



Złożenie pracy online:
2026-02-13 07:42:39
Kod pracy:
36757/51688/CloudA

Alicja Sciepura-Kłapkowska

(nr albumu: 30972)

Praca magisterska

Lęk i poczucie sensu życia u kobiet w remisji raka piersi. Implikacje dla wsparcia psychologicznego.

Anxiety and Sense of Meaning in Life among Women in Breast Cancer Remission: Implications for Psychological Support

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Alicja Czyrska

Streszczenie

Celem niniejszej pracy było porównanie funkcjonowania psychologicznego kobiet po leczeniu raka piersi w zakresie nasilenia lęku uogólnionego, poczucia sensu życia oraz satysfakcji z otrzymywanego wsparcia psychologicznego, z uwzględnieniem etapu remisji choroby, a także sformułowanie implikacji dla planowania i organizacji wsparcia psychologicznego adekwatnego do zmieniających się potrzeb kobiet w procesie zdrowienia. Badanie przeprowadzono w grupie kobiet znajdujących się we wczesnej remisji oraz w pierwszym roku remisji długoterminowej, z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi psychometrycznych, kwestionariusza autorskiego oraz metod analizy statystycznej.

Analiza danych wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami w zakresie nasilenia lęku uogólnionego, poczucia sensu życia oraz satysfakcji z otrzymywanego wsparcia psychologicznego ($p < 0,001$). Ponadto stwierdzono istotną dodatnią zależność pomiędzy poziomem poczucia sensu życia a subiektywną oceną satysfakcji z otrzymywanego wsparcia psychologicznego ($r = 0,611$; $p < 0,001$), przy czym charakter tej relacji różnił się w zależności od fazy remisji. Wyniki potwierdzają zasadność fazowego ujęcia procesu zdrowienia po chorobie nowotworowej oraz wskazują na znaczenie dostosowania treści i form oddziaływań psychologicznych do etapu remisji i aktualnych potrzeb emocjonalnych oraz egzystencjalnych kobiet po leczeniu raka piersi.

Słowa kluczowe

rak piersi, remisja, lęk uogólniony, poczucie sensu życia, wsparcie psychologiczne, satysfakcja ze wsparcia, psychoonkologia



Abstract

The aim of this study was to compare the psychological functioning of women after breast cancer treatment in terms of generalized anxiety, sense of meaning in life, and satisfaction with received psychological support, taking into account the stage of remission, as well as to formulate implications for planning and organizing psychological support tailored to women's changing needs during the recovery process. The study was conducted among women in early remission and in the first year of long-term remission, using standardized psychometric instruments, an author-designed questionnaire, and statistical analysis methods.

The analysis revealed statistically significant differences between the groups in the levels of generalized anxiety, sense of meaning in life, and satisfaction with psychological support ($p < 0.001$). In addition, a significant positive relationship was found between the sense of meaning in life and satisfaction with received psychological support ($r = 0.611$; $p < 0.001$), with the nature of this relationship differing depending on the remission stage. The findings support a phase-based approach to the recovery process after cancer and highlight the importance of adjusting the content and form of psychological interventions to the remission stage and the current emotional and existential needs of women after breast cancer treatment.

Keywords

breast cancer, remission, generalized anxiety, sense of meaning in life, psychological support, satisfaction with support, psycho-oncology

Spis treści

Wstęp	3
1. Charakterystyka raka piersi w przebiegu remisji	5
1.1 Epidemiologia raka piersi	5
1.2 Obraz kliniczny choroby	7
1.3 Remisja w ujęciu medycznym i psychologicznym	10
1.4 Fazy adaptacji po leczeniu nowotworowym	13
1.4.1 Faza wczesnej remisji	13
1.4.2 Faza pośrednia remisji	15
1.4.3 Faza długoterminowa remisji	16
2. Lęk uogólniony w perspektywie psychologicznej	18
2.1 Pojęcie i funkcje lęku	18
2.2 Zaburzenie lękowe uogólnione i jego charakterystyka	19
2.3 Uwarunkowania psychologiczne lęku uogólnionego w kontekście stresu i adaptacji ..	21
2.4 Specyfika lęku u kobiet w remisji raka piersi	23
2.5 Psychospołeczny wymiar lęku w okresie remisji	27
3. Sens życia w przebiegu raka piersi	31
3.1 Teoretyczne ujęcia sensu życia	31
3.2 Dwuwymiarowy model sensu życia M.F. Stegera	32
3.3 Wybrane koncepcje i źródła poczucia sensu życia	34
3.4 Potraumatyczny wzrost w chorobie nowotworowej	36
3.5 Obecność sensu życia jako czynnik sprzyjający adaptacji w remisji raka piersi	38
3.6 Relacja między poczuciem sensu życia a lękiem uogólnionym w okresie zdrowienia .	40
4. Wsparcie psychologiczne w procesie zdrowienia	42
4.1 Terminologiczne i funkcjonalne aspekty wsparcia psychologicznego	42
4.2 Modele i mechanizmy oddziaływania wsparcia psychologicznego w chorobie nowotworowej	44
4.3 Potrzeby emocjonalne kobiet po leczeniu onkologicznym	46
4.4 Formy pomocy psychologicznej w remisji raka piersi	48
4.5 Satysfakcja z pomocy psychologicznej jako czynnik adaptacyjny	51
5. Część empiryczna	53
5.1 Uzasadnienie przyczyny i celu badania	53
5.1.1 Przewidywania, pytania badawcze i wyprowadzenie hipotez	55
5.1.2 Pytania badawcze	57



5.1.3	Hipotezy	57
5.1.4	Zmienne	58
5.2	Charakterystyka badanej grupy.....	60
5.2.1	Wybrane dane socjodemograficzne i kontekstowe badanej próby	60
5.3	Przebieg i organizacja badania	63
5.4	Metoda badania.....	64
5.5	Narzędzia pomiarowe	65
6	Analiza wyników.....	68
6.1	Statystyki opisowe.....	68
6.2	Analizy wstępne.....	69
6.3	Weryfikacja hipotez.....	70
6.3.1	Hipoteza pierwsza	70
6.3.2	Hipoteza druga.....	70
6.3.3	Hipoteza trzecia	71
6.3.4	Hipoteza czwarta	71
7	Dyskusja wyników	72
7.1	Implikacje dla wsparcia psychologicznego	76
8	Ograniczenia i perspektywy dalszych badań	79
9	Zakończenie	80
	Bibliografia	82
	Spis tabel	91
	Spis wykresów.....	92



Wstęp

Postęp medycyny onkologicznej oraz rozwój metod diagnostycznych i terapeutycznych sprawiły, że rak piersi coraz częściej postrzegany jest jako choroba o charakterze przewlekłym, a liczba kobiet wchodzących w okres remisji systematycznie wzrasta (DeSantis i inni, 2021). Zakończenie aktywnego leczenia nie oznacza jednak automatycznego powrotu do pełnego dobrostanu psychicznego, a konsekwencje tego etapu mogą ujawniać się w różnych obszarach życia. Remisja stanowi okres, w którym poprawa stanu zdrowia współwystępuje z koniecznością stopniowego odnajdywania się w zmienionej rzeczywistości oraz kształtowania nowej perspektywy dalszego funkcjonowania.

Jak podkreśla Heszen-Niejodek (2021), proces zdrowienia po chorobie obejmuje nie tylko wymiar biologiczny, lecz również długotrwałą adaptację psychiczną, związaną z radzeniem sobie z niepewnością, stresem oraz zmianami w funkcjonowaniu emocjonalnym i egzystencjalnym. W tym ujęciu remisja po leczeniu raka piersi może mieć charakter złożonego, a także dynamicznego procesu, w którym obok ulgi i względnej stabilizacji pojawiają się również trudności adaptacyjne oraz dystres emocjonalny. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że jednym z istotnych przejawów tych trudności jest lęk o charakterze uogólnionym, który może utrzymywać się niezależnie od stabilizacji stanu zdrowia i wpływać na codzienne funkcjonowanie psychiczne kobiet w okresie remisji. Jednocześnie podkreśla się rolę zasobów osobistych, w tym poczucia sensu życia, jako czynnika sprzyjającego adaptacji do doświadczeń granicznych (Walden-Gałuszko, 2021).

Dotychczasowe badania dotyczące funkcjonowania psychicznego kobiet po leczeniu raka piersi koncentrowały się głównie na wybranych aspektach adaptacji psychicznej, takich jak lęk, obniżony nastrój czy ogólna jakość życia, analizowanych najczęściej w obrębie względnie jednorodnych grup badawczych. Rzadziej podejmowano analizy uwzględniające zróżnicowanie doświadczeń psychicznych w zależności od etapu remisji choroby, mimo że z perspektywy klinicznej remisja stanowi proces zmienny i rozciągnięty w czasie (Didkowska i Wojciechowska, 2023).

Szczególnie słabo rozpoznany obszarem pozostaje pierwszy rok remisji długoterminowej, przypadający na okres kilku lat po zakończeniu leczenia onkologicznego. Etap ten wiąże się ze zmianą organizacji opieki medycznej, rzadszym kontaktem ze specjalistami oraz większą odpowiedzialnością pacjentek za monitorowanie własnego stanu zdrowia, co może stanowić potencjalne źródło wtórnego obciążenia emocjonalnego. Znaczenie



tych czynników dla funkcjonowania psychicznego kobiet w tym okresie pozostaje jednak niewystarczająco udokumentowane empirycznie (McKenzie i inni, 2021; Kerr i inni, 2021).

W tym kontekście istotnym, a jednocześnie nadal niedostatecznie rozpoznanym zagadnieniem jest subiektywna ocena wsparcia psychologicznego otrzymywanego przez kobiety po leczeniu raka piersi. W literaturze zwraca się uwagę, że zagadnienie to bywa analizowane przede wszystkim w odniesieniu do dostępności pomocy psychologicznej, rzadziej natomiast w kontekście jej adekwatności oraz subiektywnej satysfakcji z udzielanego wsparcia, co ogranicza możliwość pełniejszego rozpoznania rzeczywistych potrzeb pacjentek w okresie remisji (Ułaniecka, 2021). Jednocześnie brakuje badań, które w sposób porównawczy uwzględniałyby różne fazy remisji raka piersi, analizując łącznie poziom lęku uogólnionego, poczucie sensu życia oraz subiektywną ocenę wsparcia psychologicznego, ze szczególnym uwzględnieniem pierwszego roku remisji długoterminowej.

Celem niniejszej pracy było porównanie funkcjonowania psychologicznego kobiet po leczeniu raka piersi w zakresie nasilenia lęku uogólnionego, poczucia sensu życia oraz satysfakcji z otrzymywanego wsparcia psychologicznego, z uwzględnieniem dwóch odmiennych faz remisji choroby. Badanie obejmowało kobiety znajdujące się we wczesnej remisji, rozumianej jako okres do dwóch lat po zakończeniu leczenia, oraz kobiety pozostające w pierwszym roku remisji długoterminowej, przypadającym na okres między piątym a szóstym rokiem od zakończenia terapii. Celem aplikacyjnym pracy było sformułowanie implikacji dla praktyki psychologii klinicznej, ukierunkowanych na projektowanie wsparcia psychologicznego adekwatnego do etapu zdrowienia oraz zmieniających się potrzeb kobiet po leczeniu raka piersi.

1. Charakterystyka raka piersi w przebiegu remisji

1.1 Epidemiologia raka piersi

Rak piersi stanowi najczęściej rozpoznawany nowotwór złośliwy u kobiet na świecie i jest jedną z głównych przyczyn zgonów onkologicznych w tej populacji. Według danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem w 2024 roku zarejestrowano około 2,3 miliona nowych przypadków raka piersi (*International Agency for Research on Cancer, IARC, 2024*), co odpowiada niemal jednej czwartej wszystkich nowotworów diagnozowanych u kobiet. Skala tego zjawiska sprawia, że rak piersi pozostaje jednym z kluczowych problemów współczesnej onkologii. Jednocześnie postęp w zakresie diagnostyki oraz rosnąca skuteczność terapii przekładają się na systematyczną poprawę przeżywalności, podkreślając znaczenie badań nad funkcjonowaniem psychospołecznym pacjentek w okresie remisji i zdrowienia (Miller i in., 2022).

Występowanie raka piersi wykazuje istotne zróżnicowanie między krajami o odmiennym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego. W państwach wysoko uprzemysłowionych, takich jak Stany Zjednoczone, Kanada, kraje Europy Zachodniej czy region skandynawski, wskaźniki zapadalności należą do najwyższych na świecie. W populacjach tych regionów istotną rolę odgrywają czynniki demograficzne i środowiskowe, w tym wydłużenie średniej długości życia, łatwiejszy dostęp do badań przesiewowych oraz rozpowszechnienie wzorców stylu życia charakterystycznych dla społeczeństw zachodnich (Bray i in., 2021; Sung i in., 2021). Jednocześnie obserwuje się relatywnie niższą umieralność, będącą skutkiem wcześniejszego wykrywania zmian, szerszego dostępu do nowoczesnych metod leczenia oraz dobrze rozwiniętej profilaktyki wtórnej (IARC, 2024).

Odwrotny schemat epidemiologiczny prezentuje się w państwach o niższym poziomie rozwoju, w tym w krajach Afryki Subsaharyjskiej (np. Nigeria, Ghana, Kenia), Azji Południowej (np. Indie, Pakistan) oraz Ameryki Południowej (np. Boliwia, Peru), gdzie zachorowalność pozostaje relatywnie niższa, natomiast śmiertelność wyraźnie wyższa. Przyczyn tej nierównowagi upatruje się przede wszystkim w niskim poziomie edukacji i świadomości zdrowotnej, ograniczonym dostępie do opieki medycznej oraz opóźnionym rozpoznawaniem choroby (Ferlay i in., 2021). Dodatkowe znaczenie mają uwarunkowania społeczne oraz kulturowe, wpływające na postawy wobec profilaktyki onkologicznej,



co w konsekwencji ogranicza możliwości terapeutyczne i pogarsza rokowanie (*United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women*, UN Women, 2023).

W perspektywie porównawczej Polska wpisuje się w wzorce obserwowane w krajach wysokorozwiniętych. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów rak piersi pozostaje dominującą jednostką onkologiczną wśród kobiet, wyprzedzając raka płuca, na którego zapada rocznie około 8-9 tysięcy pacjentek oraz raka jelita grubego, diagnozowanego w blisko 7 tysiącach przypadków (KRN, 2024). Liczba nowych przypadków raka piersi sięga około 20-23 tysięcy rocznie, przy utrzymującej się liczbie zgonów na poziomie około 7 tysięcy. W ostatnich dwóch dekadach widoczny jest systematyczny wzrost liczby rozpoznań. Najwyższą wykrywalność notuje się w województwach mazowieckim, śląskim i wielkopolskim, co częściowo można wiązać z lepszą dostępnością do diagnostyki onkologicznej (Didkowska i Wojciechowska, 2023).

Zachodzące w ostatnich latach zmiany w strukturze wiekowej pacjentek odzwierciedlają szersze przemiany systemowe i gospodarcze, kształtujące ich codzienne funkcjonowanie. Choć najwyższą zapadalność nadal notuje się w piątej i szóstej dekadzie (50-69 lat), coraz częściej rozpoznawane jest także u kobiet przed 40. rokiem życia, co stanowi istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego (Didkowska i Wojciechowska, 2023). Zjawisko to interpretowane jest w kontekście procesów społeczno-ekonomicznych, oddziałujących na decyzje reprodukcyjne, zawodowe oraz zdrowotne kobiet (UN Women, 2024). W obliczu tych procesów szczególnego znaczenia nabierają działania z zakresu profilaktyki oraz wczesnej diagnostyki, które pozwalają nie tylko zwiększyć skuteczność leczenia, ale także ograniczyć długofalowe psychospołeczne konsekwencje choroby.

Wczesne wykrycie raka piersi ma kluczowe znaczenie zarówno dla rokowania, jak i poziomu wskaźników przeżywalności. Dane Ministerstwa Zdrowia wskazują, że odsetek pięcioletnich przeżyć kobiet, u których nowotwór został wykryty we wczesnym stadium, wynosi około 90%, podczas gdy w przypadkach zaawansowanych spada do 30-40% (MZ, 2024). Od 2006 roku w Polsce funkcjonuje Narodowy Program Profilaktyki Raka Piersi, obejmujący regularne badania mammograficzne adresowane do kobiet w wieku 50-69 lat. Zgodnie z raportem MZ (2025) uczestnictwo w programie utrzymuje się na poziomie około 40% populacji uprawnionej. Niska frekwencja w badaniach przesiewowych może wynikać nie tylko z ograniczeń organizacyjnych, ale także barier natury psychologicznej, w szczególności lęku przed diagnozą, braku zaufania do systemu opieki zdrowotnej czy tendencji do unikania



konfrontacji z ryzykiem choroby. Powyższe aspekty stanowią istotny obszar zainteresowania psychoonkologii, która akcentuje znaczenie czynników emocjonalnych i poznawczych w kształtowaniu postaw prozdrowotnych oraz decyzji dotyczących uczestnictwa w profilaktyce onkologicznej.

Pomimo rosnącej liczby zachorowań, postęp medycyny sprawił, że w Polsce żyje obecnie ponad 200 tysięcy kobiet po przebytych leczeniu raka piersi, co potwierdza wysoką skuteczność współczesnych strategii terapeutycznych (Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, NIO-PIB, 2024). Zjawisko to uwidacznia coraz większą populację pacjentek pozostających w fazie zdrowienia, dla których choroba nowotworowa stanowi doświadczenie o trwałych konsekwencjach emocjonalnych i społecznych. Dane epidemiologiczne nie tylko ukazują skalę problemu zdrowotnego, lecz także sygnalizują potrzebę pogłębionej analizy jakości życia, procesów adaptacyjnych oraz czynników sprzyjających powrotowi do codziennego funkcjonowania po zakończeniu leczenia. Zarysowany obraz problemu stanowi punkt wyjścia do dalszych rozważań nad psychologicznym wymiarem choroby oraz jej wpływem na sytuację kobiet w perspektywie klinicznej.

1.2 Obraz kliniczny choroby

Rak piersi jest złośliwym nowotworem gruczołu sutkowego, który powstaje z komórek nabłonkowych przewodów mlecznych lub zrazików i charakteryzuje się zdolnością do niekontrolowanego wzrostu, naciekania tkanek oraz tworzenia przerzutów odległych (*World Health Organization, WHO, 2024*). W ujęciu biologicznym proces nowotworzenia obejmuje zaburzenia regulacji cyklu komórkowego, różnicowania i apoptozy, prowadzące do utraty równowagi pomiędzy namnażaniem a obumieraniem komórek (Harbeck i Gnant, 2017). Złożoność tych mechanizmów przekłada się na niejednorodny charakter raka piersi, który warunkuje zróżnicowanie cech histopatologicznych, molekularnych i klinicznych, a tym samym wpływa na dynamikę choroby, skuteczność leczenia oraz długoterminowe rokowania. (Perou i in., 2000; Cardoso i in., 2020). Heterogeniczność ta ma również znaczenie psychologiczne, determinując indywidualny sposób doświadczania choroby oraz jej następstwa dla dalszego funkcjonowania pacjentek.



Na poziomie histopatologicznym wyróżnia się postacie rozwijające się w obrębie przewodów mlecznych (rak przewodowy) oraz zrazików gruczołu piersiowego (rak zrazikowy), które mogą pozostawać ograniczone do tkanki piersi lub przyjmować postać naciekającą z tendencją do przerzutowania (Giaquinto i in., 2024). Współczesna klasyfikacja kliniczna uwzględnia także profil molekularny nowotworu, wyróżniając podtypy luminalne, HER2-dodatnie oraz potrójnie ujemne, które różnią się dynamiką przebiegu choroby, wrażliwością na leczenie oraz rokowaniem (Perou i in., 2000; Cardoso i in., 2020). Zróżnicowanie to determinuje sposób prowadzenia terapii, jej długość i intensywność, a tym samym wpływa na indywidualne doświadczenie choroby przez pacjentki.

W początkowym stadium rak piersi może przebiegać bezobjawowo, a pierwszym sygnałem bywa obecność niebolesnego zgrubienia w obrębie gruczołu piersiowego lub węzłów chłonnych pachowych. Wraz z postępowaniem procesu chorobowego pojawiają się objawy miejscowe, takie jak zmiana kształtu lub wielkości piersi, wciągnięcie brodawki sutkowej, wydzielina z brodawki czy zmiany skórne o typie tzw. „skórki pomarańczowej” (WHO, 2024). W bardziej zaawansowanych stadiach obserwuje się objawy ogólnoustrojowe związane z przerzutami do kości, płuc, wątroby lub mózgu, prowadzące do istotnego pogorszenia funkcjonowania somatycznego i jakości życia pacjentek (Cardoso i in., 2020).

Etiologia raka piersi ma charakter wieloczynnikowy i obejmuje uwarunkowania genetyczne, hormonalne, reprodukcyjne oraz środowiskowe. Szczególne znaczenie przypisuje się mutacjom w genach BRCA1 i BRCA2 zwiększającym ryzyko zachorowania nawet kilkunastokrotnie oraz długotrwałej ekspozycji na estrogeny i progesteron (Clemons i Goss, 2001). Do czynników środowiskowych i stylu życia zalicza się m.in. ekspozycję na promieniowanie jonizujące, hormonalną terapię zastępczą, spożywanie alkoholu oraz niski poziom aktywności fizycznej, które wpływają na gospodarkę hormonalną i nasilają procesy proliferacyjne w obrębie tkanek gruczołowych (Collaborative Group, 2019). W literaturze podkreśla się znaczenie interakcji między predyspozycjami genetycznymi a wpływem środowiska prowadzącymi do indywidualnego zróżnicowania ryzyka zachorowania. Z perspektywy psychofizjologicznej coraz większą uwagę zwraca się również na wpływ przewlekłego stresu i długofalowej aktywacji osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, które mogą modyfikować przebieg choroby i proces zdrowienia, sprzyjając obniżeniu zdolności regeneracyjnych oraz zwiększeniu podatności na przeciążenie emocjonalne, co ma szczególne znaczenie w kontekście długotrwałego leczenia onkologicznego i okresu remisji (Antoni i in., 2006).



Leczenie raka piersi ma charakter złożony i wieloetapowy, odzwierciedlając zarówno biologiczną heterogenność choroby, jak i konieczność indywidualizacji postępowania terapeutycznego. Podstawowym elementem leczenia pozostaje chirurgia onkologiczna, obejmująca zabiegi oszczędzające (lumpektomia, kwadrantektomia) lub całkowite usunięcie gruczołu piersiowego (mastektomia), często z jednoczesnym usunięciem węzłów chłonnych pachowych lub wykonaniem biopsji węzła wartowniczego (Jassem i in., 2023). Dobór techniki operacyjnej zależy od stopnia zaawansowania nowotworu, jego lokalizacji, wieku pacjentki oraz możliwości zachowania efektu kosmetycznego. W ostatnich latach coraz większe znaczenie zyskują zabiegi rekonstrukcyjne piersi, które stanowią integralny element leczenia i wpływają korzystnie na jakość życia kobiet po terapii (Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, 2023).

Uzupełnieniem leczenia operacyjnego jest radioterapia, której celem pozostaje eliminacja pozostałych komórek nowotworowych i redukcja ryzyka nawrotu choroby (Polskie Towarzystwo Onkologiczne, 2023). W zależności od wskazań stosuje się teleradioterapię, polegającą na zewnętrznym napromienianiu pola operacyjnego lub brachyterapię, wykorzystującą źródła promieniowania umieszczone bezpośrednio w tkance piersi. Obie metody odgrywają istotną rolę w ograniczaniu ryzyka wznowy miejscowej choroby oraz poprawie wyników leczenia (Koczwarą i in., 2022).

Leczenie systemowe obejmuje chemioterapię, hormonoterapię i immunoterapię, które dobierane są indywidualnie. Chemioterapia, stosowana najczęściej w przypadkach nowotworów o wysokim stopniu złośliwości, ma na celu eliminację komórek nowotworowych pozostających poza miejscem guza pierwotnego (Cardoso i in., 2020). W przypadku nowotworów hormonozależnych podstawę postępowania stanowi hormonoterapia, ukierunkowana na blokowanie działania estrogenów poprzez stosowanie selektywnych modulatorów receptorów hormonalnych lub inhibitorów aromatazy (Hadji i in., 2021). Leczenie to, choć długotrwałe, stanowi kluczowy element terapii u kobiet z rakiem piersi wykazującym ekspresję receptorów estrogenowych i progesteronowych.

W wybranych przypadkach stosuje się również nowoczesne metody celowane, takie jak immunoterapia i terapia anti-HER2, wykorzystujące przeciwciała monoklonalne (np. trastuzumab) w celu hamowania proliferacji komórek nowotworowych wykazujących nadekspresję receptora HER2 (Perou i in., 2000; *National Comprehensive Cancer Network*, NCCN, 2024). Całokształt postępowania terapeutycznego wymaga ścisłej współpracy zespołu



specjalistów, onkologów, chirurgów, radioterapeutów, rehabilitantów i psychologów, co umożliwia kompleksowe podejście do procesu leczenia i rekonwalescencji (NIO-PIB, 2024).

Zróznicowany przebieg kliniczny oraz wieloetapowe leczenie sprawiają, że coraz większa liczba kobiet przechodzi raka piersi jako chorobę przewlekłą, wymagającą długoterminowej adaptacji. Faza zdrowienia, określana jako remisja, nie ogranicza się wyłącznie do monitorowania stanu somatycznego, lecz wiąże się z koniecznością rekonstrukcji funkcjonowania psychicznego i społecznego po doświadczeniu choroby nowotworowej. Uwzględnienie tej perspektywy stanowi istotny kontekst dla dalszych rozważań nad psychologicznymi aspektami życia kobiet po leczeniu raka piersi.

1.3 Remisja w ujęciu medycznym i psychologicznym

Remisja nowotworowa stanowi kluczowy etap przebiegu raka piersi, rozpoczynający się po zakończeniu leczenia przyczynowego i charakteryzujący się brakiem aktywnego procesu chorobowego lub jego znacznym osłabieniem. W medycynie jej rozpoznanie opiera się na wynikach badań obrazowych i laboratoryjnych, które pozwalają ocenić skuteczność terapii oraz zaplanować dalszy nadzór (*National Cancer Institute*, NCI, 2022). Z perspektywy psychologii zdrowia remisja postrzegana jest jako etap przejściowy, w którym stabilizacja stanu somatycznego współwystępuje z koniecznością adaptacji do trwałych zmian wynikających z doświadczenia choroby, co tworzy przestrzeń do analizy zjawisk psychologicznych charakterystycznych dla tego okresu.

Koncepcja *survivorship* zaproponowana przez Mullana (1985) i rozwijana w kolejnych ujęciach teoretycznych opisuje remisję jako proces wieloetapowego odzyskiwania równowagi, obejmujący zarówno zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym pacjentek (Vachon, 2006), jak i procesy nadawania sensu doświadczeniu choroby (Park i in., 2010). *Survivorship* ujmowane jest jako długofalowy mechanizm adaptacyjny, obejmujący kolejne fazy zdrowienia, w ramach których ewoluują potrzeby, wyzwania oraz mechanizmy przystosowawcze jednostki. Istotnym elementem tego procesu jest integracja doświadczeń leczenia z dotychczasowym przebiegiem życia, co sprzyja ich włączaniu w spójną narrację dotyczącą własnej sytuacji zdrowotnej. Adaptacja psychiczna w okresie remisji obejmuje także modyfikację przekonań odnoszących się do kontroli nad ciałem, poczucia sprawczości oraz przewidywalności przyszłości, które ulegają istotnym zmianom w następstwie doświadczenia



choroby nowotworowej. Mechanizm ten, zgodnie z założeniami teorii stresu i radzenia sobie, sprzyja stopniowemu odzyskiwaniu stabilności psychicznej i poczucia bezpieczeństwa (Lazarus i Folkman, 1984).

