

Katarzyna Gibek¹, Ewa Wilczek-Rużyczka¹

TRAUMA ZWIĄZANA Z DIAGNOZĄ I LECZENIEM ONKOLOGICZNYM A ROZWÓJ PTSD

TRAUMA ASSOCIATED WITH CANCER DIAGNOSIS AND TREATMENT AND THE DEVELOPMENT OF PTSD

¹Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Nauk Społecznych i Filologii

PTSD

Post-Traumatic Stress Disorder
cancer diagnosis

Streszczenie

W artykule poddano analizie relację między traumą onkologiczną a PTSD, podkreślając jej chroniczny i wielowymiarowy charakter. W odróżnieniu od traumy ostrej, trauma onkologiczna ma charakter długofalowy – obejmuje okres diagnozy, leczenia oraz czas po jego zakończeniu, nasila ją poczucie zagrożenia życia i obciążenia terapią.

Częstość występowania PTSD wśród pacjentów onkologicznych szacuje się na 10–50%, zmienność ta może być przypisana różnorodności stosowanych metod oraz zróżnicowaniu próby badawczej. Objawy mogą obejmować lęk antycypacyjny, nadmierną czujność na sygnały z ciała oraz stały lęk przed nawrotem choroby. Czynniki ryzyka to między innymi typ i stadium nowotworu, sposób leczenia, wcześniejsze traumy, strategie radzenia sobie, wsparcie społeczne, wiek, płeć i status socjoekonomiczny.

Diagnostyka PTSD w kontekście onkologicznym opiera się na wieloetapowym podejściu wykorzystującym standaryzowane wywiady kliniczne i narzędzia samoopisowe (PCL-5, IES-R, Termometr Dystresu). Kluczowa jest interdyscyplinarna współpraca specjalistów i dostosowanie kulturowe narzędzi diagnostycznych.

Skuteczne strategie terapeutyczne obejmują terapię poznawczo-behawioralną, EMDR, farmakoterapię i interwencje oparte na uważności.

Autorzy artykułu postulują konieczność prowadzenia systematycznych badań przesiewowych z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi oceny, a także wzywają do wczesnej interwencji psychologicznej oraz personalizacji opieki psychicznej w zależności od potrzeb pacjenta.

Dogłębne zrozumienie związku między traumą onkologiczną a objawami PTSD jest kluczowe dla skutecznej integracji wsparcia psychologicznego z leczeniem onkologicznym i może istotnie przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych.

Summary

This investigation examines the association between oncological trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD), emphasizing its chronic and multidimensional nature. Unlike acute trauma, oncological trauma follows a protracted trajectory encompassing the diagnostic phase, treatment period,

and post-therapeutic stage. This phenomenon is intensified by the subjective perception of a life threat and the cumulative burden imposed by therapeutic interventions.

Epidemiological investigations indicate that PTSD prevalence in oncological populations ranges from 10% to 50%, with variation attributable to methodological heterogeneity and sample characteristics. Clinical manifestations include a spectrum of psychopathological symptoms, notably anticipatory anxiety, hypervigilance to somatic cues, and persistent fear of disease recurrence. Identified risk factors for PTSD development in oncological contexts include: neoplasm type and stage, therapeutic modality, previous traumatic experiences, coping mechanisms, social support availability, and sociodemographic variables including age, gender, and socioeconomic status.

The diagnostic protocol for oncology-related PTSD employs a multi-phase approach utilizing standardized clinical interviews and validated self-report instruments, including the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), Impact of Event Scale-Revised (IES-R), and Distress Thermometer. Interdisciplinary collaboration among specialists and cultural adaptation of assessment tools are essential components of accurate diagnosis.

Empirical evidence supports the therapeutic efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), pharmacological interventions, and mindfulness-based approaches. The authors advocate the implementation of systematic screening protocols utilizing standardized assessment instruments, early psychological intervention, and personalization of mental health care.

Comprehensive understanding of the interaction between oncological trauma and PTSD symptomatology constitutes the foundation for effective integration of psychological support within comprehensive oncological treatment, potentially contributing significantly to the optimization of quality of life and psychosocial functioning in oncological patients.

Wprowadzenie

Zespół stresu pourazowego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD) to złożone zaburzenie psychiczne, które może rozwinąć się w odpowiedzi na wydarzenia o charakterze traumatycznym. PTSD charakteryzuje się występowaniem specyficznych objawów, takich jak:

1. intruzje (nawracające, natrętne wspomnienia, koszmary senne, flashbacki oraz intensywny dystres psychiczny wynikający z kontaktu z bodźcami przypominającymi o traumie);
2. unikanie (świadome omijanie myśli, uczuć, miejsc, sytuacji lub osób związanych z traumatycznym doświadczeniem);
3. negatywne zmiany w myśleniu i nastroju (uporczywe poczucie przygnębienia, trudności w odczuwaniu pozytywnych emocji, uczucie odłączenia od innych oraz negatywne przekonania o sobie, innych lub świecie);
4. zaburzenia w obszarze pobudzenia i reaktywności (drażliwość, wybuchy gniewu, nadmierna czujność, reakcje przesadnego przestachu oraz trudności ze snem).

Aby zdiagnozować PTSD, objawy te muszą utrzymywać się przez co najmniej miesiąc i znacząco wpływać na funkcjonowanie pacjenta w życiu społecznym, zawodowym lub w innych kluczowych obszarach [1].

W kontekście onkologicznym zarówno diagnoza nowotworu, jak i związane z nią leczenie mogą stanowić poważne źródło traumy psychicznej, co może prowadzić do rozwoju PTSD [2]. Obserwowany wzrost liczby zachorowań na nowotwory w populacji ogólnej [3] przekłada się na większą liczbę osób potencjalnie narażonych na rozwój tego zaburzenia. Jednocześnie postęp w leczeniu onkologicznym, który przyczynia się do wydłużenia prze-

życia pacjentów, stawia nowe wyzwania w zakresie długoterminowej opieki psychicznej i somatycznej. Dlatego konieczne jest lepsze zrozumienie mechanizmów prowadzących do rozwoju PTSD w tej specyficznej grupie pacjentów oraz opracowanie skutecznych strategii zapobiegania i leczenia tego zaburzenia.

Celem niniejszego artykułu jest szczegółowa analiza związku między traumą wynikającą z diagnozy i leczenia onkologicznego a rozwojem PTSD u dorosłych pacjentów. W artykule podjęto próbę identyfikacji specyficznych aspektów procesu diagnozy i leczenia nowotworowego, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia PTSD. Omówiono także główne czynniki ryzyka, zdolność pacjentów do radzenia sobie z chorobą oraz skuteczność różnych strategii prewencyjnych i terapeutycznych stosowanych w celu zapobiegania i leczenia PTSD u pacjentów z nowotworem. Szczególną uwagę poświęcono rekomendacjom dotyczącym diagnostyki i leczenia.

Badania nad PTSD w kontekście onkologii mają istotne znaczenie zarówno w wymiarze praktycznym, jak i teoretycznym. Zrozumienie złożoności relacji między doświadczeniami traumatycznymi związanymi z onkologią a PTSD jest kluczowe dla opracowania kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi. Takie podejście powinno łączyć leczenie somatyczne z odpowiednim wsparciem psychologicznym. Artykuł ten ma na celu przedstawienie aktualnego stanu wiedzy w tym zakresie oraz wskazanie kluczowych kierunków dalszych badań i praktycznych implikacji w obszarze opieki zdrowotnej.

