



Iwona Krzywiecka-Feliksik

Akademia Górnośląska,
im. Wojciecha Korfantego w Katowicach
Katowice, Polska
e-mail: iwonakf@gmail.com

Renata Rosmus

Akademia Górnośląska,
im. Wojciecha Korfantego w Katowicach
Katowice, Polska
e-mail: Renata.Rosmus@akademiagornoślaska.pl

ROLA ORIENTACJI POZYTYWNEJ I WDZIĘCZNOŚCI W KONFRONTACJI Z CHOROBA

THE ROLE OF POSITIVE ORIENTATION AND GRATITUDE IN CONFRONTING THE DISEASE

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, orientacja pozytywna, wdzięczność, choroba, wzrost potraumatyczny
Keywords: cancer, positive orientation, gratitude, disease, post-traumatic growth

Streszczenie

Przedstawione badania dotyczą zależności między zasobami osób chorych onkologicznie a konsekwencjami diagnozy choroby nowotworowej. Analizie poddano relację między: wdzięcznością i orientacją pozytywną a pozytywnymi skutkami doświadczonej traumy, wynikającej z diagnozy choroby nowotworowej – wzrostem potraumatycznym (Post-traumatic Growth Inventory – PTG). W badaniach zastosowano Skalę Orientacji Pozytywnej – Skala-P, Caprari i in., polska adaptacja: Łaguna, Oleś, Filipiuk, Gratitude Questionnaire 6 – GQ-6, McCullough, Emmons, Tsang, w polskiej adaptacji Koszakowskiej, służącą do badania wdzięczności rozumianej jako dyspozycja oraz Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, będący polską adaptacją Post-traumatic Growth Inventory – PTG, Tedeschi, Calhouna, polska adaptacja Juczyński i Ogińska-Bulik. W badaniu uczestniczyło 84 osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Wyniki badań potwierdziły pozytywną zależność między poziomem orientacji pozytywnej i natężeniem odczuwania wdzięczności a wzrostem potraumatycznym.

Abstract

The presented research concerns the relationship between the resources of people with cancer and the consequences of diagnosing a cancer. The analysis covers the relationship between the resources: gratitude and positive orientation and the positive effects of the experienced trauma resulting from the diagnosis of cancer – Post-traumatic Growth Inventory (PTG). The research used: Positive Orientation Scale – Scala-P, Caprari et al., Polish adaptation: Łaguna, Oleś, Filipiuk., Gratitude Questionnaire 6 – GQ-6, McCullough, Emmons, Tsang, in the Polish adaptation of Koszakowska, Kwiatek, used for research of gratitude, understood as a disposition and the Post-traumatic Growth Inventory, which is a Polish adaptation of the Post-traumatic Growth Inventory – PTG, Tedeschi, Calhoun; Polish adaptation of Juczyński and Ogińska-Bulik. 84 people diagnosed with cancer participated in the study. The results of the research confirmed a positive relationship between the level of positive orientation and the intensity of gratitude, and post-traumatic growth.

KONSEKWENCJE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Dominującą przyczynę zgonów stanowią choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe i inne choroby przewlekłe. Jednak to diagnoza raka powoduje największe asocjacje ze śmiercią. W świadomości

społecznej określenie rak zawiera negatywny ładunek emocjonalny. Rak kojarzy się z bólem, oszpecceniem, powolnym umieraniem. Chociaż istnieją różne rodzaje nowotworów o odmiennym rokowaniu i przebiegu, to w pierwszych reakcjach na diagnozę dominuje stereotypowe myślenie o tej chorobie. Konfrontacja z chorobą zagrażającą życiu, której leczenie często wymaga okaleczających zabiegów chirurgicznych oraz długotrwałej i uciążliwej terapii powoduje, że diagnoza choroby nowotworowej jest rozpatrywana jako wydarzenie traumatyczne wywołujące wyjątkowo silny lęk.

Oczekiwanie na diagnozę jest wg Basińskiej [2001] doświadczeniem traumatycznym, mogącym skutkować wystąpieniem zespołu stresu pourazowego lub zespołu stresu ostrego, nawet jeśli choroba nowotworowa zostanie wykluczona. Otrzymaniu diagnozy może towarzyszyć strata poczucia bezpieczeństwa i życie z wdrukowanym poczuciem śmierci.

W miarę postępu choroby i podejmowania poszczególnych metod leczenia (okres przewlekły), źródłem stresu stają się procedury lecznicze i skutki uboczne leczenia. Lęk wzmacniany jest przez konieczność ograniczenia pełnienia dotychczasowych ról społecznych, zawodowych, rodzinnych, przyjacielskich, intymnych. Choroba ingeruje w tożsamość danej osoby, często niweczy plany i nadzieje, powoduje złość, lęk, smutek, poczucie beznadziejności i społecznej alienacji [Chojnawska-Szawłowska, 2012]. Następuje zmiana dotychczasowej hierarchii potrzeb [de Walden-Gałuszko, 1992]. Pełnienie roli chorego wysuwa się na pierwszy plan [Wrońska-Polańska, 1999].

U chorych onkologicznych następuje wyraźna zmiana sądów o sobie, dotyczących własnego ciała i ogólnego obrazu siebie, skutkująca zastąpieniem „ja idealnego” przez „ja przed chorobowe” [de Walden-Gałuszko, 1992, s.11].

Po okresie leczenia wielu osobom towarzyszy permanentna obawa przed nawrotem choroby. Zakończenie leczenia wymaga ponownego odnalezienia się w społeczności. U części pacjentów mimo leczenia dochodzi do stopniowej progresji choroby. W obliczu bliskiego zagrożenia śmiercią następuje bardzo trudna faza opieki terminalnej. Przebieg tej fazy jest indywidualnie zróżnicowany. Nasilające się dolegliwości i objawy fizyczne powodują przykre reakcje psychiczne [de Walden-Gałuszko, 2000].

