

# Przetwarzanie emocjonalne a negatywne i pozytywne skutki traumy u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka

*Emotional processing and negative and positive effects of trauma among parents struggling with cancer of their child*

Nina Ogińska-Bulik<sup>1</sup>, Izabela Socha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

<sup>2</sup>Fundacja dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi, Łódź

*Psychoonkologia* 2017, 21 (1): 1–8

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.70121>

## Adres do korespondencji:

prof. Nina Ogińska-Bulik  
Instytut Psychologii,  
Zakład Psychologii Zdrowia  
Uniwersytet Łódzki  
ul. Smugowa 10/12  
91-433 Łódź  
e-mail: [noginska@uni.lodz.pl](mailto:noginska@uni.lodz.pl)

## Streszczenie

**Wstęp:** Doświadczenie negatywnego zdarzenia traumatycznego, jakim jest choroba nowotworowa dziecka, pociąga za sobą zarówno negatywne, jak i pozytywne następstwa. W ich pojawianiu się istotną rolę odgrywa przetwarzanie emocjonalne.

**Cel pracy:** Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między trudnościami w zakresie emocjonalnego przetwarzania a nasileniem objawów stresu potraumatycznego i poziomem potraumatycznego wzrostu.

**Materiał i metody:** Analizie poddano wyniki uzyskane od 57 rodziców w wieku 25–57 lat ( $M = 35,38$ ,  $SD = 8,32$ ), którzy zmagali się z chorobą nowotworową własnego dziecka. Mężczyźni stanowili 47,4% badanych, a kobiety 52,6%. W badaniach wykorzystano trzy narzędzia pomiaru, tj. *Skalę wpływu zdarzeń*, *Inwentarz potraumatycznego rozwoju* oraz *Skalę przetwarzania emocjonalnego*.

**Wyniki i wnioski:** Trudności w emocjonalnym przetwarzaniu okazały się znacząco powiązane z nasileniem wszystkich objawów składających się na zespół stresu pourazowego, nie wiązały się natomiast z poziomem pozytywnych zmian potraumatycznych. Emocjonalne przetwarzanie odgrywa istotną rolę w rozwoju negatywnych następstw doświadczonej traumy.

## Abstract

**Introduction:** The experience of a negative traumatic event, such as a child's cancer, entails both negative and positive consequences. Emotional processing plays a vital role in their emergence.

**The aim of the study:** The study attempted to establish a link between the emotional processing difficulties and the severity of symptoms of posttraumatic stress and the level of the posttraumatic growth.

**Material and methods:** Results obtained from 57 parents aged 25–57 years ( $M = 35,38$ ,  $SD = 8,32$ ), who had dealt with their child's cancer (men – 47.4%; women – 52.6%) were examined. Three measuring methods were used in the study: the *Impact of Events Scale – Revised* (IES-R), the *Posttraumatic Growth Inventory*, and the *Emotional Processing Scale*.

**Results and conclusions:** Difficulties in emotional processing have been found to be significantly correlated with the severity of all symptoms, including posttraumatic stress syndrome, but not with the level of posttraumatic growth. Emotional processing plays an important role in the development of the negative consequences of the experienced trauma.

**Słowa kluczowe:** potraumatyczny wzrost, choroba nowotworowa dziecka, przetwarzanie emocjonalne, objawy stresu pourazowego.

**Key words:** posttraumatic growth, cancer of the child, emotional processing, posttraumatic stress symptoms.

## Wstęp

### Choroba nowotworowa jako doświadczenie traumatyczne

Choroba nowotworowa należy do grupy chorób zagrażających życiu. Z tego też względu jest traktowana jako negatywne zdarzenie życiowe lub zdarzenie o charakterze traumatycznym. Szczególnie dotkliwą sytuacją jest doświadczenie choroby nowotworowej własnego dziecka.