Trauma w kontekście choroby nowotworowej

Trauma onkologiczna jest specyficzną formą przeżycia traumatycznego, różniącą się od klasycznego rozumienia traumy związanej z pojedynczym, nagłym i zagrażającym życiu wydarzeniem [4]. Według współczesnych definicji trauma to doświadczenie, które przekracza zdolności adaptacyjne jednostki, prowadząc do głębokich zakłóceń w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym [5]. Trauma związana z chorobą nowotworową ma wyjątkowy charakter, wynikający z kilku kluczowych aspektów. Przede wszystkim jest to trauma przewlekła, ponieważ nie ogranicza się jedynie do chwili postawienia diagnozy, ale trwa przez cały okres leczenia, nierzadko wykraczając poza jego zakończenie [6]. Charakteryzuje się również poczuciem niepewności co do przyszłości i utratą kontroli nad codziennym życiem, co znacząco wpływa na poczucie bezpieczeństwa pacjenta. W przypadku onkologii trauma ma podłoże zarówno psychologiczne, jak i fizyczne, co nadaje jej wyjątkowo złożony charakter [7, 8].

Diagnoza nowotworu często stanowi moment przełomowy w życiu pacjenta, prowadząc do głębokich zmian zarówno w postrzeganiu siebie, jak i otaczającego świata. W aspekcie psychologicznym wiąże się z konfrontacją z własną śmiertelnością, zaburzeniem poczucia bezpieczeństwa oraz naruszeniem dotychczasowego obrazu życia. Badania podkreślają, że sposób, w jaki przekazywana jest diagnoza, odgrywa kluczową rolę w doświadczeniu pacjenta – brak empatii i wrażliwości w komunikacji może uwydatnić traumatyczny charakter tego momentu [9, 10].

Reakcje psychologiczne na diagnozę i leczenie onkologiczne są zróżnicowane i zmieniają się w czasie. W pierwszej fazie pacjenci często doświadczają intensywnych emocji, takich jak szok, zaprzeczenie, niedowierzanie, złość czy lęk. W miarę upływu czasu te

emocje mogą ewoluować w kierunku chronicznego napięcia, objawów depresji lub tzw. zamrożenia emocjonalnego (ang. *emotional numbing*), które jest charakterystyczne dla reakcji na traumatyczne doświadczenia [11, 12]. Około 30–40% pacjentów w pierwszych tygodniach po diagnozie zgłasza klinicznie istotne objawy lęku lub depresji, które mogą wpływać na ich zdolność adaptacji do sytuacji choroby [13, 14].

Leczenie onkologiczne jest kolejnym źródłem doświadczeń o potencjale traumatycznym. Procedury takie jak operacje, chemioterapia czy radioterapia wiążą się z intensywnym stresem, bólem i skutkami ubocznymi, które znacząco wpływają na jakość życia pacjenta. Zmiany fizyczne, takie jak utrata włosów czy inne aspekty związane z wyglądem, mogą prowadzić do obniżenia samooceny i zaburzeń obrazu ciała [15]. Z kolei przedłużający się pobyt w szpitalu oraz konieczność podejmowania trudnych decyzji terapeutycznych wzmacniają poczucie utraty kontroli nad własnym życiem. Traumatyczne doświadczenia związane z leczeniem mogą być pogłębiane przez wtórną traumatyzację, wynikającą z takich czynników, jak konieczność radzenia sobie z nawrotami choroby, chronicznym zmęczeniem czy skutkami ubocznymi terapii. U wielu pacjentów rozwija się tzw. zespół Damoklesa, czyli przewlekły lęk przed nawrotem choroby, który może towarzyszyć im przez lata, nawet po zakończeniu leczenia [16].

Badania naukowe potwierdzają, że odpowiedź na traumę medyczną w kontekście choroby nowotworowej może przyjmować różne formy. U części pacjentów rozwijają się ostre zaburzenia stresowe (ASD), w niektórych przypadkach przekształcające się w pełnoobjawowy zespół stresu pourazowego (PTSD) [17].

PTSD w populacji pacjentów onkologicznych

Występowanie zespołu stresu pourazowego (PTSD) w populacji pacjentów onkologicznych stanowi istotny temat współczesnych badań naukowych. Według najnowszych szacunków częstość występowania PTSD w tej grupie waha się od 10% do 50% [2, 18–20]. Wyniki badań wskazują, że choroba nowotworowa może być przez niektórych pacjentów odbierana jako doświadczenie traumatyczne, jednak nie dotyczy to wszystkich osób zmagających się z rakiem. Częstość występowania PTSD różni się w zależności od rodzaju nowotworu oraz zastosowanych narzędzi diagnostycznych. Ponadto dane empiryczne sugerują, że objawy PTSD o klinicznym znaczeniu mogą pojawiać się na różnych etapach przebiegu choroby nowotworowej [2].

Specyficzne cechy PTSD w kontekście choroby nowotworowej

Zespół stresu pourazowego związany z chorobą nowotworową charakteryzuje się kilkoma unikalnymi cechami, odróżniającymi go od klasycznego PTSD. Trauma w tym przypadku jest trwającym procesem, a nie zamkniętym wydarzeniem z przeszłości. Zagrożenie nie jest jednorazowe, lecz stałe – pacjenci muszą mierzyć się z możliwością nawrotu choroby oraz kolejnymi etapami leczenia. Co więcej, źródło traumy w chorobie nowotworowej jest wewnętrzne, tkwi w organizmie, w przeciwieństwie do zewnętrznych źródeł traumy, takich jak wypadki czy katastrofy [21].

Objawy PTSD w tej grupie pacjentów charakteryzują się specyficznym profilem klinicznym. Lęk koncentruje się głównie na przyszłości – na strachu przed nawrotem choroby – a wspomnienia traumatyczne dotyczą momentu diagnozy lub szczególnie trudnych etapów leczenia. Pacjenci mogą doświadczać nadmiernej czujności wobec objawów somatycznych, co dodatkowo potęguje ich stres. Szczególnie istotna z perspektywy klinicznej jest natura bodźców wyzwalających reakcje lękowe – są to zazwyczaj elementy stanowiące integralną część procesu leczniczego i monitorowania stanu klinicznego pacjenta, takie jak zapachy charakterystyczne dla środowiska szpitalnego czy widok sprzętu medycznego. Ich unikanie może objawiać się rezygnacją z wizyt kontrolnych czy badań diagnostycznych. Charakterystyczne są także tzw. okresy wyzwalające, takie jak rocznice diagnozy czy oczekiwanie na wyniki badań, kiedy objawy PTSD mogą się nasilać [22].

Ważnym aspektem jest współwystępowanie PTSD z objawami fizycznymi choroby oraz skutkami ubocznymi leczenia. Objawy somatyczne, takie jak chroniczne zmęczenie czy ból, mogą nakładać się na psychologiczne reakcje związane z PTSD, co utrudnia odróżnienie normalnych reakcji emocjonalnych od patologicznych [23, 24].