Do głównych negatywnych konsekwencji traumy zalicza się tak zwany zespół stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*), który traktuje się jako opóźnioną i/lub przedłużoną reakcję na silnie stresujące wydarzenia związane z zagrożeniem życia lub zranieniem, czy też zagrożeniem fizycznej integralności. Wiele osób doświadcza także pozytywnych konsekwencji traumy. Osoby te zauważają pozytywne zmiany w zakresie własnego funkcjonowania. Zjawisko to określa się mianem potraumatycznego wzrostu (PTG, *posttraumatic growth*). W wystąpieniu określonego rodzaju konsekwencji traumy podkreśla się rolę czynników pośredniczących w radzeniu sobie jednostki ze stresującymi sytuacjami, czyli zasobów. Wyniki prowadzonych w ostatnich latach badań nad wdzięcznością i orientacją pozytywną wskazują, że posiadanie tych zasobów pomaga jednostce zmagać się z trudnościami.

Działanie silnych stresorów i brak odpowiednich umiejętności radzenia sobie z nimi skutkuje różnymi rodzajami zaburzeń. Jednym z nich jest PTSD. Rozpoznanie to zostało wprowadzone jako jednostka chorobowa do systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych DSM-3 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w 1980 roku. W najnowszej wersji systemu klasyfikacji DSM-5 nastąpiła istotna zmiana w ogólnym rozumieniu PTSD, które nie jest już zaburzeniem lękowym, lecz zostało zgrupowane w odrębnej kategorii zaburzeń związanych z traumą i stresem [Zawadzki, Popiel, 2014]. Najczęściej objawy PTSD sprowadzane są do intruzji, pobudzenia i unikania. W nowej klasyfikacji DSM-5 uwzględnione zostały także negatywne zmiany w funkcjonowaniu poznawczym i nastroju, które rozpoczęły się lub pogłębiły po przeżyciu traumatycznego wydarzenia. Ogińska-Bulik i Juczyński przeprowadzili ocenę psychometryczną objawów PTSD wśród pacjentów po operacji kardiochirurgicznej i wśród pacjentek po mastektomii. Uzyskane wyniki kształtowały się na podobnym poziomie. Symptomy PTSD wyniosły u chorych w pierwszej grupie 52% i 51% w drugiej [Ogińska-Bulik, 2013]. Udowodniono, że rak może wywoływać objawy stresu traumatycznego i chociaż większość osób nie spełnia kryteriów dla zespołu stresu pourazowego, to traumatyczne symptomy stresu w postaci natrętnych myśli o chorobie, unikanie przykrych wspomnień o raku i nadmierna czujność są często zgłaszane przez osoby, u których zdiagnozowano nowotwór [Jim, Jacobsen, 2008].

Choroba onkologiczna może być doświadczeniem głęboko stresującym, ale może również prowadzić do pozytywnych zmian w życiu. Coraz więcej autorów zwraca uwagę na pozytywne konsekwencje choroby. Okazuje się, że znaczna część chorujących na nowotwory widzi pozytywne zmiany

w życiu związane z doświadczeniem raka. Te zmiany na lepsze dotyczą przede wszystkim: satysfakcji z życia, sensu życia, pewności siebie i osobistej siły, życiowych priorytetów i celów, duchowości, współczucia innym oraz relacji z przyjaciółmi i rodziną [Żukowska, 2011].

W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku o pozytywnych konsekwencjach, które mogą pojawić się w kontekście wyjątkowo stresujących wydarzeń, pisali m.in. Caplan, Dąbrowski, Frankl [Ogińska-Bulik, 2013, s.28]. Opierając się na własnych doświadczeniach Frankl zauważa, że doznawanie cierpienia stwarza okazję do odkrycia sensu i znaczenia doświadczanych sytuacji [Frankl, 1971]. Konsekwencją przeżytego traumatycznego stresu może być przetrwanie, powrót do równowagi lub wzrost i rozwój [Ogińska-Bulik]. Przetrwanie charakteryzuje się niższym poziomem funkcjonowania w porównaniu z okresem przed traumą. Wzrost i rozwój cechuje natomiast wyższy poziom funkcjonowania niż przed traumą [Ogińska-Bulik, Juczyński, 2012], Coraz częściej zwraca się również uwagę na pozytywne aspekty walki z chorobą nowotworową [Ogińska-Bulik, 2013], należy do nich wzrost potraumatyczny.

Relacja między zasobami: pozytywną orientacją, wdzięczności a pozytywnymi efektami

Doświadczenia traumy

Pojęcie wzrostu potraumatycznego do literatury psychologicznej wprowadzili w 1996 roku Tedeschi i Calhoun [2004]. Jest to konstrukt stosowany do opisywania pozytywnych zmian, które zachodzą w rezultacie zmagania z bardzo trudnymi wydarzeniami życiowymi. Chociaż te pozytywne zmiany zostały scharakteryzowane w literaturze za pomocą różnych pojęć, to Tedeschi i Calhoun podkreślają, że termin wzrost potraumatyczny ujmuje istotę tego zjawiska w sposób najbardziej adekwatny, ponieważ: może pojawić się tylko w sytuacji silnego stresu; często wraz ze wzrostem zachodzą transformacyjne zmiany życiowe wykraczające poza iluzję; zmiany te są doświadczane jako wynik lub trwający proces, a nie mechanizm radzenia sobie; wymusza zmiany podstawowych założeń na temat świata i samego siebie.

Wzrost potraumatyczny następuje etapami. W pierwszym etapie historia życia ofiary traumy zostaje podzielona na część „przed” i „po” wydarzeniu, a ona sama różni się istotnie od siebie „przed”. Kolejnym etapem jest aktywność jednostki w kierunku odbudowy swojej wizji świata i schematów poznawczych. Następnym etapem jest otwieranie się na innych poprzez ujawnianie wewnętrznego procesu innym. Ostatni etap procesu rozwoju potraumatycznego związany jest ze zmianą sposobu rozumienia własnego życia. postrzegając siebie jako autora poważnych zmian w obrazie Ja i własnego życia [Tedeschi, Calhoun, 2004].

