

Nadzieja podstawowa pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej oraz ich własna skuteczność kontroli bólu i radzenia sobie z nim

Basic hope of patients with relapse of cancer and their self-efficacy of control of pain and coping with it

Agnieszka Pietrzyk¹, Sebastian Lizińczyk²

¹Oddział Onkologiczny, Szpital im. S. Leszczyńskiego w Katowicach

²Wyższa Szkoła Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Psychoonkologia 2015, 1: 1–11

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Agnieszka Pietrzyk
Szpital im. S. Leszczyńskiego
ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice
tel. 501 477 980
e-mail: psychaga@op.pl

Streszczenie

Wstęp: Celem badania jest ocena wpływu nadziei podstawowej pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej na ich poczucie własnej skuteczności kontroli bólu i radzenia sobie z nim.

Materiał i metody: W badaniu wzięły udział dwie grupy pacjentów otrzymujących paliatywną chemioterapię (50 kobiet i 50 mężczyzn). Badani wypełniali 4 rodzaje ilościowych kwestionariuszy: BHI-12 (do badania nadziei podstawowej), GSES (do określenia poziomu własnej skuteczności), BPCQ (do oceny kontroli bólu) oraz CSQ (do badania strategii radzenia sobie z bólem).

Wyniki: Badania ujawniły silny dodatni związek nadziei podstawowej i poczucia własnej skuteczności pacjentów, przy czym grupa mężczyzn cechowała się wyższym poziomem skuteczności niż grupa kobiet. Analiza wpływu nadziei podstawowej i poczucia skuteczności pokazała istotny wpływ na zmienne zależne – kontrolę bólu i strategię radzenia sobie z nim badanych pacjentów onkologicznych.

Wnioski: Pacjenci z nawrotem choroby nowotworowej nie tracą wysokiego poziomu nadziei podstawowej i własnej skuteczności. Te psychiczne zasoby pozwalają im na samodzielne kontrolowanie bólu, współpracowanie z zespołem leczącym i elastyczne używanie rozmaitych strategii radzenia sobie z bólem. Wyjątkiem jest pozytywne przewartościowanie znaczenia bólu, odrzucone przez badanych pacjentów.

Abstract

Introduction: The purpose of our research is to evaluate the impact of basic hope of cancer patients with relapse of disease on their self-efficacy of their control of pain and coping with it.

Material and methods: Two groups of patients in palliative chemotherapy (50 women and 50 men) participated in the study. They filled 4 quantitative short questionnaires: BHI-12 (basic hope), GASES (self-efficacy), BOCA (control of pain), CSU (pain coping strategies).

Results: Basic hope of patients with relapse of cancer strongly and positively correlates with their self-efficacy, particularly in men's group. The analysis of regression of basic hope and self-efficacy demonstrates significant impact on the dependent variables – control of pain and pain coping strategies of examined cancer patients.

Conclusions: The patients with relapse of cancer do not lose their high level of basic hope and self-efficacy. These psychological resources make it possible for

them to control own pain, to cooperate with medical staffs and to use flexibly different strategies of coping with own pain, but without positive reappraisal of pain. The examined patients reject this coping strategy of pain.

Słowa kluczowe: pacjenci z nawrotem raka, nadzieja podstawowa, własna skuteczność, kontrola bólu, radzenie sobie z bólem.

Key words: patients with relapse of cancer, basic hope, self-efficacy, pain control, pain coping strategies.

Nadzieja

Nadzieja jest psychicznym zasobem wpływającym na zachowanie człowieka w sytuacji stresującej oraz traumatycznej. W chrześcijaństwie to jedna z cnót teologicznych – oczekiwanie z ufnością na spełnienie się Bożych obietnic, bo choć cierpienie jest człowieczą codziennością, to można je pokonywać nadzieją. W języku potocznym nadzieja wyraża oczekiwanie spełnienia pragnień, stan, do którego dąży jednostka. Nie należy jej mylić z pewnością osiągnięcia zamierzeń i dlatego nadzieję pacjenta najlepiej wyrażają słowa: mogę/ może/możliwe jest leczenie/zdrowienie [1].

Wcześniej nadzieję uważano za jedną ze złożonych emocji pozytywnych skierowanych na przyszłość [2]. Obecnie dominuje poznawcze ujęcie nadziei, a pozytywny afekt, jaki jej towarzyszy, jest traktowany jako „uboczny skutek” [3, s. 13]. Snyder [3] twierdzi, że nadzieja to korzystne przewidywanie przyszłości, w którym występują dwa przekonania: 1) zrealizowanie celu jest możliwe oraz 2) wiadomo, jak to zrobić. Dla Carvera i Scheier [4] nadzieja to uogólnione przekonanie, że możliwość doświadczania zdarzeń pozytywnych jest duże, a niekorzystnych – niewielkie (to tzw. dyspozycyjny optymizm).

Inne rozumienie nadziei przedstawia Koziński [5, s. 37], który traktuje ją jako „wielowymiarową strukturę poznawczą, której centralnym składnikiem jest przekonanie, że w przyszłości człowiek otrzyma dobro z określonym stopniem pewności, czyli z określonym prawdopodobieństwem”. W owej poznawczej strukturze są sądy, motywy, myślenie przyszłościowe stanowiące dla działania człowieka „wiatr w żagle”.

Uważanie nadziei za przekonanie jednostki, że świat jest uporządkowany, sensowny, przychylny ludziom, wywodzi się z koncepcji Eriksona [6, 7] o psychospołecznym rozwoju człowieka. Koncepcję tę rozwinęli Trzebiński i Zięba [8, 9], którzy posługują się terminem „nadzieja podstawowa”. Jest to konstrukt osobowościowy, bufor chroniący człowieka przed lękiem, zagubieniem, poczuciem osamotnienia. Jest powiązany z poznawczym komponentem, przekonaniem o porządku, sensie, celowości wydarzeń dotyczących jednostki, świata ją otaczającego. Funkcją nadziei podstawowej

jest przeświadczenie, że można i warto budować od nowa ład w sytuacji jego rozpadu (np. wywołanego nawrotem choroby nowotworowej), mimo wątpliwości co do sensu życia, mimo lęku, poczucia przemijania, odczuwania zagubienia, chaosu. Po silnej reakcji emocjonalnej na nawrót raka następuje okres poznawczego radzenia sobie przez chorego: albo bronienia starego ładu, albo budowy nowego. Budowanie nowego ładu wymaga od pacjenta najpierw przeżycia klęski, zagrożenia, chaosu po to, aby następnie zaakceptować fakt zaistniałych zmian.

Aktywizacja nadziei podstawowej w przełomowych dla życia jednostki momentach stanowi dla niej punkt wyjścia i ramę prób budowania nowego ładu lub obrony starego. Zdankiewicz-Ścigała [10], podsumowując badania o wpływie poziomu nadziei podstawowej na funkcjonowanie jednostki doświadczającej traumatycznych doświadczeń, stwierdza, że nadzieja sprawia, iż jednostka łatwiej godzi się ze stratą, ma większą gotowość do szukania nowych możliwości, jest bardziej ufna wobec oferowanej jej pomocy i wobec samodzielnego radzenia sobie z budową nowego ładu, łatwiej nadaje sens swemu życiu po stracie. Silna nadzieja jest fundamentem podtrzymującym zachwiany porządek osobistych znaczeń, przywraca poczucie sensu życia i walki o zdrowie oraz prowadzi do zachowań adaptacyjnych, tj. uporania się i nazwania konsekwencji doświadczonej traumy, kryzysu, jak również proaktywnego radzenia sobie z niepowodzeniem. Z kolei słaba nadzieja podstawowa powoduje, że jednostka nieufnie odnosi się do proponowanej jej pomocy ze strony innych osób, nie godzi się z koniecznością przyjmowania owej pomocy. Osoba o słabej nadziei podstawowej broni starej tożsamości, tej sprzed kryzysu, traumy, co utrudnia jej adaptację do zmienionej sytuacji życiowej, zwiększa gotowość do obwiniania siebie, czasami karania siebie (np. za nawrót raka) [8, 9], może obniżyć skuteczne radzenie sobie z konsekwencjami kryzysu zdrowotnego.