Obciążenie emocjonalne związane z chorobą pogłębia jej fizyczne skutki. Leczenie nowotworowe często prowadzi do zmian w wyglądzie, takich jak utrata włosów, blizny pooperacyjne czy inne zmiany somatyczne, które mogą powodować zaburzenia obrazu własnego ciała oraz poczucie utraty kontroli nad własnym życiem [25, 26]. Proces leczenia nierzadko wiąże się z procedurami inwazyjnymi, takimi jak chemioterapia, radioterapia czy operacje chirurgiczne, które same w sobie mogą być źródłem poważnego stresu. Pacjenci zgłaszają uczucie bezradności, strachu i cierpienia emocjonalnego podczas tych procedur, co dodatkowo komplikuje ich stan psychiczny [27].

Uzupełnienie danych ilościowych wynikami badań jakościowych pozwala lepiej zrozumieć subiektywne przeżycia pacjentów onkologicznych z objawami PTSD. W badaniu Hampton i Frombach [33] kobiety po leczeniu onkologicznym opisywały doświadczenie choroby jako „ciągłą obecność śmierci” i „utracone poczucia ja”. Jedna z uczestniczek stwierdziła: „Nie bałam się umierania – bałam się tego, kim się stałam przez tę chorobę”. Miller [10], analizując autobiograficzne komiksy pacjentek, opisała „traumę diagnozy” jako moment „rozszerzenia znaczeń”, w którym pacjentka przestaje być osobą, a staje się przypadkiem. Takie opisy wskazują na potrzebę integracji narracyjnych form terapii z klasycznymi podejściami poznawczo-behawioralnymi, a także uwzględniania kwestii tożsamościowych, obrazu ciała i emocjonalnej alienacji w procesie leczenia psychoterapeutycznego.

Czynniki ryzyka rozwoju PTSD u pacjentów onkologicznych

Czynniki ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego (PTSD) u pacjentów onkologicznych są złożone i wieloaspektowe. Mogą one w znaczący sposób wpływać na zdrowie psychiczne i emocjonalne osób, u których zdiagnozowano raka.

Czynniki związane z chorobą i leczeniem

Pierwszym istotnym czynnikiem jest typ nowotworu. Niektóre nowotwory, takie jak rak trzustki czy płuc, charakteryzujące się wysoką śmiertelnością i agresywną progresją, częściej wywołują silniejsze reakcje emocjonalne oraz poczucie zagrożenia. Pacjenci z mniej agresywnymi formami raka, takimi jak rak prostaty, zgłaszają stosunkowo niższe poziomy lęku i stresu [28, 29].

Drugim kluczowym aspektem jest zaawansowanie choroby w momencie diagnozy. Pacjenci w zaawansowanym stadium, szczególnie w stadium IV, często doświadczają silniejszego poczucia bezbronności oraz większego dystresu emocjonalnego. Badania wskazują, że osoby zdiagnozowane w późnych stadiach choroby częściej zgłaszają bardziej intensywne objawy lęku i depresji [30, 31].

Rodzaj leczenia stanowi kolejny istotny czynnik. Chemioterapia, radioterapia oraz zabiegi chirurgiczne mogą powodować różne obciążenia psychiczne, szczególnie w przypadku procedur inwazyjnych lub tych, które wywołują istotne efekty uboczne. Chemioterapia uzupełniająca powoduje więcej obciążeń psychicznych, niż sama radioterapia w okresie 13 miesięcy po mastektomii [32]. U pacjentów, którzy przeszli wyłącznie zabieg operacyjny, odnotowano niższy poziom depresji, lęku i objawów stresu pourazowego w porównaniu z tymi, którzy przeszli zabieg operacyjny i chemioterapię lub zabieg operacyjny w połączeniu z radioterapią [27]. Intensywność oraz częstotliwość leczenia odgrywają istotną rolę w doświadczeniu pacjentów – agresywne schematy terapeutyczne, wymagające długotrwałej hospitalizacji lub częstych i obciążających procedur medycznych, znacząco zwiększają zarówno obciążenie fizyczne, jak i emocjonalne [33].

Czynniki psychologiczne

Występowanie wcześniejszych zaburzeń psychicznych, takich jak stany lękowe czy epizody depresyjne, jest istotnym czynnikiem prognostycznym zwiększającym ryzyko rozwoju zespołu stresu pourazowego (PTSD) w populacji pacjentów onkologicznych. Predyspozycje psychiczne obecne przed diagnozą nowotworową mogą znacząco nasilić podatność na negatywne reakcje emocjonalne, w szczególności w odpowiedzi na stresory związane z procesem diagnostycznym i terapeutycznym [34, 35].

Cechy osobowości również odgrywają istotną rolę w podatności na rozwój PTSD. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności wykazują większą skłonność do doświadczania negatywnych emocji, takich jak lęk czy złość, co czyni je bardziej podatnymi na stres i trudności adaptacyjne [36, 37]. Z kolei cechy, takie jak odporność psychiczna, optymizm czy zdolność do konstruktywnego radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, mogą działać ochronnie, redukując ryzyko PTSD [38, 39].

Strategie radzenia sobie ze stresem

Rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem ma istotny wpływ na wyniki psychologiczne pacjentów. Adaptacyjne strategie, takie jak aktywne rozwiązywanie pro-

blemów, poszukiwanie wsparcia społecznego czy konstruktywne przetwarzanie emocji, są związane z lepszym funkcjonowaniem psychicznym oraz niższym ryzykiem wystąpienia PTSD. Natomiast nieadaptacyjne strategie, takie jak unikanie, zaprzeczanie czy wypieranie, mogą nasilać dystres oraz zwiększać podatność na rozwój zaburzeń psychicznych [40, 41]. Wyniki badań wskazują, że pacjenci stosujący aktywne strategie radzenia sobie oparte na przetwarzaniu emocjonalnym oraz poszukujący wsparcia społecznego wykazują niższe ryzyko rozwoju zespołu stresu pourazowego w porównaniu z osobami wykorzystującymi strategie unikowe. Wsparcie społeczne odgrywa kluczową rolę w procesie adaptacji do choroby nowotworowej, przyczyniając się do redukcji poczucia izolacji oraz obniżenia poziomu stresu emocjonalnego związanego z diagnozą i leczeniem onkologicznym [42].

Czynniki społeczno-demograficzne

Wiek jest jednym z głównych czynników społeczno-demograficznych wpływających na ryzyko wystąpienia PTSD. Badania dowodzą, że młodsi pacjenci onkologiczni są bardziej narażeni na rozwój PTSD w porównaniu z osobami starszymi [18, 43, 44]. Młodsi pacjenci często muszą stawić czoła zaburzeniu planów życiowych, takich jak wykształcenie, kariera czy założenie rodziny. Dodatkowo mierzą się z większą niestabilnością finansową, wynikającą z przerw w pracy zawodowej oraz obowiązkami rodzinnymi, które mogą nasilać uczucie bezradności i niepokoju. W przeciwieństwie do nich, starsi pacjenci zazwyczaj mają większe doświadczenie życiowe oraz wypracowane strategie radzenia sobie ze stresem, co może działać ochronnie wobec rozwoju PTSD. Starsza grupa wiekowa jest jednak narażona na inne wyzwania, takie jak współwystępowanie chorób przewlekłych, które mogą wpływać na obciążenie psychiczne, choć niekoniecznie w sposób prowadzący do PTSD.

