

Maciej Załuski

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

M

ysli pacjenta związane z chorobą i leczeniem

Patient's thoughts connected to illness and its treatment

STRESZCZENIE

Jednym z zadań pielęgniarki jest udzielanie pacjentowi wsparcia psychicznego w sytuacjach trudnych emocjonalnie, pojawiających się w przebiegu leczenia i rehabilitacji. Służą temu działania nakierowane na obniżenie napięcia emocjonalnego, wzmacnianie adaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz wspieranie zasobów pacjenta pomocnych w leczeniu. Reakcje pacjenta pozostają w ścisłym związku ze sposobem, w jaki rozumie on chorobę, jak ją przeżywa i co o niej myśli. Celem artykułu jest ukazanie procesów myślenia pacjenta na temat choroby wyrażających się w jego zachowaniu i reakcjach emocjonalnych. W artykule proces myślenia scharakteryzowano, jako aktywność umysłowa przebiegająca dwoma torami: torem doświadczania choroby i torem autorefleksji nad doświadczeniem. Treścią procesów myślenia pacjenta są: relacje wiążące chorobę z elementami składającymi się na sens życia, wyobrażenia i przekonania oraz związany z nim stosunek emocjonalny wobec choroby (koncepcja choroby), a także pozytywne wartości pojawiające się w trakcie leczenia. W artykule omówiono także oznaki wskazujące na brak zrozumienia choroby oraz nieadaptacyjne formy myślenia towarzyszące leczeniu. Każdy z omawianych zagadnień uzupełniono informacjami dotyczącymi konkretnych działań pielęgniarki dostrzegającej w zachowaniu pacjenta przejawy jego myśli na temat choroby i leczenia oraz powiązane z nimi emocje.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 234–238

Słowa kluczowe: choroba; zrozumienie; radzenie sobie; relacje pielęgniarka–pacjent

ABSTRACT

One of nurse's task is to provide patient with mental support in emotional tough situations that can appear during the treatment and rehabilitation process. This can be achieved by decreasing emotional strain, strengthening adaptational ways of coping with stress, supporting patient's own skills. Patient's reactions are strictly connected to his way of understanding the illness, and what is his attitude towards the illness.

The aim of the article is to shown patient's thinking processes about the illness that are expressed by his behavior and emotional reactions. The thinking processes is characterized in the article as a mental activity that runs along two lines: the line of experiencing the illness and the line of auto-reflections about the experience. The content of the thinking processes is: – links between the illness and elements of the general sense of life, – imaginations and beliefs with the resulting attitude towards the illness (idea of illness), – positive values appearing during the cure. Signs of the lack of understanding the illness, and non-adaptive ways of thinking were also discussed in the article. Every of the discussed contend is complemented with the information regarding nurse's reactions to what can be seen in patient's thoughts about the illness and the cure and emotions.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 234–238

Key words: illness; comprehension; coping behavior; nurse–patient relations

Wstęp

Myślenie jest złożonym procesem umysłowym, w trakcie którego człowiek bazując na informacjach zawartych w pamięci, tworzy umysłowe reprezentacje

otaczającej go rzeczywistości. W artykule myślenie utożsamiane jest z nazywaniem doznań i uczuć, artykułowaniem potrzeb, przywoływaniem wspomnień, wyobrażaniem sobie czegoś, formułowaniem przeko-

Adres do korespondencji: dr. n. hum Maciej Załuski, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, UJCM, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel.: 609 845 542, e-mail: mzaaluski@cm-uj.krakow.pl

nań, oczekiwań i pytań. Wytworem myślenia pacjenta są komunikaty kierowane w stronę lekarza lub pielęgniarki. Literatura przedmiotu ukazuje związki łączące procesy świadomego i zamierzonego zastanawiania się pacjenta nad chorobą z występowaniem zachowań prozdrowotnych, jak również samoleczącymi reakcjami organizmu [1–3]. Badania wskazują na adaptacyjną rolę rozważania choroby przez pacjenta w przebiegu leczenia chorób nowotworowych, nosicielstwa wirusa HIV, chorób neurologicznych i inne chorób przewlekłych [4–10].