Pytanie badawcze, które nurtuje autorów, dotyczy roli nadziei podstawowej w zwalczaniu bólu przez pacjentów (kobiety i mężczyzn) z nawrotem choroby nowotworowej.

Poczucie własnej skuteczności

Pojęcie własnej skuteczności (kompetencji), wprowadzone przez Bandurę [za: 11, 12], to przekonanie jednostki, że może uzyskać zamierzony efekt przez własne działania. A to w przypadku pacjentów doświadczających bólu nowotworowego wydaje się szczególnie ważne dla ich radzenia sobie z dolegliwościami. Kompetencja, własna skuteczność polega na przeświadczeniu, że posiadane umiejętności są odpowiednie do tego, by poradzić sobie z zadaniem, osiągnąć swój specyficzny cel, poradzić sobie z określonym problemem. Przeświadczenie to jest kluczowe do zrobienia przez jednostkę tego, o czym sądzi, że może osiągnąć pomimo przeszkód, i dążyć wytrwale do wyznaczonego celu.

Poczucie własnej skuteczności wpływa na wiele aspektów zachowania człowieka i na sposoby radzenia sobie ze stresem, kryzysem, traumą, na dobór strategii radzenia sobie, na poziom zaangażowania i wytrwałości w działaniu, na siłę reakcji emocjonalnych podczas antycypowania skutków swego działania [12, 13]. Trzebińska [2] na podstawie wyników badań stwierdza, iż z jednej strony poczucie skuteczności motywuje do działania, ponieważ wiąże się z oczekiwaniem pozytywnych wyników mimo przeszkód, które jednostka ma do pokonania. Z drugiej jednak strony, może zniechęcać jednostkę do wysiłku, kiedy ocena możliwości osiągnięcia celu nie została przeprowadzona przez nią w realistyczny sposób, co w konsekwencji utrudnia jej zaplanowanie właściwych działań i może doprowadzić do porażki, obniżając opinię o własnych zdolnościach pokonywania trudów.

Poprawa [14] na podstawie swoich badań stwierdza, że osoby przekonane o swej nieskuteczności w radzeniu sobie z życiowymi problemami wyolbrzymiają trudności, działają nieefektywnie nawet w sytuacji, kiedy wiedzą, jak mają postępować. W obliczu trudności zmniejszają wysiłki, a nawet rezygnują z realizacji celu. Natomiast osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności w obliczu trudności wzmagają swe działania tak, aby sprostać wyzwaniom. Dzieje się tak dlatego, że im silniejsze mają przekonanie o swojej skuteczności, tym stawiają sobie wyższe cele, ponieważ wiara we własne możliwości wyzwala u nich dodatkową energię do działania [11, 12].

W badaniach stwierdzono również wpływ poczucia skuteczności na zdrowie, który może mieć charakter bezpośredni [15] (np. ograniczenie niekorzystnych aspektów fizjologicznej reakcji na stres i aktywizowanie endorfin) oraz pośredni poprzez modyfikowanie odczucia stresu, wybór

odpowiednich strategii radzenia sobie [12], wprowadzanie sprzyjających zdrowiu zmian w funkcjonowaniu pacjenta zarówno w zakresie leczenia, jak i profilaktyki.

Zdaniem Schwartzera i Jerusalema [za: 11], spostrzegane poczucie własnej skuteczności jest istotnym czynnikiem warunkującym sposób kontroli doznań chorobowych i radzenia sobie z nimi, kontroli własnych działań w różnych obszarach zdrowotnych. Stwierdzono statystycznie znaczące zróżnicowanie wyników własnej skuteczności, mierzonych Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności (*General Self-Efficacy Scale – GSES*), w zależności od płci osób badanych – wyższe u mężczyzn [za: 12]. Kwestia, czy spostrzegane poczucie własnej skuteczności jest istotnym czynnikiem warunkującym poziom kontroli bólu przez pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej, jest przedmiotem referowanych poniżej badań własnych.

Poczucie kontroli

Poczucie własnej kontroli to przekonanie o tym, w jakim zakresie jednostka może wpływać na ważne dla niej zdarzenia, osiąganie celu. Thompson [16] stwierdza, iż z jednej strony na to psychologiczne zjawisko nakłada się umiejscowienie kontroli (wewnętrzne *vs* zewnętrzne, własne starania *vs* zewnętrzne czynniki), a z drugiej przekonanie, w jakim stopniu posiada się możliwość zrobienia tego, co jest potrzebne do uzyskania zamierzonego rezultatu. I choć poczucie kontroli jest mało stabilne, to wiedza o możliwości wpływania na ważne dla jednostki obszary i praktyczne umiejętności wykonania niezbędnych działań, wywiera wpływ na przystosowanie się do trudnych zdarzeń i sytuacji (np. radzenie sobie z bólem). Doświadczenie choroby i jej leczenie, choć dezorientuje jednostkę, w pewnym momencie umożliwia pojawienie się możliwości ukierunkowania wewnętrznych mechanizmów adaptacji psychologicznej do procesu leczenia, w tym także do bólu (np. przez odwołanie się do kontroli psychologicznej). Interwencje, które opierają się na mechanizmach kontroli psychologicznej, pokazały wiele możliwości wykorzystania i ukierunkowania zdolności do zmagania się ze stresującymi aspektami życia – w zdrowiu i chorobie [17]. Przegląd badań ujawnia, że osoby, które mają dużą potrzebę kontroli, odnoszą szczególne korzyści z interwencji opartych na kontroli psychologicznej (np. potrzebują mniej leków przeciwbólowych) [17, s. 204]. Na dodatknią zależność między wysokim poczuciem własnej kontroli a odszukiwaniem korzyści z traumatycznych doświadczeń wskazują badania Urcuyo i wsp. [18] czy Stanton [19].

Poczucie własnej kontroli stanowi poznawczą ochronę jednostki przed stresem, zagubieniem, chaosem. Zachęca ją do aktywności ukierunkowanej na radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i rozwiązywanie problemu [2]. Poznawcza manipulacja rozpoznawana u pacjentów onkologicznych, którą jest kontrola iluzoryczna [20], pełni swą adaptacyjną funkcję. Polega ona na przypisywaniu sobie możliwości wpływania na zdarzenia, nawet gdy przekracza to możliwości jednostki. Iluzja kontroli umożliwia chwilową redukcję zagrożenia i podejmowanie aktywności zaradczej. Osoby z chorobą nowotworową, mające pozytywne iluzje związane z własną osobą, określane jako przecenianie siebie (poczucie kontroli, skuteczności, nadziei) [21], cechują się większą odpornością psychiczną, większą umiejętnością poprawiania jakości swojego życia niż osoby realistycznie oceniające swój wpływ na bieg zdarzeń w chorobie.