Badania wskazują, że istnieją znaczące różnice związane z płcią w ryzyku wystąpienia PTSD u pacjentów onkologicznych. Kobiety są bardziej podatne na rozwój PTSD po diagnozie nowotworowej niż mężczyźni [33, 45]. Może to wynikać z różnorodnych czynników, takich jak biologiczne różnice w regulacji emocji, większa skłonność do refleksyjnego przetwarzania emocji oraz różnice w sieciach wsparcia społecznego i kulturowych oczekiwaniach związanych z rolami płciowymi. Dodatkowo kobiety mogą silniej odczuwać wpływ leczenia na obraz ciała i poczucie kobiecości, szczególnie w przypadku terapii zmieniających wygląd zewnętrzny, takich jak mastektomia, utrata włosów czy blizny pooperacyjne. Zmiany te mogą prowadzić do zaburzeń obrazu ciała oraz poczucia utraty tożsamości płciowej, co zwiększa ryzyko wystąpienia PTSD w tej grupie. Mężczyźni natomiast częściej unikają wyrażania emocji i szukania wsparcia społecznego, co może prowadzić do bardziej utajonych, ale równie destrukcyjnych reakcji psychologicznych, takich jak izolacja emocjonalna czy zaburzenia somatyczne.

Status społeczno-ekonomiczny (SES)

Osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym często doświadczają dodatkowych stresorów, takich jak niestabilność finansowa, trudności w dostępie do opieki zdrowotnej oraz ograniczone wsparcie społeczne. Bariery finansowe utrudniają im korzystanie z usług

medycznych i psychologicznych, co może prowadzić do pogłębienia cierpienia psychicznego [46]. Co więcej, ograniczone zasoby mogą uniemożliwiać pacjentom radzenie sobie z emocjonalnymi i fizycznymi obciążeniami wynikającymi z choroby i leczenia. Trudności te obejmują zarówno codzienne wyzwania, takie jak zapewnienie opieki nad rodziną, jak i bardziej złożone problemy, takie jak konieczność podejmowania trudnych decyzji terapeutycznych w obliczu ograniczonego dostępu do nowoczesnych terapii. Pacjenci o niższym statusie społeczno-ekonomicznym często napotykają także trudności w uzyskaniu pomocy psychologicznej, co ogranicza ich zdolność do radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami związanymi z nowotworem [2].

Poniżej zamieszczono autorski model przedstawiający czynniki ryzyka rozwoju PTSD. Koncepcja powstała na bazie literatury.

Metody diagnostyczne i narzędzia screeningowe

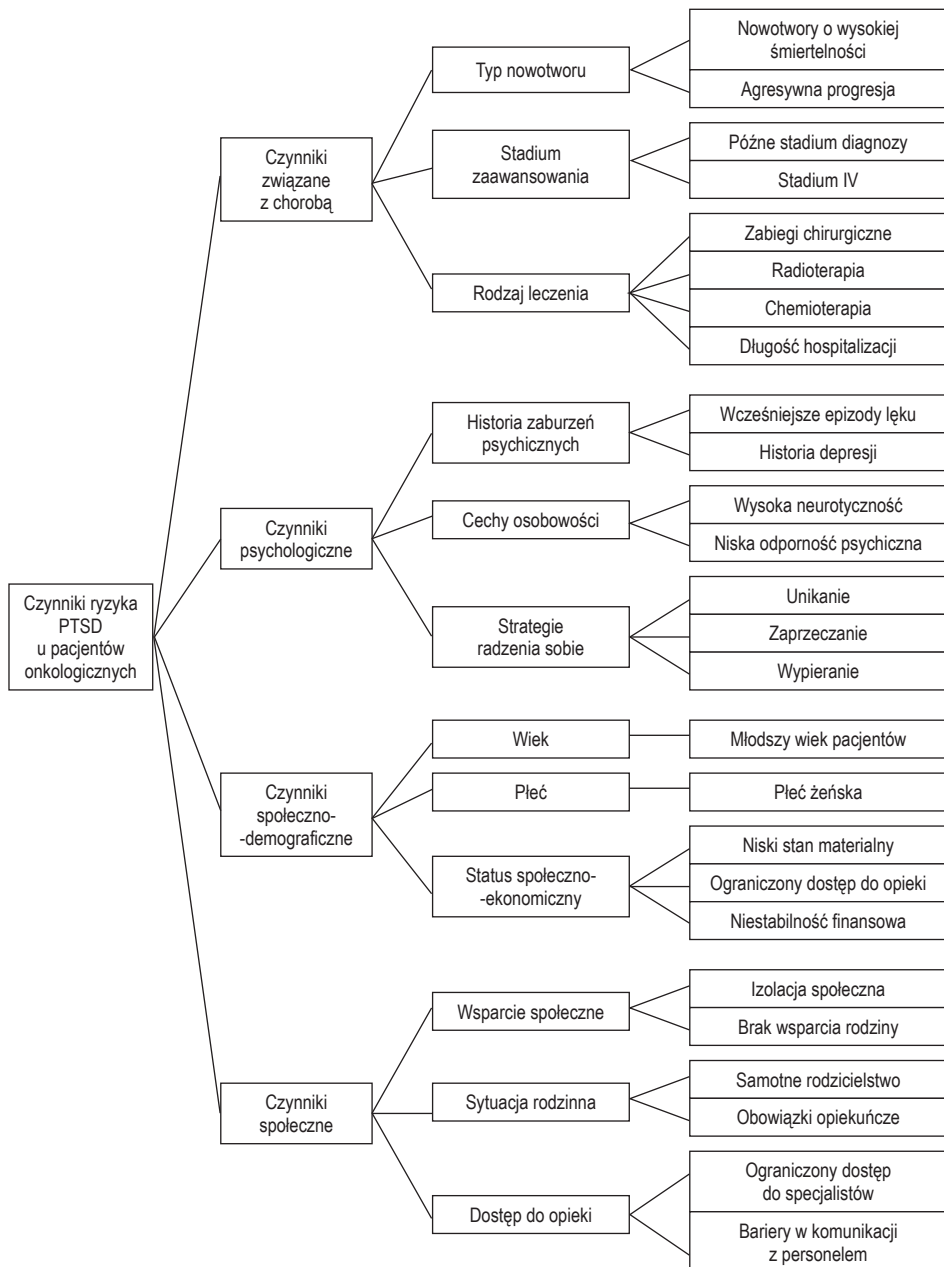
Diagnostyka PTSD w grupie pacjentów onkologicznych jest procesem złożonym i opiera się na trzech głównych filarach. Pierwszym z nich są ustrukturyzowane wywiady kliniczne, które stanowią podstawę oceny psychologicznej. Wywiady te, prowadzone przez wykwalifikowanych profesjonalistów, umożliwiają zebranie szczegółowych danych dotyczących doświadczeń traumatycznych pacjenta, ich wpływu na funkcjonowanie psychiczne oraz kontekstu emocjonalnego towarzyszącego diagnozie i leczeniu. Dzięki temu możliwe jest dokładne zidentyfikowanie objawów PTSD i zaplanowanie adekwatnej interwencji terapeutycznej [47].