Myślenie człowieka chorego może przebiegać dwoma torami. Pierwszy to doświadczanie choroby jako aktualnej sytuacji w sposób bardzo osobisty i bezpośredni [11]. Pacjent przeżywa obecne w sobie uczucia, pragnienia, oczekiwania. W pole uwagi trafiają dane zmysłowe w postaci doznań bólowych i wrażeń cielesnych. Wspomniane doznania mają charakter bardzo konkretny, są zmienne, czasem trudne do uchwycenia słowami. Pacjent jest „zanurzony w doświadczeniu” [12]. Ból, strach, doznawane wrażenia uchwycone w pojedyncze i ruchliwe myśli wyrażają impresyjny obraz sytuacji widziany oczami pacjenta. Myśląc w ten sposób, pacjent jest bardzo blisko sytuacji, dzięki czemu może szybko podejmować działania zapobiegawcze: usunąć źródło niewygod, przywołać uwagę drugiego człowieka, zadziałać w określony sposób. Upływ czasu oraz podejmowane działania prozdrowotne powodują, że obok wspomnianego rodzaju myślenia pojawia się drugi tor. To myślenie na temat aktualnych doświadczeń. Pacjent zaczyna zastanawiać się nad przyczynami swoich zmartwień, nie poprzestając wyłącznie na martwieniu się. Zmiana perspektywy myślenia z bardzo konkretnej na ogólną pozwala pacjentowi wyzwolić się spod wpływu silnych emocji, doznań, natarczywych pragnień. Przeżywa uczucia, nazywając je, różnicując, szukając przyczyn. Zastanawia się nad zasadnością myśli podtrzymujących zły nastrój. Blokują je lub odciągania od nich uwagę. Stwierdza: „pójdę gdzieś, aby pomyśleć nad moimi uczuciami, przeanalizuję zdarzenia, aby zrozumieć, dlaczego jest mi smutno” [13–15]. Myśląc o dominujących pragnieniach, oczekiwaniach i przekonaniach szerzej rozumie chorobę, odnosząc ją do dotychczasowego i dalszego życia. Uświadamia sobie znaczenie, jakie nadaje informacjom związanym z chorobą. Gdy pojawia się drugi tor myślenia, pacjent przechodzi z pozycji osoby doświadczającej chorobę na poziom obserwatora własnych doświadczeń. Jego myślenie staje się swobodniejsze. Uwalnia się od rodzących rozczarowanie myśli, rozpoznając je i zyskując nad nimi kontrolę.

Rozumienie choroby przez pacjenta

Rozumienie choroby przez pacjenta wyraża się w postawie zwanej obrazem choroby lub koncepcją

choroby [16]. Rozumieć oznacza: pojmować coś, zdawać sobie z czegoś sprawę, być czegoś świadomym, wyciągać z czegoś wnioski [17]. Jeśli pacjent zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji, wyciąga wnioski oraz podejmuje działania, wówczas można powiedzieć, że rozumie chorobę. Pacjent lepiej rozumie chorobę, gdy jego myślenie biegnie dwoma torami: poczucie zrozumienia jest zarówno wynikiem rozmyślnego zastanawiania się nad doświadczeniem, jak i nawykową reakcją emocjonalną [18]. To także przypisanie chorobie wagi i wartości dla dalszego życia.

Sens w znaczeniu ogólnym – sens życia

W zachowaniu pacjenta pielęgniarka może dostrzec informacje na temat zasadniczych celów życiowych i oczekiwań (poza powrotem do zdrowia). Sens życia tworzą również nieuświadomiane przekonania na temat siebie i świata, sprawiedliwości i kontroli zdarzeń. Pacjent myśli: „do tej pory miałem poczucie, że choroba się mnie nie ima”. To ukryta wiedza dająca spokój i siłę. Przekonanie, że przyczyny zdarzeń może wyjaśnić, a zdarzenia połączyć w spójną opowieść o swoim życiu [19, 20]. Poczucie sensu życia stanowi punkt odniesienia dla zrozumienia choroby. Jest jednocześnie zasobem kształtującym postawę pacjenta wobec leczenia, obniżającym poziom stresu i polepszającym parametry życiowe [21].