W przebiegu choroby nowotworowej remisja może mieć charakter całkowity, kiedy nie stwierdza się klinicznych oznak choroby lub częściowy, gdy obserwuje się zmniejszenie nasilenia zmian wymagające dalszej kontroli. Oba warianty remisji wiążą się z występowaniem następstw leczenia, które mogą utrzymywać się przez wiele lat po zakończeniu terapii. W literaturze przedmiotu wyróżnia się następstwa długotrwałe, obecne już w trakcie terapii i utrzymujące się przez co najmniej pięć lat, takie jak zaburzenia poznawcze, neuropatie, przewlekłe zmęczenie czy obniżony nastrój oraz następstwa odległe, ujawniające się po dłuższym czasie i mogące obejmować zaburzenia hormonalne, dysfunkcje układu mięśniowo-szkieletowego czy wtórne schorzenia wynikające z przebytego leczenia (Ahles i Root, 2018).

Wyniki badań wskazują, że okres remisji często wiąże się ze zwiększoną reaktywnością psychiczną oraz złożonymi procesami regulacji afektywnej (Park i in., 2010; Stanton, 2012; Mehnert i in., 2013). Choć etap ten bywa społecznie utożsamiany z powrotem do zdrowia, w rzeczywistości często towarzyszy mu nasilony lęk, wynikający z ograniczenia regularnego nadzoru specjalistycznego oraz zmniejszonej dostępności badań kontrolnych. Wzrostowi napięcia sprzyjają także tendencje do nadmiernego monitorowania sygnałów płynących z ciała i interpretowania ich w kategoriach potencjalnych objawów wznowy raka. Utrzymujące się poczucie zagrożenia mimo braku klinicznych oznak choroby określane jest w literaturze jako „efekt miecza Damoklesa” (Crist i Grunfeld, 2013; Simard i Savard, 2015). W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera rola otoczenia społecznego, które w okresie diagnozy i leczenia stanowiło kluczowe źródło wsparcia, natomiast po zakończeniu terapii często oczekuje od kobiet szybkiego powrotu do wcześniejszej aktywności i pełni ról życiowych. Zderzenie tych oczekiwań z rzeczywistym doświadczeniem emocjonalnym pacjentek, wciąż obciążonych lękiem i niepewnością, może prowadzić do poczucia niezrozumienia, izolacji oraz utrudniać proces adaptacji psychicznej.

Jednym z kluczowych następstw okresu remisji jest przewlekłe zmęczenie nowotworowe (*Cancer-Related Fatigue*, w skrócie: CRF), przejawiające się jako trwałe, niewspółmierne do podejmowanej aktywności poczucie wyczerpania, które nie ustępuje mimo odpoczynku i może utrzymywać się przez wiele miesięcy lub lat (Bower, 2014). Etiologia tego zjawiska ma charakter wieloczynnikowy i obejmuje zarówno mechanizmy biologiczne, jak



i emocjonalne, w tym przewlekłą aktywację procesów zapalnych, dysregulację neuroendokrynną oraz utrzymującą się niepewność zdrowotną (Ahles i Root, 2018; Janelins i in., 2017). CRF często współwystępuje z zaburzeniami snu, obniżonym nastrojem oraz nasilonym lękiem, wpływając na spowolnienie procesu odzyskiwania równowagi psychofizycznej (Ferguson i in., 2021). Wspomniane trudności mogą prowadzić do osłabienia funkcjonowania poznawczego, przejawiającego się obniżeniem koncentracji, spowolnieniem przetwarzania informacji oraz pogorszeniem pamięci. Ograniczona liczba badań podłużnych oraz brak jednolitych kryteriów diagnostycznych utrudniają jednoznaczną ocenę zakresu i trwałości tych deficytów (Wefel i in., 2015). Wieloaspektowy charakter CRF podkreśla złożoność następstw remisji i skłania do refleksji nad innymi obszarami życia, które pozostają pod wpływem tych procesów.

Zmiany wynikające z interwencji medycznych mogą prowadzić do trwałych przekształceń w relacji z własnym ciałem oraz wpływać na sferę seksualności, stanowiącą obszar szczególnie wrażliwy na fizyczne, emocjonalne i tożsamościowe aspekty zdrowienia (Kufel-Grabowska, 2022). Zabiegi chirurgiczne, takie jak mastektomia czy rekonstrukcja piersi, wiążą się z koniecznością redefinicji kobiecości i poczucia atrakcyjności (Zajac, 2018). Wpływ tych zmian może obejmować zarówno sferę cielesności, jak i postrzeganie własnej wartości oraz zdolność do budowania bliskości emocjonalnej i fizycznej (Smedsland i in., 2023). Niepewność dotycząca wyglądu, lęk przed oceną partnera i obawy związane z ponownym podejmowaniem aktywności seksualnej mogą dodatkowo nasilać dystans emocjonalny oraz ograniczać satysfakcję z relacji (Smith i in., 2022). W tym kontekście istotnego znaczenia nabiera jakość komunikacji i wsparcia w związku, które mogą sprzyjać odbudowie poczucia bezpieczeństwa oraz wzmacniać proces akceptacji zmian cielesnych.

Okres remisji po leczeniu raka piersi stanowi złożony etap funkcjonowania, w którym stabilizacja stanu somatycznego współwystępuje z koniecznością mierzenia się z trwałymi następstwami choroby oraz ich konsekwencjami dla sfery psychicznej, relacyjnej i obrazu siebie. Utrzymujące się objawy fizyczne, zaburzenia funkcji poznawczych, lęk przed nawrotem choroby oraz zmiany w postrzeganiu własnej cielesności wskazują, że remisja nie oznacza prostego powrotu do stanu sprzed zachorowania, lecz wymaga długofalowej adaptacji psychicznej i społecznej. Doświadczenia kobiet w tym okresie kształtują się w wyniku dynamicznego współdziałania procesów biologicznych, emocjonalnych i społecznych, które wpływają na sposób organizowania codziennego funkcjonowania oraz nadawania znaczeń własnemu zdrowiu i tożsamości. Z tego względu zasadne staje się wyodrębnienie



kolejnych faz remisji, różniących się zakresem wyzwań i potrzeb, co umożliwiłoby bardziej precyzyjne ujęcie dynamiki procesu zdrowienia oraz zrozumienie jego psychologicznych uwarunkowań (McCabe i in., 2021).

1.4 Fazy adaptacji po leczeniu nowotworowym

Zróznicowanie doświadczeń kobiet po leczeniu raka piersi wskazuje na zasadność ujmowania remisji jako procesu etapowego, w którym poszczególne fazy wyznaczają odmienne okresy adaptacji psychicznej i somatycznej (Mullan, 1985; Stanton, 2012). Podejście to, szeroko stosowane w badaniach z zakresu psychologii zdrowia i psychoonkologii, pozwala traktować remisję nie jako jednorodny stan zdrowienia, lecz jako dynamiczny proces, w którym wraz z upływem czasu zmieniają się dominujące objawy, reakcje emocjonalne oraz sposoby radzenia sobie z ich konsekwencjami (Mehnert i in., 2013; Park i in., 2010). W literaturze przedmiotu najczęściej wyróżnia się trzy zasadnicze etapy remisji określane jako faza wczesna, pośrednia oraz długoterminowa, różniące się nasileniem objawów somatycznych, profilem reakcji psychicznych oraz zakresem wyzwań adaptacyjnych (Mullan, 1985; Stanton, 2012). Przyjęcie takiego ujęcia stanowi użyteczną ramę teoretyczną dla analiz psychologicznych i umożliwia bardziej precyzyjniejsze opisywanie zmian zachodzących w funkcjonowaniu kobiet po terapii onkologicznej.

1.4.1 Faza wczesnej remisji

Faza wczesnej remisji obejmuje pierwsze dwa lata po zakończeniu leczenia przyczynowego i stanowi etap intensywnych przemian w funkcjonowaniu kobiet. Jest to okres reorganizacji psychicznej i somatycznej, w którym stabilizacja stanu zdrowia współwystępuje z podwyższonym poziomem niepewności dotyczącej dalszego przebiegu choroby (Mullan, 1985; Stanton, 2012). Badania wskazują, że wpływ doświadczeń terapeutycznych pozostaje w tym czasie silnie obecny w codziennym życiu, a procesy adaptacyjne zaczynają się kształtować (Park i in., 2010; Mehnert i in., 2013). Charakterystyczne dla tego etapu jest utrzymywanie się podwyższonego napięcia psychicznego, obejmującego zarówno ogólną lękliwość, jak i trudności w odzyskiwaniu poczucia kontroli, co odzwierciedla przejście od intensywnego leczenia do bardziej



autonomicznego funkcjonowania, któremu często towarzyszy ambiwalencja ulgi i obaw (Crist i Grunfeld, 2013).

W wymiarze somatycznym w fazie wczesnej utrzymują się następstwa leczenia, takie jak przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu, dolegliwości bólowe oraz trudności w zakresie funkcji poznawczych określane w literaturze jako *chemobrain*, związane z neurotoksycznym działaniem chemioterapii oraz zaburzeniami regulacji neuroendokrynnej (Bower, 2014; Ahles i Root, 2018). Objawy te mogą pojawiać się już w pierwszych miesiącach po zakończeniu terapii i wpływać na tempo odzyskiwania stabilizacji emocjonalnej, społecznej i poznawczej, a u części kobiet stanowią czynnik ryzyka utrzymywania się deficytów kognitywnych w dalszych fazach remisji (Henneghan i Stuifbergen, 2021).

Podwyższony poziom napięcia emocjonalnego w fazie wczesnej często przyjmuje postać lęku uogólnionego, którego nasilenie pozostaje zmienne i zależne od interpretacji doznań cielesnych oraz sytuacji związanych z bieżącym monitorowaniem stanu zdrowia, takich jak oczekiwanie na wyniki badań czy pojawienie się trudnych do jednoznacznej oceny objawów somatycznych (Simard i Savard, 2015; Janelsins i in., 2017). Równolegle obserwuje się lęk przed nawrotem choroby oraz obniżony poziom poczucia sensu życia, typowy dla wczesnych etapów adaptacji egzystencjalnej, w których procesy nadawania znaczeń dopiero się kształtują (Mehnert i in., 2013). U części kobiet występują również objawy o charakterze traumatycznym, takie jak intruzyjne wspomnienia, wzmożona pobudliwość czy unikanie bodźców skojarzonych z doświadczeniem choroby, co może dodatkowo utrudniać proces odzyskiwania równowagi psychicznej (Tedeschi i Calhoun, 2004).

Złożoność pierwszych miesięcy remisji nadaje temu etapowi charakter okresu przejściowego, w którym stabilizacja stanu somatycznego współistnieje z utrzymującą się niestabilnością emocjonalną oraz ograniczoną gotowością do refleksji nad doświadczeniem choroby. Pomimo formalnej dostępności wsparcia psychologicznego kontakt z psychologiem bywa w tym okresie oceniany jako niedostosowany do aktualnych potrzeb, co wynika z przewagi reakcji lękowych, poczucia zagrożenia oraz koncentracji na objawach fizycznych. W konsekwencji proces adaptacji psychicznej przebiega nierównomiernie, a tempo odzyskiwania równowagi pozostaje silnie zależne od dopasowania udzielanego wsparcia do etapu remisji oraz indywidualnych zasobów kobiet (Foster i in., 2020).



1.4.2 Faza pośrednia remisji

Faza pośrednia remisji, przypadająca na okres od drugiego do piątego roku po leczeniu, opisywana jest w literaturze jako okres konsolidacji procesów adaptacyjnych, w którym wcześniejsze reakcje emocjonalne i somatyczne stopniowo ulegają stabilizacji (Mullan, 1985; Stanton, 2012). Na tym etapie doświadczenie choroby pozostaje istotnym punktem odniesienia, jednak nie determinuje już w takim stopniu codziennego funkcjonowania. Pacjentki odzyskują poczucie sprawczości, odbudowują rytm dnia i powracają do aktywności bardziej zbliżonych do okresu sprzed diagnozy (Keesing i in., 2022).

Aspekt biologiczny rekonwalescencji w fazie pośredniej obejmuje pozostałości skutków terapii, których nasilenie z czasem ulega zmniejszeniu. Niektóre dolegliwości fizyczne wynikają z długotrwałych zmian w funkcjonowaniu układów regulacyjnych organizmu oraz z kontynuacji leczenia uzupełniającego. Najczęściej obserwuje się przewlekłe zmęczenie, bóle mięśniowo-stawowe oraz objawy związane z terapią hormonalną (Bower, 2014; Ahles i Root, 2018). Dodatkowo u części kobiet nadal utrzymują się trudności w zakresie funkcji poznawczych, szczególnie w sytuacjach zwiększonego obciążenia zadaniami, co wpływa na tempo readaptacji oraz wymaga bieżącego dostosowywania aktywności do możliwości organizmu (Henneghan i Stuifbergen, 2021).

Wraz z upływem czasu lęk przed nawrotem choroby stopniowo słabnie, przekształcając się w bardziej ustabilizowaną formę niepokoju współlistniejącą z normalizującym się rytmem życia (Simard i Savard, 2015; Mehnert i in., 2013). W tym okresie mogą utrzymywać się łagodne objawy lęku uogólnionego oraz epizody obniżonego nastroju, szczególnie w sytuacjach związanych z ograniczeniami w powrocie do aktywności zawodowej i społecznej (Stanton, 2012; Bower, 2014). Postępującej stabilizacji towarzyszy zmiana struktury opieki medycznej, obejmująca etapowe wydłużanie odstępów między wizytami kontrolnymi zgodnie ze standardowym modelem nadzoru onkologicznego (Mehnert i in., 2013). Zmniejszenie intensywności monitorowania sprzyja odzyskiwaniu poczucia sprawczości oraz utrwalaniu bardziej zharmonizowanych reakcji afektywnych (Stanton, 2012). W tym okresie część kobiet podejmuje refleksję nad dalszym kierunkiem życia i zaczyna ponownie szukać jego sensu (Neimeyer, 2019).

Pomimo utrzymujących się trudności faza pośrednia charakteryzuje się względną stabilizacją funkcjonowania oraz bardziej ugruntowanym procesem przystosowania



psychicznego niż okres bezpośrednio po zakończeniu leczenia (Keesing i in., 2022). Z perspektywy przyjętych założeń badawczych etap ten nie stanowi ani fazy największej intensyfikacji lęku, ani momentu jego ponownego narastania, co uzasadnia koncentrację analizy empirycznej na dwóch skrajnych etapach procesu remisji.

1.4.3 Faza długoterminowa remisji

Istotnym momentem w przebiegu zdrowienia po raku piersi jest wejście w etap długoterminowej remisji, który wiąże się ze zmianą organizacji opieki lekarskiej oraz funkcjonowania psychospołecznego kobiet. W pierwszych latach po terapii kontrole medyczne odbywają się stosunkowo często, jednak wraz z upływem czasu interwały między nimi ulegają wydłużeniu. Po przekroczeniu około pięcioletniego okresu stabilnego przebiegu klinicznego nadzór onkologiczny ogranicza się zazwyczaj do corocznych badań kontrolnych i przekazania pacjentki do podstawowej opieki zdrowotnej, co stanowi jakościowo odmienny kontekst doświadczeń w porównaniu z wcześniejszymi etapami remisji (MZ, 2024). Taka reorganizacja bywa interpretowana zarówno w kategoriach potwierdzenia skuteczności leczenia, jak również utraty dotychczasowej strukturalnej ochrony medycznej.

Szczególnie wyraźny wzrost obciążenia afektywnego obserwuje się w okresie przejścia w fazę długoterminowej remisji, przypadającą na czas między piątym a szóstym rokiem po zakończeniu aktywnego leczenia. Przeniesienie odpowiedzialności za monitorowanie stanu zdrowia na pacjentkę i konieczność samodzielnej interpretacji sygnałów somatycznych współwystępujących z długofalowymi skutkami leczenia, może utrwalać niepokój i prowadzić do rozwoju lęku uogólnionego, którego nasilenie bywa porównywalne z okresem wczesnej remisji (Runowicz i in., 2016; Koch-Gallenkamp i in., 2016).

W literaturze podkreśla się, że przewlekły lęk o charakterze uogólnionym może w tej fazie stanowić czynnik ryzyka rozwoju klinicznych postaci zaburzeń psychicznych, wśród których najczęściej wymienia się zaburzenia depresyjne, nasilony lęk przed nawrotem choroby, zaburzenia hipochondryczne, kancerofobię, zaburzenia adaptacyjne oraz inne zaburzenia afektywne o przewlekłym przebiegu (Simard i Savard, 2015; Runowicz i in., 2016; Stanton, 2012). Badania wskazują, że u około 15-30 procent kobiet objawy lękowe, depresyjne lub potraumatyczne utrzymują się bądź nasilają nawet wiele lat po zakończeniu terapii, co



potwierdza, że upływ czasu nie gwarantuje pełnej normalizacji funkcjonowania (Koch-Gallenkamp i in., 2016).

Późne następstwa leczenia obejmują przede wszystkim utrwalone skutki terapii, takie jak neuropatia obwodowa, obrzęk limfatyczny, bóle mięśniowo-stawowe oraz objawy związane z wieloletnią terapią endokrynną, w tym dolegliwości menopauzalne i zwiększone ryzyko osteopenii lub osteoporozy (Binkley i in., 2012; Burstein i in., 2019). Niektóre pacjentki doświadczają również przyspieszonego procesu starzenia oraz trwałych zmian w funkcjonowaniu poznawczym, zwłaszcza w zakresie uwagi i pamięci operacyjnej, będących następstwem neurotoksycznego oddziaływania leków (Ahles, 2019). Choć objawy te nie prowadzą zwykle do znacznego ograniczenia sprawności, mogą długoterminowo obniżać jakość życia i utrudniać ponowną adaptację.

Na tym etapie zdrowienia zaobserwować można stopniową stabilizację emocjonalną, sprzyjającą lepszemu rozpoznawaniu reakcji somatycznych oraz większej ufności wobec wypracowanych strategii radzenia sobie (Mehnert i in., 2013). Pogłębiona refleksja egzystencjalna umożliwia integrację doświadczenia choroby z dotychczasowym przebiegiem życia i sprawia, że interwencje psychologiczne mogą przynosić szczególnie korzystne efekty (Park i in., 2010; Ułaniecka, 2021; por. Walden-Gałuszko, 2021). Problemem pozostaje jednak ograniczona dostępność do wsparcia psychologicznego, skutkująca opóźnieniem procesu diagnostycznego i ryzykiem utrwalania objawów zaburzeń emocjonalnych.

Zrozumienie specyfiki długoterminowej remisji i mechanizmu przechodzenia nieleczzonego lęku uogólnionego w bardziej złożone zaburzenia psychiczne, stanowi kluczowy warunek projektowania skutecznych form wsparcia psychospołecznego, sprzyjających stabilizacji emocjonalnej oraz reintegracji społecznej i zawodowej kobiet po raku piersi. W dalszej części pracy przedstawiono szczegółową charakterystykę zaburzenia lękowego uogólnionego, które stanowi jedną z klinicznych form utrwalonego i nadmiernego lęku, tracącego swoje pierwotne funkcje adaptacyjne.



2. Lęk uogólniony w perspektywie psychologicznej

2.1 Pojęcie i funkcje lęku

Lęk stanowi jedną z podstawowych reakcji psychicznych człowieka i jest przedmiotem zainteresowania psychologii zarówno ze względu na jego funkcje przystosowawcze, jak i potencjał patologizujący. W ujęciach klasycznych opisywany jest jako złożony stan wewnętrznego napięcia pojawiający się w sytuacjach postrzeganego lub antycypowanego niebezpieczeństwa, przejawiający się subiektywnym poczuciem dyskomfortu oraz wzmożoną gotowością do reagowania. W odróżnieniu od strachu, odnoszącego się do konkretnego i bezpośredniego bodźca, lęk charakteryzuje się rozproszonym i niejednoznacznym źródłem, związanym przede wszystkim z przewidywaniem możliwych trudności lub strat. Poznanie mechanizmów, które warunkują utrwalanie się lęku oraz jego wpływ na procesy poznawcze i emocjonalne, stanowi klucz do wyjaśnienia, w jaki sposób doświadczenie zagrożenia może przekształcać się w trwały wzorec funkcjonowania psychicznego (Craske i in., 2020).

Reakcje lękowe obejmują komponenty emocjonalne, poznawcze i somatyczne, które wspólnie wpływają na sposób postrzegania sytuacji oraz reagowania jednostki (Spielberger, 1972; Kagan, 1994; Barlow, 2002). Coraz częściej zwraca się uwagę, że lęk, pojawiający się w odpowiedzi na niepewność, może pełnić funkcję porządkującą zachowanie, zwiększając ostrożność i gotowość do reagowania. W takim ujęciu pomaga on jednostce orientować się w sytuacjach wymagających szczególnej uwagi i sprzyja podejmowaniu działań ochronnych. Jednak, gdy reakcje lękowe tracą funkcję adaptacyjną i zaczynają dominować nad procesami poznawczymi, dochodzi do zawężenia pola uwagi i trudności w rozróżnianiu bodźców rzeczywiście niebezpiecznych od neutralnych (Carleton, 2016).

Współczesne ujęcia kliniczne ujmują lęk jako zjawisko rozwijające się na kontinuum, którego przebieg i konsekwencje zależą w dużej mierze od sposobu poznawczej interpretacji sytuacji obciążających. W tym sensie kluczowe znaczenie dla zrozumienia zaburzenia lękowego uogólnionego mają mechanizmy regulacji poznawczo-emocjonalnej, które decydują o utrwalaniu się reakcji lękowych niezależnie od obiektywnego poziomu zagrożenia (Craske i in., 2020). Z tego względu dalsza część rozdziału koncentruje się na psychologicznych uwarunkowaniach lęku uogólnionego w kontekście stresu i adaptacji (Barlow, 2002; American Psychiatric Association [APA], 2022).



2.2 Zaburzenie lękowe uogólnione i jego charakterystyka

Zaburzenie lękowe uogólnione (*Generalized Anxiety Disorder*, GAD) należy do najczęściej diagnozowanych postaci zaburzeń lękowych i charakteryzuje się długotrwałym, nadmiernym oraz trudnym do kontrolowania lękiem, odnoszącym się do wielu obszarów życia codziennego. Lęk ten ma charakter rozlany i niesytuacyjny, niepozostający w związku z konkretnymi bodźcami ani jasno określonymi sytuacjami, co odróżnia go od reakcji lękowych o charakterze sytuacyjnym (APA, 2022). Zgodnie z klasyfikacją *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; APA, 2022) rozpoznanie zaburzenia lękowego uogólnionego wymaga utrzymywania się nadmiernego lęku i zamartwiania przez okres co najmniej sześciu miesięcy, przy jednoczesnej trudności w kontrolowaniu tych obaw. Ponadto lękowi temu muszą towarzyszyć co najmniej trzy z następujących objawów: uczucie niepokoju lub napięcia, łatwa męczliwość, trudności w koncentracji lub uczucie „pustki w głowie”, drażliwość, napięcie mięśniowe oraz zaburzenia snu. Objawy te powinny powodować klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego bądź w innych ważnych obszarach życia. Klasyfikacja *International Classification of Diseases* (ICD-11; WHO, 2019) podkreśla dodatkowo wszechobecność i trwałość objawów lękowych oraz ich negatywny wpływ na codzienne funkcjonowanie, wskazując, że lęk w GAD utrzymuje się mimo braku obiektywnych i jednoznacznych przesłanek zagrożenia.

Typowym obrazem zaburzenia lękowego uogólnionego jest tendencja do nadmiernego i uporczywego zamartwiania się, przybierającego postać trudnego do przerwania strumienia myśli koncentrujących się na potencjalnie negatywnych zdarzeniach. W dłuższej perspektywie taka strategia regulacyjna, ukierunkowana na utrzymanie gotowości wobec ewentualnych trudności i redukcję poczucia zagrożenia, okazuje się jednak dysfunkcyjna. Zamiast prowadzić do obniżenia napięcia emocjonalnego, sprzyja utrwalaniu schematów poznawczych skoncentrowanych na zagrożeniu oraz wzmacnia dominację lęku w systemie regulacji emocjonalnej. Towarzyszą jej wzmożona czujność, drażliwość oraz trudności w osiągnięciu poczucia bezpieczeństwa, nawet w warunkach obiektywnej stabilizacji, sprzyjając chronicznemu przebiegowi zaburzenia (Barlow, 2002; APA, 2022).

Długotrwałe pobudzenie emocjonalne sprzyja rozwojowi objawów somatycznych, które nie stanowią jedynie jego wtórnych konsekwencji, lecz pozostają bezpośrednim wyrazem przewlekłej aktywacji układów odpowiedzialnych za reakcję stresową. Najczęściej towarzyszą



mu dolegliwości fizyczne w postaci trwałego napięcia mięśniowego, dolegliwości bólowe, uczucie zmęczenia, zaburzenia snu oraz objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego i pokarmowego, takie jak kołatanie serca czy dolegliwości żołądkowo-jelitowe (Thayer i Lane, 2020). Manifestacje te nasilają subiektywne poczucie dyskomfortu i sprzyjają katastroficznej interpretacji doznań cielesnych, wyzwalając lęk i podtrzymując wzajemne sprzężenia pomiędzy komponentami somatycznymi i poznawczymi zaburzenia. Przewlekłość tego procesu sprawia, że lęk traci swoją pierwotną funkcję sygnałową i regulacyjną, a objawy cielesne stają się trwałym elementem codziennej aktywności. W konsekwencji dochodzi do istotnego ograniczenia funkcjonowania zawodowego i społecznego oraz zwiększenia ryzyka współwystępowania zaburzeń nastroju (Feuerstein, 2007; Mehnert, 2011).

Mechanizmy leżące u podstaw zaburzenia lękowego uogólnionego pozostają ściśle związane z doświadczeniem długotrwałej niepewności, przeciążenia emocjonalnego oraz utraty poczucia kontroli. Taki profil lęku czyni GAD zjawiskiem szczególnie istotnym w populacji kobiet w okresie remisji raka piersi, u których stres związany z przebiegiem leczenia i jego następstwami nie zawsze ulega redukcji po zakończeniu interwencji medycznych. W niniejszym badaniu nasilenie objawów lęku uogólnionego oceniano przy użyciu kwestionariusza GAD-7 (Spitzer i in., 2006), który umożliwia uchwycenie tego zjawiska jako układu współwystępujących komponentów poznawczych, somatycznych i afektywnych. Wzajemna interakcja tych procesów prowadzi do utrwalania podwyższonego napięcia oraz poczucia zagrożenia. Pełniejsze zrozumienie natury tego stanu wymaga jednoczesnego uwzględnienia czynników stresowych i adaptacyjnych oraz sposobów indywidualnej interpretacji sytuacji obciążających.



2.3 Uwarunkowania psychologiczne lęku uogólnionego w kontekście stresu i adaptacji

Zaburzenie lękowe uogólnione można z perspektywy psychologicznej ujmować jako efekt zaburzeń w funkcjonowaniu mechanizmów regulacji afektu, które ujawniają się w warunkach długotrwałego stresu oraz obniżonej skuteczności procesów samoregulacyjnych. W tym ujęciu reakcje lękowe nie stanowią bezpośredniej konsekwencji obiektywnych wydarzeń, lecz są związane ze sposobem poznawczej oceny sytuacji oraz subiektywnym poczuciem kontroli nad wymaganiami otoczenia. Kluczowym punktem odniesienia dla dalszej analizy jest transakcyjny model stresu i radzenia sobie zaproponowany przez Lazarusa i Folkman (1984), który pozwala wyjaśnić, w jaki sposób określone wzorce oceny poznawczej oraz dostępne zasoby adaptacyjne sprzyjają utrwalaniu się lęku w postaci przewlekłego wzorca reagowania. Ujęcie to zostało następnie rozwinięte w późniejszych pracach Lazarusa (1991), akcentujących rolę procesów oceny poznawczej i regulacji emocji.