Juczyński [11, 12] przedstawił konstrukt kontroli zdrowia, w którym jej wewnętrzne umiejscowienie wiąże się z przejściem przez jednostkę większej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Kontrolę zewnętrzną podzielono na dwa typy wpływu: 1) związany z wpływem innych (zwłaszcza personelu medycznego) i 2) związany z przekonaniem o wpływie przypadku, losu. Badania ujawniają, że w chorobach przewlekłych przekonanie o silnym wpływie osób należących do personelu medycznego jest bardziej korzystne przy profesjonalnych rekomendacjach zachowań zdrowotnych. U mężczyzn widoczna jest tendencja do przypisywania większego znaczenia wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia. Z kolei kobiety – pacjentki onkologiczne, ujawniają najsilniejsze przekonanie o wpływie innych na własne zdrowie [11, 12, s. 167].

Skonstruowany przez Skevington [za: 11] Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (*Beliefs About Pain Control Questionnaire* – BPCQ) nawiązuje do konstruktów umiejscowienia kontroli zdrowia. Wyniki tego kwestionariusza pozwalają ocenić kontrolę bólu przez pacjentów doświadczających bólu przewlekłego, siłę ich indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu osobiście (czynniki wewnętrzne), poleganie na wpływie lekarzy (siła innych) czy też uleganie przypadkowym zdarzeniom, odwracającym uwagę pacjentów od doświadczanych dolegliwości. Badania wykazują silny pozytywny związek z przystosowaniem do bólu przewlekłego osób, które są przekonane o sprawowaniu kontroli nad bólem. Potrafią realnie spojrzeć na swoją sytuację i lepiej funkcjonują od tych, którzy są nieufni wobec lekarzy i zalecanej przez nich terapii i przez to nie podejmują współpracy, co skutkuje działaniem przeciwko sobie [22]. Wewnętrzne umiejscowienie

kontroli bólu daje im poczucie większej autonomii, odpowiedzialności za fizyczne doznania, silniejsze dążenie do zdrowia.

Z kolei przekonanie, że ból może zostać opanowany tylko przez wpływ lekarzy lub przypadkowe zdarzenia, wiąże się z mniejszą akceptacją choroby, gorszą oceną własnego stanu zdrowia [11]. Wallston [za: 11, s. 161] sugeruje, że w sytuacji, gdy pacjenci jednocześnie przejawiają silne przekonanie dotyczące wpływu innych oraz silne wewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu, łatwiej mobilizują się do efektywnego działania i systematycznego realizowania zaleceń lekarzy i rehabilitantów.

Radzenie sobie i strategie radzenia sobie

Lazarus i Folkman [23] traktują radzenie sobie jako proces obejmujący całość wysiłków (poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych) jednostki do poradzenia sobie z zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, które obciążają i przekraczają zasoby owej jednostki. Inni autorzy rozpatrują radzenie sobie raczej jako ogólną dyspozycję, styl radzenia sobie [12], rozumiane jako względnie stała tendencja jednostki o statusie zmiennej osobowościowej, wyznaczająca przebieg radzenia sobie ze stresem. Styl jest charakterystycznym dla jednostki repertuarem strategii radzenia sobie z sytuacjami stresującymi. W procesie radzenia sobie wykorzystywana jest tylko część spośród strategii będących w repertuarze jednostki. Ich dobór jest wyznaczany z jednej strony przez sytuację, z jaką jednostka ma do czynienia, a z drugiej przez właściwości owej jednostki. Skuteczność jej radzenia sobie jest więc zależna od elastyczności zachowania, jego dostosowania do wymagań sytuacji, bo kontekst sytuacyjny podlega nieustannym zmianom. Wymaga to elastyczności ze strony danej jednostki, dostosowywania repertuaru zaradczego do aktualnych wymagań konkretnej sytuacji stresowej, w jakiej znalazła się dana jednostka [24].

Endler i Parker [25] zaproponowali 3 style radzenia sobie: 1) skoncentrowany na zadaniu, 2) skoncentrowany na emocjach, 3) skoncentrowany na unikaniu. We wszystkich 3 stylach można wyróżnić strategie funkcjonalne i dysfunkcjonalne, wnikliwie omówione przez Carr [13, s. 239]. Strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemach (branie odpowiedzialności, szukanie odpowiedniej informacji, pomocy, porady, realistyczne planowanie i wykonanie planu) są odpowiednie przy bezpośredniej modyfikacji źródła stresu. Strategie radzenia sobie skoncentrowane na emocjach są odpowiednie w zmaganiu się z nastrojem związanym z niemożliwym do kontroli stresem (szukanie przyjaźni, empatycznych związków, wsparcia

duchowego, przewartościowanie znaczeń określonego stresu, humorystyczne spojrzenie na stres). Funkcjonalne strategie skoncentrowane na unikaniu to psychologiczne oderwanie się, chwilowe, nie długotrwałe, od sytuacji stresu (chwilowe odwracanie uwagi, emocji, myślenia o problemie). Są one funkcjonalne wtedy, gdy jednostka potrzebuje czasu na przygotowanie swych zasobów osobistych przed rozpoczęciem lub powrotem do aktywnego radzenia sobie.

Funkcjonalność i dysfunkcjonalność strategii radzenia sobie ze stresem jawią się jako szczególnie istotne w kwestii zmagania się z bólem przez pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej. Ból bowiem jest rozpoznawany u ok. 70% pacjentów onkologicznych, a w zaawansowanym stadium choroby nawet u 75–80% [26]. Narusza on równowagę psychiczną pacjenta, skłania do szukania sposobów samodzielnego poradzenia sobie z tą trudną sytuacją, ale nie wszyscy chorzy onkologicznie umieją radzić sobie z bólem i sięgają po strategie nieskuteczne [27, 28]. Badania poświęcone strategiom radzenia sobie z bólem [11, 29, 30] ujawniają, że aktywne formy radzenia sobie z bólem stosują osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu, wysokim poczuciem skuteczności, wysokim poziomem nadziei. Z kolei chorzy, u których dominuje katastrofizowanie, myślenie życzeniowe, czują się przytłoczeni, bezradni wobec dolegliwości bólowych oraz nadużywają leków przeciwbólowych. Zachowanie pacjenta związane z bólem wpływa na jego stan fizyczny, psychiczny, jakość dnia codziennego oraz na jego najbliższych. Dlatego określenie, co i jak wpływa na wybór określonych strategii radzenia sobie z bólem przez pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej, wydaje się autorom poniżej referowanego badania tak istotnym zagadnieniem. Ocena własnych możliwości działania, kontrolowanie bólu, poczucie skuteczności, wybieranie strategii radzenia sobie z bólem wpływają na poziom odczuwanego przez pacjentów bólu [19, 27, 30].

Material i metody

Badaniami objęto 100 pacjentów (50 kobiet i 50 mężczyzn) z nawrotem choroby nowotworowej (o jej różnym umiejscowieniu) w trakcie paliatywnej chemioterapii. Średni wiek uczestników badania wyniósł 57,7 roku (SD 12,09).

Do oceny poziomu nadziei podstawowej osób badanych wykorzystano Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) autorstwa Trzebińskiego i Zięby [8] – narzędzie samoopisu składające się z 12 stwierdzeń. Badany określa na 5-stopniowej skali, w jakim stopniu zgadza się z poszczególnymi

mi stwierdzeniami. Wynikiem jest suma punktów, stanowiąca wskaźnik ogólnego poziomu nadziei podstawowej. Im wyższy jest wynik, tym wyższa jest nadzieja. Rzetelność kwestionariusza mierzona czynnikiem α Cronbacha jest satysfakcjonująca i wynosi 0,70. Opracowano tymczasowe normy polskie wyrażone w skali stenowej, gdzie wynik 1–4 oznacza niski poziom nadziei podstawowej, 5–6 – przeciętny, a 7–10 – wysoki.