Sens w znaczeniu szczególnym – rozumienie choroby

Pacjent, starając się zrozumieć chorobę, mimowolnie korzysta z wiedzy składającej się na sens życia. Pielęgniarka, nazywając wraz z pacjentem przekonania i cele, którymi kieruje się w życiu, sprzyja uruchomieniu drugiego toru myślenia: „wiem, że to nie jest 100% pewne, ale teraz chcę myśleć, że chorobę pokonam”. Zrozumienie poważnej choroby jest warunkiem zaspokojenia potrzeby dostrzegania w życiu sensu i stanowi jeden z podstawowych motywów człowieka. Zarówno mimowolne, jak i zamierzone myślenie pacjenta na temat choroby i jej następstw, zmierzające do zrozumienia objawów i uwarunkowań jest kluczowe dla zachowania higieny psychicznej [19, 22–25]. „Ludzie samoistnie określają siebie poprzez znaczenie, jakie przypisują własnym doświadczeniom (...) znaczenie nie jest określone przez sytuację, człowiek sam określa siebie poprzez znaczenie, jakie przypisuje sytuacji (...)” [4]. Ponieważ każdy pacjent interpretując informacje, odnosi je do własnego sensu życia, rozumienie choroby posiada zindywidualizowaną postać. Sposób rozumienia zależy od skłonności człowieka do zastanawiania się nad własnym życiem psychicznym oraz działania takich czynników wspólnych dla wszystkich pacjentów, jak etap adaptacji do choroby i używanie iluzyjnych wyjaśnień

wzmagających poczucie kontroli i wartości własnej [27, 28]. Pełne zrozumienie choroby to moment, gdy posiadana wiedza uspokaja. „Wiem wystarczająco dużo o mojej chorobie. Znam przyczyny moich obaw, wiem, co mi pomaga, a co szkodzi, co chcę osiągnąć”. Pacjent jest świadomy stosowanych sposobów radzenia sobie z chorobą. Czy będzie pomniejszał znaczenie objawów choroby? Czy też czujnie skupiał uwagę na jej objawach i przebiegu leczenia, a jeśli tak, to czy skupianie uwagi będzie racjonalnie uzasadnione, czy też uporczywe i wyolbrzymione [26, 29]. Jeśli zachowanie pacjenta nie zostało poprzedzone świadomą decyzją rozumienie choroby może być pozorne. Widać to w obronnym pomniejszaniu wagi sytuacji, braku działań prozdrowotnych, a także, gdy działania są przesadne, powodowane potrzebą niezwłocznego usunięcia napięcia lub lęku. Wówczas pomocnym jest stwarzanie okazji do nazywania i różnicowania emocji, uruchomienia drugiego toru myślenia. Nieco inna sytuacja ma miejsce, gdy pacjent nie uzyskał uspokojenia, mimo że myśli dwutorowo. W jego zachowaniu obecny jest opór przed dokonaniem wyboru, którego jest świadomy. Widać oznaki kryzysu emocjonalnego pod postacią silnych negatywnych emocji, napięcia psychicznego, zaburzeń myślenia, wahań nastroju i objawów psychosomatycznych. W przypadku braku zrozumienia pomocnym jest wielokrotne omawianie potrzeb i przekonań pacjenta, konfrontując je z rzeczywistością. Uciążliwość leczenia chorób przewlekłych oraz brak pewności, co do jego skuteczności utrudniają zrozumienie choroby. Pielęgniarka może towarzyszyć i wspierać pacjenta w dokonywaniu wyborów i zmian w obrębie dotychczas realizowanych celów, oczekiwań oraz przekonań na temat siebie, świata i innych ludzi.