Pourazowy wzrost opisuje doświadczenie jednostek, których wzrost, przynajmniej w niektórych obszarach, przewyższył to, co było przed zmaganiem się z traumą. Na podstawie wywiadów przeprowadzonych z wieloma osobami, które doznały traumy, Tedeschi i Calhoun wyróżnili pięć wymiarów, w których można dostrzec pozytywne zmiany. Należą do nich: większe docenianie życia i zmienne poczucie priorytetów, cieplejsze i bardziej intymne relacje z innymi, większe poczucie osobistej siły, uznanie nowych możliwości w życiu oraz rozwój duchowy [Tedeschi, Calhoun, 2004].

Badacze zwracają uwagę na zasoby osobiste, które sprzyjają wystąpieniu wzrostu potraumatycznego także u chorych na nowotwory, takie jak twardość [Cieślak, Jakitowicz, Kozaka, Bidzan, Kiżewska, 2017], koherencja [Almedom, 2005], duchowość [Prati, Pietrantonio, 2009]. Zasobem rozpatrywanym w kontekście wystąpienia pozytywnych zmian po traumie jest także nadzieja [Ho, Rajandram, Chan, Samman, McGrath, Zwahlen, 2004]. Sprzyja ona przystosowaniu się do trudnych sytuacji, ułatwia odkrycie sensu życia i znaczenie traumy. Wiele badań wskazuje na pozytywną rolę optymizmu w procesie wzrostu po traumie u chorych onkologicznie. Dodatni związek optymizmu z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych stwierdzono u kobiet zmagających się z rakiem piersi [Sears, Stanton, Danoff-Burg, 2003], u pacjentów po przeszczepie szpiku kostnego [Tallman, Shaw, Schultz, Altmaier, 2010], u chorych na raka jamy ustnej, u chorych na raka wątroby [Moore, Gamblin, Geller, Youssef, Hoffman, Gemmell, Steel, 2011]. Jednakże dostępne są także wyniki badań, w których nie stwierdzono takiego związku [Bellizzi, Blank, 2006]. Wśród wymiarów osobowości, największe zna-

czenie w procesie wzrostu potraumatycznego przypisuje się ekstrawersji oraz otwartości na nowe doświadczenia i w mniejszym stopniu ugodowości. Zwraca się również uwagę na niskie nasilenie neurotyczności [Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010]. Dodatni związek otwartości na doświadczenia z wystąpieniem pozytywnych zmian po traumie odnotowano u kobiet z nowotworem piersi [Kolokotroni, Anagnostopoulos, Tsikkinis, 2014], u chorych z rakiem jelita, u chorych z różnymi rodzajami nowotworów [Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, Andrykowski, 2009]. Przeprowadzono również badania na temat zależności pomiędzy siłą charakteru a potraumatycznym rozwojem. Wykazały one niewielkie korelacje. Największy wpływ na pojawienie się potraumatycznego miała religijność, wdzięczność – jako wymiary transcendencyjne, oraz życzliwość i uprzejmość – wymiar interpersonalny [Peterson, Park, Pole, D'Andrea, Seligman, 2008].

Do najczęściej wymienianych zasobów osobistych należą: poczucie kontroli osobistej nad stresującymi wydarzeniami, pozytywna lekko zawyżona samoocena i samoakceptacja, uogólniona wiara w siebie, optymizm, poczucie własnej skuteczności, umiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Do zasobów osobistych można również zaliczyć orientację pozytywną [Fagerström 2010] i wdzięczność [Wolanin, 2013]. Zmienne te generują przeżywanie pozytywnych emocji, które pełnią szczególne funkcje. Mają zdolność odwracania fizjologicznych skutków negatywnych emocji, wspomagają powrót do równowagi po niekorzystnych zdarzeniach emocjonalnych oraz łagodzą następstwa sytuacji stresujących, a nawet traumatycznych [Gruszecka, 2011]. Rola zasobów osobistych nie ogranicza się do zmniejszania negatywnych skutków traumy. Zasoby osobiste mogą również sprzyjać pojawieniu się zmian wzrostowych [Ogińska-Bulik, 2013].

Orientacja pozytywna wpisuje się w nurt psychologii pozytywnej, która analizując zjawiska poszukuje zasobów, które mogą pomóc jednostce, nie tylko zmierzyć się z trudnościami, ale także przejść ponad nimi. Caprara wprowadził termin orientacji pozytywnej w 2009 roku. Koncepcja orientacji pozytywnej jest rezultatem uogólnienia wyników badań dotyczących samooceny, zadowolenia z życia i optymizmu. Caprara zauważył, że te trzy zmienne psychologiczne skorelowane są z wieloma czynnikami, które świadczą o indywidualnym optymalnym funkcjonowaniu i dobrym samopoczuciu. Jednocześnie stanowią odwrotność triady depresyjnej według Becka, na którą składają się negatywne przekonania o sobie, świecie i przyszłości. Podobnie jak cechy Wielkiej Piątki są w znacznym stopniu dziedziczne i w miarę stałe. Caprara [2009] zdefiniował orientację pozytywną jako podstawową predyspozycją jednostki do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia, doświadczeń i samego siebie. Orientacja pozytywna w znacznym stopniu odpowiada za adaptacyjne funkcjonowanie jednostki, stanowi bowiem naturalną tendencję do korzystnej oceny siebie, wysokiej satysfakcji z życia i wysokiej oceny szans realizacji celów, co przyczynia się do zaangażowania w cele życiowe i wysoką ocenę jakości życia. Czyni jednostkę skłoną do radzenia sobie w życiu mimo porażek, przeciwności losu i perspektywy śmierci. Predyspozycja do wiary w to, że jest się godnym szacunku, że życie jest warte życia i że przyszłość jest obiecująca, pozwala jednostce znieść świadomość własnych ograniczeń i radzić sobie z trudnościami, przeciwnościami i stratami w życiu [Sobol-Kwapińska, 2014].

