycząca radzenia sobie ukierunkowanego na przyszłość – jest to radzenie sobie proaktywne (*future-oriented proactive coping*). Omawiając proces proaktywnego radzenia sobie, Aspinwall i Taylor [18] wymieniają pięć etapów: gromadzenie zasobów, rozpoznanie potencjalnych stresorów, ocena pierwotna, podjęcie wstępnych wysiłków w celu poradzenia sobie oraz aktywizowanie i korzystanie ze sprzężenia zwrotnego odnośnie do początkowych wysiłków.

Ciekawe podejście do kwestii radzenia sobie ukierunkowanego na przyszłość zaproponował Schwarzer [17]. Wyróżnił on trzy formy radzenia zorientowanego na przyszłość: radzenie antycypacyjne, prewencyjne i proaktywne (ryc. 2.)

Antycypacyjne radzenie sobie jest zupełnie różne od reaktywnego, gdyż wydarzenie stresowe jeszcze się nie wydarzyło. Nakierowane jest na wydarzenie, które nieuchronnie nastąpi w bliskiej przyszłości i może mieć charakter zagrożenia, wyzwania lub korzyści. Ten rodzaj radzenia sobie może przejawiać się rozwiązywaniem aktualnego problemu (przez zwiększanie wysiłku, szukanie pomocy, inwestowanie zasobów) czy utrzymywaniem dobrego samopoczucia pomimo istniejącego ryzyka (przez przededefiniowanie sytuacji jako mniej zagrażającej, dystrakcję lub uzyskiwanie wsparcia). W związku z tym może być rozumiane jako zarządzanie znanym ryzykiem, które zawiera inwestowanie zasobów do ochrony przed stresem lub walki z nim czy maksymalizowanie przewidywanych korzyści [17].

Antycypacyjne radzenie dotyczy zaangażowania w wydarzenia, które wystąpią w krótkim czasie. Prewencyjne radzenie sobie obejmuje podejmowane wysiłki wobec niepewnego wydarzenia, które może wystąpić w przyszłości z jakimś prawdopodobieństwem. Celem tego rodzaju radzenia jest gromadzenie ogólnych zasobów mogących zmniejszyć skutki przyszłych wydarzeń stresowych [17].

Proaktywne radzenie sobie odzwierciedla wysiłki w budowaniu ogólnych zasobów ułatwiających wykorzystanie przyszłych szans i rozwój osobisty (nie ma tutaj percepcji negatywnej transakcji – straty, krzyw-

dy, zagrożenia). Radzenie sobie wiąże się tu z przyszłymi wyzwaniem [17].

Wyróżnienie radzenia sobie ukierunkowanego na przyszłość jest ciekawą propozycją w rozumieniu zmagania ze stresem choroby nowotworowej. Choroba stawia przed osobą wymagania w aspekcie reaktywnym i proaktywnym. Chorzy uruchamiają proces radzenia sobie z diagnozą nowotworu, ale ich funkcjonowanie jest także nakierowane na przyszłość. Myśli dotyczące przyszłości, obawa przed nawrotem choroby mogą być ujmowane jako sytuacje uruchamiające radzenie sobie ukierunkowane na przyszłość.

Radzenie sobie a adaptacja do choroby nowotworowej

Sytuacja stresowa, jaką jest również choroba nowotworowa, wyznacza wg Heszen i Sęk [19] dwa cele adaptacyjne: samoregulację emocji i poprawę relacji zasobów (możliwości) do wymagań.

Holland [za: 20] definiuje dystres doświadczany w chorobie nowotworowej jako wieloczynnikowe, nieprzyjemne przeżycie emocjonalne o podłożu psychologicznym, społecznym i/lub duchowym zlokalizowane w dowolnym miejscu na skali – od całkowitego prawidłowego uczucia bezbronności, smutku i strachu, do paraliżujących problemów typu depresji, paniki, izolacji towarzyskiej i kryzysu duchowego. To przeżycie ingeruje w zdolność do efektywnego radzenia sobie z nowotworem, jego fizycznymi objawami i leczeniem.