Rodzice chorych dzieci mogą doświadczać traumy związanej z procesem diagnozy, powagą choroby i stopniem zagrożenia dla życia, poczuciem osamotnienia dziecka związanym np. z pobytem w szpitalu, czasem trwania choroby, powtarzającymi się zabiegami czy niekorzystnymi rokowaniami [1]. U wielu rodziców zmagających się z chorobami somatycznymi dziecka, w tym nowotworowymi, stwierdza się występowanie symptomów depresji i objawów zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD), na który składają się intruzje, pobudzenie i unikanie [2–4].

Badania przytaczane przez Baran [5] wskazują, że 95% matek, których dzieci zachorowały na raka, ujawniło objawy intruzji, połowa z nich objawy pobudzenia, a 40% objawy unikania. Co więcej, tego typu symptomy utrzymują się w dłuższym czasie. Odsetek rodziców wykazujących pełny PTSD wynosi 6–11%.

Proces zmagania się z przewlekłą chorobą somatyczną może jednak, oprócz negatywnych konsekwencji, wiązać się również z występowaniem pozytywnych zmian, składających się na potraumatyczny wzrost (*posttraumatic growth* – PTG). Na wzrost po traumie składają się trzy kategorie pozytywnych zmian: zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej [6–9].

Prowadzone, choć wciąż nieliczne badania dostarczyły dowodów na występowanie pozytywnych zmian u rodziców zmagających się z chorobami nowotworowymi dzieci. Wskazują na to badania Barakat i wsp. [10], którymi objęto 150 nastolatków w wieku 11–19 lat oraz ich rodziców. Wynika z nich, że prawie 90% matek dzieci chorych onkologicznie ujawniło co najmniej jedną pozytywną zmianę wynikającą z choroby dziecka, a blisko połowa zauważyła cztery lub więcej takich zmian. W grupie ojców ok. 80% doświadczyło jednej zmiany, a 1/4 – czterech lub więcej. Występowanie wzrostu po traumie u rodziców dzieci

chorych onkologicznie potwierdzono w polskich badaniach [11, 12].

Warto podkreślić, że wzrost po traumie nie pojawia się od razu; wymaga czasu i jest związany – przynajmniej na początkowym etapie zmagania się z traumą – z poczuciem dyskomfortu oraz występowaniem negatywnych emocji.

Przeżycie sytuacji traumatycznej uruchamia aktywność poznawczą i emocjonalną, wyrażaną w formie przetwarzania poznawczego i emocjonalnego. Tego typu aktywność jest jednym z ważniejszych czynników wpływających na skutki doświadczonej traumy, zarówno te o charakterze negatywnym, jak i pozytywnym. Przeprowadzono wiele badań dotyczących związków poznawczego przetwarzania traumy z negatywnymi, a także pozytywnymi następstwami traumy, jednak niewiele z nich odnosi się do związku przetwarzania emocjonalnego z PTSD, a nia ma takich badań w odniesieniu do PTG.

### Przetwarzanie emocjonalne a skutki doświadczonej traumy

Przetwarzanie emocjonalne odnosi się do przebiegu i regulacji procesu emocjonalnego. Może służyć do nadawania znaczenia doświadczonym negatywnym wydarzeniom życiowym w celu dokonania zmiany emocji będących ich następstwem. Pojęcie to nawiązuje do ogólnie rozumianego funkcjonowania emocjonalnego czy regulacji emocji, a zaburzenia w zakresie przetwarzania emocji dotyczą przede wszystkim deficytów uświadamiania emocjonalnego i aleksytymii [13, 14].

Zaproponowane przez Rachmana [15], a następnie Bakera i wsp. [16] ujęcie przetwarzania emocjonalnego opisane przez Górską i Jasielską [14] wskazuje, że prawidłowe przetwarzanie emocjonalne jest wyznaczone przez zdolność osoby do przypominania sobie doświadczonego zdarzenia, mówienia, słuchania o nim bez doświadczenia stresu oraz zdolność do ujawniania emocji. Brak takich zdolności wskazuje na występowanie trudności w przetwarzaniu emocjonalnym i zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia objawów PTSD.