Drugim elementem diagnostycznym są kwestionariusze samooceny, które pacjenci wypełniają samodzielnie. Narzędzia te pozwalają na ocenę subiektywnie odczuwanych objawów, co dostarcza dodatkowych informacji na temat samopoczucia pacjentów i wpływu traumy na ich codzienne życie. Są one szczególnie przydatne w monitorowaniu zmian w stanie psychicznym osób będących w trakcie i po zakończeniu leczenia. Kwestionariusze te wspierają również proces oceny skuteczności wdrożonych interwencji terapeutycznych [48, 49].

Kolejnym filarem diagnostycznym są skale oceny klinicznej, stosowane przez specjalistów. Pozwalają one na obiektywną ocenę nasilenia objawów PTSD oraz ich klasyfikację w oparciu o ustandaryzowane kryteria. Skale te są szczególnie pomocne w kontekście planowania terapii, oceny postępów leczenia oraz weryfikacji skuteczności różnych podejść terapeutycznych. Ich ilościowy charakter sprawia, że są one nieodzownym narzędziem w badaniach naukowych oraz w praktyce klinicznej [50].

Kompleksowe wykorzystanie powyższych metod diagnostycznych umożliwia stworzenie pełnego obrazu klinicznego pacjenta, co jest niezbędne dla skutecznego zarządzania procesem terapeutycznym. W kontekście pacjentów onkologicznych diagnoza PTSD i monitorowanie objawów stanowią fundament opieki psychoonkologicznej, wpływając bezpośrednio na jakość życia chorych oraz na ich zdolność do adaptacji wobec wyzwań związanych z chorobą.

Poniżej przedstawiono narzędzia najczęściej stosowane w onkologii.



Rys. 1. Model koncepcyjny: Czynniki ryzyka rozwoju PTSD

Przegląd głównych narzędzi diagnostycznych

PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5). PCL-5 to 20-itemowy kwestionariusz samoopisowy zaprojektowany w celu oceny objawów PTSD zgodnie z kryteriami DSM-5. Narzędzie to pozwala respondentom ocenić nasilenie każdego z objawów PTSD w ciągu ostatniego miesiąca na skali od 0 (wcale) do 4 (bardzo silnie). PCL-5 jest szeroko stosowany w ocenie zmian objawów podczas leczenia, w przesiewowym wykrywaniu PTSD oraz jako narzędzie wspierające proces diagnostyczny. Wynik całkowity mieści się w zakresie od 0 do 80, a wynik powyżej 31–33 sugeruje obecność PTSD, choć dokładne punkty odcięcia mogą różnić się w zależności od populacji i celu badania. Narzędzie to jest szeroko stosowane w onkologii [51, 52].

IES-R to 22-itemowy kwestionariusz samoopisowy służący do oceny subiektywnego dystresu związanego z traumatycznym zdarzeniem. Składa się z trzech podskal: intruzji (natrętne myśli i wspomnienia), unikania (aktywny unik myśli i sytuacji związanych z traumą) oraz pobudzenia (nadmierna czujność, drażliwość). Narzędzie to pozwala na ocenę objawów PTSD w ciągu ostatniego tygodnia na skali od 0 (wcale) do 4 (bardzo często). IES-R jest szeroko stosowany w badaniach nad PTSD, w tym u pacjentów z chorobą nowotworową. Dostarcza cennych informacji na temat reakcji psychicznych związanych z diagnozą i leczeniem [53].

Distress Thermometer (DT) to narzędzie przesiewowe opracowane przez National Comprehensive Cancer Network (NCCN), które służy do szybkiej oceny poziomu dystresu u pacjentów onkologicznych. Jest proste w użyciu, składa się z wizualnej analogowej skali w formie termometru, na której pacjenci subiektywnie oceniają poziom dystresu w skali od 0 (brak dystresu) do 10 (ekstremalny dystres). W uzupełnieniu do skali, DT zawiera listę potencjalnych problemów przyczyniających się do dystresu, takich jak trudności praktyczne, rodzinne, emocjonalne, duchowe i fizyczne. To kompleksowe podejście pozwala na identyfikację szerokiego zakresu czynników, które mogą wpływać na samopoczucie pacjenta. Chociaż narzędzie to nie jest specyficznie zaprojektowane do diagnozowania PTSD, służy jako wskaźnik konieczności dalszej, bardziej szczegółowej oceny psychologicznej, w tym ukierunkowanej diagnostyki PTSD [54]. W kontekście pacjentów onkologicznych narzędzie DT może być używane jako pierwszy etap screeningu, wskazując na potrzebę dalszej diagnostyki za pomocą bardziej wyspecjalizowanych narzędzi, takich jak PCL-5 czy IES-R, które oceniają nasilenie objawów PTSD.

Najczęściej stosowane strategie terapeutyczne leczenia zespołu stresu pourazowego (PTSD) u pacjentów onkologicznych

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) jest jedną z najczęściej badanych i skutecznych metod leczenia PTSD. Koncentruje się na modyfikowaniu negatywnych myśli i zachowań związanych z traumą. Często obejmuje techniki ekspozycji, restrukturyzację poznawczą i strategie radzenia sobie dostosowane do unikalnych doświadczeń pacjentów onkologicznych. Badania wykazały, że wczesna interwencja CBT z elementami ekspozycji zmniejsza objawy PTSD u pacjentów z nowotworami głowy i szyi nawet po 12 miesiącach terapii [55, 56].

EMDR to kolejna terapia oparta na dowodach, która okazała się obiecująca w leczeniu PTSD. Opiera się na założeniu, że traumatyczne wspomnienia mogą zostać „zamrożone” w układzie nerwowym wraz z pierwotną percepcją, emocjami i przekonaniami. Podczas sesji terapeuta prowadzi pacjenta przez serię bilateralnych (dwustronnych) stymulacji, najczęściej poprzez ruchy gałek ocznych, choć może to być również stymulacja dźwiękowa lub dotykowa. EMDR jest używana również w leczeniu PTSD u pacjentów onkologicznych, a jej skuteczność została potwierdzona licznymi badaniami naukowymi [57–60].

Farmakoterapia PTSD u pacjentów onkologicznych obejmuje szeroko stosowane inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SSRI i SNRI), które efektywnie łagodzą przewlekłe objawy lękowe. Warto jednak zauważyć, że farmakoterapia w tej grupie wymaga szczególnej ostrożności z powodu potencjalnych interakcji lekowych [61].

Interwencje oparte na uważności (ang. *mindfulness*) oraz techniki zarządzania stresem również wykazały pozytywne efekty w redukcji objawów nadpobudliwości i unikania. Bränström i współpracownicy [62] wskazali, że zastosowanie *mindfulness* może poprawić ogólny dobrostan psychiczny pacjentów onkologicznych, zmniejszając objawy stresu pourazowego.