Centralnym elementem tego modelu jest proces oceny poznawczej, obejmujący dwa etapy. Ocena pierwotna dotyczy rozpoznania znaczenia sytuacji jako zagrażającej, obciążającej lub neutralnej, natomiast ocena wtórna odnosi się do oceny dostępnych zasobów i stopnia kontroli nad wymaganiami sytuacyjnymi. W zaburzeniu lękowym uogólnionym obserwuje się tendencję do przypisywania codziennym zdarzeniom potencjalnie niebezpiecznego znaczenia, przy jednoczesnym obniżeniu poczucia sprawstwa i przewidywalności (Dugas i in., 2004). Taka konfiguracja poznawcza utrwala reakcje lękowe, które z czasem stają się dominującym mechanizmem regulacyjnym, ograniczając dostęp do bardziej adekwatnych strategii adaptacyjnych. W rezultacie pojawia się chroniczne napięcie emocjonalne oraz stała antycypacja zagrożenia, co podtrzymuje lęk niezależnie od obiektywnego poziomu ryzyka (Barlow, 2002).

Tendencja do rozszerzania reakcji lękowych w ujęciu klinicznym stanowi jeden z wyznaczników ich patologizacji. Długotrwałe napięcie afektywne prowadzi do stopniowego wyczerpywania mechanizmów kompensacyjnych oraz utraty elastyczności poznawczej. Ogranicza to zdolność reinterpretacji sytuacji i modyfikacji utrwalonych wzorców reagowania. W efekcie zakres przejawów lękowych stopniowo się poszerza, obejmując różnorodne sfery codziennego funkcjonowania, tracąc związek z pierwotnymi źródłami napięcia (Craske i in., 2020). Z czasem lęk zaczyna mieć charakter uogólniony, stając się dominującą formą regulacji emocjonalnej (Lazarus i Folkman, 1984; APA, 2022).



Lęk, obok wymiaru fizjologicznego i poznawczego, posiada również głęboki komponent egzystencjalny, który ujawnia się w sytuacjach konfrontacji z niepewnością, cierpieniem i poczuciem zagrożenia. Frankl (2009) wskazywał, że zdolność człowieka do odnajdywania znaczenia w cierpieniu stanowi kluczowy warunek zachowania równowagi psychicznej w obliczu nieuniknionych strat i ograniczeń, co znajduje potwierdzenie we współczesnych modelach nadawania sensu doświadczeniom stresowym (Park, 2010). Brak możliwości spójnej interpretacji zdarzeń, które podważają podstawowe przekonania jednostki, sprzyja utrwalaniu napięcia egzystencjalnego, nasileniu lęku oraz poczuciu utraty kontroli. Choroba nowotworowa w szczególności sposobem kwestionuje przekonania dotyczące przewidywalności przyszłości, sprawiedliwości świata i własnej sprawczości. Jeżeli nie zostanie ona włączona w ramy znaczeniowe jednostki, może prowadzić do pogłębienia poczucia braku bezpieczeństwa i bezradności. W tym sensie wymiar egzystencjalny stanowi nie tylko emocjonalne tło, lecz także poznawczy fundament utrzymywania się lęku w warunkach długotrwałej niepewności (Hillen i in., 2017).

Rozwinięciem egzystencjalnego podejścia do rozumienia lęku w psychologii empirycznej jest model nadawania znaczenia zaproponowany przez Park (2005). Autorka zakłada, że sposób, w jaki jednostka interpretuje sytuacje stresowe, decyduje o intensywności i trwałości reakcji emocjonalnych. Proces ten opisuje jako dynamiczne negocjowanie pomiędzy globalnym systemem przekonań jednostki a sposobem rozumienia konkretnego wydarzenia. Park (2010) wyróżnia znaczenie globalne, obejmujące względnie trwałe przekonania o sensie życia i sprawiedliwości świata, oraz znaczenie sytuacyjne, odnoszące się do interpretacji określonego doświadczenia, takiego jak choroba nowotworowa.

Badania empiryczne wskazują, że rozbieżność pomiędzy poziomem znaczenia globalnego i sytuacyjnego wiąże się z nasileniem dystresu emocjonalnego, utrzymującym się napięciem oraz trudnościami w regulacji emocji, zwłaszcza w sytuacjach długotrwałego zagrożenia zdrowia (Updegraff i in., 2008; Park i George, 2013). W takich warunkach bieżące doświadczenie pozostaje niespójne z dotychczasowym systemem przekonań, co sprzyja utrwalaniu podwyższonego lęku. Proces meaning making, rozumiany jako stopniowa integracja doświadczenia w obrębie osobistego systemu znaczeń, wiązany jest z redukcją napięcia oraz odbudową poczucia wpływu, szczególnie w kontekście doświadczeń granicznych i choroby (Neimeyer, 2019). W niniejszej pracy model Park stanowi punkt odniesienia pozwalający interpretować nasilenie lęku jako wskaźnik niepełnej integracji doświadczenia choroby.



Ujęcie lęku w perspektywie stresu, regulacji emocji i procesów znaczeniowych tworzy spójne ramy interpretacyjne dla zrozumienia jego trwałości oraz złożoności. Pozwala powiązać kliniczny obraz zaburzenia z przewlekłą destabilizacją, utratą autonomii i przeciążeniem poznawczo-emocjonalnym, które sprzyjają utrzymywaniu się podwyższonego napięcia. W tej perspektywie lęk nie jawi się wyłącznie jako objaw psychopatologiczny, lecz jako wskaźnik relacji między wymaganiami środowiskowymi a zasobami jednostki. Może pełnić funkcję informacyjną, sygnalizując potrzebę zmiany sposobu interpretacji sytuacji. Integracja koncepcji transakcyjnych z wymiarem egzystencjalnym pozwala interpretować lęk jako element procesu przystosowania, który w określonych warunkach zachowuje potencjał regulacyjny, a dopiero po jego wyczerpaniu przybiera formę dezorganizującą. Takie ujęcie stanowi teoretyczne zaplecze dalszych analiz sposobów manifestowania się lęku w badanej grupie klinicznej (Lazarus i Folkman, 1984; Park, 2010; Hillen i in., 2017).

2.4 Specyfika lęku u kobiet w remisji raka piersi

Lęk uogólniony doświadczany przez kobiety po leczeniu raka piersi nie stanowi prostego przedłużenia reakcji emocjonalnych towarzyszących terapii onkologicznej. Przyjmuje raczej postać złożonego zjawiska o klinicznie niejednorodnym charakterze, osadzonego w warunkach utrzymującej się niepewności zdrowotnej. Pomimo zakończenia leczenia przyczynowego i stopniowego powrotu do codziennego funkcjonowania, doświadczenie choroby pozostaje trwałym punktem odniesienia dla procesów interpretacyjnych i regulacji emocjonalnej (Brennan i in., 2012). Wpływa ono na sposób postrzegania sygnałów somatycznych, ocenę poczucia bezpieczeństwa oraz antycypację przyszłości (Stanton, 2012; Mehnert i in., 2013). Okres zdrowienia staje się zatem etapem wymagającym integracji doświadczenia choroby z aktualnym sposobem życia oraz adaptacji do utrzymującego się napięcia wewnętrznego.

Lęk w fazie remisji nie ogranicza się do jednego obszaru obaw, lecz obejmuje wielowymiarowe spektrum tematów związanych ze zdrowiem, stabilnością życiową, relacjami społecznymi oraz możliwością planowania przyszłości. Taka różnorodność przeżyć pozostaje spójna z kliniczną charakterystyką zaburzenia lękowego uogólnionego i ze specyfiką okresu remisji onkologicznej. Jednym z jego kluczowych przejawów w tej grupie pacjentek jest silne zakorzenienie w kontekście zdrowotnym, które nadaje mu specyficzny wymiar poznawczy



(Harrington i in., 2010). Długotrwałe utrzymujący się, trudny do kontrolowania lęk przed nawrotem lub progresją choroby nowotworowej określany jest w literaturze mianem *fear of cancer recurrence* (FCR) i odnosi się do obaw związanych z możliwością ponownego zachorowania. Zjawisko to ma charakter transdiagnostyczny, a więc nie stanowi odrębnej jednostki klinicznej, lecz jest jednym z najczęściej opisywanych następstw terapii onkologicznej (Simard i Savard, 2015; Lebel i in., 2016).

Umiarkowany poziom FCR może mieć znaczenie adaptacyjne, sprzyjając monitorowaniu stanu zdrowia i przestrzeganiu zaleceń medycznych. Jednak jego przewlekła postać prowadzi do destabilizacji równowagi emocjonalnej i obniżenia jakości życia (Butow i in., 2018). Uporczywe procesy ruminacyjne przyjmują w tym kontekście formę iluzorycznej kontroli, która utrwała uogólniony wzorec lęku i wzmacnia przekonanie o stałym zagrożeniu zdrowotnym. Myśli antycypujące możliwość wznowy choroby są często uruchamiane przez sygnały cielesne lub sytuacje związane z kontrolą medyczną i stopniowo obejmują coraz szersze aspekty życia, nasilając czujność somatyczną i skłonność do katastroficznej interpretacji doznań (Janelins i in., 2017).

Zjawiska pokrewne FCR były wcześniej opisywane w literaturze klinicznej jako kancerofobia i hipochondria. Pojęcia te stanowiły pierwsze próby konceptualizacji nasilonego lęku o zdrowie, zanim wprowadzono współczesne klasyfikacje diagnostyczne. Kancerofobia odnosiła się do irracjonalnego lęku przed zachorowaniem na raka, w którym nawet niespecyficzne dolegliwości interpretowane były jako objaw nowotworu, natomiast hipochondria opisywała trwałe przekonanie o istnieniu poważnej choroby mimo braku obiektywnych podstaw medycznych (Diefenbach i Leventhal, 1996). W aktualnych klasyfikacjach DSM-5-TR i ICD-11 oba pojęcia ujmują się w ramach spektrum zaburzeń lęku o zdrowie, traktując je nie jako odrębne jednostki chorobowe, lecz jako deskryptywne formy lęku o charakterze poznawczo-somatycznym (APA, 2022; WHO, 2019).

Wspólnym mechanizmem tych stanów jest nadmierna koncentracja na sygnałach cielesnych i ich interpretowanie w kategoriach zagrożenia, czemu towarzyszy potrzeba uzyskiwania potwierdzeń bezpieczeństwa zdrowotnego, przynoszących jedynie krótkotrwałą ulgę. W okresie remisji raka piersi zaburzenia te mogą przejawiać się w postaci wzmożonej czujności somatycznej, częstego podejmowania dodatkowych badań diagnostycznych, konsultacji medycznych oraz zachowań służących wielokrotnemu potwierdzaniu wyników leczenia. Choć działania te przynoszą chwilowe poczucie kontroli, w dłuższej perspektywie



utrwalają przekonanie o kruchości zdrowia i podtrzymują ogólny poziom napięcia lękowego (Warwick i Salkovskis, 2016).

U części kobiet w okresie remisji raka piersi lęk uogólniony przybiera postać zaburzeń adaptacyjnych, rozumianych jako zespół reakcji afektywnych i behawioralnych rozwijających się w odpowiedzi na jasno zidentyfikowany stresor, jakim jest doświadczenie choroby oraz jej długofalowe następstwa (APA, 2022; WHO, 2019). Trudności w ponownym dostosowaniu się do wymagań codzienności, reintegracji zawodowej i odbudowie relacji społecznych sprzyjają utrwalaniu poczucia przeciążenia oraz obniżeniu sprawczości, co podtrzymuje rozproszone napięcie lękowe (Koch i in., 2021). Charakterystyczne jest wówczas przedłużone funkcjonowanie w stanie psychologicznej niepewności mimo formalnego zakończenia leczenia, które sprzyja utrwalaniu nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji. Zachowania o charakterze obsesyjno-kompulsywnym, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia, często mają charakter subkliniczny i pełnią funkcję regulacyjną wobec nasilonego lęku. Najczęściej przejawiają się pod postacią zachowań o charakterze ochronnym, takich jak ograniczanie kontaktów społecznych, nadmierna dbałość o higienę, unikanie zatłoczonych miejsc w obawie przed zakażeniem, które może wywołać komplikacje zdrowotne. Powyższe zachowania pełnią funkcję kontroli sytuacji i przynoszą krótkotrwałe obniżenie dyskomfortu emocjonalnego, lecz w dłuższej perspektywie utrudniają proces powrotu do życia społecznego i zawodowego (Mehnert i in., 2013).

Obraz funkcjonowania emocjonalnego kobiet w fazie remisji może być dodatkowo komplikowany przez objawy o charakterze pourazowym, wynikające zarówno z doświadczenia samej choroby, jak i z następstw intensywnego leczenia. Zgodnie z klasyfikacjami DSM-5-TR i ICD-11, zespół stresu pourazowego (PTSD) rozwija się w następstwie ekspozycji na zdarzenie zagrażające życiu lub integralności cielesnej i obejmuje objawy intruzywne, tendencję do unikania bodźców przypominających o traumie, utrzymujące się pobudzenie autonomiczne oraz negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej (APA, 2022; WHO, 2019). W populacji kobiet po leczeniu raka piersi pełnoobjawowy PTSD występuje stosunkowo rzadko, jednak często obserwuje się reakcje podprogowe, przejawiające się podwyższoną czujnością, nasilonym napięciem somatycznym oraz unikaniem sytuacji i bodźców kojarzonych z przebytą chorobą, zwłaszcza w początkowych fazach remisji. Mają one charakter warunkowych reakcji stresowych, uruchamianych przez sygnały przypominające o wcześniejszym zagrożeniu życia. W konsekwencji proces emocjonalnej stabilizacji ulega wydłużeniu, a powrót do równowagi wymaga nie tylko adaptacji do nowej



sytuacji życiowej, lecz również stopniowego osłabienia śladów pamięciowych związanych z doświadczeniem choroby (Mutsaers i in., 2021).

Emocjonalne następstwa choroby nie ograniczają się do utrwalonego lęku, ponieważ u wielu kobiet w okresie remisji pojawiają się także objawy depresyjne, które tworzą z nim silnie powiązany układ afektywny. Badania wskazują, że od 20 do 45 procent kobiet po zakończeniu leczenia onkologicznego spełnia kryteria dużego epizodu depresyjnego według DSM-5-TR, a u pozostałych utrzymują się objawy o umiarkowanym nasileniu, istotnie obniżające jakość życia i funkcjonowania psychicznego (Mitchell i in., 2013; Carreira i in., 2018; Mehnert i in., 2018; Niedzwiedz i in., 2019). We wczesnym okresie remisji objawy depresyjne często wiążą się z zaburzeniami regulacji neurohormonalnej, w tym z następstwami terapii antyestrogenowych, które poprzez wpływ na układ serotonergiczny mogą przyczyniać się do obniżenia nastroju i spadku energii życiowej (Wu i in., 2015; Lee i in., 2020). W miarę upływu czasu u części kobiet obserwuje się stopniową stabilizację nastroju, jednak u innych dochodzi do ponownego nasilenia objawów depresyjnych, szczególnie w okresie przejścia do długoterminowej remisji, kiedy emocjonalne skutki choroby ulegają reaktywacji w warunkach ograniczonego monitorowania onkologicznego. Współwystępowanie lęku i depresji prowadzi wówczas do wzajemnego podtrzymywania się objawów, nasilając poczucie zagrożenia i bezradności oraz zwiększając ryzyko przewlekłego przebiegu zaburzeń afektywnych.

Złożoność lęku doświadczanego przez kobiety w remisji raka piersi nie wynika z obecności jednej dominującej postaci zaburzeń, lecz z nakładania się różnych mechanizmów poznawczych, emocjonalnych i somatycznych, które wspólnie kształtują jego obraz kliniczny. Najczęściej obserwowanym zjawiskiem jest uporczywy lęk przed nawrotem choroby, któremu często towarzyszy nadmierna czujność somatyczna oraz tendencja do katastroficznych wizji przyszłości. W części przypadków pojawiają się zachowania o charakterze kompulsyjnym, pełniące funkcję doraźnej regulacji napięcia emocjonalnego, a także objawy pourazowe wynikające z doświadczenia choroby i leczenia. Współwystępowanie symptomów depresyjnych dodatkowo wzmacnia komponent afektywny lęku i utrudnia proces adaptacji. Taka kliniczna niejednorodność sprzyja utrzymywaniu się wysokiego poziomu napięcia emocjonalnego oraz trudności w odzyskaniu poczucia bezpieczeństwa mimo obiektywnej poprawy stanu zdrowia (Hulbert-Williams i in., 2021).



2.5 Psychospołeczny wymiar lęku w okresie remisji

Lęk doświadczany w okresie zdrowienia, choć często interpretowany jako zjawisko indywidualne, posiada istotny wymiar psychospołeczny, który w znacznym stopniu wpływa na dalszy przebieg funkcjonowania. Zakończenie leczenia onkologicznego otwiera nowy etap wymagający ponownego określenia ról życiowych, relacji interpersonalnych oraz sposobu postrzegania siebie. Stabilizacja stanu somatycznego współwystępuje w tym czasie z obniżonym poczuciem bezpieczeństwa, co sprzyja kształtowaniu trwałych wzorców lękowych. Wzorce te stanowią zarówno sposób przeżywania napięcia emocjonalnego, jak i strategie adaptacyjne ukierunkowane na odzyskanie poczucia kontroli i spójności w zmienionym kontekście społecznym. W tym sensie lęk odzwierciedla proces ponownego osadzania własnej historii w wymiarze społecznym i kulturowym (Vehling i in., 2011; Ułaniecka, 2021).

Okres po zakończeniu leczenia onkologicznego stanowi fazę przejściową, która wymyka się prostym kategoriom zdrowia i choroby. W remisji kobiety często funkcjonują w stanie zawieszenia między rolą pacjentki a procesem odzyskiwania autonomii po okresie zależności od systemu opieki zdrowotnej. Zjawisko to trafnie opisuje koncepcja liminalności Turnera (1969), rozumiana jako faza pomiędzy dwiema strukturami społecznymi, w której jednostka traci dotychczasowe punkty odniesienia i nie posiada jeszcze nowych, stabilnych ram funkcjonowania. Turner podkreślał, że liminalność nie jest jedynie okresem utraty, ale również czasem twórczej reorganizacji, w którym dotychczasowe doświadczenia mogą zostać zintegrowane w nową narrację o sobie i świecie (Thomassen, 2014). W kontekście remisji raka piersi liminalność przejawia się w trudnościach związanych z przejściem od tożsamości osoby chorej do integracji poczucia zdrowia i normalności. We wczesnej remisji utrwalaniu tej sytuacji sprzyja konieczność podporządkowania życia regularnym kontrolom medycznym, powracającym wspomnieniom choroby oraz utrzymującą się obawą przed jej nawrotem. Z kolei w remisji długoterminowej osłabienie strukturalnego wsparcia medycznego przy jednoczesnym braku w pełni ukształtowanych mechanizmów adaptacyjnych sprzyja nasileniu dystresu, poczuciu utraty kontroli oraz utrwalaniu lęku egzystencjalnego zakorzenionego w niejednoznaczności statusu zdrowotnego (Little i in., 1998; Rowland, 2019).

Z perspektywy psychologicznej okres remisji stanowi czas pogłębionych zmian w zakresie wewnętrznej spójności i tożsamości jednostki. Jak wskazuje Charmaz (1991),



choroba o charakterze przewlekłym podważa względnie stabilną strukturę „ja”, która ulega przekształceniu pod wpływem zmian cielesnych, reorganizacji ról społecznych oraz zwiększonej świadomości własnej podatności na zagrożenie. Implikuje to konieczność ponownego określenia własnych granic, możliwości i hierarchii wartości oraz wiąże się z potrzebą uporządkowania doświadczeń granicznych. Proces ten ma charakter długotrwały i zindywidualizowany, a jego przebieg pozostaje zależny od zasobów psychologicznych jednostki, jakości relacji interpersonalnych oraz dostępnego wsparcia społecznego (Bury, 2001). W świetle koncepcji tożsamości choroby (*illness identity*) powrót do życia po terapii nie polega na odtworzeniu wcześniejszego trybu życia, lecz na wypracowaniu nowej strategii funkcjonowania w kontekście przebytego kryzysu zdrowotnego. Lęk towarzyszący temu procesowi pełni funkcję informacyjną, sygnalizując napięcia związane z procesem reorganizacji obrazu siebie i trudnościami w scaleniu własnych przeżyć. Badania pokazują, że zdolność do osadzenia przebytej choroby w spójnej narracji biograficznej sprzyja lepszemu przystosowaniu psychospołecznemu (Helgeson i in., 2018).

Jednym z istotnych czynników sprzyjających utrzymywaniu się lęku są społeczne ograniczenia w zakresie ujawniania przeżyć emocjonalnych. Zgodnie z teorią społecznych ograniczeń Lepore i Revenson (2007), brak akceptacji otoczenia dla wyrażania trudnych emocji prowadzi do ich internalizacji, co sprzyja narastaniu przewlekłego napięcia psychicznego. Kobiety w remisji często funkcjonują w warunkach normatywnego oczekiwania powrotu do pełnej sprawności oraz prezentowania postawy siły i wdzięczności za możliwość dalszego życia. Tego rodzaju przekaz społeczny ogranicza przestrzeń dla otwartego komunikowania lęku i ambiwalentnych przeżyć, utrudniając autentyczny kontakt w relacjach interpersonalnych. W konsekwencji wiele z nich minimalizuje własne trudności, unika rozmów dotyczących doświadczenia choroby oraz stopniowo ogranicza zaangażowanie emocjonalne w relacje społeczne. Procesowi temu często towarzyszy autostygmatyzacja, rozumiana jako uwewnętrznienie przekonania o konieczności funkcjonowania bez oznak słabości (Corrigan i Watson, 2002). Rozbieżność pomiędzy faktycznym stanem psychicznym a oczekiwanym społecznie wizerunkiem sprzyja poczuciu izolacji oraz utrwalaniu lęku, który pozostaje niewyrażony i niepodlegający korekcie w interakcji z otoczeniem. Mechanizm ma charakter samopodtrzymujący, ponieważ ograniczenie ekspresji emocjonalnej nasila napięcie wewnętrzne i poczucie niezrozumienia, co dodatkowo utrudnia proces psychospołecznej adaptacji po chorobie (Link i Phelan, 2001; Helgeson i in., 2018).



Powrót do aktywności zawodowej w okresie rekonwalescencji stanowi jeden z kluczowych etapów procesu readaptacji psychicznej. Sfera pracy staje się w tym kontekście przestrzenią ponownego testowania własnych możliwości, kompetencji oraz granic wydolności emocjonalnej. Oczekiwania otoczenia dotyczące pełnej dyspozycyjności i efektywności często kolidują z realnymi ograniczeniami fizycznymi, poznawczymi i emocjonalnymi, co prowadzi do wzrostu napięcia oraz obniżenia poczucia sprawstwa (Feuerstein, 2007). Presja utrzymania wcześniejszych standardów zawodowych sprzyja nasileniu lęku przed oceną i porażką, a także wzmacnia przekonanie o konieczności nieustannego udowadniania własnej wartości (Mehnert, 2011). Trudności te stanowią stresory wtórne, wynikające z długofalowych konsekwencji przewlekłego stresu i zmian w systemie społecznym jednostki. Niepewność ekonomiczna, utrata stabilnego zatrudnienia czy konieczność dostosowania się do nowych warunków pracy prowadzą do obniżenia poczucia bezpieczeństwa i zwiększają podatność na reakcje lękowe. W niektórych przypadkach pojawiają się także subtelne formy dyskryminacji zawodowej, przejawiające się w marginalizacji, ograniczaniu zakresu odpowiedzialności lub postrzeganiu osób po ciężkiej chorobie jako mniej odpornych na stres i obciążenia (Feuerstein, 2007). Doświadczenia te potęgują poczucie wyobcowania i sprzyjają rozszerzaniu się lęku na inne sfery życia, obejmując także samoocenę, relacje społeczne i planowanie przyszłości (Dahlke i in., 2022; Mehnert i in., 2013).

Proces wtórnej adaptacji społecznej wiąże się najczęściej z ponownym podejmowaniem ról rodzinnych i partnerskich oraz z dążeniem do odbudowy poczucia bliskości i stabilności relacyjnej. W wielu przypadkach przebiega on w warunkach wewnętrznego napięcia i niepewności dotyczącej własnej gotowości emocjonalnej. Obawie przed oceną ze strony bliskich często towarzyszy przekonanie, że ujawnienie utrzymujących się trudności psychicznych lub braku pełnej stabilizacji może zostać odebrane jako przejaw słabości. Tego rodzaju lęk nie dotyczy wyłącznie dostępności wsparcia, lecz odnosi się do ryzyka podważenia autentyczności własnych przeżyć, niezrozumienia ze strony otoczenia, bądź presji dostosowania się do oczekiwanego wzorca funkcjonowania (McKenzie i in., 2021). Zjawisko to, opisywane przez Charmaz (1995) jako społeczny lęk przed odrzuceniem, prowadzi do ograniczenia ekspresji emocjonalnej i podtrzymywania wizerunku osoby silnej i zaradnej, co w konsekwencji sprzyja stopniowemu osłabieniu więzi z najbliższymi. Napięcia pojawiające się w systemie rodzinnym wynikają często z rozbieżności między oczekiwaniami otoczenia a aktualnymi możliwościami psychofizycznymi jednostki, nasilając frustrację i pogłębiając dystans. W dłuższej perspektywie tendencja do tłumienia emocji sprzyja



utrwalaniu poczucia osamotnienia oraz wzmacnianiu lęku o charakterze egzystencjalnym (Seiler i Jenewein, 2021).

Dystres stanowi pojęcie integrujące różnorodne psychiczne i społeczne konsekwencje funkcjonowania w okresie remisji raka piersi, ujmując je jako spójny proces adaptacyjny, a nie zbiór odrębnych reakcji. W ujęciu Krajowej Sieci Kompleksowej Opieki Onkologicznej (*National Comprehensive Cancer Network, NCC, 2023*) dystres odnosi się do subiektywnego poczucia przeciążenia psychicznego, które może utrzymywać się mimo ustąpienia czynników stresowych i stabilizacji stanu somatycznego (Holland i Weiss, 2010). W warunkach remisji przyjmuje on często postać trwałego napięcia wewnętrznego, osadzonego w codziennym funkcjonowaniu i długofalowym przeżywaniu własnej sytuacji życiowej. W tym ujęciu lęk uogólniony odzwierciedla poziom integracji doświadczenia choroby z dotychczasową strukturą życia, zamiast ograniczać się do reakcji na pojedyncze trudności. Proces ten sprzyja pogłębionej refleksji nad znaczeniem przebytego kryzysu i stopniowej rekonstrukcji poczucia tożsamości, prowadząc do wewnętrznych zmian o charakterze transformacyjnym. Tak rozumiany lęk może wpisywać się w koncepcję wzrostu potraumatycznego, w której doświadczenie graniczne staje się impulsem do nadania nowego sensu własnej historii (Frankl, 2011; Tedeschi i Calhoun, 2004).

W przedstawionej perspektywie lęk ujawnia się nie tylko jako reakcja na przeciążenie emocjonalne, lecz także jako odzwierciedlenie głębszych procesów reorganizacji funkcjonowania jednostki w wymiarze osobistym i społecznym. Jego obecność wskazuje na napięcie pomiędzy potrzebą stabilizacji a koniecznością redefinicji dotychczasowych odniesień życiowych, relacyjnych i aksjologicznych. Zjawisko to sytuować można na styku adaptacji psychicznej i refleksji egzystencjalnej, w ramach których emocjonalne obciążenie współwystępuje z próbami nadania znaczenia zmianom zachodzącym w obrazie siebie oraz w relacjach z otoczeniem. W tym sensie lęk przestaje być wyłącznie przejawem dezorganizacji, a staje się sygnałem transformacji wewnętrznej, który może prowadzić zarówno do utrwalenia dystresu, jak i do kształtowania nowej, bardziej zintegrowanej równowagi psychicznej. Takie ujęcie stanowi podstawę do dalszych rozważań nad rolą poszukiwania sensu życia jako istotnego wymiaru adaptacji po doświadczeniu granicznym (Bonanno i Westphal, 2022).