Rachman [15] zaznacza, że przetwarzanie emocjonalne jest potrzebne do poradzenia sobie z występującym lękiem, podkreślając jednocześnie, że u wielu ludzi występuje skłonność do tłumienia

doświadczanych emocji będących efektem doświadczenia negatywnych zdarzeń życiowych.

Model przetwarzania emocjonalnego [14–17] akcentuje znaczenie nieadaptacyjnych metod regulacji emocji i wskazuje na 5 grup niedoborów przetwarzania emocjonalnego, traktowanych jako nieadaptacyjne strategie służące kontrolowaniu emocji. Są nimi unikanie, tłumienie, deficyt regulacji oraz zubożone przetwarzanie i przejawy nieprzetworzonych emocji. Należy pamiętać, że emocjonalne przetwarzanie jest powiązane z przetwarzaniem poznawczym, które z reguły poprzedza proces regulacji emocji.

Znaczenie trudności w regulacji emocji, a zwłaszcza tendencji do tłumienia emocji w rozwoju objawów PTSD potwierdzają dostępne wyniki badań. W badaniach dorosłych kobiet, które doświadczyły różnych zdarzeń traumatycznych, wykazano, że tłumienie emocji było dodatnio powiązane z objawami PTSD; nie wiązało się jednak z PTG [18]. Podobnie w badaniach obejmujących nastolatków, którzy doświadczyli trzęsienia ziemi, ujawniono, że tłumienie ekspresji miało dodatni wpływ na występowanie objawów PTSD, ale nie wiązało się z występowaniem wzrostu po traumie [19]. W jeszcze innych badaniach, przeprowadzonych na dużej grupie osób ( $n = 616$ ), które doznały traumy [20], ujawniono, że z objawami PTSD wiązały się dodatnio wszystkie analizowane trudności w regulacji emocji. Szczególną rolę czynnika sprzyjającego rozwojowi objawów PTSD odgrywał brak przejrzystości emocji.

W innych badaniach, obejmujących studentów, objawy PTSD były pozytywnie skorelowane z takimi elementami, jak: brak emocjonalnej akceptacji, trudności w kontroli impulsów, ograniczony dostęp do regulacji emocji i brak przejrzystości emocjonalnej [21].

Interesujące badania przeprowadzono wśród amerykańskich studentek, które doświadczyły różnych rodzajów traumy. Wskazały one, że tłumienie emocji było powiązane z większym nasileniem PTSD, natomiast poznawcza ocena sytuacji z mniejszym. W badaniach tych wykazano również, że ruminacje (poznawczy element) mediowały relację między tłumieniem ekspresji a objawami PTSD [22].

Brakuje natomiast badań potwierdzających występowanie związku emocjonalnego przetwarzania z PTG. Znaczenie tego procesu, powiązane z poznawczym przetwarzaniem traumy, podkreśla model potraumatycznego wzrostu [6, 7], wskazując, że trudności w przetwarzaniu emocji mogą hamować występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych.

Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między przetwarzaniem emocjonalnym, rozumianym jako trudności w regulacji emocji, a nasileniem negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy u osób, które zmagają się z chorobą nowotworową dziecka. Przyjęto, że wskaźnikiem negatywnych następstw są objawy PTSD, a pozytywnych – PTG. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- W jakim stopniu badani rodzice dzieci chorych onkologicznie doświadczają objawów PTSD oraz jaki jest ich poziom PTG?
- Czy płeć, wiek badanych oraz czas, który upłynął od diagnozy choroby dziecka, różnicują nasilenie objawów PTSD i PTG?
- Jaki jest poziom przetwarzania emocjonalnego badanych rodziców?
- Czy przetwarzanie emocjonalne wiąże się z negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczonej traumy?
- Który z wymiarów przetwarzania emocjonalnego pozwala na przewidywanie objawów PTSD, a który PTG?