Podsumowanie porównania

Metoda	Skuteczność	Zalecenia kliniczne
CBT (z ekspozycją)	Wysoka	U pacjentów z intruzjami, lękiem i unikaniem
EMDR	Wysoka	U pacjentów z trudnościami w ekspresji emocji; PTSD z elementami dysocjacyjnymi
Mindfulness (MBSR)	Umiarkowana	U pacjentów w trakcie leczenia; poprawa funkcjonowania codziennego

Źródła: Kangas et al. [55]; Portigliatti Pomeri et al. [60]; Bränström et al. [62]

Różnicowanie PTSD: Uwzględnienie specyfiki onkologii

Jednym z wyzwań w diagnostyce PTSD w populacji onkologicznej jest odróżnienie objawów PTSD od innych zaburzeń adaptacyjnych, reakcji lękowych czy depresyjnych, które często współwystępują w tej grupie pacjentów. W kontekście onkologii kluczowe znaczenie ma uwzględnienie naturalnych reakcji adaptacyjnych związanych z procesem leczenia oraz indywidualnych czynników ryzyka, takich jak wcześniejsze doświadczenia traumatyczne, historia zaburzeń psychicznych, młodszy wiek, płeć żeńska czy niski poziom wsparcia społecznego. Kwestie takie jak obawa przed nawrotem choroby czy utrzymujące się objawy lękowe często są zjawiskami adaptacyjnymi, a nie objawami PTSD. Szczególną uwagę warto zwrócić na zastosowanie kryteriów diagnostycznych DSM-5, które wymagają, aby objawy intruzyjne i unikanie były związane z przeszłymi traumatycznymi wydarzeniami, a nie z obawami o przyszłość [55].

Rekomendacje dotyczące diagnostyki

Wytyczne międzynarodowych towarzystw onkologicznych i psychoonkologicznych podkreślają kluczową rolę systematycznego i wieloetapowego procesu diagnostycznego PTSD w populacji pacjentów onkologicznych. Proces ten powinno się rozpoczynać już w pierwszych miesiącach od diagnozy nowotworowej, a następnie powtarzać w neuraltgicznych momentach, takich jak zakończenie leczenia lub wystąpienie wznowy choroby.

Proces diagnostyczny PTSD w onkologii powinien być realizowany w dwóch etapach:

1. **Etap przesiewowy** – obejmuje zastosowanie prostych narzędzi, takich jak DT, które pozwalają na identyfikację pacjentów z podwyższonym poziomem dystresu, wymagających pogłębionej oceny.
2. **Etap pogłębionej diagnostyki klinicznej** – w przypadku wyników pozytywnych w screeningu przeprowadza się szczegółowe wywiady kliniczne PCL-5 i IES-R.

Szczególną uwagę należy poświęcić adaptacji narzędzi diagnostycznych do specyficznych potrzeb pacjentów onkologicznych. Warto dostosować kwestionariusze i skale oceny do języka, kultury oraz kontekstu pacjentów, aby zapewnić ich większą trafność i użyteczność w populacji onkologicznej. Różnice kulturowe w ocenie PTSD są istotnym czynnikiem, który powinien być uwzględniany, ponieważ postrzeganie traumy, dystresu i radzenia sobie ze stresem różni się między grupami kulturowymi.

Diagnostyka PTSD u pacjentów onkologicznych powinna mieć charakter interdyscyplinarny, angażując specjalistów różnych dziedzin. Oprócz psychoonkologa lub psychiatry, w procesie diagnostycznym powinni uczestniczyć również lekarz prowadzący leczenie onkologiczne oraz inni specjaliści, w zależności od potrzeb pacjenta. Taka współpraca umożliwia całościową ocenę stanu pacjenta i uwzględnienie wszystkich czynników wpływających na jego stan psychiczny.

Integracja narzędzi cyfrowych

Współczesne wytyczne coraz częściej wskazują na znaczenie integracji narzędzi cyfrowych w diagnostyce PTSD. Aplikacje mobilne, platformy internetowe oraz systemy telemedycyny mogą wspierać proces diagnostyczny, umożliwiając szybki i łatwy dostęp do narzędzi samooceny oraz monitorowania objawów. Rozwiązania te mogą być szczególnie przydatne w długoterminowym monitorowaniu stanu pacjenta oraz w sytuacjach, gdy dostęp do specjalistycznej opieki psychologicznej jest ograniczony.

Monitorowanie objawów w czasie

Rekomendacje wskazują na konieczność systematycznego monitorowania nasilenia objawów PTSD w czasie, co pozwala na ocenę skuteczności wdrażanych interwencji terapeutycznych. Zastosowanie tych samych narzędzi diagnostycznych w określonych odstępach czasu umożliwia obiektywną ocenę postępów w leczeniu i ewentualne dostosowanie strategii terapeutycznej.

Uwzględnienie czynników ryzyka

W procesie diagnostycznym należy zwrócić szczególną uwagę na czynniki ryzyka rozwoju PTSD, takie jak wcześniejsze doświadczenia traumatyczne, historia zaburzeń psychicznych, młodszy wiek, płeć żeńska oraz niski poziom wsparcia społecznego. Wczesna identyfikacja tych czynników pozwala na wdrożenie działań prewencyjnych i lepsze dostosowanie strategii terapeutycznych do potrzeb pacjenta.

Podsumowanie i wnioski

Zespół stresu pourazowego (PTSD) w populacji pacjentów onkologicznych jest zjawiskiem o złożonej etiologii, wynikającym z interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Diagnoza choroby nowotworowej, sama w sobie często postrzegana jako zdarzenie traumatyczne, a także wymagające i obciążające leczenie, mogą prowadzić do rozwoju PTSD. Zaburzenie to wpływa nie tylko na jakość życia pacjentów, ale również na ich zdolność do skutecznego udziału w procesie terapeutycznym i adaptacji do nowych warunków życia. Omówione w niniejszej pracy aspekty, takie jak czynniki ryzyka, metody diagnostyczne i strategie terapeutyczne, wskazują na pilną potrzebę wypracowania holistycznego podejścia w opiece nad tą grupą chorych. Szczególnie ważne jest wprowadzenie systematycznej diagnostyki, interdyscyplinarnej współpracy specjalistów oraz indywidualizacji podejścia terapeutycznego, dostosowanego do specyficznych potrzeb i kontekstu życiowego pacjentów.

Kierunki przyszłych badań

Pomimo rosnącego zainteresowania PTSD w kontekście populacji onkologicznej, istnieje wiele obszarów wymagających dalszych badań. Po pierwsze, istotne wydaje się zrozumienie biologicznych podstaw PTSD w tej grupie pacjentów. Analiza biomarkerów, takich jak poziom kortyzolu, cytokiny prozapalne czy zmiany strukturalne w mózgu, może pomóc w lepszej identyfikacji osób szczególnie narażonych na rozwój zaburzenia oraz w opracowaniu bardziej ukierunkowanych interwencji terapeutycznych.

Po drugie, potrzebne są badania nad różnicami kulturowymi w diagnozie i leczeniu PTSD, które uwzględniałyby specyfikę postrzegania traumy oraz różnice w sposobach radzenia sobie ze stresem w różnych grupach etnicznych i społecznych. Takie badania mogłyby przyczynić się do opracowania bardziej trafnych narzędzi diagnostycznych oraz zindywidualizowanych interwencji terapeutycznych.