Wdzięczność jest zagadnieniem interdyscyplinarnym analizowanym na gruncie filozofii, antropologii, socjologii, biologii ewolucyjnej, teologii i psychologii. Obecna jest w literaturze pięknej i popularnej. Jest jednym z bardzo ważnych wymiarów odniesienia człowieka do Boga, dlatego można ją znaleźć w kanonie moralnym wszystkich wielkich systemów religijnych. Wdzięczność często była utożsamiana z pojęciami typu uprzejmość, grzeczność, powinność moralna, zobowiązanie. Na gruncie psychologii zagadnienie wdzięczności zaczęto eksplorować w sposób systematyczny dopiero od niedawna i nie osiągnięto konsensusu odnośnie sposobu definiowania i rozumienia tej zmiennej. Sposób rozumienia i ujmowania wdzięczności uwarunkowany jest kontekstem i źródłami [Tucholska, s.76–77].

Emmons opisuje dwa rodzaje wdzięczności: personalny i transpersonalny. Pierwszy rodzaj odnosi się do kontaktów międzyludzkich, gdy jedna osoba uznaje otrzymanie cennej korzyści od drugiej. W związku z tym wdzięczność służy jako kluczowe ogniwo w dynamice między otrzymywaniem a dawaniem. Drugi rodzaj ma charakter duchowy i transcendentny, w którym wdzięczność wykracza poza relacje międzyludzkie i ukierunkowana jest w stronę Wyższego Bytu, Boga, kosmosu, natury, ogólnie życia. Odkąd ludzie wierzą w Boga szukali sposobów wyrażania wdzięczności i dziękczynnie-

nia. Czuli, że są połączeni ze sobą w jakiś sposób, będąc częścią szerszego, transcendentnego kontekstu. Wdzięczność wyraża się poprzez odwzajemnianie dobroci i twórcze poszukiwanie okazji do dawania, ale przeciwstawia się przekonaniu o tym, że komuś coś się należy. Głęboko duchowe przeżycie wdzięczności wiąże się z uznaniem daru istnienia [Emmons, 2012]. Wdzięczność może pojawić się w oderwaniu od bezpośredniego doświadczenia związanego z konkretnymi osobami świadczącymi dobro.

Wdzięczność egzystencjalna wiąże się z samorealizacją, jak i ze świadomością, że to, czego jednostka ma szczęście doświadczać, nie jest jej wyłączną zasługą [Szczęśniak, 2007]. Emmons definiuje wdzięczność jako cudowne uczucie motywujące do działania oraz rozpoznanie i podziw beneficjenta dla altruistycznej postawy darczyńcy [Emmons, 2004]. Tsang określa wdzięczność jako pozytywną reakcję emocjonalną na doświadczenie korzyści, które jest postrzegane jako wynikające z dobrych intencji ofiarodawcy [Tsang, 2006]. Wood definiuje wdzięczność jako „poznawczą i emocjonalną reakcję wynikającą z zauważenia i docenienia korzyści, jakie ktoś uzyskał” [Wood, 2014, s. 2609]. Wdzięczność można też traktować jako postawę, której trzy komponenty to: uznanie wobec darczyńcy, życzliwość wobec niego, oraz chęć zrobienia czegoś dobrego na jego rzecz [Trzebińska, 2008]. Wdzięczność można także analizować w kontekście hierarchicznej struktury doświadczeń afektywnych zaproponowanych przez Rosenberg. Autorka ta na szczycie hierarchii umieściła cechy afektywne, czyli stałe predyspozycje do pewnych typów emocjonalnego reagowania. Kolejny w hierarchii jest nastrój. Jest on zależny od cechy i łagodnie fluktuuje w dłuższych odcinkach czasowych. Ostatnim poziomem jest stan, który jest zależny od dwóch poprzednich. Stan tworzą emocje określane jako intensywne i nagłe zmiany psychofizyczne wynikające z odpowiedzi na znaczącą sytuację w środowisku [Rosenberg, 1998]. Zatem w sferze afektywnej wdzięczności można wyodrębnić trzy kategorie: stanu, nastroju i cechy. Obecnie większość badaczy skupia się przy wyjaśnianiu zjawiska wdzięczności na dwóch wymiarach: stanu i cechy. McCullough i współpracownicy podkreślają także znaczenie nastroju wdzięczności. Emocje zazwyczaj są ukierunkowane na cele związane z motywacją do chwaleń darczyńcy. Natomiast nastroje charakteryzują się stosunkowo długim czasem trwania, co umożliwia im wpływ na przetwarzanie informacji. Społeczne efekty wdzięczności, takie jak gotowość do bycia pomocnym i wspierającym, a także efekty psychologiczne, takie jak lepsze radzenie sobie ze stresem spowodowane są, według tych badaczy, nie przez wdzięczność jako emocję, ponieważ czas trwania emocji jest zdecydowanie za krótki, ale raczej przez wdzięczność jako nastrój [McCullough, Tsang, 2004].

Sprzyjanie sprawiedliwej wymianie i pomaganiu uzasadnia nazwanie wdzięczności emocją moralną, która pełni trojaką funkcję. Po pierwsze, może służyć jako barometr moralny, gdy jej odczuwanie wobec kogoś wskazuje, że osoba ta kieruje się naszym dobrem. Po drugie, może służyć jako moralna siła motywująca do zachowania prospołecznego i powstrzymująca od szkodliwego. Po trzecie może wzmacniać moralne zachowania darczyńcy, szczególnie w sytuacji, gdy okazanie wdzięczności będzie dla niego nagrodą [Bono, McCullough, 2006].

Wdzięczność jako cecha afektywna to „zgeneralizowana tendencja do rozpoznawania i odpowiadania emocją wdzięczności na życzliwość i wkład innych osób w pozytywne doświadczenia i osiągnięcia przez kogoś rezultaty” [Tucholska, 2017, s. 89]. Jest bardziej stabilna niż stan wdzięczności. Jej rola polega na obniżeniu progu doświadczenia stanów wdzięczności. Wdzięczność jako cecha, ujmowana jest przez badaczy w kategoriach dyspozycji lub orientacji życiowej. Według Robertsa, dyspozycja do wdzięczności nie jest związana z jakimś pojedynczym epizodem, jest stała, związana z charakterem jednostki [za: Kwiatek, 2012, s.154]. Charakteryzują ją cztery kategorie, a mianowicie: intensywność, częstotliwość, zakres i nasycenie [Tucholska, 2017].