Odwołując się do opracowanego modelu przetwarzania emocjonalnego [17] i dostępnych w tym zakresie badań, a także modelu PTG [23], założono, że deficyty w zakresie emocjonalnego przetwarzania będą dodatnio powiązane z objawami PTSD i ujemnie z PTG.

## Material i metody

Badaniami objęto 60 rodziców, których dzieci zachorowały na raka (białaczka, nowotwory mózgu i ośrodkowego układu nerwowego, chłoniaki, nowotwory kości). Badania przeprowadzono w Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową w Warszawie oraz w hospicjum dla dzieci w Warszawie i Białymstoku. Uczestnikom wyjaśniono cel badań oraz poinformowano o ich anonimowości. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej komisji bioetyki. Analizie poddano wyniki badań uzyskane od 57 rodziców (trzy osoby niekompletnie wypełniły dostarczone im kwestionariusze) w wieku 25–57 lat ( $M = 35,38$ ,  $SD = 8,32$ ). Mężczyźni stanowili 47,4% badanych, a kobiety 52,6%.

W badaniach wykorzystano *Skalę wpływu zdarzeń*, *Inwentarz potraumatycznego rozwoju* oraz *Skalę przetwarzania emocjonalnego*. *Skala wpływu zdarzeń* jest polską adaptacją zrewidowanej wersji *Impact of Event Scale* (IES-R) Weissa i Marmara, zaadaptowaną do warunków polskich przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik [24]. Skala służy do ustalenia subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałym zdarzeniem. Zawiera 22 twierdzenia

i mierzy ogólny wskaźnik nasilenia PTSD oraz jego trzy wymiary: intruzję, wyrażającą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą; pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi oraz unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą. Osoba badana dokonuje oceny, posługując się 5-stopniową skalą typu Likerta. Narzędzie charakteryzuje się wystarczającymi parametrami psychometrycznymi, jego rzetelność mierzona wskaźnikiem  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,75.

*Inwentarz potraumatycznego rozwoju – IPR (Post-traumatic Growth Inventory – PTGI)* autorstwa Tedeschiiego i Calhouna w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [25] składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczanego wydarzenia traumatycznego. Badana osoba ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń, wybierając odpowiedzi od *nie doświadczyłem tej zmiany* (0 pkt), do *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu* (5 pkt). W polskiej wersji, poza ogólnym wskaźnikiem nasilenia PTG, inwentarz mierzy cztery czynniki składające się na rozwój po traumie: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Wynik ogólny jest sumą czterech wymienionych czynników. Wskaźniki rzetelności są porównywalne z wersją oryginalną ( $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,93).

*Skala przetwarzania emocjonalnego*, której autorami są Baker i wsp., została zaadaptowana do warunków polskich przez Górską i Jasielską [14].

**Tabela 1.** Poziom analizowanych zmiennych

*Table 1.* The level of analysed variables

Zmienna	M	SD
PTSD – ogółem	50,23	17,72
intruzja	20,68	6,71
pobudzenie	15,35	6,93
unikanie	14,19	6,02
PTG – ogółem	62,21	19,20
zmiany w percepcji siebie	23,30	9,29
zmiany w relacjach z innymi	23,11	7,46
docenianie życia	11,32	3,40
zmiany duchowe	4,49	3,11
Przetwarzanie emocjonalne – ogółem	110,77	45,51
tłumienie	23,17	11,16
zaleganie (brak przetwarzania)	24,67	10,87
brak regulacji	22,35	10,28
unikanie	20,70	9,62
ubogie doświadczanie emocji	19,87	9,66

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, PTSD – zespół stresu pourazowego, PTG – potraumatyczny wzrost