Do pomiaru własnej skuteczności badanych pacjentów zastosowano Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) autorstwa Schwarzer i Jerusalem [11]. Skala ta zawiera 10 pytań odnoszących się do różnych cech osobistych. Badany zaznacza wybrane przez siebie odpowiedzi na 4-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „raczej tak”, 4 – „tak”. Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Rzetelność całej skali jest wysoka – α Cronbacha wynosi 0,85. Opracowano tymczasowe normy polskie wyrażone w skali stenowej, gdzie wynik 1–4 oznacza niski poziom nadziei podstawowej, 5–6 – przeciętny, a 7–10 – wysoki.

Do oceny poziomu własnej kontroli poziomu doznań bólowych wykorzystano Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ) autorstwa Skevington [11]. Zawiera on 13 stwierdzeń wchodzących w skład 3 czynników, które mierzą siłę kontrolowania bólu: osobiście (czynnik wewnętrzny), przez innych (wpływ lekarzy), przez przypadkowe zdarzenia. Badany określa na 6-stopniowej skali, w jakim stopniu zgadza się z danym stwierdzeniem. Wyników BPCQ nie można przedstawić w postaci pojedynczego wskaźnika. Dla każdego umiejscowienia kontroli bólu oddzielnie oblicza się sumę punktów zgodnie z kluczem diagnostycznym. Wyższy wynik odzwierciedla silniejsze przekonania, że ból może zostać opanowany przez wpływ danego czynnika. Dla poszczególnych czynników uzyskano dobrą rzetelność – α Cronbacha dla wpływu lekarzy wynosi 0,86, dla wewnętrznej kontroli – 0,82, a dla wpływu przypadku – słabszą – 0,58.

Do pomiaru strategii radzenia sobie z bólem przez badanych pacjentów zastosowano Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (*The Pain Coping Strategies Questionnaire* – CSQ) autorstwa Rosenstiel i Keefe [11]. Składa się on z 42 stwierdzeń opisujących różne rodzaje radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących oceny własnych umiejętności zastosowania strategii dla poradzenia sobie i zmniejszenia bólu. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają trzy style radzenia sobie: 1) poznawcze radzenie sobie z bólem, 2) odwracanie uwagi i podejmowanie czynności zastępczych, 3) katastrofizowanie i poszukiwanie nadziei.

W kwestionariuszu wykorzystano 7-stopniową skalę typu Likerta. Dla każdej strategii oblicza się wynik zgodnie z kluczem diagnostycznym. Wynik mieści się w przedziale 0–36 punktów i im jest wyższy, tym większe znaczenie przypisuje się danemu sposobowi radzenia sobie z bólem. Rzeczność mierzona wskaźnikiem α Cronbacha dla całego kwestionariusza wynosi 0,80 i jest wysoka. Dla poszczególnych strategii przekracza 0,80, oprócz dwóch strategii: 1) odwracanie uwagi – 0,64, 2) zwiększanie aktywności behawioralnej – 0,63 [11].

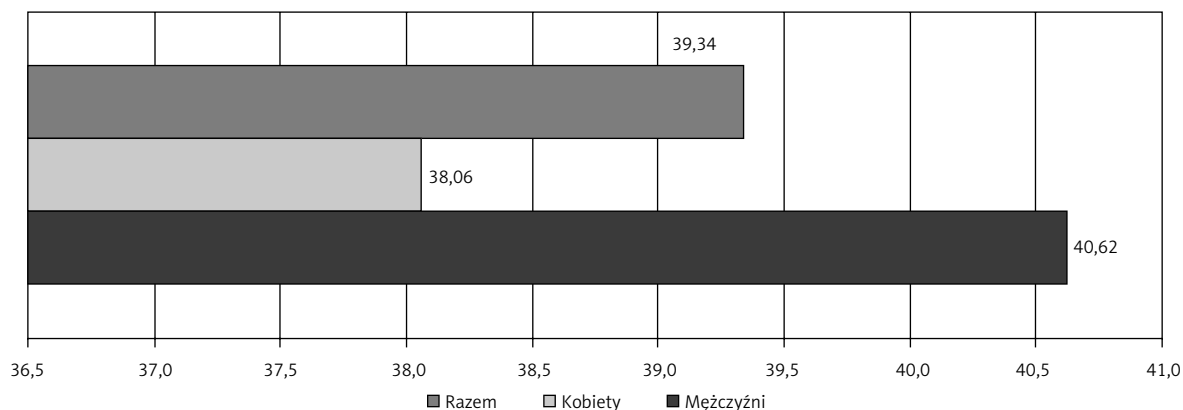
Wyniki

W celu sprawdzenia, czy i jak kobiety i mężczyźni z nawrotem choroby nowotworowej różnią się pod względem badanych zmiennych, zastosowano test t Studenta. Uzyskane wyniki przedstawiono na rycinach 1.–4.

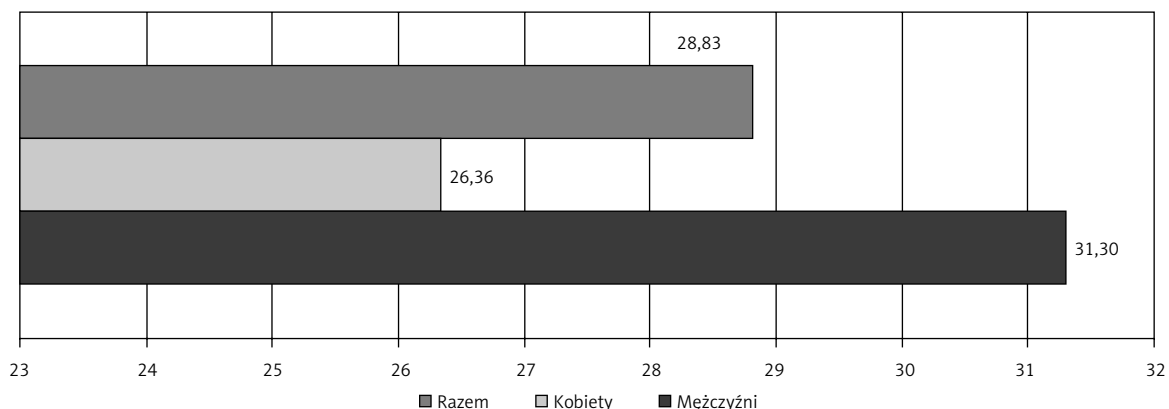
Grupa mężczyzn cechuje się istotnie wyższym poziomem nadziei podstawowej (średnia 40,62) niż grupa kobiet (średnia 38,06), co oznacza, że poziom tej zmiennej jest silnie zależny od płci badanych ($t = 2,28$, $df = 98$, $p < 0,05$). Dzięki wysokiemu poziomowi nadziei badane osoby mają zaufanie do

oferowanej im pomocy, choć przede wszystkim ufają sobie w zmaganiu się z nawrotem raka, zmieniającym na nowo ich życie. Silna nadzieja przywraca pacjentom sens walki o zdrowie, pozwala im godzić się ze stratą i akceptować zaistniały fakt. Uwzględniając różnice między badanymi kobietami i mężczyznami w poziomie nadziei podstawowej, należy stwierdzić, iż mężczyznom łatwiej niż kobietom przychodzi chronić się przed lękiem, zagubieniem, poczuciem zagrożenia. Nadzieja jest dla mężczyzn silniejszym buforem przed stresem niż dla kobiet.