Uwagę na dobroczynny wpływ wdzięczności, jako jedni z pierwszych, zwrócili Emmons i McCullough [2012]. Rola wdzięczności została doceniona w procesie psychoterapii i udzielania wsparcia, w odwołaniu do efektu głównego i buforowego. Efekt główny sprawia, że jednostki mające oparcie w innych są w mniejszym stopniu narażone na oddziaływanie stresorów lub postrzegają je jako słabsze. Efekt buforowy polega na obniżeniu napięcia i umożliwieniu radzenia sobie z trudnościami.

Wdzięczność wzmacnia czynniki adaptacyjne i odpornościowe w sytuacji przeżywania samotności, lęku i depresji, a także wspomaga procesy adaptacyjne po traumie. Zanotowano pozytywny wpływ wdzięczności nie tylko na jakość życia psychicznego czy relacyjnego, ale również na związek ze stanem zdrowia fizycznego. Pacjenci kardiologiczni wyrażający wdzięczność za to, co już mają i ko-

rzyszający ze wsparcia innych, łatwiej znosili pobyt w szpitalu. Koncentracja na wdzięczności może harmonizować rytm pracy serca i wpływać na poprawę komunikacji serce-mózg [Gruszecka, 2011]. Wolanin wskazuje, że również pacjenci onkologiczni odczuwają i wyrażają wdzięczność a doświadczanie tej emocji pozytywnie wpływa na ich samopoczucie. Autorka ta sugeruje, że rozwój wdzięczności mógłby mieć pozytywny wpływ na dokonywanie bilansu życiowego i na dobrostan pacjentów onkologicznych w okresie późnej dorosłości i starości [Wolamin, 2017].

METODOLOGIA BADAŃ

Celem prezentowanych badań jest ustalenie zależności między zasobami osób chorych onkologicznie a konsekwencjami diagnozy choroby nowotworowej. Analizie poddano relację między wdzięcznością i orientacją pozytywną a pozytywnymi skutkami doświadczonej traumy wynikającej z diagnozy choroby nowotworowej.

Weryfikacji poddano następujące hipotezy:

1. Istnieje związek między poziomem orientacji pozytywnej a wzrostem potraumatycznym u osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.
2. Istnieje związek między odczuwaniem wdzięczności a wzrostem potraumatycznym u osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.

W badaniu wykorzystano Skalę Orientacji Pozytywnej – Skala-P, Caprari i in., polska adaptacja: Łąguna, Oleś, Filipiuk. Skala służy do badania pozytywnej orientacji jako podstawowej tendencji do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia, doświadczeń i samego siebie. Współczynnik rzetelności α Cronbacha wynosi 0,77 – 0,84.

W badaniu wdzięczności – rozumianej jako dyspozycja – zastosowano Gratitude Questionnaire 6 – GQ-6, McCullough, Emmons, Tsang, w polskiej adaptacji Kossakowskiej, Kwiatek. Współczynnik α Cronbacha wynosi 0,71.

Wzrost potraumatyczny oceniony został za pomocą Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju, który jest polską adaptacją Post-traumatic Growth Inventory – PTG, Tedeschi, Calhoun; polska adaptacja Juczyński i Ogińska-Bulik. α Cronbacha jest wysoka i wynosi dla całej skali 0,93.

Grupa badawcza

Analiza opracowana została w oparciu o wyniki badań 84 osób, w tym 60 kobiet (72,4%) i 24 mężczyzn (27,6%). Osoby badane charakteryzowały się zróżnicowaną lokalizacją nowotworu. Najczęściej występująca lokalizacja nowotworu wśród badanych to piersi – 29,8% i moczowód – 8,3%. Pozostałe lokalizacje to krew, skóra – 7,1%, jajnik, szyjka macicy – 6%, płuca, węzły chłonne, szpik kostny, wątroba – 4,9%, nerka, prostata – 3,6%, krtań, mózg – 2,4%, przestrzeń zaotrzewnowa, tarczyca, migdałek podniebny i śródpiersie – 1,2%.

Wyniki

Uzyskane wyniki dotyczące zmiennych cechują się brakiem rozkładu normalnego (Tabela 1). W związku z tym do dalszej analizy zależności wykorzystano statystyczne testy nieparametryczne. Do badania zależności między zmiennymi posłużono się współczynnikiem korelacji rho Spearmana.

Wyniki weryfikacji hipotezy o istnieniu związku między poziomem orientacji pozytywnej a wzrostem potraumatycznym u osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową przedstawia tabela 2. Analiza zależności wykazała, że między orientacją pozytywną a PTG – wskaźnikiem ogólnym, zmianami w percepcji siebie, zmianami w relacjach z innymi, docenianiem życia, zmianami duchowymi – istnieje słaba, dodatnia zależność, istotna statystycznie. Są to korelacje niskie (z przedziału 0,2 – 0,4) i dodatnie. Wraz ze wzrostem orientacji pozytywnej nasila się wzrost potraumatyczny. Związek występuje między orientacją pozytywną a PTG, jego wskaźnikiem ogólnym, oraz z jego wszystkimi wymiarami. Najwyższa korelacja wystąpiła między orientacją pozytywną a ogólnym wskaźnikiem PTG (0,3), nie-

co mniejsza ze zmianami w percepcji siebie (0,283) i zmianami duchowymi (0,249). Najniższa korelacja między orientacją pozytywną wystąpiła ze zmianami w relacjach z innymi (0,222) i większym docenianiem życia (0,231). Na podstawie powyższych wyników przyjęto hipotezę o istnieniu związku między orientacją pozytywną a wzrostem potraumatycznym u osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.