Poszukiwanie rozumienia choroby

Poszukiwanie zrozumienia choroby jest równie ważne z punktu widzenia higieny psychicznej pacjenta, jak jej rozumienie. Rola pielęgniarki wiąże się z dwoma aspektami kontaktu z pacjentem. Pierwszy ma charakter interwencyjny, drugi relacyjny. Inteverenire w języku łacińskim oznacza „wchodzić w środek”. Pielęgniarka podejmując działania o charakterze interwencyjnym, wnika w przebieg procesów psychicznych pacjenta. Pytając go: „Jak pan rozumie swoją obecną sytuację?”, „Co dla pana znaczy tak postawiona diagnoza?”, kieruje uwagę pacjenta na doświadczane emocje, myśli i doznania zmysłowe. Pobudza do przyglądania się swojemu doświadczeniu [18, 30]. Pacjent rozmawiając z pielęgniarką, słyszy swoje słowa, a jego myśli porządkują się. Nazywając przekonania, pragnienia i uczucia, odkrywa źródła trudności w rozumieniu choroby. Jest to również okazja do dostrzeżenia zmian w nasileniu negatyw-

nych emocji, przejęcia nad nimi kontroli. Pielęgniarka może poszerzać uwagę pacjenta, obejmując nią rozmaite informacje pojawiające się w przebiegu leczenia. Pacjent może zarazem czuć się niepełnowartościowym człowiekiem, ciężarem dla rodziny i przyjaciół, jak również osobą bardziej doceniającą wartość swojego życia, przekonaną o tym, że może polegać na drugim człowieku, dostrzegającą swoją wytrzymałość. Aspekt relacyjny kontaktu z pacjentem dotyczy wzajemnie doświadczanych emocji. Wykonując czynności pielęgnacyjne, pielęgniarka swoim zachowaniem uruchamia u pacjenta wyobrażenia i przekonania, wyrażane w postaci oczekiwań kierowanych w jej stronę. Pielęgniarka reagując na jego słowa, samą swą obecnością i uwagą weryfikuje niektóre z przekonań, na przykład o ryzyku stojącym za odkrywaniem się przed drugim człowiekiem lub utożsamianiu bycia chorym z utratą wartości w oczach drugiego człowieka. Rozumienie choroby oznacza również przypisanie jej wartości oraz określenie znaczenia dla dalszego życia [20]. Poważna choroba jest sytuacją konfrontującą człowieka z kruchością i ulotnością życia. Stwarza to okazję do uwydatnienia wartości i wagi życia samego w sobie. Pacjent rozważając znaczenie choroby, dla dalszego życia jest w stanie dostrzec, w sposób bardziej wyrazisty, kluczowe cele życiowe oraz wzmocnić zaangażowanie w ich osiągnięcie. Ma możliwość rozważenia kierunku dalszego życia, wyboru nowych angażujących celów. Tym sposobem choroba staje się w oczach pacjenta zdarzeniem inicjującym korzystne zmiany w życiu [3]. Pozytywne zmiany, jakie wówczas następują są spowodowane koniecznością dopasowania przekonań i priorytetów do sytuacji wywołanej zachorowaniem. W przypadku gdy pacjent stara się ocenić znaczenie choroby dla posiadanej wiedzy o sobie i życiu może, blokując wyłącznie negatywny sposób jej rozumienia, dojść do nowych i korzystnych odkryć. Ten sposób myślenia, nazwany poszukiwaniem pożytku (benefit finding), nie jest rzadki u osób chorych i posiada pozytywnym wpływ na przebieg leczenia. Zmniejsza odczucia bólowe, promuje podejmowanie zachowań prozdrowotnych [18, 31–33]. Poszukiwanie pożytku w sytuacji związanej z chorobą i leczeniem nie jest tożsame z poszukiwaniem zrozumienia choroby. Efektem zrozumienia może być pojawianie się korzystnych odkryć dotyczących przekonań, wynik ich weryfikacji lub relatywizacji. Poszukiwanie pożytku skupia uwagę pacjenta na nowych zachowaniach w relacjach społecznych, nowych umiejętnościach na przykład w radzeniu sobie ze stresem, przejawach wzrostu siły wewnętrznej lub wartości własnej [34, 35]. Badania wskazują, że poszukiwanie zrozumienia choroby ma miejsce najczęściej w pierwszym okresie po zachorowaniu. Pozytywna ocena wartości