Narzędzie składa się z 25 pozycji, które tworzą pięć podskal odnoszących się do zakłóceń w procesie przetwarzania emocjonalnego. Są to: tłumienie emocji (*suppression*), brak przetwarzania (*signs of unprocessed emotion*), brak regulacji (*unregulated emotion*), unikanie (*avoidance*) oraz ubogie doświadczanie (*impoverished emotional experience*). W polskiej wersji narzędzia w miejsce „brak przetwarzania” przyjęto nazwę „zaleganie emocji”. Wysokie wyniki świadczą o deficytach i zakłóceniach w procesie emocjonalnego przetwarzania i trudnościach w absorpcji pobudzenia emocjonalnego. Osoba badana ustosunkowuje się do poszczególnych pozycji skali, posługując się odpowiedziami na 10-stopniowej skali (od 0 – *zupełnie się nie zgadzam* do 10 – *w pełni się zgadzam*). Narzędzie uzyskało bardzo dobre właściwości psychometryczne (współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,90). Dla badanej grupy rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wyniósł 0,96.

## Wyniki

W kolejnych krokach analizy wyników badań, zgodnie ze sformułowanymi pytaniami badawczymi, ustalono średnie analizowanych zmiennych, sprawdzono, czy płeć, wiek rodziców i czas, który upłynął od diagnozy choroby dziecka, różnicują nasilenie negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy, obliczono współczynniki korelacji między zmiennymi oraz ustalono, które wymiary emocjonalnego przetwarzania odgrywają predykcijną rolę w PTSD i PTG.

Rozkłady wyników badanych zmiennych wyjaśnianych mają charakter normalny, dlatego do obliczeń wykorzystano testy parametryczne, tj. test *t*-Studenta do ustalenia różnic między średnimi i współczynniki korelacji *r* Pearsona do oszacowania związku między zmiennymi. W celu ustalenia predyktorów posłużono się analizą regresji (wersja krokowa, postępująca). Obliczeń dokonano za pomocą pakietu Statistica. W tabeli 1 zamieszczono średnie uzyskanych zmiennych.

Uzyskany poziom objawów PTSD jest zbliżony do poziomu tych symptomów w badaniach normalizacyjnych [24]. Uwzględniając ustalone kryteria dla *Skali wpływu zdarzeń* (33 punkty jako wartość graniczna), ustalono, że 46 rodziców (80,7% badanych) ujawnia co najmniej umiarkowane nasilenie, a zaledwie 11 rodziców (19,3% badanych) charakteryzuje się niskim poziomem tej zmiennej.

Sprawdzono również, w którym z czynników składających się na PTSD występują największe zmiany. Ze względu na zróżnicowaną liczbę pozy-

**Tabela 2.** Współczynniki korelacji między przetwarzaniem emocjonalnym a zespołem stresu pourazowego (PTSD) i potraumatycznym wzrostem (PTG)*Table 2. Correlation coefficients between emotional processing and posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic growth (PTG)*

	Ogółem	Część 1	Część 2	Część 3	Część 4	Część 5
PTSD – ogółem	0,69***	0,56***	0,61***	0,51***	0,67***	0,69***
intruzja	0,60***	0,47***	0,62***	0,45***	0,55***	0,56***
pobudzenie	0,66***	0,53***	0,59***	0,52***	0,61***	0,66***
unikanie	0,60***	0,52***	0,42***	0,40**	0,67***	0,66***
PTG – ogółem	-0,03	-0,11	-0,04	-0,08	0,06	0,06
zmiany w percepcji siebie	-0,01	-0,12	0,01	-0,07	0,08	0,11
zmiany w relacjach z innymi	0,02	-0,08	0,03	-0,02	0,09	0,07
docenianie życia	-0,10	-0,04	-0,24	-0,15	-0,01	-0,02
zmiany duchowe	-0,10	-0,07	-0,09	-0,09	-0,08	-0,09

\*\*\* $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ 

Część 1 – tłumienie, część 2 – zaleganie (brak przetwarzania emocji), część 3 – brak regulacji, część 4 – unikanie, część 5 – ubogie doświadczanie emocji

cji w poszczególnych podskalach wartości czynników podzielono przez przypadającą na nie liczbę stwierdzeń i sprawdzono, czy występują różnice istotne statystycznie. Badani rodzice ujawnili istotnie wyższy poziom ( $p < 0,01$ ) intruzji ( $M = 2,58$ ,  $SD = 0,84$ ) w stosunku do pobudzenia ( $M = 2,19$ ,  $SD = 0,99$ ) i unikania ( $M = 2,02$ ,  $SD = 0,86$ ).