Tabela 1. Testy normalności rozkładu wyników zmiennych

Table 1. Tests of normality of the distribution of variable results

Zmienne	Shapiro-Wilk		
	Statystyka	df	Istotność
Wdzięczność	0,953	84	0,004
Orientacja pozytywna	0,951	84	0,003
PTG – ogółem	0,936	84	0,001
Zmiany w percepcji siebie	0,931	84	0,001
Zmiany w relacjach z innymi	0,919	84	0,001
Większe docenianie życia	0,836	84	0,001
Zmiany duchowe	0,920	84	0,001

df - liczba stopni swobody

Źródło/Source: Opracowanie własne.

Tabela 2. Zależność między orientacją pozytywną a wzrostem potraumatycznym

Table 2. The relationship between positive orientation and post-traumatic growth

	rho Spearmana	Orientacja pozytywna Poziom istotności
PTG – ogółem	Współczynnik korelacji	0,300**
	Istotność	0,006
Zmiany w percepcji siebie	Współczynnik korelacji	0,283**
	Istotność	0,009
Zmiany w relacjach z innymi	Współczynnik korelacji	0,222*
	Istotność	0,042
Większe docenianie życia	Współczynnik korelacji	0,231*
	Istotność	0,034
Zmiany duchowe	Współczynnik korelacji	0,249*
	Istotność	0,022

**** Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie); * Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).**

Źródło/Source: Opracowanie własne

W tabeli 3 przedstawiono wyniki weryfikacji hipotezy o istnieniu związku między odczuwaniem wdzięczności a wzrostem potraumatycznym u osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. W przypadku wdzięczności uzyskano znacznie silniejsze związki między zmiennymi niż w przypadku orientacji pozytywnej. Są to dodatnie korelacje niskie i umiarkowane. Najsilniejszy związek doty-

czy relacji między wdzięcznością a pozytywnymi zmianami w relacjach interpersonalnych, będących przejawem wzrostu potraumatycznego, współczynnik korelacji wynosi 0,461. Również umiarkowana korelacja zachodzi między wdzięcznością a ogólnym wskaźnikiem PTG (0,446) i większym docenianiem życia (0,430). Na pograniczu między umiarkowaną i niską korelacją plasuje się związek między wdzięcznością a zmianami w percepcji siebie (0,393). Najsłabsza relacja wystąpiła między wdzięcznością a zmianami duchowymi (0,313). Powyższe wyniki uzasadniają przyjęcie hipotezy o istnieniu związku między odczuwaniem wdzięczności a wzrostem potraumatycznym u osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.

Tabela 3. Zależność między wdzięcznością a wzrostem potraumatycznym

Table 3. The relationship between gratitude and posttraumatic growth

	rho Spearmana	Wdzięczność
PTG – ogółem	Współczynnik korelacji	0,446**
	Istotność	0,001
Zmiany w percepcji siebie	Współczynnik korelacji	0,393**
	Istotność	0,001
Zmiany w relacjach z innymi	Współczynnik korelacji	0,461**
	Istotność	0,000
Większe docenianie życia	Współczynnik korelacji	0,430**
	Istotność	0,001
Zmiany duchowe	Współczynnik korelacji	0,313**
	Istotność	0,004

**** Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).**

Źródło/Source: Opracowanie własne

Dyskusja

W przeprowadzonym postępowaniu badawczym potwierdzone znalazły następujące hipotezy: 1. Istnieje zależność między orientacją pozytywną a wzrostem potraumatycznym. 2. Istnieje zależność między wdzięcznością a wzrostem potraumatycznym. Badane osoby charakteryzuje ogólnie wysoki poziom wzrostu po traumie. Uzyskana średnia wyników ogólnego wskaźnika PTG jest wyższa od wartości uzyskanej w badaniach normalizacyjnych u pacjentów onkologicznych [Ogińska-Bulik, Jurczyński, 2012]. Ponad połowa badanych ujawniła wysoki poziom wzrostu po traumie, prawie 30% – przeciętny, a 20% niski. Ogólnie wysoki poziom pozytywnych zmian występujący w badanej grupie sugeruje, że konsekwencji wydarzeń traumatycznych, jakie ponoszą osoby badane w związku z diagnozą choroby nowotworowej, nie można ograniczyć wyłącznie do negatywnych następstw. Potraumatyczny wzrost obejmuje zmiany w zakresie percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej. W większym docenianiu życia i pogłębianiu się duchowości. Zmiany w zakresie percepcji siebie obejmują wzrost dojrzałości emocjonalnej, przekonania o własnej skuteczności, radzeniu sobie, wzroście własnych kompetencji i własnej wartości. Wzrosło również przekonanie o tym, że można mieć kontrolę nad sytuacją. Zmiany w relacjach z ludźmi dotyczą wzrostu więzi rodzinnych, większej otwartości i wrażliwości na potrzeby innych oraz gotowości do przyjmowania i udzielania pomocy.

Uzyskane wyniki wskazują na istotną dodatnią zależność zachodzącą między analizowanymi zaso- bami a potraumatycznym wzrostem. Zarówno orientacja pozytywna jak i wdzięczność korelują istotnie z ogólnym wskaźnikiem PTG i jego wszystkimi wymiarami. W przypadku orientacji pozytywnej są to dodatnie niskie korelacje. Zależności korelacyjne między PTG a wdzięcznością kształtują się na poziomie niskim i umiarkowanym. Najwyższa zależność występuje między wdzięcznością a zmianami w relacjach z innymi, ogólnym wskaźnikiem PTG i większym docenianiem życia.