i znaczenia choroby może mieć miejsce w dowolnym momencie życia pacjenta i jest korzystna, bez względu na to, kiedy nastąpi [31]. Należy podkreślić, że odnajdywanie pożytku w chorobie powinno być samodzielną aktywnością pacjenta. Rolą pielęgniarki jest stwarzanie okazji do tego, aby pacjent uruchomił drugi tor myślenia. Nie chodzi o sugerowanie gotowych rozwiązań [18]. Poszukiwanie wartości i wagi choroby jest również sposobem radzenia sobie. Pacjent zauważa nie tylko negatywne, ale i pozytywne momenty pojawiające się w przebiegu leczenia, takie jak: przejawy zaskakującej życzliwości lub empatii ze strony innych ludzi, podobieństwo w sposobach przeżywania choroby i jej rozumienia u współpacjentów, drobne sukcesy towarzyszące leczeniu [33].

Nieadaptacyjne formy myślenia o chorobie

Poszukiwanie rozumienia choroby powinno mieć swój kres. Gdy pacjent nie jest w stanie wyjaśnić przyczyny choroby, jej związków z posiadanymi przekonaniem i celami życiowymi, dalsze poszukiwanie rozumienia staje się szkodliwe dla jego higieny psychicznej. W takiej sytuacji korzystne jest odstąpienie od poszukiwania rozumienia i przyjęcie, że obecność choroby jest niewytłumaczalna [36]. Myślenie o chorobie może występować w formie nieadaptacyjnej. Skupianie uwagi na sobie, jest drogą do poszerzenia świadomości aktualnych doznań cielesnych, uczuć i myśli, jak również źródłem negatywnych objawów. Tak zwany paradoks zaabsorbowania sobą pokazuje, że skupianie uwagi na przeżywanych emocjach i myślach zwiększa dobrostan pacjenta, natomiast uporczywe próby zrozumienia swoich zachowań i swego losu nasilają lęk, poczucie winy i wstyd [15, 37]. Formą szkodliwego myślenia jest mimowolne skupianie uwagi przez pacjenta wyłącznie na negatywnych emocjach i objawach towarzyszących leczeniu, jego negatywnych konsekwencjach [14, 38]. Myślenie to jest nieadaptacyjne, gdyż promuje wyłącznie te sposoby radzenia sobie, które służą redukcji napięcia emocjonalnego. Silne pragnienie pozbycia się negatywnych emocji wiąże pacjenta z ich obecnością i w efekcie podtrzymuje depresyjny lub złowrogi nastrój. Nieadaptacyjne jest również jałowe rozpamiętywanie początku choroby [15]. Myślom towarzyszy smutek, żal, rozgoryczenie. Pacjent porównuje swoją aktualną sytuację z nieosiągniętymi standardami, uwypukla wyłącznie negatywne aspekty choroby. Zadaje sobie pytania: dlaczego ja?, czym sobie na to zasłużyłem? Uporczywie wraca do początku zachorowania, przypominając sobie życie, które wiódł tuż przed chorobą. Próbuje żyć wspomnieniami i łatwo dostrzega niespełnione nadzieje i nieosiągnięte cele. Pielęgniarka ma możliwość powstrzymania rozpamiętywań pacjenta, skłaniając