Osoby, które dobrze adaptują się do sytuacji choroby i jej leczenia, bardziej angażują się w proces radzenia sobie z rakiem i stawiania sobie celów życiowych. Odwrotnie, osoby mające trudności z przystosowaniem, częściej nie angażują się, wycofują i poddają się [21].

Prowadząc badania od lat 70. XX w., Watson i wsp. [22, 23] opracowali znany już model radzenia sobie z diagnozą choroby nowotworowej. Autorzy zidentyfikowali pięć strategii radzenia sobie, czyli: ducha walki, zaprzeczanie/unikanie, fatalizm/stoicka akceptacja, bezzadność–beznadziejność, lękowe zaabsorbowanie.

Trzy ostatnie style radzenia sobie są istotnie związane z doświadczaniem objawów depresji, a „duch walki” koreluje z niższym nasileniem dystresu [23]. Kolejne badania zespołu Watson [24, 25] pozwoliły na stwierdzenie, że bezzadność–beznadziejność (oceniane od 1 do 3 miesięcy po postawieniu diagnozy nowotworu) miały znaczący wpływ na 5-letnie przeżycie – duże nasilenie bezzadności–beznadziejności wiązało się z krótszym przeżyciem. Dalsze badania potwierdziły wpływ tej strategii na funkcjonowanie chorych także 10 lat po rozpoznaniu choroby. Prospektywne badania Greera i wsp. [26] zasugerowały, że osoby,

które reagowały na diagnozę strategią „ducha walki”, częściej przeżywały 15 lat i więcej bez nawrotu choroby niż osoby reagujące stoicką akceptacją czy, wspomnianą wyżej, bezzadnością–beznadziejnością.

Stwierdzono, że ogólne, wewnętrzne, niestabilne lub kontrolowalne atrybucje przyczyn choroby (także nowotworowej) są związane z pozytywnym przystosowaniem za pośrednictwem procesów radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach i zbliżaniu do stresora (*approach-oriented*), natomiast stabilne i niekontrolowalne atrybucje przyczyn choroby wiążą się ze stosowaniem unikowego radzenia sobie, co ma charakter nieprzystosowawczy [13].

W metaanalizie 15 badań nad relacjami między oceną pierwotną i strategiami radzenia sobie z nowotworem [12] ustalono, że postrzeganie choroby jako zagrożenia (ocena pierwotna) pociągało za sobą częstsze stosowanie strategii skoncentrowanych na rozwiązaniu problemu. Osoby, które oceniały nowotwór jako krzywdę lub stratę, angażowały radzenie skoncentrowane na unikaniu. Percepcja choroby jako wyzwania wiąże się zarówno z radzeniem sobie skoncentrowanym na problemie, jak i zbliżaniu do bodźca. Dodatkowo, relacja między oceną pierwotną a radzeniem sobie zależała od wieku chorego, czasu, jaki upłynął od postawienia diagnozy, i rodzaju nowotworu.

Unikowe radzenie sobie może być użyteczne w specyficznych sytuacjach, szczególnie krótkotrwałych i niepodlegających kontroli, jednak gdy stresor ma charakter długotrwały, radzenie to prowadzi do negatywnych konsekwencji [za: 27]. Dla przykładu, kobiety z niejednoznacznym wynikiem mammografii stosujące unikanie poznawcze odnośnie do potencjalnego wyniku (przed ostatecznym rozstrzygnięciem charakteru zmiany) doświadczały mniejszego lęku [28]. Przykładem skrajnego unikania jest zaprzeczanie choroby, które jeśli utrzymuje się przez dłuższy czas, może doprowadzić do poważnych konsekwencji, np. niepodjęcia leczenia.

Stosowanie radzenia sobie skoncentrowanego na unikaniu pozwala przewidzieć słabe przestrzeganie reżimu terapeutycznego, występowanie bardziej ryzykownych dla zdrowia zachowań, większe natężenie objawów fizycznych, bólu, a także mniejsze prawdopodobieństwo remisji depresji [za: 27]. Istnieją także dowody sugerujące szybszą progresję i/lub zgon z powodu raka [29] i innych poważnych chorób wśród tych osób. Badania na zwierzętach sugerują, że zachowania unikowe, pasywne w sytuacji stresu prowadzą do rozwoju nowotworu [30].

Radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu może również uniemożliwiać bardziej efektywne radzenie sobie poprzez rozwijanie szkodliwych zachowań (np. nadużywanie substancji psychoaktywnych), dużą obecność intruzywnych myśli czy emocji związanych

z sytuacją stresową. Ten rodzaj radzenia sobie może dodatkowo odgrywać rolę w generowaniu stresu [27].

Badania Miller [8] udowodniły, że osoby charakteryzujące się wysoką czujnością, przejawiającą się dużym niepokojem i dystresem, doświadczają większego nasilenia skutków niepożądanych leczenia i są bardziej zainteresowane ich sytuacją kliniczną, a także mniej usatysfakcjonowane i bardziej wymagające opieki psychologicznej. Prowadzone badania pozwalają na wyciągnięcie wniosków, że chorzy lepiej adaptują się do choroby (psychologicznie, behawioralnie, fizjologicznie), kiedy zakres informacji o ich sytuacji klinicznej jest zgodny z ich stylem radzenia sobie. Osoby, które cechują się większą czujnością, lepiej sobie radzą, kiedy otrzymują więcej informacji, a osoby, które cechują się wyższym unikaniem, gdy otrzymują mniej informacji.

Istnieje znacząco mniejsza liczba badań poświęconych radzeniu sobie skoncentrowanemu na zbliżeniu do stresora. Longitudinalne badania dały podstawy do twierdzenia, że taki rodzaj radzenia sobie pozytywnie wiąże się ze zdrowiem fizycznym i psychicznym [za: 27]. Dla przykładu, Billings i wsp. [31] udowodnili, że stosowanie takich strategii, jak pozytywne przeformułowanie stresora, wsparcie społeczne, strategie skoncentrowane na rozwiązaniu problemu, może być predyktorem pozytywnych emocji.

Warto zaznaczyć, że strategie radzenia sobie odgrywają ważną rolę, pośrednicząc między zasobami jednostki (np. optymizmem, nadzieją, korzystaniem ze wsparcia społecznego) a przystosowaniem [27]. I tak np. strategie skoncentrowane na zbliżeniu do stresora (np. pozytywne przewartościowanie, aktywna akceptacja) pośredniczą w relacji między optymizmem a lepszym przystosowaniem w stresowych okolicznościach [32]. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach wraz z dużym nasileniem nadziei wiąże się z niskim poziomem dystresu i mniejszą śmiertelnością z powodu raka u kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi [33]. W innym badaniu [34] udowodniono, że otrzymywanie małego wsparcia społecznego w połączeniu z częstszym stosowaniem unikowego radzenia sobie wiąże się z występowaniem bardziej uciążliwych objawów stresu pourazowego.

Nieefektywne radzenie sobie z chorobą i leczeniem prowadzi zwykle do utrwalonych zaburzeń w następstwie stresu. Zmaganie się z diagnozą choroby nowotworowej może być rozumiane jako radzenie sobie z sytuacją stresu ekstremalnego, co dobrze wyjaśnia koncepcja Liftona [za: 35]. Rak konfrontuje chorego ze śmiercią, a przeżycie choroby nowotworowej bywa rozumiane jako bycie ocalałym i u części chorych wiąże się z doświadczaniem „winy ocalałego”.

W związku z tym, że choroba nowotworowa wyczerpuje kryterium zdarzenia silnie traumatyzującego, od pewnego czasu w literaturze przedmiotu poja-

wiają się doniesienia o występowaniu u chorych na raka objawów stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD). Rozpowszechnienie tych symptomów w tej populacji szacuje się na 0–32% [36]. Występowanie i utrzymywanie się objawów PTSD wiąże się z szeregiem czynników, włączając tu predyspozycje, a także czynniki okołourazowe (peritraumatyczne) i pourazowe (posttraumatyczne). Zagadnienie zaburzeń pourazowych jest na tyle istotne, że w ostatnim podręczniku Holland z 2010 r. postuluje się wprowadzenie kategorii PTSD związanego z diagnozą i leczeniem raka [37].