Osobiste zasoby postrzegane są głównie jako czynniki ułatwiające opanowanie i znoszenie stresujących sytuacji, a także jako czynniki przeciwdziałające powstawaniu negatywnych konsekwencji tychże sytuacji [Poprawa, 2001]. Związek posiadanych przez jednostkę zasobów osobistych z występowaniem pozytywnych zmian pozostaje w zgodzie z założeniami twórców koncepcji potraumatycznego wzrostu, którzy przypisują istotne znaczenie zasobom jednostki posiadanym przed ekspozycją na traumatyczne wydarzenie dla występowania PTG [Tedeschi, Calhoun, 2004]. Orientacja pozytywna i wdzięczność to zasoby, które generują przeżywanie pozytywnych emocji. Ich rolę w powrocie do równowagi po niekorzystnych zdarzeniach emocjonalnych podkreśla między innymi Fredrickson [Fredrickson, Levenson, 2001]. Autorzy współpobudzeniowego modelu zdrowego radzenia sobie wykazują natomiast, że skupianie się wyłącznie na emocjach pozytywnych jest niewystarczające. Stwierdzają, że „zdolność do jednoczesnego aktywizowania pozytywnych i negatywnych emocji, i tolerowania behawioralnej ambiwalencji, zwiększa szanse umiejętnego przepracowania i przezwyciężenia najpoważniejszych stresów życiowych” [Larsen J., Hemenover, Norris, Cacioppo, 2003, za Czapiński 2004, s.316].

Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie wniosku o istnieniu zależności między zasobami takimi jak orientacja pozytywna i wdzięczność ze wzrostem potraumatycznym.: zarówno orientacja pozytywna, jak i wdzięczność związane są dodatnio ze wzrostem potraumatycznym.

UWAGI KOŃCOWE

Choroba nowotworowa dotyka wielu sfer życia: cielesności, psychiki, wymiaru egzystencjonalnego czy duchowego. Rozwój psychoonkologii spowodował, że wzrosła świadomość tego, że choruje nie tylko ciało, ale i psychika. Dbając o całościowe leczenie istotne jest, aby objąć pacjentów onkologicznych profesjonalną pomocą psychologiczną już na najwcześniejszych etapach choroby.

Wyniki przeprowadzonych badań ujawniły występowanie pozytywnych konsekwencji związanych z diagnozą choroby nowotworowej. W badanej grupie ponad połowa zadeklarowała wysokie nasilenie wzrostu potraumatycznego, a jedna piąta nasilenie przeciętne. Można zatem stwierdzić, że u większości badanych wystąpiły pozytywne konsekwencje związane z diagnozą choroby nowotworowej. Najwięcej pozytywnych zmian zaobserwowano w zakresie doceniania życia i relacji z innymi. Ze zmianami tymi silniejszy związek niż orientacja pozytywna miała wdzięczność. Pozytywne zmiany w zakresie doceniania życia obejmują zmianę filozofii życiowej, zmianę dotychczasowych priorytetów oraz większe docenianie każdego dnia. Wdzięczność może pomagać w przekierowaniu uwagi z wartości utraconych na wartości uratowane, dzięki czemu jednostka może lepiej radzić sobie ze skutkami traumy. Pozytywne zmiany dotyczące poprawy relacji międzyludzkich obejmują silniejsze poczucie związku z innymi, wzrost empatii i altruizmu. Związek tych zmian z wdzięcznością nie dziwi. Wdzięczności przypisuje się bowiem rolę kluczowego ogniwa w dynamice między otrzymaniem a daniem. Wdzięczność inicjuje pozytywne zachowania i prowadzi do korzystnych zmian w relacjach społecznych [Emmons, 2004]. Im bardziej jednostka jest skłonna odczuwać wdzięczność, często reagując nawet na drobne przejawy życzliwości w stosunku do szerszego grona osób, tym większa pozytywna zmiana w relacjach z innymi.

Zmiany w percepcji siebie i zmiany duchowe były bardziej związane z orientacją pozytywną niż z wdzięcznością. Orientacja pozytywna stanowi naturalną tendencję do korzystnej oceny siebie oraz wysokiej oceny szans realizacji celów. Predyspozycja do wiary w to, że jest się godnym szacunku oraz pogląd, że przyszłe wydarzenia będą obfitować w dobre rzeczy a złe będą występować sporadycznie, czyni jednostkę skłonną do radzenia sobie w życiu, mimo przeciwności losu i perspektywy śmierci. Im wyższe nasilenie orientacji pozytywnej tym większe zmiany w percepcji siebie, obejmujące dostrzeżenie nowych możliwości i poczucie wzrostu osobistej siły zadeklarowały osoby badane. Im większą predyspozycję do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia, doświadczeń i samego siebie deklarowały osoby badane, tym większe występowały u nich zmiany duchowe – rozumienie problemów duchowych i wzrost religijności.

Uporanie się z traumatycznym wydarzeniem wpływa na umocnienie poczucia własnej wartości oraz wzrost skuteczności. Wyniki badań zdają się potwierdzać wiedzę gorącą, ujętą w powiedzeniu „Co nas nie zabije, to nas wzmocni”. Wyniki wskazują także na zasoby osobiste sprzyjające radzeniu

sobie z trudnościami. Zarówno orientacja pozytywna, jak i wdzięczność przyczyniają się do wzrostu potraumatycznego, co daje nadzieję na skuteczność wsparcia ukierunkowanego na ich wzmacnianie, nawet w tak trudnej sytuacji jak choroba onkologiczna.