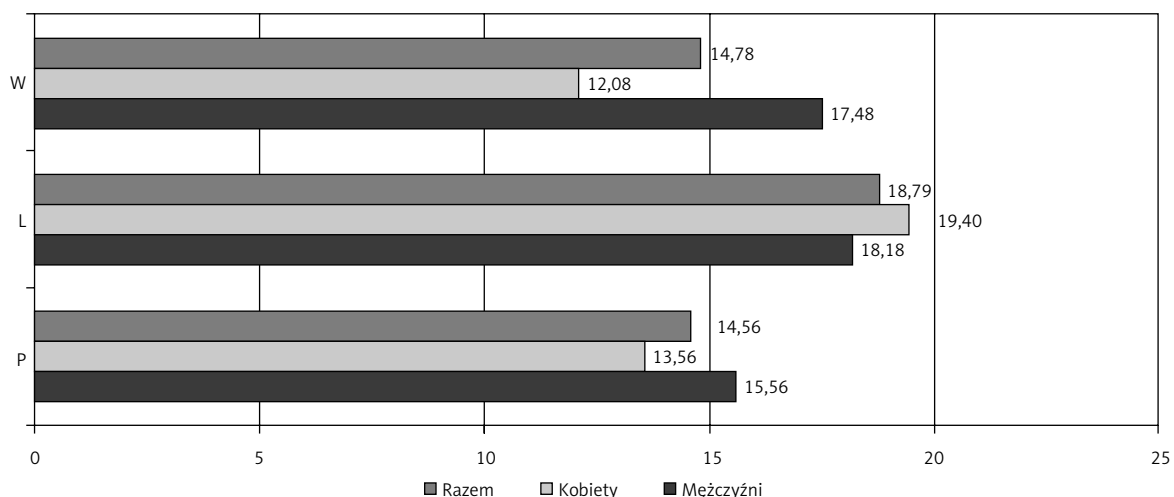
Badanych mężczyzn cechuje istotnie wyższy poziom poczucia własnej skuteczności (średnia 31,30) niż kobiety (średnia 26,36), co oznacza, iż poziom tej zmiennej jest silnie zależny od płci badanych ($t = 4,17$, $df = 98$, $p < 0,001$). Mężczyźni z nawrotem raka są mocniej niż kobiety przekonani o możliwości poradzenia sobie z chorobą, osiągnięcia swego celu mimo przeszkód. Oczekiwanie pozytywnych rezultatów kolejnej kuracji silniej motywuje do działania mężczyzn niż kobiety. Kobiety z kolei łatwiej poddają się wątpliwościom, zwątpieniu w sens ponownego zmagania się z chorobą.



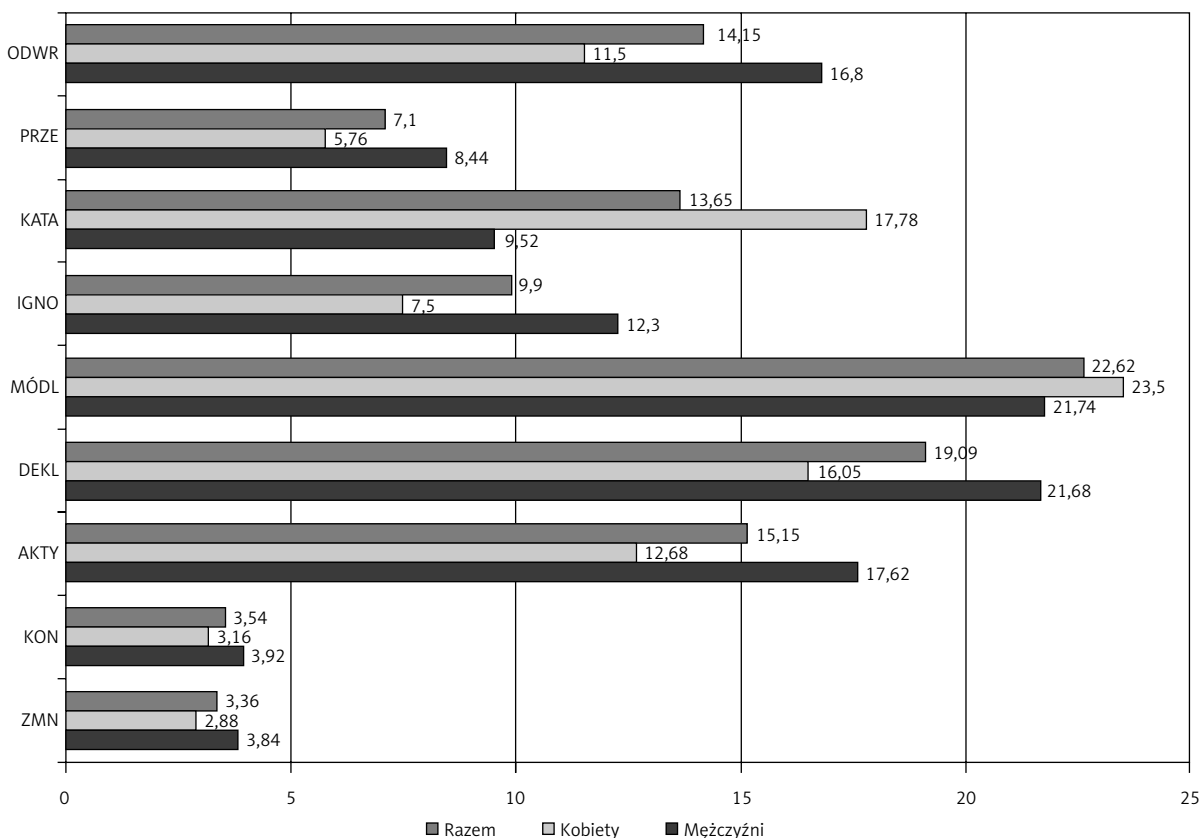
Rycina 1. Wyniki surowe nadziei podstawowej w grupie kobiet i mężczyzn z zaawansowaną chorobą nowotworową
 Figure 1. Raw score of basic hope in group of women and men with advanced cancer



Rycina 2. Wyniki surowe własnej skuteczności w grupie kobiet i mężczyzn z zaawansowaną chorobą nowotworową
 Figure 2. Raw score of self-efficacy in group of women and men with advanced cancer



Rycina 3. Wyniki surowe poczucia kontroli bólu w grupie kobiet i mężczyzn z zaawansowaną chorobą nowotworową
Figure 3. Raw score of pain control in group of women and men with advanced cancer



Rycina 4. Wyniki surowe strategii radzenia sobie z bólem w grupie kobiet i mężczyzn z zaawansowaną chorobą nowotworową
Figure 4. Raw score of pain coping strategies in group of women and men with advanced cancer

Analiza danych z użyciem testu *t* Studenta ujawnia, że grupa mężczyzn cechuje się wyższym poziomem wewnętrznej kontroli bólu (średnia 17,48) niż grupa kobiet (średnia 12,08) ($t = 4,93$, $df = 98$, $p < 0,001$). Podobna prawidłowość zachodzi w przypadku przypisywania przypadkom losowym, zmniejszającym doznawanie bólu przez badanych pacjentów (średnia mężczyzn = 15,56, średnia kobiet = 13,56; $t = 2,25$, $df = 98$, $p < 0,027$). Nie ma

statystycznie istotnych różnic między badanymi grupami w kwestii ich pewności otrzymania pomocy w walce z bólem ze strony lekarzy. Mężczyźni są mocniej niż kobiety przekonani, że mogą samodzielnie i odpowiedzialnie uporać się ze swym bólem, co wtórnie może powodować trudności w realizowaniu przez nich zaleceń lekarzy i rehabilitantów.