Jak już wspomniano, radzenie sobie z chorobą jest często niestusznie sprowadzane tylko do obniżania poziomu emocji negatywnych. W literaturze przedmiotu obserwuje się coraz więcej doniesień sugerujących pozytywne zmiany w życiu osób, u których zdiagnozowano nowotwór lub inną zagrażającą życiu chorobę [np. 38–41].

Zagadnienia potraumatycznego wzrostu wśród chorych na raka nie zostały jeszcze dobrze poznane i wymagają dalszych badań. Teoretycznie i empirycznie koncepcja pourazowego wzrostu jest odnoszona do koncepcji radzenia sobie, które wyjaśnia od 12% do 21% jego zmienności. Badania osób wyleczonych z raka zilustrowały, że aktywne radzenie, pozytywne przewartościowanie, planowanie, korzystanie ze wsparcia emocjonalnego oferowanego przez bliskich było znacząco związane z wysokim poziomem potraumatycznego wzrostu [za: 42].

Stosowane strategie radzenia sobie wpływają na jakość życia chorego. Aktywne zaangażowanie w zmaganie się z chorobą częściej wiąże się z lepszą jakością życia i odwrotnie – mało aktywne radzenie sobie wiąże się z gorszą jakością życia [43]. Omawiana prawidłowość jest oczywiście modyfikowana różnymi czynnikami, np. etapem choroby. Radzenie sobie może być predyktorem jakości życia nawet wtedy, gdy kontrolowane są czynniki medyczne. Pozytywne przewartościowanie i akceptacja okazały się pozytywnie związane z jakością życia w trakcie obserwacji (rok) kobiet z nowotworami narządów rodnych [35]. Przytoczone wyniki badań akcentują rolę emocji pozytywnych w radzeniu sobie z chorobą nowotworową.

Poczucie koherencji Antonovsky’ego a adaptacja do choroby nowotworowej

Antonovsky [3] prezentuje podobne rozumienie stresu jak Lazarus. Dla niego stresory to wymagania, na które nie ma gotowej, dostępnej, automatycznej reakcji adaptacyjnej i które generują stan napięcia. Autor osadza swą teorię, podobnie jak Lazarus, w transakcyjnej koncepcji stresu.

Teoria Antonovsky’ego – w odróżnieniu od większości innych patogenetycznych koncepcji dotyczą-

cych stresu – zalicza się do koncepcji salutogenetycznych. Jego koncepcja (dotycząca genezy zdrowia) opiera się na założeniu braku dychotomicznego podziału na zdrowie i chorobę. W to miejsce Antonovsky proponuje pojęcie kontinuum zdrowia–choroby i odnosi je zarówno do sfery psychicznej, jak i somatycznej. W tym podejściu zakłada się, że brak homeostazy i uporządkowania jest normalnym stanem dla organizmu ludzkiego. Podstawowe pytanie brzmi, co powoduje, że dana osoba znajduje się w pobliżu lub przesuwa się w kierunku „zdrowie”? Dzięki czemu szybciej zdrowiejemy, czy dłużej zachowujemy zdrowie? Zgodnie z salutogenetycznym sposobem myślenia, o skutecznym radzeniu sobie ze stresem współdecydują: rodzaj i poziom stresorów (pochodzące ze środowiska lub ze struktury biologicznej i psychicznej podmiotu oraz z natury interakcji osoby z otoczeniem), zgeneralizowane zasoby odpornościowe, psychospołeczne i biologiczno-konstytucjonalne (także genetyczne) oraz – najważniejsze – poczucie koherencji, które stanowi centralny punkt tej koncepcji [3]. Autor definiuje poczucie koherencji jako „globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturywany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania [3 s. 43]. Na poczucie koherencji składają się trzy podstawowe komponenty:

- 1) zrozumiałość – która oznacza spostrzeganie napływających informacji jako spójnych, ustrukturywanych, mających sens poznawczy; w odniesieniu do przyszłości bodźce będą przewidywalne, a jeśli nawet pojawią się nieoczekiwane, dadzą się uporządkować,
- 2) zaradność (sterowność) – polegająca na dostrzeganiu zasobów będących do dyspozycji jednostki, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; osoba może mieć odpowiednie zasoby lub zwrócić się po skuteczną pomoc do innych, wie, że cokolwiek się zdarzy, sama lub korzystając z pomocy innych poradzi sobie z trudną sytuacją,
- 3) sensowność – wyrażająca się poczuciem, że pewne problemy i wymagania stawiane przez życie są warte inwestowania energii oraz stają się bardziej wyzwaniem niż kłopotem czy nieszczęściem; dla osoby o wysokim poczuciu sensowności życie ma sens emocjonalny, istnieją ważne dla niej dziedziny rzeczywistości, sprawy, które ją angażują, jest to, w odróżnieniu od pozostałych, wymiar emocjonalno-motywacyjny [3, 45].

Obok tych trzech podstawowych składników poczucia koherencji Antonovsky [3] wprowadził także

uzupełniające pojęcie granic. Poczucie koherencji obejmuje pewien obszar istotny dla życia i rozwoju konkretnej osoby. Wielkość tego obszaru jest różna u każdej osoby (dla jednych jest to obszar wystarczająco duży, by pomieścić kwestie organizacyjne o zasięgu międzynarodowym, dla innych będzie to obszar o zasięgu krajowym, a jeszcze innych lokalnym). To, co się dzieje poza granicami tego obszaru, nie ma dla człowieka większego znaczenia, nie dotyczy go. Zbytne zawężanie granic nie wiąże się jednak z wysokim poczuciem koherencji. Antonovsky wyróżnił cztery dziedziny życia, które muszą znaleźć się w obszarze granicznym osoby. Są to:

- 1) własne życie emocjonalne,
- 2) relacje z najbliższym otoczeniem,
- 3) główny przedmiot działalności zawodowej,
- 4) zagadnienia egzystencjalne, takie jak: śmierć, nieuleczalne choroby, osamotnienie, porażki.

Jak wspomniano powyżej, Antonovsky [3] zadaje pytanie dotyczące czynników, dzięki którym zdrowiejemy, przesuujemy się na kontinuum zdrowie–choroba w kierunku bieguna „zdrowie”. Odpowiedzią na to pytanie jest właśnie poczucie koherencji, zasoby, jakie posiada osoba, a które są uruchamiane w sytuacji napotkania nowych bodźców. Autor sugeruje, że istnieją ścisłe związki między poziomem poczucia koherencji a stanem zdrowia. Im silniejsze poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo utrzymania się lub polepszenia dotychczasowej pozycji osoby na kontinuum zdrowie–choroba. Silniejsze poczucie koherencji umożliwia bowiem:

- 1) bardziej skuteczne unikanie niebezpieczeństwa oraz podejmowanie zachowań prozdrowotnych ze względów poznawczych i motywacyjnych,
- 2) większe prawdopodobieństwo zinterpretowania bodźców potencjalnie szkodliwych, lecz do uniknięcia, jako wyzwania, sytuacji, której nie należy się poddawać, lecz trzeba „zawalczyć”,
- 3) niezależnie od zasobów, jakie osoba ma do dyspozycji, powiększanie ich, maksymalizowanie.

Taka postawa ma konsekwencje zdrowotne w postaci podejmowania zachowań prozdrowotnych: prowadzenia zdrowego trybu życia czy udziału w grupach samopomocy. U tych osób obserwuje się także większy udział czynnika wiary w chorobie (co umożliwia np. skuteczniejsze działanie placebo), a również uruchomienie samospelniających się przepowiedni pozytywnych. Prozdrowotne działanie poczucia koherencji polega na tym, że jej wysoki poziom sprzyja skutecznemu radzeniu sobie ze stresem, co w rezultacie prowadzi do lepszego zdrowia [46]. Orientacja życiowa wyjaśnia różnice w radzeniu sobie z danego rodzaju niesprawnością bez względu na stopień jej ciężkości [47]. Natężenie poczucia koherencji jest zasadniczą miarą indywidualnej odporności na stres [2]. Poczucie koherencji określa zdolność osoby do

rozpoznawania zagrożenia, nadawania znaczenia sytuacji trudnej oraz wiąże się z wyborem adekwatnego sposobu radzenia sobie z doświadczeniem. Taki sposób rozumienia znaczenia poczucia koherencji wpisuje się w transakcyjną koncepcję stresu Lazarusa i Folkmana.