3. Sens życia w przebiegu raka piersi

3.1 Teoretyczne ujęcia sensu życia

Pojęcie sensu życia zajmuje centralne miejsce w psychologii egzystencjalnej i humanistycznej, stanowiąc jedno z kluczowych zagadnień związanych z funkcjonowaniem psychicznym człowieka. W ujęciu psychologicznym sens życia ujmowany jest jako względnie trwała struktura poznawczo-emocjonalna, która nadaje doświadczeniom jednostki spójność, i kierunek. Obejmuje on przekonania dotyczące celowości własnej egzystencji, zgodności podejmowanych działań z systemem wartości oraz zdolności do interpretowania wydarzeń w sposób sprzyjający zachowaniu wewnętrznej równowagi (Baumeister i in., 2013). W tym ujęciu sens życia stanowi istotny komponent dobrostanu psychicznego, a jego obecność wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z życia, większą odpornością emocjonalną oraz skuteczniejszym radzeniem sobie w sytuacjach obciążających i stresowych (Reker i Wong, 2012; Schnell, 2009).

We współczesnej psychologii sens życia ujmowany jest nie tylko jako kategoria refleksji egzystencjalnej, ale także jako konstrukt empiryczny, poddający się operacjonalizacji i analizie w badaniach nad psychicznym funkcjonowaniem człowieka. Odejście od wyłącznie filozoficznego rozumienia sensu umożliwiło jego badanie w wymiarze poznawczo-afektywnym oraz rozwój modeli teoretycznych i narzędzi diagnostycznych pozwalających opisywać zarówno poziom doświadczanej obecności sensu, jak i potrzebę jego aktywnego poszukiwania (Schnell, 2020). Badania w tym obszarze koncentrują się na znaczeniu, jakie nadawanie sensu ma dla zdrowia, zdolności adaptacyjnych oraz regulacji napięcia psychicznego, szczególnie w sytuacjach wymagających reorganizacji dotychczasowych znaczeń i celów życiowych, takich jak doświadczenia o charakterze granicznym (Wong, 2012; Martela i Steger, 2016).

Sens życia pełni również istotne funkcje regulacyjne i motywacyjne, umożliwiając jednostce ukierunkowanie działań oraz interpretowanie wydarzeń w sposób zgodny z internalizowanym systemem wartości. W sytuacjach kryzysowych zdolność do zachowania bądź odbudowania poczucia sensu umożliwia jednostce utrzymanie ciągłości tożsamości i kierunku działania oraz podtrzymywaniu codziennego zaangażowania. Z tego względu wymiar egzystencjalny bywa ujmowany jako zasób psychologiczny o fundamentalnym znaczeniu dla procesów adaptacyjnych, w szczególności w okolicznościach wymagających



rewizji dotychczasowych znaczeń, celów i sposobów rozumienia własnego doświadczenia (McAdams, 2013).

Współczesne ujęcia podkreślają, że sens życia nie ma charakteru stałego ani raz na zawsze ukształtowanego, lecz podlega zmianom w zależności od kontekstu życiowego oraz doświadczanych kryzysów. Może on ulegać osłabieniu w obliczu zagrożenia, utraty lub choroby, a następnie zostać odbudowany w zmienionej formie, odpowiadającej nowym warunkom życia jednostki. Z perspektywy klinicznej doświadczenia graniczne sprzyjają intensyfikacji refleksji nad znaczeniem własnego życia oraz uruchamianiu procesów reinterpretacji dotychczasowych celów i wartości. Takie dynamiczne rozumienie sensu życia stanowi punkt wyjścia dla współczesnych modeli empirycznych, w tym koncepcji zaproponowanej przez Michaela F. Stegera (2012), które pozwalają analizować sens jako zmienny i podatny na reorganizację element funkcjonowania psychicznego.

3.2 Dwuwymiarowy model sensu życia M.F. Stegera

Dwuwymiarowy model sensu życia zaproponowany przez Michaela F. Stegera (2006) stanowi jedno z najczęściej wykorzystywanych empirycznych ujęć tego konstrukt w współczesnej psychologii. Model ten zakłada, że sens życia nie jest zjawiskiem jednorodnym, lecz obejmuje dwa powiązane, choć konceptualnie odrębne wymiary: obecność sensu życia (*Presence of Meaning*) oraz poszukiwanie sensu życia (*Search for Meaning*). Obecność sensu odnosi się do subiektywnego przekonania jednostki, że jej życie jest spójne, celowe i wartościowe, natomiast poszukiwanie sensu opisuje proces poznawczo-motywacyjny ukierunkowany na odkrywanie lub rekonstruowanie znaczeń i celów życiowych. Istotnym założeniem modelu jest to, że oba wymiary mogą współwystępować w różnych konfiguracjach i nie pozostają ze sobą w relacji prostego przeciwieństwa, co pozwala ujmować sens życia zarówno jako względnie stabilny zasób psychologiczny, jak i dynamiczny proces aktywujący się w sytuacjach zmiany lub kryzysu.

Wymiar obecności sensu życia (*presence of meaning*) pełni funkcję stabilizującą w przebiegu życia psychicznego jednostki. Odnosi się on do poczucia spójności doświadczeń, integracji wydarzeń biograficznych oraz zgodności podejmowanych działań z uwewnętrznionym systemem wartości. Wysoki poziom obecności sensu wiąże się z wyższym dobrostanem psychicznym, większą odpornością na stres oraz bardziej adaptacyjnym



reagowaniem w sytuacjach obciążających (Steger, 2012; Ryff i Singer, 2008). Badania empiryczne wskazują, że osoby charakteryzujące się silnym poczuciem sensu życia wykazują niższe nasilenie objawów depresyjnych i lękowych oraz większą zdolność do regulacji napięcia w warunkach niepewności i zagrożenia (Steger i in., 2009). W kontekście zaburzeń lękowych wysoki poziom obecności sensu sprzyja ograniczeniu katastroficznych interpretacji doświadczeń oraz redukcji przewlekłego napięcia (Park, 2010; Linley i Joseph, 2011).

Drugi z komponentów modelu odnosi się do aktywności poznawczo-motywacyjnej ukierunkowanej na nadawanie znaczenia własnemu życiu, szczególnie w sytuacjach, w których dotychczasowe ramy interpretacyjne uległy osłabieniu lub dezorganizacji. Poszukiwanie sensu życia (*search for meaning*) może przyjmować charakter konstruktywny, gdy wyraża gotowość do refleksji egzystencjalnej, rozwoju oraz eksplorowania nowych znaczeń, bądź dysfunkcyjny, gdy przybiera formę nasilonego, ruminacyjnego poszukiwania, które nie prowadzi do spójnej rekonstrukcji znaczeń, lecz wiąże się z utrzymywaniem dezorganizacji poznawczej oraz podwyższonego poziomu stresu i lęku (Kashdan i McKnight, 2009). Wyniki badań wskazują, że w okresach kryzysowych, takich jak doświadczenie choroby nowotworowej i jej długofalowych następstw, intensywne poszukiwanie sensu może przejściowo wiązać się z podwyższonym poziomem stresu i lęku, jednak w dłuższej perspektywie sprzyja reorganizacji systemu znaczeń oraz adaptacji psychicznej (Updegraff i in., 2008). W tym ujęciu poszukiwanie sensu nie oznacza jego braku, lecz stanowi element dynamicznego procesu rekonstrukcji wartości i celów życiowych w odpowiedzi na doświadczenie kryzysu.

Z metodologicznego punktu widzenia dwuwymiarowy model sensu życia znajduje odzwierciedlenie w Kwestionariuszu Sensu Życia (*Meaning in Life Questionnaire*, MLQ), składającym się z dwóch pięcioletnich skal mierzących obecność oraz poszukiwanie sensu (Steger i in., 2006). Narzędzie to jest szeroko wykorzystywane w badaniach nad dobrostanem psychicznym, procesami adaptacyjnymi oraz sposobami radzenia sobie w sytuacjach granicznych, w tym w kontekście choroby nowotworowej. Dwuwymiarowa struktura MLQ umożliwia jednoczesną ocenę sensu życia jako względnie trwałego zasobu oraz jako czynnika aktywnej rekonstrukcji znaczeń, nasilającego się w warunkach istotnego obciążenia. Liczne badania potwierdzają wysoką rzetelność i trafność teoretyczną narzędzia, a także jego użyteczność w różnych kontekstach kulturowych (Steger i Shin, 2010; Schulenberg i in., 2011). Z tych względów Kwestionariusz Sensu Życia został wykorzystany również w niniejszej pracy jako narzędzie oceny obecności i poszukiwania sensu w okresie remisji raka piersi.



Dwuwymiarowy model sensu życia Stegera (2006) integruje rozumienie sensu jako względnie trwałego przekonania o znaczeniu własnego życia z jego dynamicznym poszukiwaniem. Umożliwia on jednocześnie uchwycenie funkcji stabilizujących oraz rozwojowych sensu, pozwalając zachować spójność systemu wartości przy jednoczesnym otwarciu na reinterpretację trudnych doświadczeń i modyfikację sposobów odnoszenia się do aktualnych uwarunkowań życia. W kontekście kobiet w remisji raka piersi sens nabiera szczególnej roli jako czynnik wspierający przystosowanie oraz odbudowę wewnętrznej spójności po przebytej chorobie. Tym samym stanowi on istotny punkt odniesienia dla dalszych rozważań nad zmianami zachodzącymi w życiu psychicznym po doświadczeniu poważnego kryzysu zdrowotnego.

3.3 Wybrane koncepcje i źródła poczucia sensu życia

Pojęcie sensu życia zajmuje istotne miejsce w refleksji filozoficznej i psychologicznej, a jego systematyczne opracowanie nastąpiło przede wszystkim w obrębie psychologii egzystencjalnej i humanistycznej. W ramach tych nurtów sens życia ujmowany jest jako fundamentalny wymiar funkcjonowania, istotny dla zachowania zdrowia psychicznego, zdolności regulowania wewnętrznych stanów oraz przystosowania do doświadczeń cierpienia, straty i zagrożenia. Sens wykracza poza poziom abstrakcyjnej kategorii teoretycznej, jest realnym zasobem psychologicznym, umożliwiającym nadawanie znaczenia własnym przeżyciom oraz podtrzymywanie poczucia ciągłości i spójności osobistej (May, 1994).

Jedną z najbardziej wpływowych koncepcji sensu życia sformułował Viktor E. Frankl, twórca logoterapii. Frankl (2009) uznał dążenie do poczucia znaczenia za podstawową motywację ludzkiego działania, odróżniając je zarówno od orientacji na przyjemność, jak i od potrzeby władzy. Sens nie ma charakteru dowolnej konstrukcji poznawczej, lecz ujawnia się w kontekście wartości realizowanych poprzez aktywność twórczą, relacje z innymi ludźmi oraz postawę wobec nieuniknionego cierpienia. Istotnym elementem tej koncepcji jest założenie, że nawet w warunkach głębokiego naruszenia dotychczasowego ładu życia jednostka zachowuje wolność wyboru własnej postawy. Zdolność nadawania znaczenia trudnym doświadczeniom stanowi wówczas podstawę zachowania godności oraz wewnętrznej integralności. Brak takiego wymiaru prowadzi natomiast do frustracji egzystencjalnej, przejawiającej się poczuciem pustki, bezcelowości oraz nasileniem objawów psychopatologicznych, w tym lęku i depresji (Yalom, 2011).



Na gruncie polskiej psychologii myśl Frankla rozwijał Kazimierz Popielski, twórca koncepcji noetycznego wymiaru osobowości. W jego ujęciu poczucie sensu stanowi autonomiczny aspekt funkcjonowania człowieka, integrujący sferę poznawczą, uczuciową i duchową (Popielski, 1987). Potrzeba znaczenia ma charakter uniwersalny i rozwojowy, a jej realizacja sprzyja kształtowaniu dojrzałej osobowości oraz zdolności do podejmowania odpowiedzialnych decyzji życiowych. Zakłócenia w tym obszarze prowadzą natomiast do wewnętrznej dezintegracji, obniżenia motywacji oraz trudności w adaptacji do wymagań rzeczywistości. Współczesne ujęcia inspirowane tą tradycją, rozwijane m.in. przez Mariolę Henszen-Niejodek i Helenę Sęk, podkreślają regulacyjną rolę sensu jako zasobu odporności psychicznej oraz istotnego komponentu duchowego wymiaru zdrowia (Henszen-Niejodek i Sęk, 2007). Autorki wskazują, że jego obecność wspiera skuteczne radzenie sobie ze stresem oraz poznawczą integrację doświadczeń o wysokim ładunku emocjonalnym, sprzyjając zachowaniu równowagi.

Istotny wkład w rozumienie sensu życia wnosi koncepcja salutogenezy Antonovsky'ego (1995), której centralnym elementem jest pojęcie poczucia koherencji (*sense of coherence*, SOC). Autor wyróżnił trzy jego składowe: zrozumiałość, zaradność oraz sensowność, uznając tę ostatnią za komponent motywacyjny systemu regulacji stresu. Sensowność odnosi się do przekonania, że własne życie posiada wartość, a podejmowany wysiłek jest znaczący i wart zaangażowania. Wysoki poziom tego wymiaru wiąże się z większą gotowością do aktywnego mierzenia się z trudnościami, interpretowania obciążeń w kategoriach wyzwań oraz podtrzymywania względnej stabilizacji. Sens przestaje być wyłącznie kategorią refleksji egzystencjalnej, stając się istotnym zasobem wspierającym funkcjonowanie po chorobie przewlekłej.

Przegląd klasycznych i współczesnych koncepcji sensu życia pokazuje, że pojęcie to stanowi istotny punkt odniesienia dla analizy sposobów interpretacji sytuacji życiowej w warunkach zagrożenia. Ujęcia te wskazują, że sens życia nie ogranicza się do abstrakcyjnej refleksji egzystencjalnej, lecz pełni rolę mechanizmu porządkującego doświadczenia oraz nadającego im subiektywną spójność. Takie podejście koresponduje z dwuwymiarowym modelem sensu życia Stegera (2006), który umożliwia empiryczne uchwycenie zarówno względnie stabilnego poczucia znaczenia własnego życia, jak i procesu jego aktywnego poszukiwania. W kontekście niniejszej pracy koncepcje te tworzą teoretyczne zaplecze do analizy relacji pomiędzy lękiem uogólnionym a poczuciem sensu życia, umożliwiając



ujmowanie sensu jako zasobu psychologicznego wpływającego na sposób przeżywania niepewności zdrowotnej typowej dla okresu remisji.

3.4 Potraumatyczny wzrost w chorobie nowotworowej

Pojęcie potraumatycznego wzrostu (posttraumatic growth, PTG) odnosi się do pozytywnych zmian w funkcjonowaniu psychicznym, które mogą pojawić się w następstwie zdarzeń głęboko naruszających podstawowe poczucie bezpieczeństwa, kontroli i przewidywalności życia. Koncepcja ta została zaproponowana przez Richarda Tedeschię oraz Lawrence'a Calhouna (1996) i rozwinięta w kolejnych publikacjach, w których autorzy podkreślali, że obok destrukcyjnych konsekwencji traumy, takich jak nasilony lęk czy objawy stresu pourazowego, możliwy jest również rozwój w sferze poznawczej, afektywnej i egzystencjalnej (Tedeschi i Calhoun, 2004). Potraumatyczny wzrost nie oznacza zaniku cierpienia ani jego kompensacji, lecz opisuje proces nadawania nowego znaczenia przeżyciom, które wcześniej wiązały się z dezorganizacją i poczuciem zagrożenia.

Potraumatyczny wzrost wiąże się z jakościowymi przemianami w sposobie funkcjonowania jednostki, które ujawniają się w różnych obszarach życia po traumie. Obejmują one między innymi przewartościowanie celów, pogłębienie relacji interpersonalnych, wzmocnienie poczucia osobistej sprawczości oraz rozwój refleksji egzystencjalnej i duchowej (Tedeschi i Calhoun, 2004). W tym sensie potraumatyczny wzrost nie polega na przywróceniu wcześniejszego poziomu stabilizacji, lecz na przekształceniu struktury znaczeń, za pomocą których jednostka interpretuje własne doświadczenia i miejsce w świecie. Zmiany te mają charakter jakościowy i obejmują sposób interpretowania własnych doświadczeń.

Rak piersi prowadzi do głębokiego naruszenia równowagi psychicznej i zakwestionowania podstawowych przekonań dotyczących bezpieczeństwa, ciągłości życia oraz kontroli nad ciałem. Często towarzyszy mu nasilony dystres oraz konieczność poznawczego i emocjonalnego przetworzenia przeżytej sytuacji. U części kobiet proces ten nie ogranicza się jednak wyłącznie do adaptacji wobec zagrożenia, lecz po zakończeniu leczenia prowadzi do względnie trwałych zmian o charakterze rozwojowym. Obejmują one przekształcenia w obrębie systemu wartości, pogłębienie refleksyjności oraz zmianę sposobu doświadczania relacji z innymi ludźmi i postrzegania własnej roli społecznej (Sumalla i in.,



2009). W literaturze klinicznej zjawisko to opisywane jest jako potraumatyczna transformacja, w której poznawcze opracowanie przeżytej choroby sprzyja odnalezieniu sensu oraz wzmocnieniu poczucia wewnętrznej siły (Stanton i in., 2006; Morris i in., 2012; Bellizzi i Blank, 2006).

Jednym z kluczowych czynników sprzyjających pojawieniu się potraumatycznego wzrostu jest proces poznawczej reorganizacji, polegający na stopniowym przeformułowywaniu sposobu interpretowania zdarzeń oraz ich znaczenia w osobistej hierarchii wartości jednostki. W ujęciu Tedeschiego i Calhouna (2006) szczególną rolę odgrywa refleksyjne przetwarzanie doświadczeń, ukierunkowane na ich zrozumienie i nadanie im spójnego sensu, odróżniane od ruminacji intruzywnych, które podtrzymują napięcie i dezorganizację emocjonalną. W tym znaczeniu poczucie sensu życia pełni funkcję integracyjną, umożliwiając zachowanie ciągłości psychicznej mimo trwałej zmiany warunków egzystencjalnych. Nie sprowadza się ono do prostego przezwyciężenia kryzysu, lecz tworzy ramę interpretacyjną, która pozwala jednostce uporządkować przeżyte doświadczenia i przywrócić poczucie wewnętrznej spójności.

W okresie remisji raka piersi potraumatyczny wzrost często współwystępuje z utrzymującym się lękiem uogólnionym, wzmożoną czujnością wobec sygnałów z ciała oraz trwałym poczuciem braku pełnej stabilizacji. Zjawisko to łączy elementy obciążenia i rozwoju, które pozostają w dynamicznej relacji, kształtując sposób przystosowania do zmienionych warunków życia (Park, 2010). Badania empiryczne pokazują, że wzrost po traumie wiąże się ze zmianą sposobu doświadczania lęku i napięcia oraz z nadawaniem im nowej funkcji w codziennym życiu (Helgeson i in., 2006; Sawyer i in., 2010). W tym ujęciu poczucie sensu życia wspiera proces integracji doświadczeń oraz sprzyja akceptacji trwałych ograniczeń. Dzięki niemu lęk staje się elementem adaptacji, a nie czynnikiem destabilizującym, co umożliwia zachowanie równowagi między podatnością emocjonalną a zdolnością do dalszego rozwoju.

Potraumatyczny wzrost może być ujmowany jako jedna z form adaptacji do choroby nowotworowej, polegająca na stopniowym przekształcaniu znaczenia cierpienia w sposób wykraczający poza jego destrukcyjny wymiar (Helgeson i in., 2006). W tym ujęciu sens życia pełni funkcję poznawczo-emocjonalnej struktury integrującej doświadczenia choroby z dalszym biegiem życia, umożliwiając jednostce odbudowę poczucia wpływu oraz spójności funkcjonowania w zmienionych warunkach egzystencjalnych. Proces ten ma charakter



zindywidualizowany i zależy zarówno od zasobów psychologicznych jednostki, jak i od jakości dostępnego wsparcia społecznego, co podkreślają modele adaptacyjne uwzględniające zróżnicowane trajektorie reagowania po doświadczeniach kryzysowych (Zoellner i Maercker, 2006). W ujęciach opartych na teorii zachowania zasobów potraumatyczny wzrost interpretowany jest jako efekt głębszej reorganizacji znaczeń i hierarchii wartości, w której doświadczenie choroby sprzyja redefinicji celów życiowych oraz wzmacnia poczucie dojrzałości psychicznej (Hobfoll i in., 2007).

3.5 Obecność sensu życia jako czynnik sprzyjający adaptacji w remisji raka piersi

Obecność sensu życia stanowi jeden z kluczowych zasobów psychologicznych wspierających proces adaptacji w okresie remisji raka piersi. Sprzyja utrzymywaniu zaangażowania w życie, regulacji emocji oraz tworzeniu spójnego obrazu siebie po doświadczeniu choroby. Badania wskazują, że wyższy poziom sensu życia wiąże się z większą odpornością emocjonalną, lepszym przystosowaniem do zmian i bardziej konstruktywnym radzeniem sobie ze stresem (Vehling i in., 2011; Steger, 2012; Park, 2010). Jednocześnie intensywne poszukiwanie sensu, zwłaszcza we wczesnym okresie remisji, może prowadzić do przejściowego wzrostu napięcia emocjonalnego, wynikającego z konfrontacji z pytaniami o dalszy kierunek życia i znaczenie przebytej choroby. W tym ujęciu sens życia nie jest jedynie wskaźnikiem dobrostanu, lecz procesem, którego rola zmienia się wraz z przebiegiem zdrowienia.

Adaptacyjna funkcja sensu życia ujawnia się szczególnie wyraźnie w procesach nadawania znaczenia przeżyciom granicznym, które wymagają poznawczej i emocjonalnej reorganizacji dotychczasowych sposobów reagowania. W ujęciach koncentrujących się na regulacji emocji w sytuacjach stresowych sens życia pełni funkcję integrującą, umożliwiając jednostce włączenie trudnych przeżyć w spójny system przekonań o sobie i świecie, co sprzyja podtrzymywaniu równowagi emocjonalnej mimo utrzymującego się napięcia (Folkman, 2008). Tak rozumiany sens może pełnić istotną rolę w procesie przystosowania, pozwalając zachować ciągłość funkcjonowania i poczucie wpływu nawet w warunkach długotrwałej niepewności i zagrożenia, charakterystycznych dla doświadczeń zdrowotnych o wysokim obciążeniu emocjonalnym (Bonanno, 2004). Obecność sensu życia można zatem uznać za jeden z podstawowych mechanizmów wspierających przystosowanie w okresie remisji, wpływający na sposób przeżywania emocji oraz regulację wewnętrznego napięcia.



Z perspektywy dynamicznej adaptacji znaczenie sensu życia różnicuje się w zależności od etapu remisji. We wczesnym okresie po zakończeniu leczenia, obejmującym pierwsze dwa lata, u wielu kobiet utrzymuje się podwyższone napięcie emocjonalne oraz trudności w odzyskaniu poczucia bezpieczeństwa i stabilności. Choroba nowotworowa podważa wcześniejsze cele i wartości, co prowadzi do osłabienia orientacji życiowej (Schnell, 2011). Obecność sensu pełni w tej fazie funkcję podtrzymującą i umożliwia stopniowe odzyskiwanie psychicznej równowagi, wzmacnia poczucie ciągłości oraz sprzyja ponownemu angażowaniu się w codzienne role mimo utrzymującego się niepokoju. Kobiety, które zachowują choćby częściowe poczucie sensu, wykazują niższy poziom lęku oraz większą zdolność do konstruktywnego reagowania na bodźce stresowe, charakterystyczne dla wczesnej fazy zdrowienia po chorobie nowotworowej (Folkman, 2008).

W warunkach długoterminowej remisji, przypadającej zwykle między piątym a szóstym rokiem po zakończeniu leczenia, dochodzi często do ograniczenia kontaktu z opieką medyczną i wsparciem psychologicznym. W tym okresie u części kobiet pojawia się przewlekłe napięcie, nasilone zamartwianie oraz poczucie braku stabilności (Bonanno, 2004). Sens życia zaczyna wówczas pełnić odmienną funkcję w strukturze psychicznej. Jego obecność sprzyja regulacji afektywnej poprzez zwiększenie tolerancji na niejednoznaczność sytuacji oraz ograniczenie nadmiernej koncentracji na potencjalnych zagrożeniach. Umożliwia utrzymanie poznawczej elastyczności oraz równowagi afektywnej, dzięki czemu nawet w warunkach długotrwałego obciążenia możliwe jest zachowanie wewnętrznej stabilności i zaangażowania w życie (Gross, 2015).

Na gruncie powyższych rozważań teoretycznych sens życia można rozumieć jako czynnik modyfikujący relację między adaptacją a funkcjonowaniem psychicznym kobiet w okresie remisji raka piersi. Jego obecność sprzyja ograniczaniu poznawczej podatności na lęk oraz utrzymywaniu względnej równowagi emocjonalnej, natomiast intensywne poszukiwanie sensu może wiązać się z przejściowym wzrostem napięcia emocjonalnego towarzyszącym procesowi przystosowania do nowej sytuacji życiowej. Tak rozumiany sens życia stanowi jeden z kluczowych czynników wspierających proces readaptacji po chorobie, tworząc punkt odniesienia dla dalszych rozważań nad jego relacją z lękiem uogólnionym.



3.6 Relacja między poczuciem sensu życia a lękiem uogólnionym w okresie zdrowienia

Poczucie sensu życia odgrywa istotną rolę w doświadczeniu choroby nowotworowej, jednak jego relacja z lękiem uogólnionym w okresie remisji nie ma charakteru jednokierunkowego i jest zależna od etapu zdrowienia. Poczucie sensu nie stanowi stałego ani jednoznacznie ochronnego czynnika wobec lęku, lecz może pełnić odmienne funkcje adaptacyjne w zależności od stopnia zaawansowania procesu zdrowienia (Helgeson i in., 2004). Z tego względu zasadne jest ujmowanie relacji między tymi zmiennymi w perspektywie fazowej, uwzględniającej dynamikę zdrowienia oraz zmieniające się w czasie możliwości regulacji emocjonalnej (Stanton i in., 2015).

We wczesnym okresie remisji brak ukształtowanego poczucia sensu życia może sprzyjać nasileniu lęku uogólnionego, potęgując poczucie dezorientacji, zagrożenia i utraty kontroli. Na tym etapie procesy nadawania znaczeń pozostają często wtórne wobec podstawowych zadań adaptacyjnych, takich jak odzyskiwanie sprawności, stabilizacja funkcjonowania somatycznego oraz redukcja bezpośrednich następstw leczenia (Seiler i Jenewein, 2019). Poszukiwanie sensu życia nie zawsze jest w tym okresie możliwe, a próby jego przedwczesnego uruchamiania mogą prowadzić do przeciążenia emocjonalnego i wtórnego nasilenia lęku. W takim ujęciu brak sensu nie stanowi jeszcze deficytu egzystencjalnego, lecz odzwierciedla wczesny etap adaptacji, w którym dominują reakcje lękowe i koncentracja na przetrwaniu oraz powrocie do codziennego funkcjonowania (Greene i in., 2017).

W długoterminowej remisji relacja między poczuciem sensu życia a lękiem uogólnionym ulega dalszemu różnicowaniu. Choć u części kobiet ukształtowanie względnie stabilnego poczucia sensu sprzyja lepszej regulacji emocjonalnej, wysoki poziom sensu życia nie musi automatycznie wiązać się z obniżeniem lęku. W tej fazie możliwe jest współwystępowanie wysokiego poczucia sensu z utrzymującym się lękiem o charakterze uogólnionym, wynikającym z trwałej niepewności zdrowotnej oraz utrzymujących się objawów somatycznych, które stanowią stałe źródło napięcia (Mehnert-Theuerkauf i in., 2020). Sens życia i lęk mogą zatem funkcjonować równolegle, nie wykluczając się wzajemnie, lecz współistniejąc w strukturze doświadczenia psychicznego, co jest zgodne z procesowym ujęciem adaptacji do choroby przewlekłej, zakładającym możliwość jednoczesnej obecności zasobów i dystresu emocjonalnego (Galatzer-Levy i in., 2018).