BIBLIOGRAFIA

- Adler M., Fagley N., 2005: Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *Journal of personality*, 73, 1, pp. 79–114.
- Almedom A., 2005: *Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: all paths leading to "light at the end of the tunnel"?*. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 3, pp. 253–265.
- Bartlett M., DeSteno D., 2006: *Gratitude and prosocial behavior: Helping when it costs you*. *Psychological Science*, 17, 4, pp. 319–325.
- Basińska B., 2013: *Strategie radzenia sobie z zagrożeniem kobiet z zaawansowaną chorobą nowotworową narządów rodnych*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Gdańsk: Wydział Nauk Społecznych – Instytut Psychologii Uniwersytet Gdański.
- Basińska B., 2001: *Radzenie sobie z konfrontacją stresową a continuum zdrowie – choroba nowotworowa*. *Psychoonkologia*, 8, s. 25–33.
- Bellizzi K., Blank T., 2006: *Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors*. *Health Psychology*, 25, 1, pp. 47–56.
- Bono G., McCullough M., 2006: *Positive Responses to Benefit and Harm: Bringing Forgiveness and Gratitude Into Cognitive Psychotherapy*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 2, pp. 147–157.
- Caprara G., 2009: *Positive orientation: Turning potentials into optimal functioning*. *European Health Psychologist*, 11, 3, pp. 46–48.
- Cieślak M., Jakitowicz K., Kozaka J., Bidzan M., Kiżewska A., 2017: *Twardość psychiczna i wsparcie społeczne a wzrost pourazowy u chorych z nowotworem-doniesienie wstępne*. *Psychoonkologia*, 21, 1, pp. 22–28.
- Chojnawska-Szawłowska G., 2012: *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*. Warszawa: VIZJA PRESS&IT.
- Czapiński J., red., 2004: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
- de Walden-Gałuszko K., 1992: *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- de Walden-Gałuszko K., 2000: *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed.
- Emmons R., 2004: *The psychology of gratitude. An introduction* [w:] R. Emmons, M. McCullough, ed., *The psychology of gratitude*, New York: Oxford University Press, pp.9.
- Emmons R., 2012: *Queen of the virtues? Gratitude as human strength*. *Reflective practice: Formation and supervision in ministry*, 32, pp. 49–62.
- Fagerström L., 2010: *Positive life orientation—an inner health resource among older people*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 2, pp. 349–356.
- Frankl V., 1971: *Homo Patiens. Próba wyjaśnienia sensu cierpienia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Fredrickson B., 2001: *The role of Positive Emotions in Positive Psychology. The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions*. *American Psychologist*, pp. 218–226.
- Gruszecka E., 2011: *Wdzięczność a szczęśliwe życie*. *Psychologia społeczna*, 6, 4, s. 316–329.
- Ho S., Rajandram R., Chan N., Samman N., McGrath C., Zwahlen R., 2011: *The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients*. *Oral Oncology*, 47, 2, pp. 121.
- Jim H., Jacobsen P., 2008: *Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review*. *The Cancer Journal* 14, 6, pp. 414–419.
- Kolokotroni P., Anagnostopoulos F., Tsikkinis A., 2014: *Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: A review*. *Women & Health* 54, 6, pp. 569–592.
- Kossakowska M., Kwiatek., 2014: *Polska adaptacja kwestionariusza do badania wdzięczności*. *Przegląd Psychologiczny*, 57, 4, pp. 503–514.

- Kubacka-Jasiecka D., W. Łosiak., red., 1999: *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kwiatek P., 2012: *Przeszkody i strategie rozwoju wdzięczności w świetle współczesnych badań psychologicznych*. *Seminare. Poszukiwania naukowe*, 32, s. 151-163.
- Łaguna M., Oleś P., Filipiuk D., 2012: *Orientacja pozytywna i jej pomiar: polska adaptacja Skali Orientacji Pozytywnej*. *Studia Psychologiczne*, 49, 4, s. 47-54.
- Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I., 2007: *Skala samooceny SES Morrissa Rosenberga – polska adaptacja metody*. *Psychologia społeczna*, 2, 2, s. 164-176
- McCullough M., Emmons R., Tsang J., 2002: *The grateful disposition: a conceptual and empirical topography*. *Journal of personality and social psychology*, 82, 1, pp. 112-127
- McCullough M., Tsang J., Emmons., 2004: *Gratitude in intermediate affective terrain: Links of grateful moods to individual differences and daily emotional experience*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 2, pp. 295-309.
- Moore A., Gamblin T., Geller D., Youssef M., Hoffman K., Gemmell L., Steel J., 2011: *A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer*. *Psycho-oncology*, 20, 5, pp. 479-487.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2010: *Osobowość: stres a zdrowie*. Warszawa: Diffin.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2012: *Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych - objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost*. *Psychiatria*, 9, 1, s. 1-10.
- Ogińska-Bulik N., 2013: *Pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń o charakterze traumatycznym u dzieci i młodzieży. Kwestionariusz osobowego wzrostu – KOW-27 (wersja D/M i R/O)*. *Polskie Forum Psychologiczne*, 18, 1, s. 93–111.
- Prati G., Pietrantonio L., 2009: *Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis*. *Journal of loss and trauma*, 14, 5, pp. 364-388.
- Rosenberg E., 1998: *Levels of analysis and the organization of affect*. *Review of General Psychology*, 2, 3, pp. 247-270.
- de Walden-Gałuszek K., red., 2000: *Psychoonkologia*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Ruini C., Vescovelli F., 2013: *The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress*. *Journal of Happiness Studies* 14, 1, pp. 263-274.
- Salsman J., Segerstrom S., Brechting E., Carlson C., Andrykowski M., 2009: *Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing*. *Psycho-Oncology* 18, 1, pp. 30-41
- Sears S., Stanton A., Danoff-Burg S., 2003: *The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer*. *Health Psychology*, 22, 5, pp. 487-497.
- Sobol-Kwapińska M., 2014: *Orientacja pozytywna – koncepcje teoretyczne i przegląd badań*. *Studia Psychologiczne*, 52, 1, s. 77-90.
- Tedeschi R., Calhoun L., 2004: *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*. *Psychological inquiry* 15, 1, pp. 1-18.
- Trzebińska E., 2008: *Psychologia pozytywna*, Oficyna Wydawnicza Łośgraf, Warszawa.
- Tsang, J., 2006: *Gratitude and prosocial behavior: An experimental test of gratitude*. *Cognition and Emotion*, 20, 1, pp. 138-148.
- Tucholska S., 2017: *Wdzięczność: jej natura i rodzaje*. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, 22, 2, s. 75-99
- Wolanin A., 2013: *Wspieranie pacjentów onkologicznych w starszym wieku w zakresie jakości i bilansu życia poprzez rozwijanie wdzięczności*. *Psychologia Jakości Życia*, 12, 2, s. 183-196.
- Wood M., 2014: *Gratitude* [w:] A. Michalos ed., *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Springer, Dordrecht pp. 2609.
- Zawadzki B., Popiel A., 2014: *Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11*, Nauka, 4, s. 69-86.
- Żukowska Ż., 2011: *Strategie radzenia sobie a znajdowanie korzyści w chorobie nowotworowej*, *Psychologia Jakości Życia* 10, 1, s. 39-56.