go do zastanowienia nad ich funkcją. „Co ja mam z tego, że tak wracam pamięcią?“, „Co bym czuł, gdybym nie rozpamiętywał przeszłości?“ [39]. Inną formą nieadaptacyjnego wykorzystania autorefleksji jest mimowolne skupianie uwagi na przeszkodach pojawiających się w trakcie leczenia, analizowanie, zdaniem pacjenta, nie dość dobrych sposobów radzenia sobie lub zachowania [16]. Koncentrowanie się pacjenta na dostrzeganiu rozbieżności pomiędzy stanem aktualnym a pożądanym zazwyczaj pełni funkcje adaptacyjne. Pod warunkiem, że prowadzi do rozwiązywania realnych problemów lub pomaga porzucić nierealistyczne oczekiwania. Koncentrowanie się wyłącznie na różnicach, bez podejmowania działań służących usunięciu ich przyczyn, zamartwianie się, to niekonstruktywne samokaranie negatywnie wpływające na nastrój. W tym wypadku autorefleksja przyjmuje wyłącznie postać oceniającą i nie ma nic wspólnego z refleksją wynikającą z ciekawości siebie [39, 40].

Wszystkie przedstawione powyżej formy myślenia są wynikiem silnych emocji i napięcia, których pacjent nie umie lub nie chce zreflektować. Doświadcza myśli i uczuć, które się wzajemnie napędzają lub wykorzystuje refleksję instrumentalnie, aby chronić się przed niechcianymi emocjami. Zachowania te nie powinny ująć uwadze pielęgniarki.

Zakończenie

Moment rozpoznania choroby i rozpoczęcia leczenia to dla pacjenta czas wypełniony wieloma myślami i intensywnymi emocjami. Choć jego uwaga jest skupiona przede wszystkim wokół pragnienia powrotu do zdrowia, uczucia i myśli mają więcej źródeł. Składają się na indywidualny wzorzec reagowania na podobne sytuacje życiowe. Jego podłoże tworzą pragnienia, przekonania i potrzeby ukryte za emocjami i zachowaniem pacjenta. Podejmując leczenie, pacjent mniej lub bardziej świadomie korzysta ze wspomnianych informacji, starając się zrozumieć obecność choroby w swoim życiu. Cechy osobowe, inteligencja emocjonalna, posiadane umiejętności i wcześniejsze doświadczenia życiowe powodują, że są osoby poprzestające na doświadczaniu choroby, jak również starające się zrozumieć źródła własnych reakcji. Sposób rozumienia choroby kształtuje postawę wobec leczenia, wyjaśnia koloryt emocjonalny, stwarza możliwość dokonania zmian w obszarze sensu życia, dostrzeżenia korzyści powstałych przy okazji leczenia. Pielęgniarka będąc osobą skłoną do autorefleksji, używając obu torów myślenia, jest pomocna pacjentowi poszukującemu zrozumienia choroby. W zamian za to ma możliwość wzbogacenia swoich doświadczeń o wiedzę zaczerpniętą z kontaktu z pacjentem, któremu pomaga. Sytuacja leczenia staje się miejscem korzystnych zmian zachodzących u obu osób.