Uwzględnienie tej niejednoznacznej relacji pozwala lepiej zrozumieć zróżnicowanie doświadczeń emocjonalnych kobiet w remisji oraz unikać uproszczonych założeń dotyczących ochronnej roli sensu życia. Poczucie sensu nie zawsze redukuje lęk, podobnie jak jego brak nie musi oznaczać trwałego zaburzenia adaptacji. Z tego względu relacja ta ujawnia się jako proces dynamiczny, uwarunkowany etapem zdrowienia oraz gotowością do refleksji egzystencjalnej. Uwzględnienie wzajemnego oddziaływania między poczuciem sensu życia a lękiem uogólnionym pozwala traktować proces zdrowienia nie jako liniowy powrót do równowagi, lecz jako przestrzeń negocjowania znaczeń, w której emocjonalna niepewność staje się impulsem do dalszego rozwoju psychicznego.



4. Wsparcie psychologiczne w procesie zdrowienia

4.1 Terminologiczne i funkcjonalne aspekty wsparcia psychologicznego

Wsparcie psychologiczne stanowi jedno z kluczowych zagadnień psychologii zdrowia oraz psychologii klinicznej. Jego rozumienie ewoluowało wraz z rozwojem badań nad stresem, radzeniem sobie oraz funkcjonowaniem społecznym jednostki. W ujęciu ogólnym odnosi się ono do systemu interakcji wspierających, które tworzą ramy dla analizy procesów adaptacyjnych w sytuacjach kryzysowych i chorobowych (Thoits, 2011). W odróżnieniu od pojęcia wsparcia społecznego, koncentrującego się głównie na dostępności relacji i zasobów środowiskowych, wsparcie psychologiczne obejmuje także wymiar poznawczy i egzystencjalny, co pozwala odróżnić je od ujęć opisujących wyłącznie strukturę sieci społecznych (Taylor, 2011; Uchino, 2009).

Jednym z pierwszych systematycznych ujęć wsparcia była koncepcja House'a (1981), w której wyróżniono cztery podstawowe formy oddziaływań pomocowych: emocjonalną, instrumentalną, informacyjną oraz wartościującą. Wsparcie emocjonalne obejmuje okazywanie empatii, zrozumienia i troski; wsparcie instrumentalne polega na udzielaniu konkretnej, praktycznej pomocy; wsparcie informacyjne wiąże się z przekazywaniem wiedzy oraz wskazówek; natomiast wsparcie wartościujące odnosi się do potwierdzania tożsamości, kompetencji i poczucia własnej wartości jednostki. Zbliżone podejście zaproponował Cobb (1976), definiując wsparcie jako przekonanie o byciu kochanym, cenionym oraz przynależnym do sieci wzajemnych relacji, podkreślając znaczenie relacyjnego bezpieczeństwa dla dobrostanu psychicznego. Oba podejścia stanowiły punkt wyjścia dla późniejszych analiz procesów związanych z chorobą.

Rozwój tych koncepcji nastąpił w ramach transakcyjnego modelu stresu i radzenia sobie autorstwa Lazarusa i Folkman (1984), który zakłada, że stres psychologiczny pojawia się wówczas, gdy jednostka ocenia wymagania sytuacyjne jako przekraczające jej zasoby adaptacyjne. W tym kontekście wsparcie psychologiczne pełni rolę istotnego zasobu poznawczego i emocjonalnego, wpływając na ocenę pierwotną i wtórną sytuacji stresowej oraz sposób interpretacji zagrożenia. Na tej podstawie Cohen i Wills (1985) sformułowali tzw. model buforowy wsparcia zakładający, że pomoc nie eliminuje źródeł stresu, lecz łagodzi jego negatywne konsekwencje poprzez wzmacnianie poczucia kontroli i modyfikację subiektywnego znaczenia sytuacji. W efekcie prowadzi to do obniżenia poziomu dystresu.



W obszarze zdrowia psychicznego i chorób przewlekłych wsparcie psychologiczne uznawane jest za czynnik chroniący przed rozwojem zaburzeń psychicznych. Wyniki badań empirycznych wskazują, że osoby postrzegające wsparcie jako adekwatne i dostępne charakteryzują się bardziej adaptacyjnym profilem funkcjonowania w warunkach obciążenia, co potwierdza jego znaczenie jako zmiennej pośredniczącej w procesach przystosowania psychicznego (Helgeson i Cohen, 1996). W przypadku kobiet po przebyciu choroby nowotworowej rola wsparcia psychologicznego staje się szczególnie wyraźna, ponieważ doświadczenie to wiąże się z utratą poczucia kontroli, zagrożeniem integralności ciała oraz koniecznością przewartościowania dotychczasowych ról i celów życiowych (Mehnert i in., 2018). Oddziaływania psychologiczne sprzyjają wówczas nie tylko redukcji napięcia emocjonalnego, lecz także integracji doświadczenia choroby w strukturze życia psychicznego.

Istotny wkład w rozumienie wsparcia psychologicznego wnoszą podejścia egzystencjalno-humanistyczne, rozwijane między innymi przez Frankla (2009) oraz Yaloma (1980), które akcentują jego związek z procesem poszukiwania sensu życia. W tym ujęciu pomoc psychologiczna nie ogranicza się do redukcji objawów, lecz polega na towarzyszeniu jednostce w konfrontacji z pytaniami o znaczenie cierpienia, straty i ograniczeń. W duchu logoterapii wsparcie psychologiczne tworzy przestrzeń do wspólnego poszukiwania znaczenia własnych przeżyć, w której terapeuta towarzyszy pacjentce w konfrontacji z cierpieniem, zamiast bezpośrednio narzucać jego interpretację. Tak rozumiana relacja wspierająca sprzyja odbudowie poczucia podmiotowości i wewnętrznej spójności, ale nie zastępuje indywidualnego procesu sensotwórczego.

Skuteczność interwencji opartych na tych podstawach potwierdzają badania prowadzone w grupach pacjentów onkologicznych, wskazujące na obniżenie lęku oraz poprawę jakości życia (Breitbart i in., 2015; Vehling i in., 2011). Współcześnie wsparcie psychologiczne ujmuje się w perspektywie integracyjnej, łączącej podejście relacyjne, stresowo-radzeniowe oraz egzystencjalne. Obejmuje ono nie tylko doraźne obniżanie napięcia emocjonalnego, lecz także wspieranie procesów adaptacyjnych, które przywracają poczucie wewnętrznej spójności i podmiotowości. W tym znaczeniu pomoc psychologiczna może być rozumiana jako proces regulacyjny, w którym oddziaływania zewnętrzne aktywizują zasoby jednostki, umożliwiając konstruktywne przystosowanie w warunkach niepewności i utraty. W odniesieniu do kobiet w remisji raka piersi stanowi ona istotny element procesu zdrowienia, wspierając zarówno równowagę emocjonalną, jak i kształtowanie nowej perspektywy wobec przeżytej choroby (Stanton i in., 2015).



4.2 Modele i mechanizmy oddziaływania wsparcia psychologicznego w chorobie nowotworowej

Analiza funkcji wsparcia psychologicznego w kontekście chorób przewlekłych, w tym nowotworowych, wymaga uwzględnienia zarówno jego struktury relacyjnej, jak i mechanizmów psychologicznych pośredniczących między otrzymywanym wsparciem a zdrowiem psychicznym jednostki. W sytuacji długotrwałego obciążenia stresem chorobowym wsparcie staje się nie tylko zewnętrznym zasobem ochronnym, ale także czynnikiem uruchamiającym procesy wewnętrznej regulacji poznawczej, emocjonalnej i egzystencjalnej (Uchino, 2009). W kontekście remisji raka piersi nabiera ono szczególnego znaczenia, ponieważ dotyczy etapu readaptacji po doświadczeniu choroby i jej psychologicznych następstw. Mechanizmy, poprzez które wsparcie oddziałuje na funkcjonowanie psychiczne, można rozpatrywać w odniesieniu do kilku komplementarnych modeli teoretycznych, opisujących różne wymiary relacji pomocowej (Wampold i Imel, 2015).

Jednym z najczęściej opisywanych ujęć wyjaśniających działanie wsparcia psychologicznego jest model buforowy zaproponowany przez Cohena i Willsa (1985). Został on osadzony w ramach transakcyjnego modelu stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman (1984), zgodnie z którym stres psychologiczny powstaje w wyniku subiektywnej oceny sytuacji jako przekraczającej zasoby jednostki. W modelu buforowym wsparcie pełni funkcję czynnika pośredniczącego, który modyfikuje poznawczą interpretację stresora oraz jego wpływ emocjonalny. Mechanizm ten polega na zmianie sposobu interpretowania sytuacji stresowej, w sposób obniżający jej zagrażający charakter. Adekwatne wsparcie zwiększa poczucie kontroli, przewidywalności i bezpieczeństwa, co zmniejsza subiektywną intensywność stresu. Badania wskazują, że percepcja wsparcia wpływa nie tylko na poznawczą ocenę sytuacji, lecz także na reakcje fizjologiczne, a więc między innymi obniża aktywację osi podwzgórze-przysadka-nadnercza i poziom kortyzolu, co przekłada się na poprawę funkcjonowania układu odpornościowego (Taylor, 2011; Uchino, 2009). W kontekście remisji raka piersi mechanizm buforowy tłumaczy, w jaki sposób wsparcie ogranicza skutki tzw. „czujności zdrowotnej” i przewlekłego napięcia emocjonalnego, typowego dla okresu po zakończeniu leczenia. Wsparcie działa tu jak filtr poznawczy, który łagodzi katastroficzne interpretacje sygnałów z ciała, wspiera realistyczne myślenie o zdrowiu i sprzyja stopniowemu odzyskiwaniu poczucia sprawstwa (Cohen i Wills, 1985; Mehnert i in., 2018).



Uzupełnieniem powyższego podejścia jest koncepcja współregulacji emocjonalnej i poznawczej Thoits (2011), która rozwija rozumienie wsparcia psychologicznego jako dynamicznego procesu zachodzącego w relacji interpersonalnej. W przeciwieństwie do modelu buforowego, koncentrującego się na indywidualnej interpretacji stresu, podejście Thoits podkreśla znaczenie wzajemnego dostrojenia emocjonalnego między osobą wspierającą a wspieraną. Współregulacja obejmuje mechanizmy empatii, rezonansu emocjonalnego oraz wymiany znaczeń, które prowadzą do stabilizacji reakcji afektywnych i przywrócenia zdolności refleksyjnego przetwarzania doświadczeń. Odpowiednio przeprowadzony kontakt pomocowy nie tylko łagodzi napięcie, lecz także uczy jednostkę wewnętrznego samouspokajania poprzez internalizację wspierających wzorców relacyjnych (Gilbert, 2010). Proces ten ma charakter edukacyjny, ponieważ jednostka, doświadczając zrozumienia i akceptacji, stopniowo rozwija kompetencje samoregulacyjne i zdolność do autowspółczucia. W odniesieniu do kobiet w remisji raka piersi koncepcja Thoits pozwala uchwycić szczególne znaczenie jakości relacji terapeutycznej i społecznej. Wsparcie współregulacyjne umożliwia przechodzenie od reaktywnego przeżywania choroby do bardziej refleksyjnego i zintegrowanego rozumienia własnych doświadczeń. Ułatwia tym samym przejście z etapu zależności emocjonalnej do etapu wewnętrznej samodzielności i psychicznego ugruntowania w relacjach interpersonalnych (Helgeson i Cohen, 1996; Lepore i Revenson, 2007).

W nurcie egzystencjalno-humanistycznym wsparcie psychologiczne jest rozumiane jako towarzyszenie człowiekowi w konfrontacji z pytaniami o sens, wolność i ograniczenia ludzkiego istnienia. W tym podejściu, opartym na logoterapii Frankla (2009) i egzystencjalnej psychoterapii Yaloma (1980), kluczową rolę odgrywa relacja oparta na autentyczności, zaufaniu i poszanowaniu indywidualnych wartości. Celem wsparcia nie jest wówczas jedynie redukcja objawów, lecz umożliwienie jednostce nadania chorobie osobistego sensu, który wspiera wewnętrzną spójność i psychologiczną odporność. Proces ten opiera się na mechanizmie samotranscendencji, czyli kierowaniu uwagi ku wartościom i celom wykraczającym poza jednostkowe cierpienie. Autentyczny dialog terapeutyczny pozwala jednostce na odbudowanie poczucia podmiotowości, utraconego w trakcie leczenia. W praktyce klinicznej szczególne znaczenie ma terapia skoncentrowana na sensie (*Meaning-Centered Psychotherapy*), rozwijająca się w ramach współczesnej psychoonkologii. Obejmuje ona uporządkowaną pracę nad narracją życiową pacjentki, identyfikacją wartości i odkrywaniem źródeł sensu w relacjach interpersonalnych oraz duchowości. Badania potwierdzają, że uczestnictwo w tego rodzaju interwencjach sprzyja redukcji lęku



egzystencjalnego, wzrostowi integracji wewnętrznej i poprawie jakości życia kobiet po chorobie nowotworowej (Breitbart i in., 2015; Vehling i in., 2011).

Współczesne modele wsparcia psychologicznego ukazują jego wielowymiarowy charakter, obejmujący perspektywy poznawcze, emocjonalne, interpersonalne i egzystencjalne. Każdy z nich akcentuje odmienny mechanizm działania, wskazując, że skuteczność wsparcia zależy zarówno od sposobu interpretacji stresu, jak i jakości relacji oraz zdolności nadawania znaczenia doświadczeniom. Wspólnie tworzą spójny obraz wsparcia jako procesu regulacyjnego i znaczeniowótórczego, który umożliwia kobietom w remisji raka piersi odzyskanie równowagi emocjonalnej, poczucia sprawstwa i zdolności do świadomego uczestniczenia w życiu po chorobie.

4.3 Potrzeby emocjonalne kobiet po leczeniu onkologicznym

Okres remisji po leczeniu onkologicznym stanowi etap głębokiej reorganizacji emocjonalnej i społecznej, wymagający ponownego przystosowania do codziennego funkcjonowania. W literaturze podkreśla się, że potrzeby kobiet po leczeniu raka piersi mają charakter dynamiczny i zmieniają się wraz z fazą remisji, poziomem adaptacji oraz poczuciem bezpieczeństwa zdrowotnego (Mehnert i in., 2018; Mullan, 1985). Przejście od doświadczenia choroby do życia w warunkach względnego zdrowia często wiąże się z ambiwalencją emocjonalną, wynikającą z jednoczesnego poczucia ulgi i niepewności. Kobiety zmagają się z odzyskiwaniem kontroli nad własnym życiem oraz odbudową poczucia stabilności psychicznej. Remisja nie jest więc prostym powrotem do wcześniejszego funkcjonowania, lecz procesem stopniowego emocjonalnego przystosowania i odbudowy równowagi wewnętrznej.

W pierwszych dwóch latach po zakończeniu leczenia dominują potrzeby związane z odzyskiwaniem poczucia bezpieczeństwa, przewidywalności i zaufania do własnego ciała. Kobiety wykazują zwiększoną czujność wobec sygnałów somatycznych, co w połączeniu z niepewnością prognostyczną sprzyja utrzymywaniu napięcia emocjonalnego (Bultz i Carlson, 2006). W tym okresie szczególnie wyraźna staje się potrzeba walidacji emocjonalnej, czyli uznania reakcji lęku, złości czy żalu za naturalne i zrozumiałe (Helgeson i Cohen, 1996). Wsparcie psychologiczne pełni tu funkcję stabilizującą, sprzyjając regulacji emocji i porządkowaniu przeżyć. Kontakt z profesjonalistą umożliwia stopniową integrację przeżyć z obrazem siebie i otaczającą rzeczywistością (Vehling i in., 2011; Holland i Neimeyer, 2010).



W dłuższej perspektywie remisji, gdy kontakt z opieką medyczną staje się rzadszy, może narastać niepewność dotycząca trwałości zdrowia. Wsparcie psychologiczne pełni wówczas funkcję stabilizującą emocje i wzmacniającą zaufanie do własnego ciała, ograniczając tendencję do nadmiernej czujności wobec sygnałów somatycznych, traktowanych jako potencjalnych oznak wznowy raka (Simard i in., 2013). Kobiety w tej fazie częściej poszukują potwierdzenia stabilności zdrowotnej oraz symbolicznej obecności osób lub instytucji, które dawałyby poczucie stałej opieki. Potrzeba ta ma charakter ambiwalentny, łącząc pragnienie autonomii z poczuciem zależności i oczekiwaniem, że proces zdrowienia pozostaje monitorowany (Lebel i in., 2016).

Równolegle pojawia się dążenie do integracji doświadczenia choroby i odbudowy autentyczności w relacji z samą sobą. Kobiety coraz częściej próbują nadać przeżytym wydarzeniom spójne znaczenie, łącząc elementy przeszłości, okres choroby i terażniejszości w jedną narrację życiową. Proces ten sprzyja rekonstrukcji tożsamości i poczucia sprawstwa, prowadząc do pogłębionej refleksji nad wartościami i relacjami z innymi ludźmi. Choć może towarzyszyć mu przejściowe napięcie emocjonalne, stanowi on element adaptacji, a nie odrębny proces wzrostu potraumatycznego (Tedeschi i Calhoun, 2004).

Porównanie wczesnej i długoterminowej fazy remisji wskazuje, że dynamika emocjonalna kobiet po leczeniu raka piersi wymaga zróżnicowanego podejścia pomocowego. We wczesnym okresie kluczowe jest zapewnienie emocjonalnego bezpieczeństwa, stabilizacji i akceptacji przeżyć, natomiast w fazie późniejszej dominują potrzeby potwierdzenia trwałości zdrowia, integracji doświadczenia oraz nadania mu konstruktywnego znaczenia. Zrozumienie tej zmienności stanowi podstawę do projektowania elastycznych, spersonalizowanych form wsparcia psychologicznego, które odpowiadają na aktualny etap procesu zdrowienia i sprzyjają zarówno stabilizacji emocjonalnej, jak i dalszemu rozwojowi egzystencjonalnemu (Kerr i in., 2021).



4.4 Formy pomocy psychologicznej w remisji raka piersi

Pomoc psychologiczna w ujęciu klinicznym obejmuje szerokie spektrum oddziaływań terapeutycznych i wspierających, różniących się zakresem, intensywnością oraz momentem zastosowania w przebiegu leczenia i remisji choroby. Jej zasadniczym celem jest przywrócenie równowagi emocjonalnej, wzmocnienie poczucia sprawstwa oraz odbudowa zdolności do funkcjonowania w nowych warunkach życiowych po doświadczeniu kryzysu zdrowotnego. W odniesieniu do kobiet po leczeniu raka piersi pomoc psychologiczna stanowi kluczowy element procesu zdrowienia, umożliwiając stopniowe odzyskiwanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania do ciała oraz integrację funkcjonowania emocjonalnego i społecznego (Faller i in., 2013).

W praktyce klinicznej stosuje się różnorodne formy interwencji psychologicznych, których skuteczność zależy zarówno od przyjętego modelu teoretycznego, jak i od fazy remisji, poziomu adaptacji oraz indywidualnych zasobów emocjonalnych. Wśród nich szczególne znaczenie ma psychoterapia indywidualna, stanowiąca podstawową formę pracy nad zmianą sposobu interpretacji doświadczeń, regulacją emocji i kształtowaniem bardziej adaptacyjnych wzorców funkcjonowania (Cuijpers i in., 2013).

Jednym z najlepiej udokumentowanych podejść stosowanych w psychoonkologii jest psychoterapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioral therapy*, CBT), której założenia opierają się na przekonaniu, że myśli, emocje i zachowania wzajemnie na siebie oddziałują, a zmiana w jednym z tych obszarów prowadzi do modyfikacji pozostałych (Beck, 2011). W kontekście remisji raka piersi oddziaływania poznawczo-behawioralne koncentrują się na identyfikowaniu i korygowaniu zniekształconych przekonań dotyczących zdrowia, nawrotu choroby i poczucia kontroli nad życiem. Terapia obejmuje identyfikację i modyfikację katastroficznych myśli oraz rozwijanie bardziej realistycznych sposobów interpretacji sytuacji stresowych. Ważnym elementem interwencji jest rozwijanie strategii radzenia sobie ze stresem i napięciem emocjonalnym (Hofmann i in., 2012). Wykorzystuje się techniki poznawczej restrukturyzacji, prowadzenie dzienników myśli, modelowanie zachowań adaptacyjnych oraz stopniową ekspozycję na sytuacje budzące lęk, takie jak badania kontrolne czy sygnały somatyczne interpretowane jako zagrożenie. CBT obejmuje także elementy psychoedukacyjne, wspierające rozumienie związku między myślami, emocjami i reakcjami fizjologicznymi. Celem tych oddziaływań jest nie tylko redukcja napięcia i dystresu, ale również odbudowa



poczucia sprawstwa, stabilności emocjonalnej i zdolności do konstruktywnego planowania przyszłości (Butow i in., 2017).

Rozwinięciem poznawczo-behawioralnych koncepcji jest terapia akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT), która kładzie nacisk na rozwijanie elastyczności psychologicznej, czyli zdolności do działania zgodnego z osobistymi wartościami mimo obecności trudnych emocji. Oddziaływania w tym podejściu opierają się na akceptacji nieuniknionych aspektów doświadczenia choroby, w tym lęku, niepewności i poczucia utraty, oraz na kształtowaniu postawy otwartości wobec własnych przeżyć. Terapia ta pomaga kobietom w redefiniowaniu priorytetów, identyfikowaniu wartości nadających kierunek życiu po chorobie oraz podejmowaniu działań zgodnych z nimi, nawet w obliczu utrzymującego się lęku przed nawrotem (Hayes i in., 2012). ACT znajduje szczególne zastosowanie u kobiet po zakończeniu intensywnej fazy leczenia, poszukujących nowej perspektywy egzystencjalnej. Poprzez rozwijanie umiejętności uważnej obserwacji myśli i emocji bez oceniania, interwencje te sprzyjają większej odporności psychicznej, autentyczności oraz zdolności do samoregulacji emocjonalnej.

Wśród podejść o charakterze refleksyjnym i egzystencjalnym szczególne znaczenie ma psychoterapia skoncentrowana na sensie (*meaning-centered psychotherapy*, MCP), oparta na założeniach logoterapii Frankla. Jej celem jest nadanie przeżytych doświadczeniom sensu oraz ich integracja w strukturze biograficznej jednostki. Terapia ta zakłada, że doświadczenie choroby może stać się impulsem do pogłębionej refleksji nad wartościami, relacjami i kierunkiem życia. W procesie terapeutycznym kobiety uczą się łączyć elementy przeszłości, okresu choroby i terażniejszości w bardziej uporządkowaną i znaczeniowo zintegrowaną całość, co sprzyja przywracaniu poczucia ciągłości tożsamości oraz integracji emocjonalnej (Breitbart i in., 2015). Dopełnieniem tego podejścia jest terapia skoncentrowana na współczuciu (*compassion-focused therapy*, w skrócie: CFT), pomagająca rozwijać postawę współczucia wobec siebie oraz redukować samokrytycyzm, często nasilony wśród kobiet po leczeniu onkologicznym. Terapia ta sprzyja rozwijaniu emocjonalnej łagodności i bardziej wspierającego dialogu wewnętrznego, wzmacniając proces powrotu do równowagi (Gilbert, 2010). W nurcie egzystencjalnym mieści się również terapia simontonowska, łącząca elementy pracy z przekonaniem, techniki wizualizacji i relaksacji z refleksją nad znaczeniem choroby oraz procesem zdrowienia. Podejście to opiera się na założeniu, że przekonania i emocje wpływają na fizjologiczne aspekty funkcjonowania organizmu, a ich modyfikacja może wspierać proces adaptacji i poprawiać jakość życia (Simonton i in., 1992).



Uzupełnieniem powyższych interwencji psychoterapeutycznych są techniki ukierunkowane na wzmacnianie samoregulacji emocjonalnej i redukcję napięcia fizjologicznego. W praktyce klinicznej szeroko stosuje się trening relaksacji Jacobsona (1938), ćwiczenia oddechowe, wizualizacje oraz programy redukcji stresu oparte na uważności (*mindfulness-based stress reduction*, MBSR). Regularne praktykowanie tych technik przyczynia się do obniżenia pobudzenia, poprawy jakości snu i zwiększenia poczucia kontaktu z własnym ciałem (Kabat-Zinn, 2003). Metody te wspierają integrację psychofizyczną, ułatwiając kobietom powrót do wewnętrznej równowagi po doświadczeniu intensywnego stresu.

Istotnym elementem systemu pomocy są interwencje grupowe i formy wsparcia społecznego, które umożliwiają wymianę doświadczeń, wzajemne uczenie się strategii radzenia sobie oraz budowanie poczucia przynależności. Udział w grupach wsparcia czy programach psychoedukacyjnych pozwala na konfrontację własnych przeżyć z doświadczeniami innych kobiet, co zmniejsza poczucie izolacji i sprzyja walidacji emocjonalnej. Tego rodzaju formy pracy mają również wymiar edukacyjny, wspierając rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, rozumienie procesów emocjonalnych i pogłębianie samoświadomości (Helgeson i Cohen, 1996). Ważną rolę odgrywają także fundacje i organizacje pozarządowe, takie jak Stowarzyszenie „Amazonki”, Fundacja OnkoCafe, Rak’n’Roll, Alivia czy Unicorn, które oferują zróżnicowane formy pomocy, obejmujące konsultacje, warsztaty, spotkania tematyczne oraz materiały psychoedukacyjne. Ich działalność uzupełnia profesjonalną opiekę psychologiczną i umożliwia utrzymanie ciągłości wsparcia po zakończeniu formalnego leczenia.

Zróżnicowanie form pomocy psychologicznej wskazuje, że skuteczność interwencji zależy nie tylko od przyjętego modelu terapeutycznego, lecz przede wszystkim od ich dopasowania do etapu remisji, poziomu adaptacji i indywidualnych potrzeb pacjentek. Kluczowe znaczenie ma subiektywna ocena użyteczności wsparcia, która odzwierciedla, w jakim stopniu odpowiada ono na aktualne wyzwania emocjonalne i egzystencjalne. Tak rozumiana pomoc psychologiczna stanowi integralny element procesu zdrowienia, łącząc wymiar relacyjny z regulacją emocji oraz rekonstruowaniem sensu życia.



4.5 Satysfakcja z pomocy psychologicznej jako czynnik adaptacyjny

Satysfakcja z pomocy psychologicznej stanowi jeden z kluczowych wskaźników jakości relacji pomocowej oraz stopnia dopasowania udzielanego wsparcia do indywidualnych potrzeb kobiet po zakończeniu leczenia onkologicznego. Nie odzwierciedla ona wyłącznie skuteczności interwencji, lecz także sposób, w jaki pomoc zostaje subiektywnie włączona w doświadczenie choroby i okresu remisji. W tym sensie satysfakcja ujawnia, na ile wsparcie psychologiczne odpowiada aktualnemu poziomowi gotowości emocjonalnej oraz zdolności do refleksyjnego przetwarzania i nadawania znaczenia własnym przeżyciom (Pascoe i Attkisson, 1983). Z tego względu stanowi komplementarny miernik skuteczności interwencji, pozwalając uchwycić subiektywny wymiar procesu zdrowienia.

We wczesnym okresie remisji satysfakcja z pomocy psychologicznej pozostaje silnie zróżnicowana i w dużym stopniu zależna od poziomu gotowości emocjonalnej pacjentek. Etap ten charakteryzuje się ograniczoną integracją doświadczenia choroby oraz mniejszą gotowością do refleksji egzystencjalnej. Kobiety częściej koncentrują się na odzyskiwaniu równowagi somatycznej, codziennej sprawności oraz poczucia bezpieczeństwa, co może utrudniać pełne korzystanie z pomocy ukierunkowanej na analizę znaczeń i przeżyć (Armes i in., 2009). W takich warunkach wsparcie psychologiczne o nadmiernym wymiarze egzystencjalnym może być odbierane jako przedwczesne lub zbyt obciążające, ponieważ wymaga poziomu wglądu i stabilności emocjonalnej, który dopiero się kształtuje (Vehling i Kissane, 2018). Skuteczna pomoc w tej fazie powinna koncentrować się przede wszystkim na regulacji emocjonalnej, obniżaniu napięcia, wysłuchaniu doświadczeń związanych z leczeniem oraz stopniowej odbudowie zaufania do własnych zasobów psychicznych (Bultz i Carlson, 2006).