Z kolei uwzględniając opracowane normy dla IPR [25], ustalono, że 17 rodziców (29,8%) reprezentuje niski, 18 (31,6%) średni i 22 (38,6%) wysoki poziom PTG. Badani rodzice ujawnili istotnie wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych ( $p < 0,01$ ) w docenianiu życia ( $M = 3,77$ ,  $SD = 1,13$ ) i relacjach z innymi ( $M = 3,30$ ,  $SD = 1,06$ ) niż w percepcji siebie ( $M = 2,59$ ,  $SD = 1,03$ ) i sferze duchowej ( $M = 2,24$ ,  $SD = 1,55$ ).

Uzyskane wyniki dotyczące przetwarzania emocjonalnego są niższe niż w grupie osób z zaburzeniami *borderline* ( $M = 123,06$ ,  $SD = 32,97$ ) badanych przez Górską i Jasielską [14] i wyższe niż w grupie osób niewykazujących tego typu zaburzeń ( $M = 80,56$ ,  $SD = 44,67$ ).

Płeć nie różnicuje nasilenia PTSD (mężczyźni:  $M = 51,67$ ,  $SD = 17,97$ ; kobiety:  $M = 48,93$ ,  $SD = 17,69$ ,  $t = 0,57$ ) ani żadnego z jego czynników. Nie różnicuje również poziomu PTG (mężczyźni:  $M = 61,30$ ,  $SD = 21,20$ ; kobiety:  $M = 63,03$ ,  $SD = 17,52$ ,  $t = -0,33$ ) i jego wymiarów. Wiek badanych nie koreluje ani z nasileniem objawów PTSD ( $r = -0,15$ ), ani z poziomem PTG ( $r = -0,01$ ).

Połowa uczestniczących w badaniu rodziców (49,1%) doświadczyła choroby dziecka w okresie do 5 lat przed badaniem, a pozostali (50,9%) w okresie bardziej odległym, tj. więcej niż 5 lat wcześniej. Czas od doświadczonej sytuacji nie różnicuje nasilenia objawów PTSD (1.  $M = 49,29$ ,  $SD = 19,67$ ; 2.  $M = 51,14$ ,  $SD = 15,91$ ,

$t = -0,39$ ). Różnicuje natomiast – choć słabo – poziom PTG. Osoby, które doświadczyły choroby dziecka wcześniej (więcej niż 5 lat od przeprowadzonego badania), ujawniły wyższy poziom zmian potraumatycznych ( $M = 67,48$ ,  $SD = 15,04$ ) niż osoby, które doświadczyły go ostatnio, tj. w okresie do 5 lat ( $M = 56,75$ ,  $SD = 21,65$ ,  $t = 2,18$ ,  $p < 0,05$ ).

W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, czy trudności w zakresie emocjonalnego przetwarzania są powiązane z nasileniem PTSD i PTG. Uzyskane współczynniki korelacji zaprezentowano w tabeli 2.

Dane zawarte w tabeli 2 wskazują na występowanie istotnych statystycznie dodatnich związków między trudnościami w zakresie przetwarzania emocjonalnego a objawami PTSD. Istotne współczynniki korelacji dotyczą nie tylko wyników ogólnych, lecz także wszystkich elementów wchodzących zarówno w skład emocjonalnego przetwarzania, jak i wszystkich wymiarów PTSD. Najwyższe wartości współczynników korelacji dotyczą związku PTSD z takimi wymiarami przetwarzania emocjonalnego, jak ubogie doświadczanie emocji ( $r = 0,69$ ,  $p < 0,001$ ), unikanie emocji ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,001$ ) czy zaleganie emocji ( $r = 0,61$ ,  $p < 0,001$ ).