Kolejnym ważnym kierunkiem badań jest ocena skuteczności narzędzi cyfrowych w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Aplikacje mobilne, platformy telemedyczne oraz systemy wspierane sztuczną inteligencją mogą stanowić przyszłość w opiece psycho-onkologicznej, zwłaszcza w kontekście dostępu do wsparcia w rejonach o ograniczonych zasobach medycznych. Tym samym konieczne jest przeprowadzenie badań oceniających ich praktyczną przydatność oraz wpływ na wyniki leczenia pacjentów.

Długoterminowe konsekwencje PTSD u pacjentów onkologicznych, zarówno psychiczne, jak i somatyczne, pozostają obszarem niewystarczająco zbadanym. Warto również pogłębić wiedzę na temat wpływu PTSD na przebieg leczenia onkologicznego, w tym na przestrzeganie zaleceń lekarskich, reakcje na terapię oraz ogólne rokowanie. Dzięki temu możliwe będzie opracowanie bardziej kompleksowych programów wsparcia, które uwzględnią zarówno potrzeby psychiczne, jak i fizyczne pacjentów.

Podsumowując, dalsze badania nad PTSD w populacji pacjentów onkologicznych powinny koncentrować się na lepszym zrozumieniu mechanizmów rozwoju zaburzenia, opracowaniu innowacyjnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych oraz monitorowaniu efektywności wdrażanych strategii w długim okresie. Tylko poprzez połączenie perspektyw klinicznych, technologicznych i naukowych możliwe jest osiągnięcie postępu w opiece nad pacjentami, którzy mierzą się zarówno z chorobą nowotworową, jak i psychicznymi skutkami traumy.

Praktyczne implikacje dla psychoonkologów

W świetle zgromadzonych danych kluczowe wydaje się wdrażanie konkretnych strategii klinicznych, które mogą być stosowane przez zespoły psychoonkologiczne pracujące z osobami z PTSD po diagnozie onkologicznej. Należą do nich między innymi:

- **wprowadzenie rutynowego przesiewu objawów PTSD** w momentach krytycznych (diagnoza, zakończenie leczenia, wznowa), z wykorzystaniem narzędzi, takich jak PCL-5 czy IES-R [51, 53];
- **zapewnienie dostępu do krótkoterminowych form terapii poznawczo-behawioralnej** skoncentrowanej na traumie, które wykazują wysoką skuteczność u pacjentów onkologicznych [55];
- **uwrażliwienie zespołów medycznych na potrzebę empatycznej komunikacji**, szczególnie przy przekazywaniu diagnozy, ponieważ to właśnie ten moment może zadecydować o traumatyzacji pierwotnej [9, 10];
- **prowadzenie psychoedukacji** z zakresu możliwych reakcji pourazowych i strategii radzenia sobie, skierowanej zarówno do pacjentów, jak i ich rodzin [22].

Uwzględnienie tych elementów w rutynowej opiece może nie tylko poprawić jakość życia pacjentów, ale także wpłynąć na ich zdolność do współpracy w leczeniu onkologicznym oraz zmniejszyć ryzyko przerwania terapii.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kwekkeboom KL, Seng JS. Recognizing and responding to post-traumatic stress disorder in people with cancer. *Oncol nurs forum*. 2002; 29(4), 643–650.

3. Tanday S. Global cancer cases on the rise. *Lancet Oncol.* 2015; 16(7).
4. Greenberg TM. *The Trauma of Medical Illness. W: Psychodynamic Perspectives on Aging and Illness.* Cham: Springer International Publishing; 2016, 43–67.
5. Leahy E, Lino LI. Trauma matters. *J Am Geriatr Soc.* 2022; 70: 2735–2737.
6. Weiss L. Some Effects of Mechanical Trauma on the Development of Primary Cancers and Their Metastases. *J Forensic Sci.* 1990; 35(3): 614–627.
7. Appel PR. Post-traumatic stress in the medical setting. *Am J Clin Hypn.* 2020; 63(2): 112–127.
8. King AP. Somatic Health Issues in Trauma-Related Disorders: Effects on Psychobiological Axes Affecting Mental and Physical Health. W: Grassi L, Riba MB, Wise T., eds. *Person Centered Approach to Recovery in Medicine.* Cham: Springer; 2019, 177–216.
9. Schmitt A, Singer S, Schwarz R. Evaluation of posttraumatic psychological problems in cancer patients. *Onkologie.* 2003; 26(1): 66–70.
10. Miller NK. The trauma of diagnosis: Picturing cancer in graphic memoir. *Configurations.* 2014; 22(3): 207–223.
11. Klikovac T, Djurdjevic A. Psychological aspects of the cancer patients' education: Thoughts, feelings, behavior and body reactions of patients faced with diagnosis of cancer. *J BUON.* 2010; 15: 153–156.
12. Flack JF, Litz BT, Hsieh FY, Kaloupek DG, Keane TM. Predictors of emotional numbing, revisited: A replication and extension. *J Trauma Stress.* 2000; 13(4): 611–618.
13. Lee M-J, Huang C-W, Lee C-P, Kuo T-Y, Fang Y-H, Chin-Hung Chen V, et al. Investigation of anxiety and depressive disorders and psychiatric medication use before and after cancer diagnosis. *Psychooncology.* 2021; 30(6): 919–927.
14. Beesley VL, Hughes MCB, Smithers BM, Khosrotehrani K, Malt MK, von Schuckmann LA, et al. Anxiety and depression after diagnosis of high-risk primary cutaneous melanoma: a 4-year longitudinal study. *J Cancer Surviv.* 2020; 14(5): 712–719.
15. Lewis-Smith H. Physical and psychological scars: the impact of breast cancer on women's body image. *J Aesthetic Nurs.* 2015; 4(2): 80–83.
16. Cupit-Link M, Syrjala KL, Hashmi SK. Damocles' syndrome revisited: Update on the fear of cancer recurrence in the complex world of today's treatments and survivorship. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy.* 2018; 11(3): 129–134.
17. Turner C, Hancock J. Do 1 in 5 cancer patients develop post-traumatic stress disorder? *Cancer.* 2018; 124(8): 1839.
18. Abbey G, Thompson SBN, Hickish T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psychooncology.* 2015; 24(4): 371–381.
19. Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, Preisser JS, Clipp EC. Post-traumatic stress outcomes in non-Hodgkin's lymphoma survivors. *J Clin Oncol.* 2008; 26(6): 934–941.
20. Springer F, Kuba K, Ernst J, Friedrich M, Glaesmer H, Platzbecker U, et al. Symptoms of post-traumatic stress disorder and adjustment disorder in hematological cancer patients with different treatment regimes. *Acta Oncol.* 2023; 62: 1110–1117.
21. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry.* 2017; 4(4): 330–338.
22. Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psychooncology.* 1999; 8(6): 521–537.
23. Kratzer L, Knfel M, Haselgruber A, Heinz P, Schennach R, Karatzias T. Co-occurrence of severe PTSD, somatic symptoms and dissociation in a large sample of childhood trauma