Wyższy poziom obecności sensu w pierwszych dwóch latach remisji sprzyja bardziej pozytywnemu odbiorowi wsparcia psychologicznego, ponieważ umożliwia lepsze osadzenie treści terapeutycznych w szerszym kontekście doświadczeń życiowych (Fife, 2005). Niższy poziom sensu nie powinien być traktowany jako deficyt, lecz jako przejściowy etap adaptacji, w którym podstawowe potrzeby psychiczne dotyczą stabilizacji i odzyskiwania kontroli nad codziennym funkcjonowaniem (Kenne Sarenmalm i in., 2013). Adekwatność interwencji psychologicznej w tym okresie zależy zatem od wrażliwości terapeuty na moment, w którym pacjentka jest gotowa do pracy nad znaczeniem własnego doświadczenia.



W długoterminowej remisji, obejmującej okres powyżej pięciu lat od zakończenia leczenia, charakter satysfakcji z pomocy psychologicznej ulega przemianie. W miarę stabilizowania się stanu emocjonalnego i zdrowotnego kobiety częściej dysponują zasobami pozwalającymi na pogłębioną refleksję nad przebytą chorobą oraz jej miejscem w narracji życiowej (Foster i Fenlon, 2011). Na tym etapie poczucie sensu życia sprzyja konstruktywnemu włączeniu doświadczenia choroby w narrację życiową oraz bardziej pozytywnej ocenie wsparcia psychologicznego. Jednocześnie satysfakcja z pomocy zależy nie tylko od samego poziomu sensu, lecz także od dopasowania formy interwencji do indywidualnego tempa przetwarzania doświadczeń (Kleiman i Beaver, 2013). Paradoksalnie, mimo wzrostu gotowości do korzystania z pomocy, w tej fazie kobiety często napotykają na ograniczoną dostępność wsparcia instytucjonalnego, co może obniżać poczucie zaopiekowania i utrudniać dalszą adaptację (Mehnert i in., 2018).

Satysfakcja ze wsparcia psychologicznego jest więc wynikiem zewnętrznego dopasowania form pomocy do potrzeb pacjentki oraz wewnętrznego stopnia osadzenia sensu życia w przeżytych doświadczeniach choroby. W miarę postępu remisji znaczenie tych czynników ulega przesunięciu: wraz ze stabilizacją emocjonalną rośnie rola sensu życia jako filaru pozytywnej oceny i wykorzystania pomocy psychologicznej. Ujęcie to podkreśla, że praca nad znaczeniem choroby ma wartość tylko wtedy, gdy jest zakorzeniona w realnym kontekście życiowym pacjentki, a proces sensotwórczy przebiega w rytmie jej gotowości emocjonalnej i poznawczej (Hulbert-Williams i in., 2015; Pietersma i in., 2014).



5. Część empiryczna

5.1 Uzasadnienie przyczyny i celu badania

Zakończenie leczenia onkologicznego raka piersi nie oznacza zakończenia procesu zdrowienia w wymiarze psychicznym. W literaturze psychologii zdrowia podkreśla się, że okres remisji stanowi odrębny etap funkcjonowania po chorobie nowotworowej, wiążący się z koniecznością ponownej reorganizacji życia, redefinicji tożsamości oraz adaptacji do długofalowych konsekwencji leczenia (Mullan, 1985; Stanton, 2012). Coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że trudności psychiczne mogą utrzymywać się lub ujawniać dopiero po zakończeniu terapii, gdy pacjentki pozostają poza intensywną opieką medyczną.

Jednym z najczęściej opisywanych problemów psychicznych u kobiet po leczeniu raka piersi jest lęk. Badania empiryczne wskazują, że objawy lękowe mogą występować zarówno bezpośrednio po zakończeniu leczenia, jak i w dalszych latach remisji, przyjmując zróżnicowane formy i nasilenie (Herschbach i in., 2005; Simard i Savard, 2015). Jednocześnie doniesienia naukowe nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób poziom lęku zmienia się wraz z upływem czasu od zakończenia terapii. Część badań sugeruje jego stopniowe obniżanie, inne natomiast wskazują na możliwość utrzymywania się lub ponownego wzrostu objawów lękowych w późniejszych etapach remisji (Koch-Gallenkamp i in., 2016). Zróżnicowanie wyników podkreśla potrzebę uwzględniania kontekstu czasowego w analizie funkcjonowania emocjonalnego kobiet po chorobie nowotworowej.

Równolegle do badań nad lękiem rozwija się nurt analiz dotyczących poczucia sensu życia jako istotnego zasobu adaptacyjnego w obliczu doświadczeń kryzysowych. W kontekście fazowego przebiegu remisji poczucie sensu życia wykazuje zróżnicowaną dynamikę i może ulegać zmianom w zależności od etapu zdrowienia oraz indywidualnych możliwości regulacyjnych jednostki (Steger i in., 2006; Park, 2010). Badania prowadzone wśród pacjentek onkologicznych wskazują, że doświadczenie choroby nowotworowej może zaburzać dotychczasowe przekonania dotyczące sensowności i spójności życia, a ich odbudowa następuje stopniowo wraz z integracją doświadczeń chorobowych z narracją biograficzną (Mehnert i in., 2013). Jednocześnie podkreśla się znaczne zróżnicowanie indywidualne w zakresie poczucia sensu życia, szczególnie w okresach, gdy proces adaptacji pozostaje w toku.



Istotnym, choć nadal niedostatecznie rozpoznanym elementem funkcjonowania kobiet po leczeniu raka piersi jest wsparcie psychologiczne. Dotychczasowe badania koncentrują się głównie na jego dostępności oraz ogólnej skuteczności, rzadziej natomiast na subiektywnej ocenie jakości i adekwatności otrzymywanej pomocy (Helgeson, 2004). Wskazuje się, że sposób przeżywania relacji pomocowej oraz gotowość do korzystania ze wsparcia psychologicznego mogą być uwarunkowane zarówno zasobami osobistymi pacjentek, jak i etapem zdrowienia, na którym się znajdują (Park, 2010; Ułaniecka, 2021). Mimo to w literaturze brakuje badań, które uwzględniałyby te czynniki w sposób systematyczny i porównawczy.

Mimo rosnącej liczby badań nad lękiem, poczuciem sensu życia oraz wsparciem psychologicznym u kobiet po leczeniu raka piersi zmienne te były dotychczas analizowane głównie w sposób izolowany lub w obrębie jednorodnych prób badawczych, bez uwzględnienia fazowego charakteru remisji. Brakuje badań, które w jednym modelu empirycznym porównywałyby funkcjonowanie kobiet we wczesnej remisji, rozumianej jako okres do dwóch lat po zakończeniu leczenia, oraz w pierwszym roku remisji długoterminowej przypadającym na okres między piątym a szóstym rokiem po terapii. Są to dwa momenty szczególnie podatne na nasilenie trudności psychicznych, choć uwarunkowanych odmiennymi czynnikami. Niewystarczająco rozpoznane pozostają również relacje pomiędzy poczuciem sensu życia a subiektywną oceną otrzymywanego wsparcia psychologicznego w tych fazach zdrowienia.

Impulsem do podjęcia niniejszego badania były obserwacje wynikające z bezpośredniego kontaktu z kobietami leczonymi z powodu raka piersi, które wskazywały na istotne różnice w sposobie przeżywania lęku, adaptacji psychicznej oraz oczekiwań wobec wsparcia psychologicznego w zależności od etapu remisji. W rozmowach z pacjentkami ujawniała się szczególnie wyraźna rozbieżność pomiędzy trudnościami doświadczanymi bezpośrednio po zakończeniu leczenia a wyzwaniem pojawiającymi się w okresie długoterminowej remisji, które często nie są w wystarczającym stopniu uwzględniane w standardowych formach pomocy psychologicznej.

Celem niniejszego badania było porównanie poziomu lęku uogólnionego, poczucia sensu życia oraz satysfakcji z otrzymywanego wsparcia psychologicznego u kobiet znajdujących się we wczesnej remisji oraz w pierwszym roku remisji długoterminowej po leczeniu raka piersi. Uzyskane wyniki mają na celu pogłębienie wiedzy na temat psychologicznych potrzeb kobiet na różnych etapach zdrowienia oraz stworzenie podstaw do



formułowania implikacji dla wsparcia psychologicznego, uwzględniających fazowy charakter remisji i zróżnicowaną gotowość pacjentek do korzystania z pomocy.

5.1.1 Przewidywania, pytania badawcze i wyprowadzenie hipotez

Dotychczasowe badania wskazują, że etap remisji może istotnie różnicować poziom funkcjonowania emocjonalnego kobiet po leczeniu raka piersi, w tym nasilenie lęku. Jak podkreśla Park (2010), okres remisji wiąże się z uruchomieniem procesów adaptacyjnych, które mogą prowadzić zarówno do stopniowej poprawy dobrostanu psychicznego, jak i do utrzymywania się lub ponownego nasilenia objawów dystresu emocjonalnego, w tym lęku.

W badaniach nad wczesną remisją konsekwentnie odnotowuje się podwyższony poziom lęku uogólnionego, związanego z bezpośrednimi konsekwencjami leczenia onkologicznego oraz obawami przed nawrotem choroby (Herschbach i in., 2005; Simard i Savard, 2015). Wyniki badań Koch-Gallenkamp i współpracowników (2016) sugerują natomiast, że w długoterminowej remisji poziom lęku może pozostawać wysoki, a u części kobiet osiągać wartości porównywalne lub wyższe niż w okresie bezpośrednio po zakończeniu leczenia. Stanowi to podstawę do założenia, że długość trwania remisji może różnicować poziom lęku u kobiet po leczeniu raka piersi.

Istotnym zasobem sprzyjającym adaptacji psychicznej w przebiegu choroby nowotworowej jest poczucie sensu życia. Zgodnie z modelem meaning making (Park, 2010), proces nadawania znaczenia doświadczeniu choroby może prowadzić do stopniowej reorganizacji przekonań i odbudowy poczucia sensu życia, co stanowi teoretyczną podstawę do zakładania różnic między fazami remisji (Steger i in., 2006; Park, 2010). W świetle powyższych ustaleń można przewidywać, że kobiety w długoterminowej remisji będą wykazywać wyższy poziom obecności sensu życia niż kobiety we wczesnej fazie zdrowienia. Wyniki badań podkreślają ponadto heterogeniczny charakter doświadczeń egzystencjalnych kobiet w okresie remisji, szczególnie we wczesnej fazie zdrowienia.

W kontekście procesów adaptacyjnych po zakończeniu leczenia onkologicznego istotne znaczenie ma sposób przeżywania i oceniania wsparcia psychologicznego. Badania nad funkcjonowaniem psychospołecznym pacjentek onkologicznych wskazują, że satysfakcja z otrzymywanej pomocy wiąże się z jej dopasowaniem do aktualnych potrzeb oraz z poziomem



zasobów osobistych (Stanton, 2012). W literaturze podkreśla się również, że gotowość do korzystania ze wsparcia może zmieniać się wraz z postępem procesów adaptacyjnych oraz etapem remisji. W świetle tych ustaleń można przypuszczać, że faza remisji może różnicować poziom satysfakcji z otrzymywanego wsparcia psychologicznego

Szczególne znaczenie przypisuje się wzajemnym powiązaniom pomiędzy poczuciem sensu życia a oceną relacji pomocowej. Modele nadawania znaczenia eksponują, że zasoby egzystencjalne mogą sprzyjać większej otwartości wobec oddziaływań pomocowych oraz ułatwiać ich integrację z doświadczeniem choroby, zwłaszcza w okresach, gdy proces adaptacji pozostaje w toku (Frankl, 2009; Park, 2005; Park, 2010). Badania Vehlinga i współpracowników (2011) wskazują, że w warunkach podwyższonego dystresu i trwających procesów adaptacyjnych, charakterystycznych dla wczesnej fazy remisji, poziom poczucia sensu życia istotnie różnicuje sposób przeżywania i oceniania wsparcia psychologicznego przez pacjentki onkologiczne.

Zestawienie dotychczasowych ustaleń teoretycznych i empirycznych wskazuje, że czas trwania remisji raka piersi stanowi istotny kontekst różnicujący funkcjonowanie psychiczne kobiet po zakończeniu leczenia onkologicznego. Zarówno poziom lęku, jak i poczucie sensu życia oraz sposób przeżywania i oceniania wsparcia psychologicznego podlegają zmianom wraz z postępem procesów adaptacyjnych. Pomimo rosnącego zainteresowania tymi obszarami, nadal brakuje ujęć integrujących poziom lęku, poczucie sensu życia oraz sposób przeżywania wsparcia w odniesieniu do długości trwania remisji, szczególnie w populacji kobiet po leczeniu raka piersi.

Uwzględnienie poziomu lęku, poczucia sensu życia oraz satysfakcji z otrzymanego wsparcia psychologicznego w perspektywie wczesnej i długoterminowej remisji stanowiło istotną przesłankę do podjęcia niniejszego badania i sformułowania pytań badawczych oraz hipotez przedstawionych w dalszej części pracy.

5.1.2 Pytania badawcze

P1. Czy poziom lęku różni się między kobietami we wczesnej remisji a kobietami w długoterminowej remisji po leczeniu raka piersi?

P2. Czy poczucie sensu życia kobiet po leczeniu raka piersi różni się w zależności od długości trwania remisji?

P3. Czy poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia psychologicznego różni się u kobiet we wczesnej i długoterminowej remisji po leczeniu raka piersi?

P4. W jaki sposób poczucie sensu życia wiąże się z satysfakcją z otrzymanego wsparcia psychologicznego u kobiet we wczesnej remisji po leczeniu raka piersi?

5.1.3 Hipotezy

W oparciu o powyższe rozważania zostały sformułowane hipotezy badawcze :

Hipoteza pierwsza

Kobiety w długoterminowej remisji wykazują wyższy poziom lęku niż kobiety we wczesnej remisji.

Hipoteza druga

Kobiety we wczesnej remisji wykazują niższy poziom poczucia sensu życia niż kobiety w długoterminowej remisji.

Hipoteza trzecia

Kobiety w długoterminowej remisji wykazują wyższy poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia psychologicznego niż kobiety we wczesnej remisji.

Hipoteza czwarta

U kobiet we wczesnej remisji po leczeniu raka piersi wraz ze wzrostem poczucia sensu życia zwiększa się satysfakcja z otrzymanego wsparcia psychologicznego.



5.1.4 Zmienne

W niniejszym badaniu uwzględniono jedną zmienną niezależną oraz trzy zmienne zależne, które zostały dobrane na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz sformułowanych pytań badawczych i hipotez.

Zmienne niezależne :

1. Faza remisji (wczesna vs długoterminowa)

Zmienną niezależną jest faza remisji choroby nowotworowej. Zmienna ta ma charakter kategoryalny i obejmuje dwa poziomy: wczesną remisję oraz pierwszy rok remisji długoterminowej. Faza remisji została zdefiniowana na podstawie czasu, jaki upłynął od zakończenia leczenia onkologicznego raka piersi. Do grupy kobiet znajdujących się we wczesnej fazie remisji zakwalifikowano uczestniczki, u których od zakończenia terapii minęło nie więcej niż dwa lata, natomiast grupę remisji długoterminowej stanowiły kobiety, u których okres ten mieścił się w przedziale od 5. do 6. roku od zakończenia aktywnego leczenia. Przyporządkowanie badanych do poszczególnych grup odbywało się na podstawie odpowiedzi udzielonych w metryczce badania. Faza remisji została przyjęta jako zmienna niezależna, ponieważ literatura wskazuje, że czas, jaki upływa od zakończenia leczenia onkologicznego, wiąże się z istotnymi różnicami w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, poziomu lęku oraz zapotrzebowania na pomoc psychologiczną w okresie zdrowienia.

Zmienne zależne :

1. Poziom lęku

2. Poczucie sensu życia

3. Satysfakcja z pomocy psychologicznej

Poziom lęku – odnosił się do nasilenia objawów lękowych doświadczanych przez kobiety pozostające w remisji po leczeniu raka piersi. Zmienna ta jest mierzona za pomocą Kwestionariusza Lęku Uogólnionego GAD-7, który umożliwia ocenę częstotliwości występowania objawów lęku w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Wynik ogólny kwestionariusza stanowi zmienną ciągłą, odzwierciedlającą stopień nasilenia objawów lękowych. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że utrzymujący się wysoki poziom lęku w okresie remisji może świadczyć o trudnościach adaptacyjnych oraz zwiększonym ryzyku przewlekłego dystresu psychicznego.



Poczucie sensu życia – rozumiane jest jako subiektywne przekonanie o sensowności i spójności własnego życia oraz stopień poszukiwania tego sensu. Zmienna ta jest mierzona przy użyciu Kwestionariusza Sensu Życia MLQ, który pozwala na ocenę zarówno obecności sensu życia, jak i jego poszukiwania. Poczucie sensu życia traktowane jest w psychologii zdrowia jako istotny zasób sprzyjający adaptacji do doświadczeń kryzysowych i choroby somatycznej, a jego poziom może różnicować sposób radzenia sobie z konsekwencjami leczenia onkologicznego.

Satysfakcja z otrzymanego wsparcia psychologicznego – odnosi się do subiektywnej oceny jakości, użyteczności oraz dopasowania udzielonej pomocy do potrzeb badanych kobiet. Zmienna ta jest mierzona za pomocą autorskiego Kwestionariusza Satysfakcji z Pomocy Psychologicznej (SAT), opracowanego na potrzeby niniejszego badania. Satysfakcja z pomocy psychologicznej stanowi istotny wskaźnik skuteczności wsparcia oraz może być powiązana zarówno z poziomem lęku, jak i z poczuciem sensu życia w okresie remisji choroby nowotworowej.



5.2 Charakterystyka badanej grupy

W badaniu uczestniczyły 103 pełnoletnie kobiety po zakończonym leczeniu onkologicznym z powodu raka piersi, znajdujące się w okresie remisji choroby. Wiek badanych kobiet mieścił się w przedziale od 24 do 73 lat ($M = 54$; $SD = 12$). W grupie kobiet znajdujących się we wczesnej fazie remisji wiek zawierał się w zakresie od 24 do 69 lat ($M = 51$; $SD = 10$), natomiast wśród respondentek znajdujących się w fazie remisji długoterminowej, rozumianej jako okres między piątym a szóstym rokiem po zakończeniu leczenia onkologicznego, od 29 do 73 lat ($M = 57$; $SD = 13$).

Charakterystyka badanej próby została opracowana w oparciu o kryteria udziału w badaniu oraz wybrane dane demograficzne istotne z punktu widzenia podejmowanej problematyki. Kryteriami włączenia do badania były: płeć żeńska, ukończony 18. rok życia, przebycie leczenia onkologicznego z powodu raka piersi oraz korzystanie z pomocy psychologicznej przynajmniej w jednej z przebytych faz remisji. W dalszych analizach badane kobiety uwzględniono z podziałem na grupę znajdującą się we wczesnej fazie remisji oraz grupę będącą w fazie remisji długoterminowej.

5.2.1 Wybrane dane socjodemograficzne i kontekstowe badanej próby

W celu pełniejszego scharakteryzowania badanej próby oraz osadzenia wyników analiz ilościowych w szerszym kontekście psychospołecznym uwzględniono dodatkowe informacje dotyczące czasu, jaki upłynął od zakończenia leczenia onkologicznego, korzystania ze wsparcia psychologicznego po leczeniu oraz deklarowanej dostępności wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich (Załącznik 1). Dane te miały charakter opisowy i nie stanowiły zmiennych uwzględnianych w weryfikacji hipotez badawczych.

Pierwszym z analizowanych aspektów kontekstowych był czas, jaki upłynął od zakończenia leczenia onkologicznego, w tym celu uczestniczki podzielono na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowiły kobiety znajdujące się we wczesnej fazie remisji, obejmującej okres do dwóch lat po zakończeniu leczenia ($n = 51$). Drugą grupę tworzyły respondentki tuż po przejściu w fazę remisji długoterminowej, definiowanej jako okres między piątym a szóstym rokiem po zakończeniu terapii ($n = 52$). Rozkład odpowiedzi w tym zakresie przedstawiono na Wykresie 1.



Wykres 1. Rozkład badanych kobiet ze względu na czas, jaki upłynął od zakończenia leczenia onkologicznego.



Kolejnym elementem charakterystyki próby była informacja dotycząca korzystania ze wsparcia psychologicznego po zakończeniu leczenia onkologicznego. Dane wskazują, że 48,5% uczestniczek korzystało z tego rodzaju wsparcia w fazie wczesnej remisji, natomiast 51,5% w fazie remisji długoterminowej. Informacja ta miała charakter kontekstowy i nie była traktowana jako zmienna różnicująca w analizach hipotez badawczych, jednak pozwalała na lepsze zrozumienie doświadczeń badanej grupy. Rozkład odpowiedzi w tym zakresie przedstawiono na Wykresie 2

Wykres 2. Deklarowane korzystanie z pomocy psychologicznej



Uczestniczki badania zostały również zapytane o deklarowaną możliwość uzyskania wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich osób. Analiza rozkładu odpowiedzi wykazała, że

w obu etapach remisji przeważały wskazania dotyczące częściowej dostępności wsparcia emocjonalnego. Wśród kobiet we wczesnej fazie remisji najczęściej pojawiały się odpowiedzi świadczące o możliwości sporadycznego korzystania z pomocy emocjonalnej ze strony bliskich (25 osób). Stały dostęp do takiego wsparcia uzyskało 18 uczestniczek, natomiast brak możliwości otrzymania pomocy tego rodzaju zgłosiło 8 badanych. W przypadku kobiet znajdujących się tuż po przejściu w fazę remisji długoterminowej dominowały odpowiedzi odwołujące się do ograniczonego dostępu do wsparcia (32 osoby). Pełną dostępność zaznaczyło 10 kobiet, a taka sama liczba respondentek wskazała na jego całkowity brak. Rozkład odpowiedzi w tym zakresie, z uwzględnieniem podziału na fazę remisji, przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Rozkład liczebności odpowiedzi na pytanie o możliwość uzyskania wsparcia emocjonalnego ($n = 103$).

Ile czasu minęło od zakończenia leczenia onkologicznego?	Czy na obecnym etapie remisji może Pani liczyć na wsparcie emocjonalne ze strony bliskich?		
	ZAWSZE	CZASAMI	NIGDY
< 2 lata	18	25	8
> 5 lat	10	32	10
Całość	28	57	18

Przedstawione dane uzupełniające pozwalają na pełniejsze scharakteryzowanie badanej próby oraz kontekstu psychospołecznego, w jakim funkcjonowały uczestniczki badania. Jednocześnie nie stanowiły one podstawy do weryfikacji hipotez badawczych, które koncentrowały się na analizie związków pomiędzy lękiem uogólnionym, poczuciem sensu życia oraz satysfakcją ze wsparcia psychologicznego.



5.3 Przebieg i organizacja badania

Badanie miało charakter ilościowy i zostało przeprowadzone z wykorzystaniem metody kwestionariuszowej. Uczestniczki brały w nim udział po zapoznaniu się z informacją o celu badania oraz po wyrażeniu świadomej zgody na udział. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a respondentki miały możliwość rezygnacji z udziału na każdym etapie jego realizacji, bez podawania przyczyny.

Proces badawczy realizowany był w formie jednorazowego pomiaru. Kwestionariusze udostępniano uczestniczkom w dwóch formach, w zależności od źródła rekrutacji: elektronicznej (online) oraz papierowej. W przypadku wersji elektronicznej badanie przeprowadzano za pośrednictwem formularza internetowego, natomiast w wersji papierowej respondentki wypełniały zestaw kwestionariuszy samodzielnie. Średni czas potrzebny na wypełnienie całego zestawu narzędzi wynosił około 5-10 minut.

Formularz badawczy rozpoczynał się od metryczki, w której zbierano podstawowe dane demograficzne uczestniczek, w tym informacje dotyczące wieku. Metryczka zawierała również pytania kontekstowe odnoszące się do doświadczeń związanych z chorobą i procesem zdrowienia, w szczególności dotyczące czasu, jaki upłynął od zakończenia leczenia onkologicznego, etapu remisji choroby, korzystania z pomocy psychologicznej po leczeniu oraz subiektywnej oceny dostępności wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich.

Po części metryczkowej uczestniczki wypełniały zestaw kwestionariuszy psychologicznych. W pierwszej kolejności zastosowano Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7; Spitzer i in., 2006), następnie Kwestionariusz Sensu Życia MLQ (Meaning in Life Questionnaire; Steger i in., 2006), a na końcu autorski Kwestionariusz Satysfakcji z Pomocy Psychologicznej (SAT), skonstruowany na potrzeby niniejszego badania, zawierający pytania zamknięte oraz otwarte. Taka kolejność zastosowanych narzędzi miała na celu ograniczenie wpływu pytań o charakterze bardziej refleksyjnym na odpowiedzi udzielane w kwestionariuszu mierzącym poziom lęku.

Zbieranie danych odbywało się w jednym etapie i było rozłożone w czasie, obejmując okres dwóch miesięcy. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami etyki badań naukowych, z poszanowaniem praw uczestniczek oraz zasad poufności i anonimowości danych. Cała procedura była zgodna z zasadami Deklaracji Helsińskiej (*World Medical Association*, 2013) dotyczącymi prowadzenia badań z udziałem ludzi.



5.4 Metoda badania

W niniejszym badaniu zastosowano podejście ilościowe, ukierunkowane na analizę zależności między poziomem lęku uogólnionego, poczuciem sensu życia oraz satysfakcją z otrzymanego wsparcia psychologicznego u kobiet po leczeniu raka piersi, z uwzględnieniem fazy remisji choroby.

W celu weryfikacji postawionych hipotez badawczych przeprowadzono analizy statystyczne z wykorzystaniem programu *JASP – Jeffreys’s Amazing Statistics Program*. W pierwszym etapie dokonano analizy statystyk opisowych oraz przeprowadzono testy normalności rozkładu zmiennych (test Shapiro-Wilka). Ze względu na niespełnienie założenia normalności rozkładu analizowanych zmiennych zastosowano metody nieparametryczne.

Do weryfikacji pierwszej, drugiej i trzeciej hipotezy, dotyczących różnic między grupami kobiet we wczesnej i długoterminowej remisji, wykorzystano test U Manna–Whitneya dla prób niezależnych. W celu weryfikacji czwartej hipotezy, dotyczącej zależności między poczuciem sensu życia a satysfakcją z otrzymanego wsparcia psychologicznego w grupie kobiet we wczesnej remisji, zastosowano analizę korelacji r Pearsona.



5.5 Narzędzia pomiarowe

W niniejszym badaniu do pomiaru zmiennych psychologicznych zastosowano trzy narzędzia kwestionariuszowe: Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-7, Kwestionariusz Sensu Życia MLQ (Meaning in Life Questionnaire) oraz autorski Kwestionariusz Satysfakcji z Pomocy Psychologicznej (SAT). Dobór narzędzi podyktowany był zarówno ich ugruntowaną pozycją w badaniach psychologicznych, jak i adekwatnością do specyfiki badanej populacji kobiet po leczeniu raka piersi, pozostających w różnych fazach remisji.

1. Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-7 (Załącznik 2)

Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) jest krótkim narzędziem samoopisowym służącym do oceny nasilenia objawów lęku uogólnionego. Został opracowany przez Spitzera, Kroenke, Williamsa i Löwego (2006) jako narzędzie przesiewowe umożliwiające szybką identyfikację osób doświadczających klinicznie istotnego lęku. Kwestionariusz odnosi się do objawów występujących w ciągu ostatnich dwóch tygodni.

Skala składa się z siedmiu pozycji ocenianych na czteropunktowej skali Likerta, obejmującej odpowiedzi od 0 („wcale”) do 3 („prawie codziennie”). Wynik sumaryczny mieści się w przedziale od 0 do 21 punktów i stanowi miarę nasilenia objawów lękowych. Przyjmuje się, że wartości 5–9 punktów wskazują na łagodny poziom lęku, 10–14 punktów na lęk umiarkowany, natomiast 15–21 punktów na lęk nasilony. Wynik równy lub wyższy niż 10 punktów traktowany jest jako próg sugerujący konieczność pogłębionej diagnozy.