Analiza danych z zastosowaniem testu *t* Studenta pokazuje, że mężczyźni z nawrotem choroby

nowotworowej uzyskali statystycznie wyższy niż kobiety poziom w większości strategii radzenia sobie z bólem przy $p < 0,001$. Z kolei kobiety znacząco częściej reagują na doznania bólowe katastrofizowaniem (średnia u kobiet = 17,78, średnia u mężczyzn = 9,52; $t = 4,08$, $df = 98$, $p < 0,001$). Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w obu badanych grupach w kwestii modlenia się, pokładania nadziei (średnia u kobiet = 23,50, średnia u mężczyzn = 21,74; $t = 1,6$, $df = 98$, $p = 0,292$).

Uzyskane wyniki pokazują, że mężczyźni w większym stopniu wykorzystują unikowe strategie radzenia sobie z bólem (odwracanie uwagi, podejmowanie zastępczych czynności umożliwiających chwilowe angażowanie się w działanie). Strategie te pozwalają im przygotowywać zasoby osobiste do podjęcia aktywności zaradczej. Kobiety wyraźnie częściej stosują strategie skoncentrowane na emocjach (poszukiwanie nadziei, modlenie się, katastrofizowanie), które są odpowiednie w zmaganiu się z nastrojem wywołanym bólem niemożliwym do samodzielnego kontrolowania. Obie badane grupy pacjentów różnią się pod względem rodzajów stosowanych strategii radzenia sobie z bólem, ale są w tym wystarczająco samodzielne i skuteczne w swym działaniu.

Sprawdzono także, czy wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania pacjentów wiążą się z uzyskiwanymi przez nich poziomami badanych zmiennych. Wyniki testu t Studenta nie ujawniają istotne-

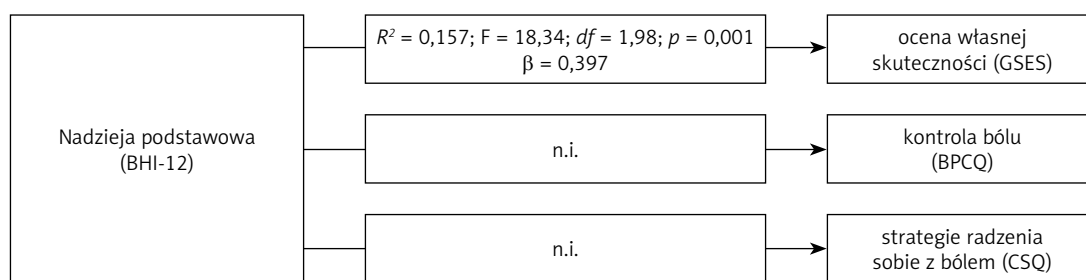
go wpływu owych czynników na poziom nadziei podstawowej, poczucie własnej skuteczności, kontrolę bólu i strategię radzenia sobie z bólem.

Do określenia wpływu nadziei podstawowej na zmienne zależne zastosowano analizę regresji, a ryciny 5.–7. obrazują kierunek i siłę owego wpływu.

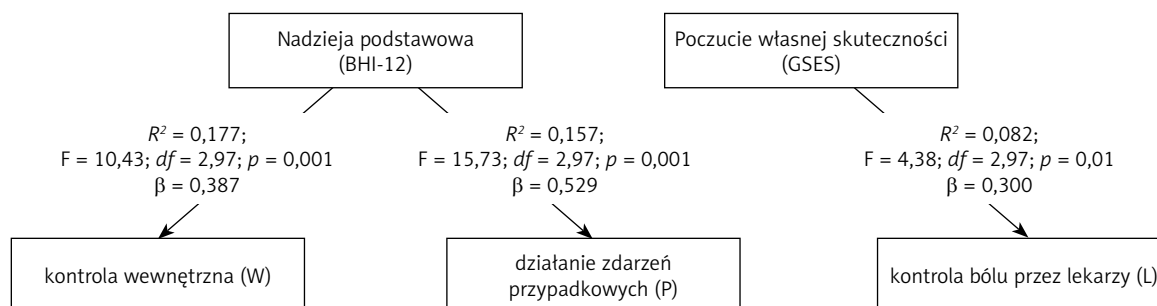
Analiza modelu wpływu poziomu nadziei podstawowej na poczucie własnej skuteczności badanych pacjentów wykazała dodatni związek (współczynnik korelacji wielokrotnej $R = 0,397$, $p = 0,001$), natomiast jego wpływ na poziom kontroli bólu oraz strategię radzenia sobie z bólem nie osiągnął istotności statystycznej (choć też był dodatni).

Z powodu słabego wpływu nadziei podstawowej na kontrolę bólu i strategię radzenia sobie z nim przez pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej sprawdzono kierunek i siłę wpływu poczucia własnej skuteczności na te zmienne zależne. Rycina 6. obrazuje wpływ dwóch zmiennych niezależnych (nadzieja podstawowa i poczucie własnej skuteczności) na kontrolę bólu przez pacjentów.

Analiza regresji ujawniła istotny dodatni wpływ nadziei podstawowej na poziom wewnętrznej kontroli bólu przez pacjentów oraz silniejszy i też dodatni na przypisywanie przez nich znaczenia zdarzeniom przypadkowym zmniejszającym doznania bólowe. W przypadku skali kontrolowania bólu przez lekarzy jedynym istotnym predyktorem wpływu okazało się poczucie skuteczności osób badanych.



Rycina 5. Model wpływu nadziei podstawowej na zmienne zależne
 Figure 5. Influence of basic hope on the dependant variables



Rycina 6. Model wpływu nadziei podstawowej i poczucia własnej skuteczności na kontrolę bólu
 Figure 6. Influence of basic hope and self-efficacy on the pain control

Do określenia wpływu dwóch zmiennych niezależnych (nadziei podstawowej i poczucia skuteczności) na strategię radzenia sobie z bólem przez badanych pacjentów zastosowano analizę regresji, a jej wyniki (kierunek wpływu i jego siłę) przedstawiono na rycinie 7.