Antonovsky [3] twierdzi ogólnie, że poczucie koherencji determinuje powrót do zdrowia. W badaniach, w których uczestniczyło 77 osób, Kivimäki i wsp. [48] wykazali, że wśród kobiet niskie poczucie koherencji wiązało się z perspektywami zdrowotnymi, a wśród mężczyzn poczucie koherencji nie wpływało na występowanie chorób. Ci sami autorzy, badając 320-osobową grupę mężczyzn, zaobserwowali, że poczucie koherencji było związane z psychicznymi i zdrowotnymi zaburzeniami. Autorzy badań potwierdzają dyspozycyjny charakter poczucia koherencji wśród kobiet i mężczyzn i podkreślają jego predykcyjny charakter wśród kobiet.

Silne poczucie koherencji zapobiega przekształcaniu się napięcia emocjonalnego w stan stresu oraz łagodzi szkodliwe, fizjologiczne skutki napięcia psychicznego wywołanego przez stres [3]. W ten sposób silne poczucie koherencji chroni człowieka przed dezorganizacją i zwiększa jego zdolność powrotu do zdrowia, czyli przemieszczania się na kontinuum zdrowie–choroba w kierunku bieguna „zdrowie”. Pośredni mechanizm oddziaływania poczucia koherencji na zdrowie uwidacznia się poprzez ocenę pierwotną sytuacji stresowej (tu podobieństwo do koncepcji Lazarusa) oraz styl radzenia sobie ze stresem [49–51]. Wysokie poczucie koherencji predysponuje osobę do percepcji bodźców właśnie jako wyzwania, a nie zagrożenia i straty. Osoby z silnym poczuciem koherencji częściej stosują styl radzenia sobie polegający na koncentrowaniu się na zadaniu niż na własnych emocjach. Wraz ze wzrostem poczucia koherencji rośnie wskaźnik poszukiwania kontaktów społecznych, a maleje wskaźnik odwracania uwagi od problemu. Niskie poczucie koherencji wiąże się ze stosowaniem mniej przystosowawczych strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi [49].

Osoby z wysokim poczuciem koherencji postrzegają stresory jako przewidywalne i zrozumiałe, mają zaufanie do swoich zdolności pokonywania stresorów i oceniają, że są one warte zmierzania się z nimi. Niskie poczucie koherencji to brak takich przekonań. Koncepcja poczucia koherencji jest podobna do teorii odporności na stres, lokalizacji poczucia kontroli, własnej skuteczności czy dyspozycyjnego optymizmu [za: 52].

Orientacja życiowa pozytywnie koreluje ze wszystkimi pozytywnymi miarami zdrowia, a negatywnie ze wszystkimi miarami choroby. Dotyczy to zarówno chorób somatycznych, jak i psychicznych, a także różnych rodzajów patologii. Słabsze poczucie koherencji współwystępuje z gorszym stanem funkcjonowa-

nia osób cierpiących na depresję lub lęk [15]. U osób z niskim poczuciem koherencji silniej rozwijały się i dłużej utrzymywały objawy stresu pourazowego [53]. Także poziom śmiertelności (z różnych powodów) jest istotnie wyższy w grupie osób z najniższym poczuciem koherencji [3, 46]. Poczucie koherencji, poprzez satysfakcję z leczenia, wpływa również na jakość życia zależną od stanu zdrowia [54]. Co więcej, przyczynia się ono do wzmacniania dobrostanu [55].

Weryfikacja teorii Antonovsky’ego w dużym badaniu z randomizacją [56], obejmującym na początku reprezentatywną próbę 4517 Finów, również potwierdziło wysoką wartość predykcyjną poczucia koherencji dla zdrowia. Autorzy postulują, że może być ono traktowane jako autonomiczny wewnętrzny zasób sprzyjający rozwojowi subiektywnego stanu zdrowia, co jest zgodne z postulatami Antonovsky’ego.