- inpatients: a network analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://consensus.app/papers/cooccurrence-of-severe-ptsd-somatic-symptoms-and/c856f86c-56975c33888ade805821f5f1> [dostęp: 26.06.2025].
24. Pacella M, Hruska B, Delahanty D. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *J Anxiety Disord*. 2013; 27(1): 33–46.
 25. Kołodziejczyk A, Pawłowski T. Negative body image in breast cancer patients. *Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wroclaw Medical University*. <https://consensus.app/papers/negative-body-image-in-breast-cancer-patients-kołodziejczyk-pawłowski/c222f0d30b605d65805d8d350879322a> [dostęp: 26.06.2025].
 26. Prates A, Freitas-Junior R, Prates M, Veloso M, De Moura Barros N. Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *RBGO Gynecology & Obstetrics*. 2017; 39: 175–183.
 27. Pereira G, Figueiredo A, Fincham F. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *Eur J Oncol Nurs*. 2012; 16(3): 227–232.
 28. Jia Y, Li F, Liu YF, Zhao JP, Leng MM, Chen L. Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2017; 149: 138–148.
 29. Vodermaier A, Linden W, MacKenzie R, Greig D, Marshall C. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer*. 2011; 105(12): 1814–1817.
 30. Luciani F, Veneziani G, Giraldi E, Campedelli V, Galli F, Lai C. To be aware or not to be aware of the prognosis in the terminal stage of cancer? A systematic review of the associations between prognostic awareness with anxiety, depression, and quality of life according to cancer stage. *Clin Psychol Rev*. 2025; 116: 102544.
 31. Podbury B, Gurgenci T, Huggett G, Greer R, Hardy J, Good P. Psychological distress and physical symptoms in advanced cancer: cross-sectional study. *BMJ supportive & palliative care*. <https://consensus.app/papers/psychological-distress-and-physical-symptoms-in-advanced-podbury-gurgenci/633f7622b330534dbb1660d86f287b44> [dostęp: 26.06.2025].
 32. Hughson AVM, Copper AF, McArdle CS, Smith DC. Psychological impact of adjuvant chemotherapy in the first two years after mastectomy. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986; 293(6557): 1268–1271.
 33. Hampton MR, Frombach I. Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care Women Int*. 2000; 21(1): 67–76.
 34. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psychooncology*. 2007; 16(3): 181–188.
 35. Baník G, Drgoňa L, Malec V, Rosenberg V, Vasilkova L. Cancer as a trauma? Predictors of development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with cancer. <https://consensus.app/papers/cancer-as-a-trauma-predictors-of-development-of-baník-drgoňa/d529c030226b5009ad-3c45617ce2d344> [dostęp: 26.06.2025].
 36. Kim J-M, Kang H-J, Kim J-W, Jang H, Kim J-C, Chun B-J, et al. Serum cortisol and neuroticism for post-traumatic stress disorder over 2 years in patients with physical injuries. <https://consensus.app/papers/serum-cortisol-and-neuroticism-for-posttraumatic-stress-kim-kang/b204d76c95d35e0998171a86ed7d06bc> [dostęp: 26.06.2025].
 37. Wallick A, Ward R, Levendosky A, Brown L, Yalch M. Incremental Influence of Betrayal Trauma and Personality Traits on PTSD Symptoms. *J Trauma Dissociation*. 2021; 23: 356–65.
 38. Gallagher M, Long L, Phillips C. Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. <https://consensus.app/>

- papers/hope-optimism-selfefficacy-and-posttraumatic-stress-gallagher-long/03cb0659c9d75aa6b7b79b31c49ef082 [dostęp: 26.06.2025].
39. Horn S, Feder A. Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. *Harv Rev psychiatry*. 2018; 26(3): 158–174.
 40. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Álvarez-Fuentes E, Iraurgi I. Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. <https://consensus.app/papers/resilience-and-coping-strategies-in-relation-to-mental-macia-barranco/6c1cf9c750df5278a0179155dc7a7e26> [dostęp: 26.06.2025].
 41. Amonoo H, Daskalakis E, Deary E, Bodd M, Reynolds M, Nelson A, et al. Relationship Between Longitudinal Coping Strategies and Outcomes in Patients With Acute Myeloid Leukemia. *J Natl Comp Canc Netw*. 2022; 20(10): 1116–1123.
 42. Pang X, Li F, Zhang Y. The Role of Mental Adjustment in Mediating Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Social Support in Chinese Ovarian Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Psychol Res Behav Manag*. 2022; 15: 2183–2191.
 43. Vazquez D, Rosenberg S, Gelber S, Ruddy K, Morgan E, Recklitis C, et al. Posttraumatic stress in breast cancer survivors diagnosed at a young age. *Psychooncology*. 2020; 29: 1312–1320.
 44. Arnaboldi P, Riva S, Crico C, Pravettoni G. A systematic literature review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2017; 9, 473–485.
 45. Kaster TS, Sommer JL, Mota N, Sareen J, El-Gabalawy R. Post-traumatic stress and cancer: Findings from a cross-sectional nationally representative sample. *J Anxiety Disord*. 2019; 65, 11–18.
 46. Chidobem I, Tian F, Mgbodile C, Mgbodile F, Jokar T, Ogbuokiri E, et al. Assessing the Relationship between Socioeconomic Status, Race, and Psychological Distress in Cancer Survivors: A Population Based Study. *Curr Oncol*. 2022; 29, 2575–2582.
 47. Einsle F, Kraft D, Köllner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology – which diagnostic tools should be used? *J Psychosom Res*. 2012; 72(6), 434–438.
 48. Roberts NP, Kitchiner NJ, Lewis CE, Downes AJ, Bisson JI. Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 in a sample of trauma exposed mental health service users. *Eur J Psychotraumatol*. 2021; 12(1): 1863578.
 49. Norris FH, Hamblen JL. Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. W: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press; 2004, 63–102.
 50. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 1995; 8, 75–90.
 51. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. 2015; 28(6), 489–498.
 52. Smith S, Manschot C, Kuhn E, Laber E, Somers T, KLS, et al. Assessing the utility of the PC-PTSD-5 as a screening tool among a cancer survivor sample. *Cancer*. 2024; 1(139), 4118–4126.
 53. Bulotienė G, Matuizienė J. Posttraumatic stress in breast cancer patients. *Acta Med Litu*. 2014; 21(2), 43–50.
 54. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Marmai L, Biancosino B. Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the Distress Thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *J Affect Disord*. 2009; 114(1–3), 193–199.

55. Kangas M, Milross C, Taylor A, Bryant RA. A pilot randomized controlled trial of a brief early intervention for reducing posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed head and neck cancer patients. *Psychooncology*. 2013; 22(7): 1665–1673.
56. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2010.
57. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol*. 2002; 58(8), 933–946.
58. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. The use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder – A systematic narrative review. *Front Psychol*. 2018; 9, 923.
59. Zucchetti G, Ciappina S, Roccia E, Concas D, Giordano M, Battaglini C, et al. EMDR and standard psychotherapy for paediatric cancer patients and their families: a pilot study. *Front Psychol*. 2024; 15, 1407985.
60. Portigliatti Pomeri A, La Salvia A, Carletto S, Oliva F, Ostacoli L. EMDR in Cancer Patients: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021; 11, 590204.
61. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J*. 2015; 21, 97–103.
62. Bränström R, Kvillemo P, Brandberg Y, Moskowitz JT. Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients – A randomized study. *Ann Behav Med*. 2010; 39, 151–161.

Adres: kgibek@uafm.edu.pl