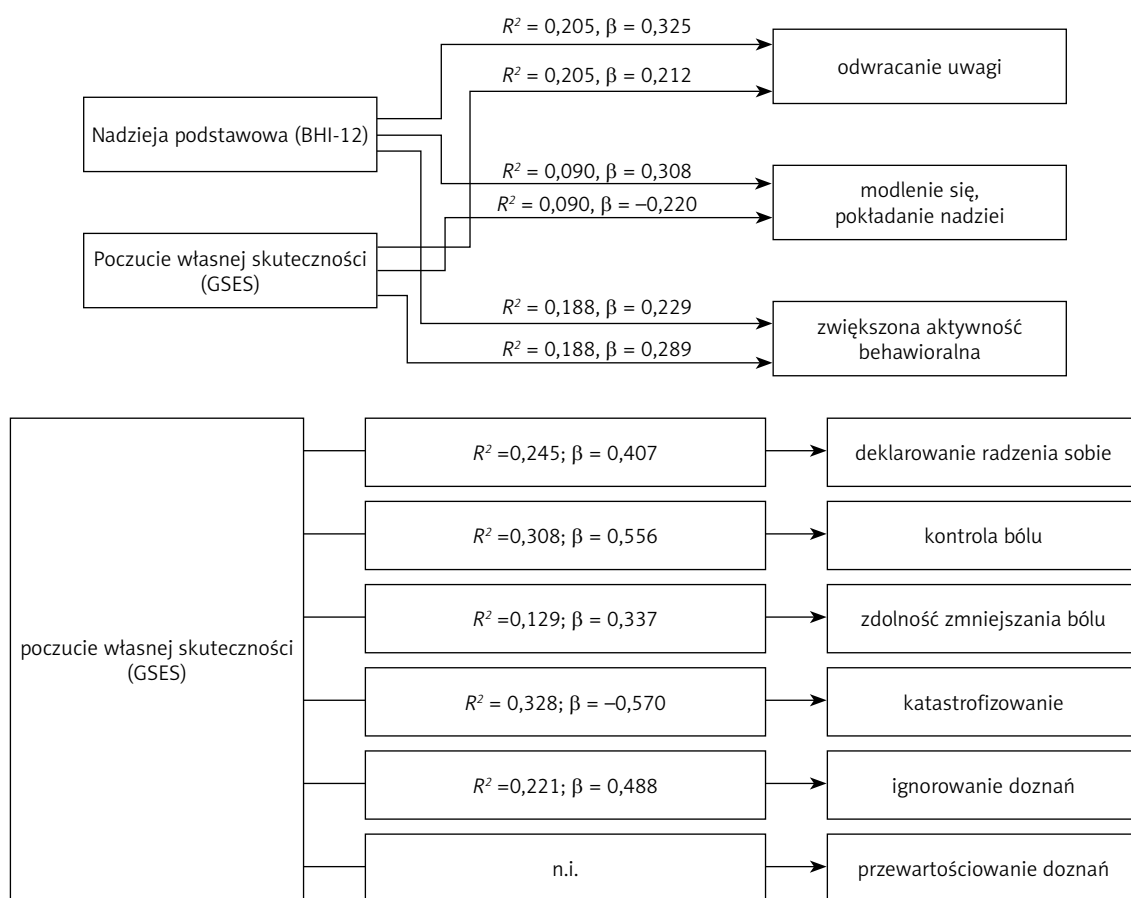
Analiza modelu wpływu poziomu nadziei podstawowej oraz poczucia własnej skuteczności na strategię radzenia sobie z bólem w badanej grupie pacjentów wykazała istotne wartości współczynnika istotności p (od 0,01 do 0,001) prawie we wszystkich typach strategii poza strategią „przewartościowanie doznań” (wpływ nieistotny), co znaczy, że doznawany ból jest dla pacjentów jednoznacznie czymś złym, czego nie można pozytywnie przewartościować. Analiza regresji pokazała też, że poczucie własnej skuteczności stanowi silniejszy predyktor strategii radzenia sobie z bólem niż poziom nadziei podstawowej. Oba predyktory dodatnio korelują z większością strategii radzenia sobie z bólem przez pacjentów. Jedynie strategia modlenia się/pokładania nadziei oraz strategia katastrofizowania mają ujemną wartość współczynnika β , co wskazuje, że im niższy jest poziom nadziei podstawowej oraz poczu-

cia własnej skuteczności, tym częściej występuje odwoływanie się do siły wyższej, Boga i tym silniejsze jest katastrofizowanie, powiększanie doznań bólowych.

Podsumowując modele wpływu, należy stwierdzić, że nadzieja podstawowa znacząco wpływa na poczucie skuteczności pacjentów i wpływ ten jest wprost proporcjonalny, co znaczy, że jeśli rośnie poziom nadziei, to rośnie też poziom skuteczności. Nadzieja podstawowa, choć nie w sposób istotny statystycznie, wpływa wprost proporcjonalnie na pozostałe zmienne zależne (kontrolę bólu i radzenie sobie z nim). W przypadku radzenia sobie z bólem silniejszym predyktorem jest poziom poczucia własnej skuteczności działań pacjentów niż ich nadzieja podstawowa. Wyjątkiem są dwie strategie: modlenie się/pokładanie nadziei oraz katastrofizowanie, w wypadku których im niższe są nadzieja i poczucie skuteczności pacjentów, tym ważniejsza staje się modlitwa.

Podsumowanie i dyskusja

Wśród badanych pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej mężczyźni cechuje istotnie wyż-



Rycina 7. Model wpływu dwóch predyktorów na strategię radzenia sobie z bólem
 Figure 7. Influence of two predictors on the pain coping strategies

szy poziom nadziei podstawowej, poczucia własnej skuteczności i kontrolowania bólu niż leczone się kobiety. Te poznawcze konstrukty są dla nich buforem chroniącym przed lękiem, zagubieniem, osamotnieniem w stopniu wyższym niż u kobiet. Uzyskanie przez obie grupy pacjentów wyników powyżej średniej pokazuje, iż aktywizacja silnej nadziei podstawowej pozwala im na godzenie się ze stratą, rodzi gotowość odbudowywania zaufania wobec oferowanej pomocy i ufności wobec samego siebie w radzeniu sobie z nowymi wyzwaniami (budowanie nowego porządku życia i nadawanie mu od nowa sensu). Uzyskane dane związane z funkcją wysokiego poziomu nadziei podstawowej wydają się zgodne z badaniami prezentowanymi w literaturze [8–10, 19]. Istotne jest to, że i kobiety, i mężczyźni z nawrotem raka są przekonani o sensie swego życia, trudu zmagania się z pogorszeniem stanu zdrowia, choć mężczyznom przychodzi to łatwiej.

Niniejsze badanie pokazuje, że to mężczyźni bardziej niż kobiety są przekonani o poradzeniu sobie z bólem, trudem kolejnego leczenia przeciwnowotworowego, oczekiwaniem pozytywnych efektów własnego działania. Wniosek, iż płeć osoby badanej warunkuje poziom jej przekonań o własnej skuteczności, jest zgodny z wcześniejszymi badaniami poświęconymi czynnikom oddziałującym na funkcjonowanie człowieka w zdrowiu i chorobie [11–13, 22, 28]. Istotnym stwierdzeniem w badaniu autorów jest to, że kobiety nie są przekonane o nieskuteczności swych działań. Ich przekonania, choć słabsze niż mężczyzn, chronią je przed nieefektywnymi działaniami w sytuacjach, kiedy wiedzą, jak mają postępować. Niemniej jednak łatwiej niż mężczyźni poddają się wątpliwościom, czy podolają trudom ponownego leczenia przeciwnowotworowego.

Badani mężczyźni mają silniejsze niż kobiety przekonanie o swym odpowiedzialnym, samodzielny, skutecznym wpływie na poziom doznawanego bólu. Nawet jeśli jest to wynik pozytywnej iluzji, to jak pokazują wcześniejsze badania [20, 21], wysoki poziom własnej kontroli ułatwia badanym znalezienie skutecznych działań przeciwbólowych czy mających na celu poprawę jakości życia. Obie badane grupy pacjentów w takim samym stopniu są przekonane i pewne otrzymania pomocy ze strony lekarzy. Jest to dla nich silną poznawczą ochroną przed stresem, zagubieniem oraz ukierunkowaniem radzenia sobie z bólem. Uzyskany wynik dotyczący kontroli bólu przez pacjentów onkologicznych jest zbliżony z wcześniejszymi badaniami, ujawniającymi skłonność do przypisywania większego znaczenia wewnętrznej kontroli przez mężczyzn i wpływowi personelu medycznego przez kobiety [11, 12, 29] na uśmierzanie dolegliwości.