W niniejszym badaniu zastosowano Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-7 w polskiej adaptacji autorstwa Poprawy, Mieleśczenko-Kowszewicz, Dziedziaka i Ogińskiej-Bulik (2020). Polska wersja narzędzia charakteryzuje się wysoką rzetelnością ($\alpha = 0,89$) oraz dobrą trafnością teoretyczną i zbieżną, potwierdzoną korelacjami z innymi miarami lęku i depresji, co uzasadnia jego zastosowanie w badaniach prowadzonych w zróżnicowanych populacjach klinicznych. Kwestionariusz GAD-7 jest szeroko stosowany zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej, również w badaniach prowadzonych w populacjach pacjentów onkologicznych.



2. **Kwestionariusz Poczucia Sensu Życia MLQ (Załącznik 3)**

Kwestionariusz Poczucia Sensu Życia MLQ (Meaning in Life Questionnaire) jest narzędziem samoopisowym służącym do oceny subiektywnego poczucia sensu życia oraz stopnia jego poszukiwania. Został opracowany przez Stegera i współpracowników (2006) w oparciu o koncepcje egzystencjalne oraz współczesne modele nadawania znaczenia doświadczeniom życiowym. Kwestionariusz znajduje szerokie zastosowanie w badaniach nad dobrostanem psychicznym, adaptacją do sytuacji kryzysowych oraz funkcjonowaniem osób zmagających się z chorobami przewlekłymi.

Narzędzie składa się z 10 pozycji ocenianych na pięciopunktowej skali Likerta, od 1 („zdecydowanie się nie zgadzam”) do 5 („zdecydowanie się zgadzam”). Kwestionariusz obejmuje dwie podskale: Obecność sensu życia (Presence of Meaning), odnoszącą się do stopnia, w jakim badana osoba doświadcza swojego życia jako sensownego i spójnego, oraz Poszukiwanie sensu życia (Search for Meaning), opisującą aktywność ukierunkowaną na odnajdywanie lub pogłębianie sensu. Wyższe wyniki w poszczególnych podskalach wskazują odpowiednio na większe poczucie obecności sensu życia lub intensywniejsze jego poszukiwanie.

Do pomiaru poczucia sensu życia zastosowano Kwestionariusz Poczucia Sensu Życia MLQ w polskiej adaptacji autorstwa Kossakowskiej, Kwiatka i Stefaniaka (2013). Polska wersja narzędzia charakteryzuje się dobrą rzetelnością obu podskal oraz potwierdzoną trafnością teoretyczną, co uzasadnia jej wykorzystanie w badaniach prowadzonych w populacjach dorosłych, w tym w grupach osób doświadczających poważnych kryzysów zdrowotnych. Kwestionariusz MLQ jest powszechnie stosowany w badaniach nad adaptacją psychologiczną, zasobami egzystencjalnymi oraz funkcjonowaniem psychicznym osób po doświadczeniach choroby somatycznej.



3. **Kwestionariusz Satysfakcji z Pomocy Psychologicznej (SAT) (Załącznik 4)**

Do oceny satysfakcji z otrzymanego wsparcia psychologicznego zastosowano autorski Kwestionariusz Satysfakcji z Pomocy Psychologicznej (SAT), opracowany na potrzeby niniejszego badania. Narzędzie służy do pomiaru subiektywnej oceny jakości, użyteczności oraz dopasowania pomocy psychologicznej do indywidualnych potrzeb kobiet po leczeniu onkologicznym.

Kwestionariusz SAT składa się z 8 pozycji ocenianych na pięciopunktowej skali Likerta, od 1 („zdecydowanie się nie zgadzam”) do 5 („zdecydowanie się zgadzam”) oraz 3 pytań otwartych. Narzędzie posiada 3 pytania zamknięte (5, 6, 7) ukazujące trudności i obciążenia, a także 5 pytań zamkniętych (1, 2, 3, 4, 8) odnoszących się do satysfakcji odczuwanej po kontakcie pomocowym. Z kolei pytania otwarte dają możliwość bezpośredniej wypowiedzi dotyczącej oceny udzielonego wsparcia.

Pytania odnoszą się do takich aspektów wsparcia psychologicznego, jak postrzegana skuteczność pomocy, jej adekwatność do aktualnej sytuacji pacjentki, poczucie zrozumienia oraz subiektywna użyteczność oddziaływań pomocowych. Wynik ogólny satysfakcji obliczano jako sumę ośmiu pozycji (zakres 8-40), przy czym pozycje negatywne Q5-Q7 kodowano odwrotnie; wyższy wynik oznacza wyższą satysfakcję. Wyższy wynik ogólny wskazuje na większą satysfakcję z otrzymanego wsparcia psychologicznego.

Konstrukcja kwestionariusza została oparta na założeniach teoretycznych dotyczących znaczenia relacji pomocowej oraz subiektywnej oceny wsparcia w procesie adaptacji do choroby nowotworowej, podkreślanych w literaturze z zakresu psychologii zdrowia i psychoonkologii. Zastosowanie autorskiego narzędzia umożliwiło uwzględnienie specyfiki doświadczeń kobiet znajdujących się na różnych etapach remisji raka piersi oraz koncentrację na tych aspektach pomocy psychologicznej, które nie są w pełni uchwycone przez dostępne, standaryzowane narzędzia.

6 Analiza wyników

Niniejszy rozdział został poświęcony prezentacji wyników analiz statystycznych przeprowadzonych na materiale empirycznym zgromadzonym w toku badania. W pierwszym etapie przedstawiono statystyki opisowe, umożliwiające charakterystykę badanych zmiennych oraz analizy wstępne. Następnie zaprezentowano wyniki analiz statystycznych przeprowadzonych z wykorzystaniem testów dobranych adekwatnie do rodzaju danych oraz spełnienia założeń analitycznych. W końcowej części rozdziału dokonano weryfikacji postawionych hipotez badawczych.

6.1 Statystyki opisowe

W dalszej części opracowania przedstawiono charakterystykę zmiennych psychologicznych obejmujących poziom lęku uogólnionego (GAD-7), obecność sensu życia (MLQ) oraz satysfakcję z otrzymywanego wsparcia społecznego (SAT). Zestawienie statystyk opisowych dla poszczególnych zmiennych przygotowano z uwzględnieniem podziału na etapy remisji choroby. Wyniki zaprezentowano w Tabeli 2.

W ramach kwestionariusza SAT uwzględniono również trzy pytania otwarte, umożliwiające uczestniczkom opisanie osobistych doświadczeń związanych z otrzymywanym wsparciem psychologicznym. Ze względu na jakościowy charakter uzyskanych odpowiedzi nie były one przedmiotem analizy statystycznej, lecz zostaną omówione w dalszej części pracy.

Tabela 2. Test Shapiro-Wilka dla sprawdzenia normalności rozkładu zmiennych zależnych.

	GAD-7		MLQ (Obecność sensu życia)		SAT	
	<2	>5	<2	>5	<2	>5
<i>N</i>	51	52	51	52	51	52
<i>M</i>	8,4	12,8	10,0	19,2	24,6	28
<i>SD</i>	3,5	4,4	3,7	3,9	3,7	2,7
<i>Shapiro - Wilk</i>	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9
<i>Wartość p</i>	0,002	0,065	< 0,001	< 0,001	0,029	0,007
<i>Min</i>	3	2	5	10	14	18
<i>Max</i>	21	21	20	25	32	35

Wyniki testu Shapiro-Wilka wskazały, że rozkłady większości analizowanych zmiennych odbiegały od rozkładu normalnego, co zostało uwzględnione przy doborze dalszych metod analizy.

6.2 Analizy wstępne

Przed przystąpieniem do weryfikacji hipotez badawczych przeprowadzono analizy wstępne, których celem było sprawdzenie, czy badane grupy kobiet różnią się istotnie pod względem wybranych zmiennych socjodemograficznych oraz doświadczeń związanych z korzystaniem ze wsparcia psychologicznego. Analizy te miały na celu ocenę porównywalności grup oraz identyfikację potencjalnych czynników, które mogłyby wpływać na interpretację dalszych wyników analiz statystycznych.

W tym celu zastosowano test niezależności χ^2 Pearsona, umożliwiającą ocenę zależności pomiędzy fazą remisji a zmiennymi o charakterze kategoryjnym, uwzględnionymi w metryczce badania, wyniki przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Wynik testu chi-kwadrat Pearsona dla związku między etapem remisji a poziomem wsparcia emocjonalnego.

	Wartość	df	p
	3,358	2	0,187
N	103		

Otrzymany wynik nie potwierdził istnienia istotnej statystycznie zależności między etapem remisji a deklarowanym poziomem dostępności wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich ($\chi^2 = 3,358$; $df = 2$; $p = 0,187$), co sugeruje, że rozkład odpowiedzi w obu grupach był porównywalny.

Przeprowadzone analizy wstępne nie wykazały istotnych różnic między grupami w zakresie analizowanych zmiennych kategoryjnych, co pozwoliło na dalszą weryfikację hipotez badawczych z wykorzystaniem testów nieparametrycznych.

6.3 Weryfikacja hipotez

6.3.1 Hipoteza pierwsza

W celu zweryfikowania pierwszej hipotezy, zakładającej, że kobiety w długoterminowej remisji wykazują wyższy poziom lęku niż kobiety we wczesnej remisji, przeprowadzono analizę porównawczą poziomu lęku w obu grupach.

Analiza poziomu lęku wykazała istotną statystycznie różnicę między kobietami w fazie wczesnej i długoterminowej remisji po leczeniu raka piersi ($U = 2097$, $p < 0,001$). Kobiety w długoterminowej remisji charakteryzowały się wyższym średnim poziomem lęku ($M = 12,8$, $SD = 4,4$) niż kobiety we wczesnej remisji ($M = 8,4$, $SD = 3,5$). Wynik ten wskazuje, że wraz z upływem czasu od zakończenia leczenia nie dochodzi do liniowego obniżenia poziomu lęku, a u kobiet w długoterminowej remisji obserwuje się jego wyraźniejsze nasilenie, co potwierdza postawioną hipotezę pierwszą.

Wyniki statystyk opisowych są spójne z uzyskanym rezultatem testu U Manna-Whitneya i wskazują na niższy poziom lęku w grupie kobiet we wczesnej remisji w porównaniu z kobietami w długoterminowej remisji.

6.3.2 Hipoteza druga

Druga hipoteza dotyczyła różnic w poziomie poczucia sensu życia pomiędzy kobietami we wczesnej i długoterminowej remisji po leczeniu raka piersi. Zakładano, że kobiety znajdujące się w długoterminowej remisji charakteryzują się wyższym poziomem poczucia sensu życia w porównaniu z kobietami we wczesnej fazie remisji. Ze względu na niespełnienie założenia normalności rozkładu zmiennej zależnej w obu grupach, do weryfikacji hipotezy zastosowano nieparametryczny test U Manna-Whitneya.

Analiza wykazała istotną statystycznie różnicę w poziomie poczucia sensu życia pomiędzy kobietami we wczesnej i długoterminowej remisji po leczeniu raka piersi ($U = 2492$, $p < 0,001$). Kobiety w długoterminowej remisji charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem poczucia sensu życia ($M = 19,2$, $SD = 3,9$) niż kobiety we wczesnej remisji ($M = 10,0$, $SD = 3,7$), co potwierdza postawioną hipotezę drugą.

Wyniki statystyk opisowych są spójne z uzyskanym rezultatem testu U Manna-Whitneya i wskazują na niższy poziom poczucia sensu życia w grupie kobiet we wczesnej remisji w porównaniu z kobietami w długoterminowej remisji.

6.3.3 Hipoteza trzecia

Weryfikacja trzeciej hipotezy dotyczyła różnic w poziomie satysfakcji z otrzymywanego wsparcia psychologicznego pomiędzy kobietami we wczesnej i długoterminowej remisji po leczeniu raka piersi.

Test U Manna-Whitneya wykazał istotną statystycznie różnicę pomiędzy porównywanymi grupami ($U = 2072$, $p < 0,001$). Kobiety w długoterminowej remisji charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem satysfakcji z otrzymanego wsparcia psychologicznego ($M = 28,0$, $SD = 2,7$) niż kobiety we wczesnej remisji ($M = 24,6$, $SD = 3,7$), co potwierdza postawioną hipotezę trzecią.

Wyniki statystyk opisowych są spójne z uzyskanym rezultatem testu U Manna-Whitneya i wskazują na niższy poziom satysfakcji z otrzymywanego wsparcia psychologicznego w grupie kobiet we wczesnej remisji w porównaniu z kobietami w długoterminowej remisji.

6.3.4 Hipoteza czwarta

Czwarta hipoteza dotyczyła zależności między poczuciem sensu życia a satysfakcją z otrzymanego wsparcia psychologicznego w grupie kobiet we wczesnej remisji po leczeniu raka piersi.

Analiza korelacji rang Spearmana wykazała istotną dodatnią zależność pomiędzy poczuciem sensu życia a poziomem satysfakcji z otrzymanego wsparcia psychologicznego w grupie kobiet we wczesnej remisji ($r = 0,611$, $p < 0,001$). Wartość współczynnika korelacji wskazuje na umiarkowaną do silnej zależność, co oznacza, że wyższe poczucie sensu życia wiąże się z większą satysfakcją z otrzymywanego wsparcia psychologicznego. Uzyskany wynik potwierdza postawioną hipotezę czwartą.



7 Dyskusja wyników

Lęk uogólniony stanowi jeden z najczęściej obserwowanych przejawów obciążenia psychicznego u kobiet po leczeniu raka piersi i może być traktowany jako istotny wskaźnik przebiegu procesu adaptacji do doświadczenia choroby nowotworowej. Jego rozlany i utrzymujący się charakter sprawia, że obejmuje on nie tylko obawy bezpośrednio związane ze zdrowiem, lecz również szerzej opisane napięcie emocjonalne, nadmierną czujność oraz tendencję do interpretowania neutralnych sygnałów jako potencjalnie zagrażających. W konsekwencji lęk ten może istotnie wpływać na codzienne funkcjonowanie kobiet także po zakończeniu intensywnego leczenia onkologicznego.

W okresie wczesnej remisji lęk uogólniony ma najczęściej charakter reaktywny i pozostaje silnie powiązany z bezpośrednimi konsekwencjami leczenia. Napięcie emocjonalne w tej fazie wiąże się przede wszystkim z obciążeniem somatycznym, niepewnością dotyczącą stanu zdrowia oraz nasilonym monitorowaniem sygnałów płynących z ciała, co sprzyja koncentracji na potencjalnych zagrożeniach i utrudnia osiągnięcie stabilizacji emocjonalnej. Obawa przed nawrotem choroby stanowi w tym kontekście jedną z dominujących treści poznawczych, nie funkcjonując jednak jako odrębna forma lęku, lecz wpisując się w szerszy obraz uogólnionego napięcia emocjonalnego.

Odmienny profil lęku uogólnionego ujawnia się w pierwszym roku remisji długoterminowej, kiedy napięcie emocjonalne może przyjmować bardziej rozproszoną i przewlekłą postać, stopniowo tracąc bezpośredni związek z samym leczeniem onkologicznym. Ograniczenie regularnych kontroli medycznych oraz wzrost odpowiedzialności za samodzielne monitorowanie stanu zdrowia sprzyjają koncentracji na niepewności, obawach egzystencjalnych oraz zagrożeniach zdrowotnych. Dodatkowo presja związana z powrotem do pełnej aktywności życiowej oraz stopniowe wycofywanie się wsparcia instytucjonalnego i społecznego mogą sprzyjać utrwalaniu się objawów lękowych.

Uzyskane wyniki badań własnych potwierdziły, że faza remisji istotnie różnicuje poziom lęku uogólnionego. Kobiety znajdujące się w pierwszym roku remisji długoterminowej charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem lęku w porównaniu z kobietami we wczesnej fazie remisji ($U = 2097, p < 0,001$), co wskazuje na brak prostego, liniowego związku pomiędzy upływem czasu od zakończenia leczenia a redukcją napięcia emocjonalnego. Wynik ten



podkreśla nieliniowy charakter adaptacji psychicznej po chorobie nowotworowej oraz możliwość wtórnego nasilenia objawów lękowych w późniejszych etapach zdrowienia.

Podwyższony poziom lęku uogólnionego oraz okresy jego nasilenia, które pozostają bez adekwatnych form wsparcia psychologicznego, mogą stanowić istotny czynnik ryzyka rozwoju dalszych trudności psychicznych. Choć niniejsze badanie nie obejmowało diagnozy klinicznej zaburzeń, uzyskane wyniki wskazują na znaczenie lęku uogólnionego jako ważnego obszaru interwencji psychologicznej w późniejszych fazach remisji.

Poczucie sensu życia pełni istotną funkcję w procesie adaptacji po doświadczeniu choroby nowotworowej. W okresie wczesnej remisji jego poziom bywa obniżony, co można wiązać z trwającym napięciem emocjonalnym oraz koncentracją na bezpośrednich konsekwencjach leczenia (Steger i in., 2006; Park, 2010). Wraz z upływem czasu możliwa staje się stopniowa integracja doświadczenia choroby z narracją biograficzną oraz redefinicja celów życiowych, choć proces ten pozostaje zróżnicowany indywidualnie i nie ma charakteru jednorodnego.

Wyniki badań własnych potwierdziły, że faza remisji istotnie różnicuje poziom poczucia sensu życia. Kobiety we wczesnej remisji charakteryzowały się istotnie niższym jego poziomem w porównaniu z kobietami w pierwszym roku remisji długoterminowej ($U = 2492$, $p < 0,001$). Niższy poziom sensu życia w tym okresie można interpretować jako przejaw trwających procesów reorganizacji poznawczej, a nie jako wskaźnik trwałych deficytów adaptacyjnych. Jednocześnie nawet wyższe poczucie sensu życia nie pełni jednoznacznej funkcji buforowej wobec lęku uogólnionego, zwłaszcza w warunkach utrzymującej się niepewności zdrowotnej. Subiektywna ocena wsparcia psychologicznego pozostaje w ścisłym związku z dopasowaniem form i treści oddziaływań do aktualnych potrzeb pacjentek. Uzyskane wyniki sugerują, że jednolity sposób prowadzenia interwencji może nie odpowiadać zróżnicowanym wymaganiom kobiet znajdujących się na różnych etapach remisji.

W fazie wczesnej remisji pomoc psychologiczna pełni przede wszystkim funkcję stabilizującą i regulacyjną, natomiast w długoterminowej remisji częściej pojawia się gotowość do pogłębionej refleksji nad doświadczeniem choroby (Faller i in., 2013; Helgeson, 2004). Analiza wyników badań własnych wykazała, że kobiety w pierwszym roku remisji długoterminowej charakteryzowały się istotnie wyższą satysfakcją ze wsparcia psychologicznego niż kobiety we wczesnej remisji ($U = 2072$, $p < 0,001$). Wynik ten sugeruje,



że subiektywna ocena wsparcia psychologicznego wzrasta wraz z upływem czasu od zakończenia leczenia, co może pozostawać w związku zarówno ze zmianą potrzeb pacjentek, jak i z większą gotowością do korzystania z pomocy o charakterze refleksyjnym i integrującym doświadczenie choroby.

Uzupełnieniem analiz ilościowych są odpowiedzi udzielone przez uczestniczki na pytania otwarte zawarte w autorskim kwestionariuszu SAT, umożliwiające pogłębione uchwycenie subiektywnego doświadczenia relacji pomocowej oraz sposobu przeżywania lęku na różnych etapach remisji. W wypowiedziach kobiet jako szczególnie wspierające wskazywane były przede wszystkim elementy relacyjne, takie jak uważne wysłuchanie, empatyczna i nieoceniająca postawa psychologa, możliwość swobodnej ekspresji trudnych emocji oraz koncentracja na bieżących trudnościach adaptacyjnych towarzyszących powrotowi do codziennego funkcjonowania. Respondentki podkreślały znaczenie oddziaływań ukierunkowanych na regulację napięcia emocjonalnego i poczucie bezpieczeństwa, a także na praktyczne strategie radzenia sobie z lękiem i niepewnością.

Jednocześnie część uczestniczek opisywała sytuacje, w których kontakt z psychologiem był odbierany jako nieadekwatny lub obciążający emocjonalnie. Najczęściej dotyczyło to sytuacji, w których na wczesnym etapie kontaktu terapeutycznego poruszane były zagadnienia o charakterze egzystencjalnym lub formułowane pytania wymagające pogłębionej refleksji nad sensem choroby i przyszłością, takich jak „*co choroba pani dała?*” czy „*co będzie jak rak wróci?*”, zadawanych na wczesnym etapie kontaktu terapeutycznego. Wypowiedzi te wskazują, że przy braku gotowości emocjonalnej pacjentek tego rodzaju pytania mogły uruchamiać wzmożony lęk, poczucie presji lub dyskomfort, a w pojedynczych przypadkach prowadzić do poczucia bycia niezrozumianą lub niewysłuchaną.

Odmienność przeżywania lęku w zależności od etapu remisji była wyraźnie obecna również w narracjach uczestniczek. W odpowiedziach dotyczących aktualnej fazy remisji pojawiały się również opisy narastającego napięcia emocjonalnego, zamartwiania się oraz trudności w radzeniu sobie z niepewnością zdrowotną, szczególnie w okresie długoterminowej remisji. Uczestniczki często łączyły to doświadczenie z zakończeniem intensywnej opieki onkologicznej, ograniczeniem regularnych kontaktów z personelem medycznym oraz poczuciem utraty dotychczasowego systemu bezpieczeństwa. W przeciwieństwie do tego, kobiety we wczesnej remisji częściej wskazywały, że choć bezpośrednio po zakończeniu

leczenia lęk był bardzo nasilony, z czasem stopniowo ulegał osłabieniu wraz z adaptacją do nowej sytuacji zdrowotnej.

Analiza jakościowa potwierdza zatem, że skuteczność i subiektywna użyteczność wsparcia psychologicznego nie wynikają wprost z samego faktu jego dostępności, lecz pozostają ściśle związane z dopasowaniem charakteru interwencji do etapu remisji, aktualnego poziomu lęku oraz indywidualnych zasobów i gotowości emocjonalnej pacjentek. Wypowiedzi uczestniczek wskazują również, że najbardziej pomocne były formy wsparcia o charakterze strukturalnym i regulacyjnym, takie jak interwencje poznawczo-behawioralne, techniki uważności, elementy terapii simontonowskiej oraz wsparcie grupowe, które umożliwiały normalizację przeżyć i redukcję poczucia osamotnienia.

Ostatni obszar analiz dotyczył związku pomiędzy poczuciem sensu życia a satysfakcją z otrzymanego wsparcia psychologicznego, sformułowanego w czwartej hipotezie badawczej. Wyniki badań własnych potwierdziły istnienie istotnej dodatniej zależności pomiędzy poczuciem sensu życia a satysfakcją z otrzymanego wsparcia psychologicznego u kobiet we wczesnej remisji po leczeniu raka piersi ($r = 0,611$, $p < 0,001$). Oznacza to, że wyższy poziom poczucia sensu życia wiązał się z bardziej pozytywną oceną relacji pomocowej oraz większą satysfakcją z udzielonej pomocy psychologicznej. Uzyskany wynik wskazuje, że w okresie wczesnej remisji poczucie sensu życia odgrywa istotną rolę w sposobie przeżywania i interpretowania wsparcia psychologicznego, stanowiąc raczej kontekst odbioru relacji pomocowej niż bezpośredni czynnik redukujący dystres emocjonalny.

Zależność ta sugeruje, że zasoby egzystencjalne pełnią przede wszystkim funkcję porządkującą i nadającą znaczenie doświadczeniom, nie stanowiąc jednocześnie prostego mechanizmu redukcji objawów lękowych. Kobiety dysponujące wyższym poczuciem sensu życia mogą w większym stopniu integrować kontakt z psychologiem z własną narracją biograficzną, lepiej tolerować trudne emocje pojawiające się w relacji pomocowej oraz postrzegać oddziaływania psychologiczne jako bardziej adekwatne i wspierające, nawet w warunkach utrzymującego się napięcia emocjonalnego. W tym ujęciu satysfakcja ze wsparcia psychologicznego odzwierciedla nie tylko jakość samej interwencji, lecz również gotowość pacjentek do nadawania znaczenia relacji pomocowej.

Interpretacja ta znajduje potwierdzenie w analizie jakościowej, w której uczestniczki o większej gotowości do refleksji i porządkowania doświadczeń częściej wskazywały na



znaczenie empatycznej relacji, możliwości bycia wysłuchaną oraz wsparcia ukierunkowanego na rozumienie własnych przeżyć. Z kolei niższy poziom poczucia sensu życia w okresie wczesnej remisji wiązał się częściej z odbiorem interwencji jako zbyt obciążających, zwłaszcza gdy kontakt terapeutyczny koncentrował się na pogłębionej refleksji egzystencjalnej przy wysokim poziomie lęku i braku poczucia stabilizacji. Wskazuje to, że brak zasobów egzystencjalnych może ograniczać subiektywną użyteczność wsparcia psychologicznego, nawet jeśli jego forma pozostaje zgodna z modelami teoretycznymi.

Wyniki niniejszego badania wpisują się w nurt badań podkreślających znaczenie fazowego i zindywidualizowanego podejścia do wsparcia psychologicznego kobiet po leczeniu raka piersi. Uwzględnienie poziomu poczucia sensu życia jako kontekstu relacji pomocowej wydaje się szczególnie istotne w okresie wczesnej remisji, gdy procesy adaptacyjne są jeszcze niestabilne, a gotowość do refleksji egzystencjalnej pozostaje zróżnicowana indywidualnie.

7.1 Implikacje dla wsparcia psychologicznego

Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują, że pomoc psychologiczna kierowana do kobiet po leczeniu raka piersi powinna mieć charakter fazowy, a jej zakres oraz cele muszą być ściśle dopasowane do etapu remisji. Zarówno poziom lęku uogólnionego, jak i znaczenie poczucia sensu życia różnią się istotnie pomiędzy wczesną a długoterminową fazą zdrowienia, co wyklucza zasadność stosowania jednolitego modelu oddziaływań pomocowych wobec wszystkich pacjentek. Skuteczność wsparcia psychologicznego zależy od aktualnego poziomu stabilizacji psychicznej oraz gotowości pacjentek do podejmowania określonych treści w relacji pomocowej.

Wczesna remisja, obejmująca pierwsze dwa lata po zakończeniu aktywnego leczenia, jest okresem, w którym dominującymi trudnościami są podwyższony poziom lęku uogólnionego, wysoka reaktywność emocjonalna oraz konsekwencje doświadczenia choroby i leczenia. W tej fazie wsparcie psychologiczne powinno koncentrować się na stabilizacji emocjonalnej, regulacji pobudzenia oraz stworzeniu bezpiecznych warunków do opracowania doświadczeń o potencjalnie traumatycznym charakterze. Kluczowe znaczenie ma umożliwienie pacjentkom ekspresji trudnych emocji oraz stopniowe obniżanie napięcia, bez wywierania presji na podejmowanie pogłębionej refleksji egzystencjalnej, do której na tym etapie adaptacji najczęściej nie są jeszcze gotowe.



Pierwszy rok długoterminowej remisji, przypadający na okres pomiędzy piątym a szóstym rokiem po terapii, stanowi jakościowo odmienny etap procesu zdrowienia. Zmniejszenie intensywności nadzoru onkologicznego, ograniczenie dostępu do wyspecjalizowanej opieki psychoonkologicznej, utrzymujące się długofalowe skutki leczenia, a także stopniowe wycofywanie się wsparcia instytucjonalnego i społecznego sprzyjają wtórnemu nasileniu lęku uogólnionego. Dodatkowym obciążeniem staje się presja powrotu do pełnej aktywności zawodowej i społecznej oraz zjawisko zmęczenia otoczenia chorobą.