Antonovsky [2] podaje (na podstawie badań przeprowadzonych w różnych krajach), że najśłabsze poczucie koherencji mają chorzy na raka. Podobnie w polskich badaniach Szymczak i Tartas [57] oraz Skokowskiego i Szymczak [58] uzyskano niskie wyniki poczucia koherencji wśród chorych onkologicznych. Istnieją doniesienia o pozytywnej korelacji poczucia koherencji z jakością życia [44, 59]. Także w innych stanach chorobowych potwierdzono pozytywny związek orientacji życiowej z jakością życia, np. w chorobach serca [60], AIDS [61], chorobie Ménière’a czy z obrażeniami [62].

Wśród chorych na raka znajdują się jednak osoby charakteryzujące się wysokim poziomem koherencji. U tych osób zaobserwowano niski wskaźnik ograniczeń w funkcjonowaniu fizycznym i psychospołecznym w okresie pooperacyjnym i w trakcie leczenia uzupełniającego oraz mniejsze nasilenie komplikacji zdrowotnych w tym czasie [44, 57, 58]. Chorzy z niskim poczuciem koherencji przejawiali przeciwne zachowania. Poczucie koherencji w tej grupie chorych odgrywa ochronną rolę wobec syndromu opisywanego w literaturze anglojęzycznej jako *demoralisation* (brak nadziei, bezradność, beznadziejność, przygnębienie, poczucie braku celu i sensu w życiu, poczucie porażki, dysforia). Chorzy cechujący się wysokim poziomem koherencji doświadczali istotnie niższego nasilenia tych objawów [63].

Podsumowanie

We współczesnym piśmiennictwie można znaleźć wiele owocnych teorii opisujących, wyjaśniających, a także pozwalających na podejmowanie prób przewidywania zachowań człowieka w sytuacji stresu choroby. Na szczególne podkreślenie zasługują dane o roli pozytywnych emocji w zmaganiu się z chorobą, co przez wiele lat było zaniedbywanym obszarem teorii i badań, podobnie jak radzenie sobie skoncentrowane na przyszłości.

Staty rozwój wiedzy dotyczącej tych zagadnień pozwala spodziewać się dalszych informacji na temat zmagania się z chorobą.

Piśmiennictwo

- Sęk H. Stres krytycznych wydarzeń życiowych. W: Sęk H, Pasikowski T (red.). *Zdrowie – stres – zasoby*. Wydawnictwo Humana, Poznań 2001; 13-21.
- Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36: 725-733.
- Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Fundacja IPN, Warszawa 1995.
- Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). *Człowiek w sytuacji stresu*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 12-43.
- Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress Coping* 2008; 21: 3-14.
- Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 844-854.
- Parker JD, Endler NS. Coping with coping assessment: a critical review. *Eur J Pers* 1992; 6: 321-344.
- Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. *Cancer* 1995; 76: 167-177.
- Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1207-1221.
- Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* 2000; 9: 11-19.
- Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Ann Rev Psychol* 2004; 55: 745-774.
- Franks HM, Roesch SC. Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psychooncology* 2006; 15: 1027-1037.
- Roesch SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psych Res* 2001; 50: 205-219.
- Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1771-1779.
- Lazarus R. Conservation of Resources Theory (COR): little more than words masquerading as a new theory. *Applied Psychology: An International Review* 2001; 50: 381-391.
- Schwarzer R. Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Review* 2001; 50: 400-407.
- Aspinwall LG, Taylor SE. A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychol Bull* 1997; 121: 417-436.
- Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Greer S. CBT for emotional distress of people with cancer: some personal observations. *Psychooncology* 2008; 17: 170-173.
- Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, Sworowski LA, Twillman R. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 875-882.
- Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354: 1331-1336.
- Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18: 203-209.
- Watson M, Homewood J, Haviland J, Bliss JM. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer* 2005; 41: 1710-1714.
- Zwoliński M. Systemowe zasoby rodziny a poczucie koherencji u dorosłego dziecka. *Przegląd Psychologiczny* 2000; 2: 139-156.
- Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet* 1990; 335: 49-50.
- Thomé B, Hallberg IR. Quality of life in older people with cancer – a gender perspective. *Eur J Cancer Care* 2004; 13: 454-463.
- Heckman BD, Fisher EB, Monsees B, Merbaum M, Ristvedt S, Bishop C. Coping and anxiety in women recalled for additional diagnostic procedures following an abnormal screening mammogram. *Health Psychol* 2004; 23: 42-48.
- Epping-Jordan JE, Compas BE, Howell DC. Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology* 1994; 13: 539-547.
- Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, Tunmore R. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991; 21: 51-57.
- Billings DW, Folkman S, Acree M, Moskowitz JT. Coping and physical health during caregiving: the roles of positive and negative affect. *J Pers Soc Psychol* 2000; 79: 131-142.
- Brisette I, Scheier MF, Carver CS. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82: 102-111.
- Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res* 2001; 50: 77-86.
- Jacobsen PB, Sadler JJ, Booth-Jones M, Soety E, Weitzner MA, Fields KK. Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 235-240.
- Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Johnsen EL, Buller RE, Sood AK, Sorosky JJ, Ritchie J. Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. *Cancer* 2002; 94: 131-140.
- Kangas M, Henry J, Bryant R. Posttraumatic stress disorder following cancer: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 499-524.
- Andrykowski MA, Kangas M. Posttraumatic stress disorder associated with cancer diagnosis and treatment. W: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R (red.). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York 2010; 348-357.
- Cordova MJ, Cunningham LC, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol* 2001; 20: 176-185.
- Lechner SC, Carver CS, Antoni MH. Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 828-840.
- Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal, and posttraumatic growth in women with early stage breast cancer. *Health Psychol* 2003; 22: 487-497.
- Vegas O, Fano E, Brain PF, Alonso A, Azpiroz A. Social stress, coping strategies and tumor development in male mice: behavioral, neuroendocrine and immunological implications. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31: 69-79.
- Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2006; 25: 47-56.
- Pearman T. Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 20: 1-33.

44. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia* 2002; 1: 13-20.
45. Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H (red.). *Psychologia Zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997; 206-231.
46. Spencer SM, Carver CS, Price AA. Psychological and social factors in adaptation. W: Holland JC (red.). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York 1998; 211-222
47. Feigin R, Sherer M, Ohry A. Couples' adjustment to one partner's disability: the relationship between sense of coherence and adjustment. *Soc Sci Med* 1996; 43: 163-171.
48. Kivimäki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi JE. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Soc Sci Med* 2000; 50: 583-597.
49. McSherry WC, Holm JE. SOC: its effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation. *J Clin Psychol* 1994; 50: 476-487.
50. Sęk H, Pasikowski T. Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. *Badania porównawcze*. W: Sęk H, Pasikowski T (red.). *Zdrowie – stres – zasoby*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001; 101-125.
51. Pasikowski T. Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne. W: Brzeziński JM, Cierpiatkowska L (red.). *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. GWP, Gdańsk 2008; 62-76.
52. Schnyder U, Büchi S, Sensky T, Klaghofer, R. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? *Psychotherapy and Psychosomatics* 2000; 69: 296-302.
53. Frommberg ER, Stieglitz RD, Straub S, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M. The concept of „sense of coherence“ and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *J Psychosom Res* 1999; 46: 343-348.
54. Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 233-240.
55. Pallant JF, Lae L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences* 2002; 33: 39-48.
56. Szymczak J, Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. *Psychoonkologia* 1998; 3: 49-54.
57. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. *Ann Rev Clin Psychol* 2007; 3: 377-401.
58. Skokowski J, Szymczak J. Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuca oczekujących na operację i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 1999; 4: 35-45.
59. Tomich P, Helgeson VS. Five years later: a comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology* 2002; 11: 1-15.
60. Klevsgard R, Hallberg IR, Risberg B, Thomsen MB. Quality of life associated with varying degrees of chronic lower limb ischaemia: comparison with a healthy sample. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999; 17: 319-325.
61. Cederfjäll C, Langius-Eklöf A, Lidman K, Wredling R. Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. *AIDS Patient Care STDS* 2001; 15: 31-39.
62. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Comm Health* 2007; 61: 938-944.
63. Boscaglia N, Clarke DM. Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *Psychooncology* 2007; 16: 189-195.