Piśmiennictwo

1. Brassai L., Pinko B., Steger M. Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life. *Psychol. Rec.* 2012; 62: 719–734.
2. Pennebaker J., Beall S. Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *J. Abnorm. Psychol.* 1986; 95: 274–281.
3. Bower J., Kemeny M., Taylor S., Fahey J. Finding Positive Meaning and Its Association With Natural Killer Cell Cytotoxicity Among Participants in a Bereavement-Related Disclosure Intervention. *Ann. Behav. Med.* 2003; 25: 146–147.
4. White C. Meaning and its measurement in psychosocial oncology. *Psychooncology* 2004; 13: 468–481.
5. Lee V., Cohen R., Edgar L., Laizner A., Gagnon A. Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Soc. Sci. Med.* 2006; 62: 3133–3145.
6. Kernan W., Lepore S. Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Soc. Sci. Med.* 2008; 68: 1176–1182.
7. Morris B., Shakespeare-Finch J. Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modeling with cancer survivors. *Psychooncology* 2011; 20: 1176–1183.
8. Sherman A., Simonton S., Latif U., Bracy L. Effects of global meaning and illness-specific meaning on health outcomes among breast cancer patients. *J. Behav. Med.* 2010; 33: 354–377.
9. Faber E., Woods A., Sherman R., Sharma S., Campos P. Personal meaning as a predictor of psychological well-being time in individuals receiving HIV-related mental health services. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2011; 33: 469–475.
10. Jacobi S., MacLeod R. Making sense of chronic illness—a therapeutic approach. *J. Prim. Health. Care* 2011; 3: 136–141.
11. Trzebiński J. Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: Trzebiński J. (red.). *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001: 27.
12. Wallin D. *Przywiązanie w psychoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011: 347.
13. Nolen-Hoeksema S., Wisco B., Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science* 2008; 3: 414.
14. Trapnell P., Campbell J. Private Self-Consciousness and the Five-Factor Model of Personality: Distinguishing Rumination From Reflection. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1999; 76: 284–304.
15. Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cogn. Ther. Res.* 2003; 27: 257.
16. Dolińska-Zygmunt G. Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 245–246.
17. Skorupka S., Auderska H., Lempicka Z. *Mały Słownik Języka Polskiego*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1968: 716–717.
18. Trzebińska E. *Psychologia pozytywna*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008: 90.
19. Park C., Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Rev. Gen. Psychol.* 1997; 1: 115–144.
20. Park C., Ai A. Meaning making and growth: new directions for research on survivors of trauma. *J. Loss. Trauma.* 2006; 11: 389–407.
21. Lai T., Mok E., Wong M., Cheung W., Yau C. A Brief Meaning — focused Intervention for Advanced Cancer Patients in Acute Oncology Setting. *J. Palliative. Care Med.* 2012; S1–008.
22. Skaggs B., Barron C. Searching for meaning in negative events: concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 2006; 53: 559–570.
23. Park C. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects of adjustment to stressful life events. *Psychol. Bull.* 2010; 136: 257–301.
24. Frankl V. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2008: 151.
25. Czabała Cz. *Czynniki leczące w terapii*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997: 79.
26. Adamczak M. Choroba i jej indywidualna koncepcja. W: Waligóra B. (red.). *Elementy psychologii klinicznej*. Wydawnictwo Akademii Medycznej, Poznań 1965: 65.
27. Motyka M. *Komunikacja terapeutyczna w praktyce ogólnomedycznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011: 14.
28. Taylor S. Cognitive Processing, Discovery of Meaning, CD4 Decline, and AIDS Related Mortality Among Bereaved HIV-Seropositive Men. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998; 66: 979–986.
29. Lipowski Z. Psychosocial reactions to physical illness. *Can. Med. Assoc. J.* 1983; 128: 1069–1072.
30. Trzebińska E. *Lepsze zdrowie dzięki większemu szczęściu*. W: Heszen I., Życińska J. (red.). *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2008: 33.
31. Nolen-Hoeksema S., McBride A., Larson J. Rumination and psychological distress among bereaved partners. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1997; 72: 855–862.
32. Thornton A. Perceiving Benefits in the Cancer Experience. *J. Clin. Psychol. Med Settings* 2002; 9: 153–165.
33. Butler L. Growing Pains: Commentary on the Field of Posttraumatic Growth and Hobfoll and Colleagues' Recent Contributions to it. *Applied Psychology: An International Review.* 2007; 56: 367–378.
34. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. The Free Press, New York 1992.
35. Tedeschi R., Calhoun L. *Trauma & Transformation. Growing In the Aftermath of Suffering*. Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi 1995.
36. Kernan D., Lepore S. Searching for making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Soc. Sci. Med.* 2009; 68: 1176–1182.
37. Harrington R., Loffredo D. Insight, Rumination, and Self-Reflection as Predictors of Well-Being. *J. Psychol.* 2011; 45: 39–57.
38. Nolen-Hoeksema S., Morrow, J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1991; 61: 115–121.
39. Gabbard G. *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
40. Stockton H., Hunt N., Joseph S. Cognitive processing, Rumination, and Posttraumatic Growth. *J. Trauma. Stress* 2011; 24: 85–92.