W tej fazie pomoc psychologiczna powinna skupiać się na normalizacji napięcia emocjonalnego, wzmacnianiu tolerancji na niepewność zdrowotną, odbudowie poczucia sprawstwa oraz zaufania do własnego ciała. Jednocześnie względnie ukształtowane poczucie sensu życia a także bardziej zaawansowany proces adaptacji umożliwiają stopniową integrację doświadczenia choroby z narracją biograficzną oraz podejmowanie refleksji nad dalszym kierunkiem życia. Z perspektywy profilaktyki wtórnej kluczowe znaczenie ma utrzymanie ciągłości dostępu do wsparcia psychologicznego w tym okresie, zanim lęk uogólniony ulegnie utrwaleniu lub przekształci się w pełnoobjawowe zaburzenia psychiczne.

Przekładając powyższe wnioski na praktykę, zasadne jest wdrażanie działań edukacyjnych skierowanych do lekarzy oraz personelu medycznego pracującego z pacjentkami onkologicznymi. Kluczowym elementem tych działań jest upowszechnienie rekomendacji wynikających z niniejszego badania, dotyczących fazowego rozumienia remisji, dynamiki lęku po zakończeniu leczenia oraz zróżnicowanych potrzeb psychologicznych kobiet na kolejnych etapach zdrowienia. Rekomendacje te mogą być wdrażane w formie prelekcji, szkoleń lub warsztatów kierowanych do onkologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, psychoonkologów oraz pielęgniarek onkologicznych. Tego typu działania sprzyjają zwiększeniu świadomości klinicznej personelu oraz bardziej adekwatnemu rozpoznawaniu momentu, w którym pacjentki wymagają ukierunkowanego wsparcia psychologicznego, zwłaszcza w okresie przechodzenia do długoterminowej remisji.

Uzupełnieniem działań skierowanych do specjalistów są inicjatywy adresowane bezpośrednio do pacjentek oraz ich rodzin. W praktyce obejmują one przygotowanie krótkich materiałów informacyjnych, broszur lub handoutów opisujących typowe reakcje emocjonalne w poszczególnych fazach remisji, możliwe trudności adaptacyjne oraz dostępne formy pomocy psychologicznej. Materiały te mogą być udostępniane w poradniach onkologicznych, psychologicznych oraz poradniach zajmujących się prehabilitacją onkologiczną, a także



umieszczane na tablicach informacyjnych w placówkach medycznych, podkreślając dostępność wsparcia również po zakończeniu leczenia.

Istotnym elementem praktycznych implikacji jest włączenie prostych narzędzi przesiewowych do rutynowych kontaktów pacjentek z opieką onkologiczną. Skala Depresji Becka (Beck i in., 1961) może być wykorzystywana jako pierwszy etap identyfikacji kobiet wymagających konsultacji psychologicznej podczas wizyt kontrolnych w poradniach onkologicznych lub chirurgii onkologicznej, a także udostępniana w formie papierowej lub elektronicznej jako element materiałów informacyjnych. Takie rozwiązanie umożliwia wczesne wychwycenie narastającego dystresu psychicznego w momencie, gdy pacjentki formalnie opuszczają intensywną ścieżkę onkologiczną, lecz nadal pozostają narażone na wtórne nasilenie lęku uogólnionego.

Uzyskane wyniki oraz sformułowane na ich podstawie rekomendacje mogą być również wykorzystane przez organizacje pacjenckie działające na rzecz kobiet po leczeniu raka piersi, takie jak Stowarzyszenie Amazonki.pl czy Onkofundacja Alivia, w ramach prowadzonych działań edukacyjnych i wspierających. Jako podmioty mające bezpośredni kontakt zarówno z kobietami korzystającymi ze wsparcia psychologicznego, jak i z pacjentkami dopiero rozważającymi podjęcie kontaktu pomocowego, organizacje te stanowią naturalny kanał upowszechniania fazowego podejścia do wsparcia psychologicznego. Przekazanie rekomendacji tym podmiotom sprzyja lepszemu dopasowaniu oferowanych form pomocy do realnych potrzeb kobiet znajdujących się w różnych fazach remisji oraz uwzględnianiu długoterminowych konsekwencji leczenia onkologicznego.

Z perspektywy naukowej i praktycznej uzyskane wyniki mogą zostać upowszechnione poprzez publikację w specjalistycznych czasopismach zajmujących się problematyką psychoonkologii i psychologii zdrowia, takich jak „Psychoonkologia” Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego czy „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”. Tego typu publikacje stanowią realny kanał dotarcia do praktyków klinicznych mających wpływ na kształtowanie standardów opieki nad kobietami po leczeniu raka piersi i mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych badań empirycznych nad fazowym modelem wsparcia psychologicznego w remisji nowotworu.



8 Ograniczenia i perspektywy dalszych badań

Przeprowadzone badanie posiada określone ograniczenia, które należy uwzględnić przy interpretacji uzyskanych wyników. Nie podważają one zasadności sformułowanych wniosków ani implikacji praktycznych, lecz wyznaczają ramy interpretacyjne prowadzonych analiz. Głównym ograniczeniem niniejszego badania jest zastosowanie autorskiego Kwestionariusza Satysfakcji z Pomocy Psychologicznej (SAT), skonstruowanego na potrzeby tej pracy. Decyzja o wykorzystaniu autorskiego narzędzia wynikała z potrzeby uchwycenia specyfiki subiektywnej oceny pomocy psychologicznej w okresie zdrowienia po chorobie nowotworowej, która nie znajduje pełnego odzwierciedlenia w dostępnych narzędziach pomiarowych. Brak standaryzacji i normalizacji kwestionariusza wiąże się z ograniczoną możliwością statystycznej oceny jego właściwości psychometrycznych, a także sprawia, że uzyskane wyniki należy interpretować w odniesieniu do badanej próby.

W konsekwencji pomiar satysfakcji z pomocy psychologicznej odnosi się do subiektywnego doświadczenia uczestniczek i umożliwia analizę relacji pomiędzy oceną wsparcia a pozostałymi zmiennymi badania. Takie ujęcie pozostaje spójne z eksploracyjnym charakterem zastosowanego narzędzia oraz z ogólną problematyką pracy, ukierunkowaną na analizę znaczenia pomocy psychologicznej na poszczególnych etapach remisji. Pomimo wskazanych ograniczeń, uzyskane wyniki dostarczają istotnych informacji na temat funkcjonowania psychicznego badanych kobiet w różnych fazach remisji raka piersi oraz podkreślają znaczenie fazowego podejścia do wsparcia psychologicznego.

Z perspektywy dalszych badań uzyskane rezultaty mogą stanowić podstawę do pogłębionych analiz nad rolą wsparcia psychologicznego w procesie adaptacji do życia po leczeniu onkologicznym. W szczególności zasadne wydaje się podjęcie prac nad psychometrycznym dopracowaniem Kwestionariusza Satysfakcji z Pomocy Psychologicznej (SAT), w tym jego standaryzacją oraz oceną rzetelności i trafności na większych i bardziej zróżnicowanych próbach badawczych. Przyszłe badania mogłyby również uwzględniać szersze spektrum doświadczeń kobiet w remisji, w tym osoby niekorzystające ze wsparcia psychologicznego, co pozwoliłoby na dalsze rozwijanie i doprecyzowywanie fazowego modelu wsparcia psychologicznego.



9 Zakończenie

Doświadczenie choroby nowotworowej oraz okres remisji po leczeniu raka piersi stanowią złożony i dynamiczny proces, który nie poddaje się prostym uogólnieniom ani jednoznacznym schematom interpretacyjnym. Funkcjonowanie psychiczne kobiet po zakończeniu leczenia kształtuje się w czasie, podlega fluktuacjom i pozostaje w ścisłym związku zarówno z indywidualnymi zasobami psychicznymi, jak i z kontekstem medycznym, społecznym oraz egzystencjalnym. Remisja nie oznacza zatem jednorodnego stanu poprawy, lecz etap zdrowienia, w którym mogą współwystępować elementy stabilizacji, rozwoju oraz utrzymującego się lub ponownie nasilającego się dystresu emocjonalnego.

Przedmiotem niniejszej pracy było porównawcze ujęcie zróżnicowania funkcjonowania psychologicznego kobiet w zależności od etapu remisji, z uwzględnieniem nasilenia lęku uogólnionego, poczucia sensu życia oraz sposobu doświadczania wsparcia psychologicznego, a także sformułowanie wniosków istotnych z perspektywy planowania adekwatnych oddziaływań pomocowych. Uzyskane rezultaty pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że postawiony cel badania został osiągnięty. Funkcjonowanie psychiczne kobiet różni się bowiem w zależności od etapu remisji, co znajduje odzwierciedlenie zarówno w nasileniu lęku, jak i w poziomie zasobów egzystencjalnych oraz sposobie doświadczania wsparcia psychologicznego.

Uzyskany materiał badawczy wskazuje, że lęk uogólniony stanowi istotny element doświadczenia psychicznego w okresie remisji, przy czym jego nasilenie i uwarunkowania nie mają charakteru stałego i zmieniają się w czasie. Poczucie sensu życia pełni w tym procesie ważną funkcję adaptacyjną, sprzyjając integracji doświadczenia choroby, jednak nie zawsze wiąże się z obniżeniem poziomu napięcia emocjonalnego. W sytuacjach związanych z ograniczeniem nadzoru medycznego oraz wzrostem odpowiedzialności za monitorowanie własnego stanu zdrowia może ono współwystępować z nasilonym lękiem. Pozwala to na odejście od uproszczonych ujęć traktujących poczucie sensu życia jako uniwersalny czynnik chroniący przed dystresem psychicznym w sytuacjach granicznych.

Kolejnym istotnym wnioskiem płynącym z przeprowadzonych analiz jest zróżnicowanie subiektywnej oceny wsparcia psychologicznego w zależności od etapu remisji. Zebrane dane empiryczne pokazują, że satysfakcja z otrzymywanej pomocy pozostaje związana nie tylko z jej dostępnością, lecz przede wszystkim z adekwatnością treści i form oddziaływań



do aktualnych potrzeb oraz gotowości pacjentek. W tym kontekście relacja pomiędzy poczuciem sensu życia a oceną wsparcia psychologicznego nabiera szczególnego znaczenia, zwłaszcza we wczesnych fazach zdrowienia, w których procesy nadawania znaczeń dopiero się kształtują.

Przedstawione ustalenia mają znaczenie zarówno teoretyczne, jak i praktyczne. Z perspektywy teoretycznej przyczyniają się do pogłębienia wiedzy na temat psychologicznych uwarunkowań funkcjonowania kobiet w okresie remisji oraz podkreślają konieczność ujmowania tego etapu jako procesu dynamicznego. Z perspektywy praktyki klinicznej wskazują natomiast na potrzebę projektowania wsparcia psychologicznego w sposób elastyczny i fazowo dopasowany, uwzględniający zmieniające się potrzeby emocjonalne i egzystencjalne kobiet w kolejnych etapach zdrowienia.

Podsumowując, przeprowadzone badanie pokazuje, że etap zdrowienia po chorobie nowotworowej ma charakter wielowymiarowy, a skuteczne oddziaływania psychologiczne wymagają uwzględnienia nie tylko aktualnego stanu zdrowia somatycznego, lecz także fazy zdrowienia oraz specyfiki doświadczanych trudności. Praca ta może stanowić punkt wyjścia do dalszych badań oraz przyczynić się do doskonalenia praktyki psychologii klinicznej w obszarze opieki nad kobietami po doświadczeniu choroby nowotworowej.



Bibliografia

1. Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Cole, S. W., Dhabhar, F. S., Sephton, S. E., McDonald, P. G., Stefanek, M. i Sood, A. K. (2006). The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: Pathways and mechanisms. *Nature Reviews Cancer*, 6(3), 240–248. <https://doi.org/10.1038/nrc1820>
2. Ahles, T. A. (2019). Brain vulnerability to cancer-related cognitive impairment. *Cancer*, 125(8), 1203–1211. <https://doi.org/10.1002/cncr.31960>
3. Ahles, T. A. (2019). Brain vulnerability to chemotherapy toxicities. *Psycho-Oncology*, 28(11), 2237–2242. <https://doi.org/10.1002/pon.5219>
4. Ahles, T. A., i Root, J. C. (2018). Cognitive effects of cancer and cancer treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 425–451. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084903>
5. American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.
6. Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
7. Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Cole, S. W., Dhabhar, F. S., Sephton, S. E., McDonald, P. G., Stefanek, M., i Sood, A. K. (2006). The influence of bio-behavioural factors on tumour biology. *Nature Reviews Cancer*, 6(3), 240–248. <https://doi.org/10.1038/nrc1820>
8. Armes, J., Crowe, M., Colbourne, L. i in. (2009). Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: A prospective, longitudinal survey. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6172–6179. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.22.5151>
9. Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L. i Garbinsky, E. N. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *Journal of Positive Psychology*, 8(6), 505–516. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830764>
10. Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2nd ed.). Guilford Press.
11. Beck, A. T., Steer, R. A. i Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Corporation*.
12. Bellizzi, K. M. i Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47–56. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.47>



13. Binkley, N., Krueger, D., i Gangnon, R. (2012). Bone densitometry. *Journal of Clinical Densitometry*, *15*(2), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2012.01.002>
14. Bonanno, G. A. i Westphal, M. (2022). Resilience after adversity: The dynamic nature of adjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *18*, 511–540.
15. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, *59*, 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
16. Bower, J. E. (2014). Cancer-related fatigue. *Nature Reviews Clinical Oncology*, *11*(10), 597–609. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>
17. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., i Jemal, A. (2021). Global cancer statistics 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
18. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., i Olden, M. (2015). Meaning-centered group psychotherapy. *Psycho-Oncology*, *24*(8), 1056–1063. <https://doi.org/10.1002/pon.3798>
19. Brennan, M. E., Butow, P., Spillane, A. J. i Boyle, F. M. (2012). Patient-reported quality of life, unmet needs and care coordination outcomes: Moving toward targeted breast cancer survivorship care. *Psycho-Oncology*, *21*(10), 1110–1119.
20. Bultz, B. D. i Carlson, L. E. (2006). Emotional distress as the sixth vital sign. *Psycho-Oncology*, *15*(2), 93–95. <https://doi.org/10.1002/pon.1022>
21. Burstein, H. J., Curigliano, G., Thürlimann, B., Weber, W. P., Poortmans, P., Regan, M. M. i Winer, E. P. (2019). Customizing therapies for early breast cancer. *Annals of Oncology*, *30*(10), 1541–1557. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz235>
22. Butow, P. N., Bell, M. L., Smith, A. B., Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., i Sharpe, L. (2017). Conquer fear. *BMC Cancer*, *17*, Article 201. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3136-2>
23. Calhoun, L. G. i Tedeschi, R. G. (2006). Foundations of posttraumatic growth. W: L. G. Calhoun i R. G. Tedeschi *Handbook of posttraumatic growth* (s. 3–23). Erlbaum.
24. Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S. i Senkus, E. (2020). Early breast cancer: ESMO guidelines. *Annals of Oncology*, *31*(10), 1194–1220. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.05.010>
25. Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 5–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011>
26. Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days*. Rutgers University Press.



27. Clemons, M. i Goss, P. (2001). Estrogen and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344(4), 276285.
<https://doi.org/10.1056/NEJM200101253440407>
28. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
29. Cohen, S. i Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
30. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2019). Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: Individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *The Lancet*, 394(10204), 1159–1168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31709-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31709-X)
31. Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. i Wittchen, H. U. (2020). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 1–23. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00210-2>
32. Crist, J. V. i Grunfeld, E. A. (2013). Fear of recurrence. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978–986.
33. DeSantis, C. E., Ma, J., Gaudet, M. M., Newman, L. A., Miller, K. D., Goding Sauer, A. i in. (2021). Breast cancer statistics, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(1), 7–33. <https://doi.org/10.3322/caac.21654>
34. De Walden-Gałaszko (2021) *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
35. Dugas, M. J., Marchand, A. i Ladouceur, R. (2004). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 448–456. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.448>
36. Didkowska, J. i Wojciechowska, U. (2023). *Nowotwory złośliwe w Polsce*. Krajowy Rejestr Nowotworów.
37. Frankl, V. E. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Czarna Owca.
38. Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J. i Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782–793. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.45.9865>
39. Ferguson, R. J., McDonald, B. C., Rocque, G. B., Furstenberg, C. T., Horrigan, S., Ahles, T. A., & Saykin, A. J. (2021). Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change. *Psycho-Oncology*, 30(5), 724–732. <https://doi.org/10.1002/pon.5604>



40. Fife, B. L. (2005). The role of constructed meaning in adaptation to the onset of life-threatening illness. *Social Science & Medicine*, *61*(10), 2132–2143.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.010>
41. Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping*, *21*(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
42. Foster, C., Wright, D., Hill, H., Hopkinson, J. i Roffe, L. (2020). Psychosocial implications of living five years or more following a cancer diagnosis. *Journal of Cancer Survivorship*, *14*(3), 321–330. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00862-9>
43. Foster, C. i Fenlon, D. (2011). Recovery and self-management support following primary cancer treatment. *British Journal of Cancer*, *105*(S1), S21–S28.
<https://doi.org/10.1038/bjc.2011.418>
44. Galatzer-Levy, I. R., Bonanno, G. A. i Mancini, A. D. (2018). From resilience to well-being: Heterogeneous trajectories of adaptation to adversity. *Personality and Social Psychology Review*, *22*(4), 375–399. <https://doi.org/10.1177/1088868317738204>
45. George, L. S. i Park, C. L. (2020). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: Toward integration and new research questions. *Review of General Psychology*, *24*, 1–15. <https://doi.org/10.1037/gpr0000223>
46. Giaquinto, A. N., Sung, H., Miller, K. D., Kramer, J. L., Newman, L. A., Minihan, A., Jemal, A. i Siegel, R. L. (2024). Breast cancer statistics, 2024. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. <https://doi.org/10.3322/caac.21857>
47. Greene, K., Stanton, A. L. i Rowland, J. H. (2017). Psychological adjustment after cancer: Meaning-making, emotion regulation, and well-being. *Current Opinion in Psychology*, *16*, 55–59. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.04.019>
48. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, *26*, 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1028924>
49. Hadji, P., Aapro, M. S., Body, J. J., Brandi, M. L., Reginster, J. Y., Rizzoli, R. i Kanis, J. A. (2021). Management of aromatase inhibitor-associated bone loss in postmenopausal women with breast cancer. *Annals of Oncology*, *32*(3), 384–393.
<https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.11.005>
50. Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L. i Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: Long-term symptoms in cancer survivors—A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *40*(2), 163–181.
<https://doi.org/10.2190/PM.40.2.c>



51. Helgeson, V. S. i Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer. *Health Psychology, 15*(2), 135–148.
52. Helgeson, V. S., Snyder, P. i Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology, 23*(1), 3–15. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.1.3>
53. Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J. i Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth. *Applied Psychology, 56*, 345–366. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00299.x>
54. Harbeck, N. i Gnant, M. (2017). Breast cancer. *The Lancet, 389*(10074), 1134–1150. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31891-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31891-8)
55. Heszen-Niejodek, M. i Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. PWN.
56. Hillen, M. A., Gutheil, C. M., Strout, T. D., Smets, E. M. A. i Han, P. K. J. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social Science & Medicine, 180*, 62–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.048>
57. Holland, J. C. i Neimeyer, R. A. (2010). Burnout in psycho-oncology. *Psycho-Oncology, 19*(9), 985–990. <https://doi.org/10.1002/pon.1651>
58. Hulbert-Williams, N. J., Storey, L. i Wilson, K. G. (2021). Psychological interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review. *Psycho-Oncology, 30*, 1671–1689. <https://doi.org/10.1002/pon.5716>
59. Hulbert-Williams, N. J., Storey, L. i Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: Psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *European Journal of Cancer Care, 24*(1), 15–27. <https://doi.org/10.1111/ecc.12223>
60. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
61. International Agency for Research on Cancer. (2024). *Global cancer statistics 2024*.
62. Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
63. Janelins, M. C., Kesler, S. R., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2017). Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *International Review of Psychiatry, 26*(1), 102–113. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.864260>
64. Jassem, J., Krzakowski, M., Bobek-Billewicz, B., Duchnowska, R., Litwiniuk, M., Pogoda, K. i Senkus, E. (2023). Rak piersi – zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne. *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja, 9*(1), 1–56.



65. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
66. Kashdan, T. B. i McKnight, P. E. (2009). The darker side of purpose: When meaning in life is associated with maladaptive outcomes. *Journal of Positive Psychology*, 4(4), 303–318. <https://doi.org/10.1080/17439760902992331>
67. Kerr, H., Price, M., Nicholls, S. i O'Donnell, M. L. (2021). Cancer survivorship and supportive care: Addressing the psychosocial needs of survivors. *Current Opinion in Psychology*, 38, 93–97. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.020>
68. Kenne Sarenmalm, E., Thorén-Jönsson, A. L., Gaston-Johansson, F. i Öhlén, J. (2013). Making sense of living under the shadow of death: Adjusting to a recurrent breast cancer illness. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2698–2705. <https://doi.org/10.1002/pon.3341>
69. Kleiman, E. M. i Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210(3), 934–939. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.001>
70. Koczwara, B., Meng, X., Miller, M. D. i Saunders, C. (2022). Late effects of cancer treatment: Implications for survivorship care. *The Lancet Oncology*, 23(3), e97–e106. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00652-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00652-1)
71. Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., de Bree, R., Leemans, C. R. i Verdonck-de Leeuw, I. M. (2021). Prevalence of depression in cancer survivors: A meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 39, 263–278. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.02571>
72. Kufel-Grabowska, J. (2022). *Cielesność, seksualność i tożsamość kobiet po leczeniu onkologicznym*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
73. Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
74. Lepore, S. J. i Revenson, T. A. (2007). Social constraints and adjustment to cancer. *Psychological Bulletin*, 133(2), 217–246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.217>
75. McAdams, D. P. (2013). *The redemptive self: Stories Americans live by* (wyd. 2). New York: Oxford University Press.
76. McCabe, M. S., Bhatia, S., Oeffinger, K. C., Reaman, G. H., Tyne, C., Wollins, D. S. i Hudson, M. M. (2021). American Society of Clinical Oncology statement: Achieving high-quality cancer survivorship care. *Journal of Clinical Oncology*, 39(15), 1713–1731. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.03472>



77. McKenzie, H., Hall, R. i Goodwin, L. (2021). Living with cancer survivorship: Social relationships, identity and emotional disclosure. *Psycho-Oncology*, 30, 1851–1860. <https://doi.org/10.1002/pon.5766>
78. Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M. i Koch, U. (2018). Distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4484>
79. Mehnert-Theuerkauf, A., Vehling, S., Scheffold, K., Bokemeyer, C. i Koch, U. (2020). Fear of cancer recurrence, anxiety, and depression in long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 29(6), 1049–1057. <https://doi.org/10.1002/pon.5342>
80. Miller, K. D., Nogueira, L., Devasia, T., Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Jemal, A. i Siegel, R. L. (2022). Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. CA: A Cancer *Journal for Clinicians*, 72(5), 409–436. <https://doi.org/10.3322/caac.21731>
81. Ministerstwo Zdrowia. (2025). *Programy zdrowotne w obszarze onkologii*.
82. Mullan, F. (1985). Seasons of survival. *New England Journal of Medicine*, 313(4), 270–273. <https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421>
83. Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N. i Schagen, S. B. (2021). Living with fear: Fear of cancer recurrence and its impact on emotional well-being and daily functioning in cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 30, 1986–1995. <https://doi.org/10.1002/pon.5791>
84. National Cancer Institute. (2022). *Remission*.
85. National Comprehensive Cancer Network. (2024). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Breast cancer*. <https://www.nccn.org>
86. Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in the wake of loss. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/0000135-000>
87. Neimeyer, R. A. (2016). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 40(7), 425–439. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1189057>
88. Park, C. L. (2010). Meaning making and adjustment. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0019221>
89. Pascoe, G. C. i Attkisson, C. C. (1983). Evaluation ranking scale. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 335–347. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90020-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90020-2)
90. Pietersma, S., de Vries, M. i van den Akker-van Marle, M. E. (2014). Meaning in life and its association with health-related quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(12), 1410–1417. <https://doi.org/10.1002/pon.3563>



91. Polskie Towarzystwo Onkologiczne. (2023). *Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne w onkologii. PTO.*
92. Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H., i Arndt, V. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship, 10*(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1007/s11764-015-0465-2>
93. Ryff, C. D. i Singer, B. (2008). Know thyself. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9022-9>
94. May, R. (1994). *O istocie człowieka.* Rebis.
95. Schnell, T. (2020). *The psychology of meaning in life.* New York: Routledge.
96. Schnell, T. (2011). Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. *Personality and Individual Differences, 51*, 667–673. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.017>
97. Seiler, A. i Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00208>
98. Seiler, A. i Jenewein, J. (2021). Resilience, meaning in life, and social support in cancer patients and survivors. *Supportive Care in Cancer, 29*, 739–747.
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05732-6>
99. Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S. i Creighton, J. L. (1992) *Getting well again.* Tarcher/Putnam.
100. Smedsland, A., Bjørngaard, J. H., Haugland, T., & Iversen, V. C. (2023). Body image, sexuality, and partner support after breast cancer treatment. *Supportive Care in Cancer, 31*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07612-1>
101. Smith, A. B., Rutherford, C., Butow, P., Bell, M. L., Fardell, J. E., & Sharpe, L. (2022). Fear of cancer recurrence and quality of life among breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship, 16*(3), 497–507. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01049-0>
102. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. i Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
103. Sumalla, E. C., Ochoa, C. i Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review, 29*, 24–33.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.003>



104. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., i Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
105. Steger, M. F. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry*, 23, 381–385. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2012.720832>
106. Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S. i Kaler, M. (2006). Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search form meani. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
107. Stanton, A. L., Bower, J. E. i Ganz, P. A. (2015). Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: Contributions from psychosocial oncology research. *American Psychologist*, 70(2), 159–174. <https://doi.org/10.1037/a0038919>
108. Thayer, J. F. i Lane, R. D. (2020). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 275, 84–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.052>
109. Tedeschi, R. G. i Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
110. Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
111. Uchino, B. N. (2009). Social support and physical health. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236–255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
112. Ułaniecka, N. (2021) *Doświadczenie choroby nowotworowej. Aspekty psychologiczne*. Wydawnictwo UAM.
113. UN Women. (2024). United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.
114. Updegraff, J. A., Silver, R. C. i Holman, E. A. (2008). Searching for and finding meaning in collective trauma: Results from a national longitudinal study of the 9/11 terrorist attacks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 709–722. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.709>
115. Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A. i Koch, U. (2011). Meaning-related life attitudes. *Supportive Care in Cancer*, 19(4), 513–520. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0956-5>



116. Vehling, S. i Kissane, D. W. (2018). Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2525–2530. <https://doi.org/10.1002/pon.4875>
117. Warwick, H. M. C. i Salkovskis, P. M. (2016). Health anxiety: Cognitive behavioral perspective and treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.001>
118. Wefel, J. S., Vardy, J., Ahles, T., & Schagen, S. B. (2015). International Cognition and Cancer Task Force recommendations to harmonise studies of cognitive function in patients with cancer. *The Lancet Oncology*, 12(7), 703–708. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70148-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70148-5)
119. Wong, P. T. P. (2012). *The human quest for meaning*. Routledge
120. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th rev.)*. World Health Organization.
121. World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
122. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
123. Yalom, I. D. (2011). *Psychoterapia egzystencjalna*. Czarna Owca.
124. Zoellner, T. i Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.07.003>

Spis tabel

Tabela 1. Rozkład liczebności odpowiedzi na pytanie o możliwość uzyskania wsparcia emocjonalnego (n = 103).....	66
Tabela 2. Test Shapiro-Wilka dla sprawdzenia normalności rozkładu zmiennych zależnych.....	71
Tabela 3. Wynik testu chi-kwadrat Pearsona dla związku między etapem remisji a poziomem wsparcia emocjonalnego.....	72



Spis wykresów

Wykres 1. Rozkład badanych kobiet ze względu na czas, jaki upłynął od zakończenia leczenia onkologicznego	64
Wykres 2. Deklarowane korzystanie z pomocy psychologicznej.....	65