Działania podejmowane w walce z bólem przez pacjentów z nawrotem raka różnią obie badane grupy. Mężczyźni znacząco częściej wykorzystują strategię unikowe (odwracanie uwagi, myślenia, chwilowe angażowanie się w działania pozorne) niż kobiety. Uzyskane wyniki pokazują, że mężczyźni potrzebują czasu na przygotowanie osobistych zasobów przed podjęciem zaradczej aktywności [13, 30]. Z kolei badane pacjentki znacząco częściej niż mężczyźni reagują na ból przez powiększanie swych doznań (katastrofizowanie). Wynik ten mówi o ich skupianiu się na uporaniu się z nastrojem wywołanym przez ból, co jest funkcjonalną strategią w radzeniu sobie z niemożliwym do kontrolowania stresem. Obie badane grupy w równym stopniu pokładają nadzieję w sile wyższej i dzięki temu zwiększają swe przekonanie co do możliwości uporania się z bólem nowotworowym. Osoby wykorzystujące tę strategię traktują siłę wyższą, Boga jako źródło wsparcia w przezwyciężaniu stresu, traumy. Radzenie sobie przez modlitwę jest szczególnie ważne, gdy zawodzą inne sposoby. Wcześniejsze badania pokazały, że strategia ta jest związana z poszukiwaniem znaczenia własnego cierpienia [za: 12, 31]. Niemniej jednak Rosenstiel i Keefe [za: 11] stwierdzili, iż pokładanie nadziei czy modlenie się są związane ze spadkiem aktywności zaradczej pacjentów, co nie zostało potwierdzone w opisywanym badaniu.

Badane grupy pacjentów różnią się pod względem stosowanych strategii walki z bólem. Każda na swój sposób jest wystarczająco skuteczna w działaniu, ponieważ elastycznie sięga do swego repertuaru zaradczego, co jest podstawowym warunkiem osiągnięcia celu [12, 24]. Czynniki socjodemograficzne nie wpływają na uzyskiwane przez nich wyniki.

Modele wpływu nadziei podstawowej oraz poczucia skuteczności pacjentów z nawrotem raka pokazują, że jeśli rośnie ich poziom, rośnie również poziom kontroli bólu i strategii radzenia sobie z nim. Wynik ten ma istotne znaczenie dla praktyki psychoonkologicznej. Może być przydatny w interwencjach kryzysowych, psychoedukacyjnych, psycho terapeutycznych, ukierunkowanych na zwiększanie poziomu nadziei, poczucia skuteczności i umiejętnego samodzielnego kontrolowania bólu przez pacjentów i współpracy z zespołem leczącym. Ważny dla praktyki jest również rezultat pokazujący umiejętność badanych pacjentów szukania duchowego/religijnego znaczenia dla swych dolegliwości (gdyż im niższą mają nadzieję i poczucie skuteczności, tym ważniejsza staje się dla nich modlitwa jako strategia odwracania uwagi od bólu). Wynik ten jest zgodny z danymi prezentowanymi w literaturze poświęconej sposobom nadawania znaczenia traumatycznym doświadczeniom [12, 31].

Wnioski

Choć przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami (mała liczebność grupy, niekontrolowana zmienna pośrednicząca – rodzaj raka, oceny wynikające z samoopisu), to należy pamiętać, że każdy pacjent z nawrotem choroby nowotworowej odczuwający ból ocenia go subiektywnie. Dlatego uzyskane rezultaty mogą wyznaczać kierunek pracy psychoonkologów z tą grupą pacjentów.

Wyniki ujawniają dodatni związek nadziei podstawowej i poczucia skuteczności badanych pacjentów, przy czym mężczyźni cechują się istotnie wyższym poziomem tych zmiennych niż kobiety. Analiza wpływu nadziei podstawowej i poczucia skuteczności pokazuje ich istotny wpływ na kontrolę bólu (zarówno własną, dokonywaną przez lekarzy, jak i przez udział przypadków losowych). Wynik ten mówi o istotnym znaczeniu, jakie chorzy przypisują swym działaniom, celom, zaangażowaniu w kontrolowanie bólu, ponieważ jego kontrola stanowi część leczenia.

Analiza modelu wpływu nadziei podstawowej i poczucia skuteczności pacjentów na podejmowane przez nich strategie radzenia sobie z bólem pokazują, iż obie zmienne są pozytywnie skorelowane ze wszystkimi strategiami. Wyjątkiem jest pozytywne przewartościowanie bólu. Doznawany przez pacjentów z zaawansowanym rakiem ból jest dla nich jednoznacznie czymś złym, nie do zaakceptowania i nie do pokonywania samemu.

Piśmiennictwo

1. Eichelberger W, Stanisławska I. Być lekarzem, być pacjentem. Czarna Owca, Warszawa 2013.
2. Trzebińska E. Psychologia pozytywna. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
3. Snyder CR. The past and possible future of hope. *J Soc Clin Psychol* 2000; 1: 11-28.
4. Carver CS, Scheier MF. Optimism. W: Snyder CS, Lopez SJ (red.). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York 2002; 231-243.
5. Koziński J. Psychologia nadziei. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2006.
6. Erikson E. Dzieciństwo i społeczeństwo. Wydawnictwo Rebis, Poznań 2000.
7. Erikson E. Dopełniony cykl życia. Wydawnictwo Rebis, Poznań 2002.
8. Trzebiński J, Zięba M. Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2003.
9. Trzebiński J, Zięba M. Basic hope as a world-view: An outline of concept. *Polish Psychological Bulletin* 2004; 2: 171-182.
10. Zdankiewicz-Ścigała E. Nadzieja podstawowa jako moderator procesu adaptacji po traumie. W: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M (red.). *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009; 132-153.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.

12. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres i zdrowie. Difin, Warszawa 2010.
13. Carr A. Psychologia pozytywna. Zysk i S-ka, Poznań 2009.
14. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). *Elementy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 103-142.
15. Maddux JF. Self-efficacy: The power of believing you can. W: Snyder CR, Lopez SJ (red.). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York 2002; 277-287.
16. Thompson SC. The role of personal control in adaptive functioning. W: Snyder CR, Lopez SJ (red.). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York 2002; 202-213.
17. Taylor SE, Herman DK. Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek. W: Lindley PA, Joseph S (red.). *Psychologia pozytywna w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 194-210.
18. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver SC, Anton MH. Finding benefit in breast cancer: Relation with personality, coping and concurrent well-being. *Psychol Health* 2005; 20: 175-192.
19. Stanton A. Positive consequences of the experience of cancer: Perceptions of growth and meaning. W: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, Lederberg M, Lascolzo M, McCorkle R (red.). *Psycho-oncology*. Oxford University Press, New York 2010; 547-550.
20. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am Psychol* 1983; 38: 1161-1173.
21. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM i wsp. Psychological resources, positive illusions and health. *Am Psychol* 2000; 1: 99-109.
22. Golec A. Psychologiczne aspekty bólu. W: Dobrogowski J, Wordliczek J (red.). *Medycyna bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 72-87.
23. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotion and coping. *Eur J Personality* 1987; 1: 141-169.
24. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000; 465-492.
25. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 844-854.
26. Breitbart W, Park J, Katz AM. Pain. W: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, Lederberg M, Lascolzo M, McCorkle R (red.). *Psycho-oncology*. Oxford University Press, New York 2010; 215-228.
27. de Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
28. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes in beliefs, catastrophizing and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 655-662.
29. Juczyński Z. Zmaganie się z przewlekłym bólem. W: Heszen-Niejodek I (red.). *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem w badaniach psychologicznych*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2002; 95-115.
30. Keefe FJ, Abernethy AP, Campbell L. Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annu Rev Psychol* 2005; 56: 601-630.
31. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Difin, Warszawa 2013.