Przetwarzanie emocjonalne nie wiąże się w sposób istotny statystycznie z potraumatycznym wzrostem ani z żadnym z jego wymiarów. Można zauważyć jedynie ślad zależności – o charakterze ujemnym – między zaleganiem emocji a docenianiem życia ( $r = -0,24$ ,  $p < 0,06$ ). Warto zwrócić uwagę, że w przypadku większości uzyskanych współczynników korelacji występują znaki ujemne, co sugeruje, że deficyty w zakresie przetwarzania emocjonalnego mogą utrudniać występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych.

**Tabela 3.** Predyktory objawów zespołu stresu pourazowego  
**Table 3.** Predictors of posttraumatic stress disorder symptoms

Predyktory	$\beta$	Błąd $\beta$	B	Błąd B	t	p <
ubogie doświadczanie	0,37	0,20	0,69	0,36	1,99	0,05
zaleganie emocji	0,37	0,15	0,60	0,25	2,40	0,02
wartość stała			20,47	4,36	4,69	0,001

$R = 0,74$ ;  $R^2 = 0,53$

$\beta$  – standaryzowany współczynnik regresji, B – niestandardowy współczynnik regresji, t – wartość testu t, p – poziom istotności, R – współczynnik korelacji,  $R^2$  – współczynnik determinacji

Następnie sprawdzono, które wymiary emocjonalnego przetwarzania są predyktorami PTSD i PTG. Wyniki analizy regresji (wersja krokowa postępująca) dla objawów PTSD (wynik ogólny) przedstawiono w tabeli 3.

Predyktorami objawów PTSD (wynik ogólny) okazały się dwa czynniki emocjonalnego przetwarzania, tj. ubogie doświadczanie emocji oraz zaleganie emocji (brak przetwarzania), które razem wyjaśniają 53% wariacji zmiennej zależnej. Zdecydowanie większą moc wyjaśniającą należy przypisać czynnikowi, jakim jest ubogie doświadczanie emocji, który wyjaśnia 48% wariacji w porównaniu z brakiem przetwarzania, wyjaśniającym zaledwie 5% wariacji zmiennej zależnej. Dodatni znak współczynników  $\beta$  wskazuje, że obydwa rodzaje trudności w zakresie emocjonalnego przetwarzania sprzyjają występowaniu objawów PTSD.

Bardziej szczegółowa analiza ujawniła, że predyktorami intruzji są zaleganie emocji ( $\beta = 0,59$ ,  $R^2 = 0,38$ ) oraz unikanie emocji ( $\beta = 0,35$ ,  $R^2 = 0,05$ ). Czynniki, które pełnią rolę predyktorów dla pobudzenia, okazały się ubogie doświadczanie ( $\beta = 0,47$ ,  $R^2 = 0,43$ ) oraz zaleganie emocji ( $\beta = 0,28$ ,  $R^2 = 0,05$ ). Z kolei predyktorem wymiaru PTSD, jakim jest unikanie negatywnych myśli, jest unikanie emocjonalne ( $\beta = 0,50$ ,  $R^2 = 0,45$ ).

Przeprowadzona analiza regresji nie ujawniła predyktorów dla PTG (wynik ogólny i trzy czynniki). Pozwoliła jedynie na wykazanie predykcyjnej roli zalegania emocji dla doceniania życia ( $\beta = -0,59$ ,  $R^2 = 0,06$ ). Czynniki te wyjaśnia jednak zaledwie 6% wariacji zmiennej zależnej. Im większy jest brak przetwarzania emocjonalnego, tym mniejsze zmiany w zakresie doceniania życia.

## Omówienie wyników

Badani rodzice, którzy zmagali się z chorobą nowotworową własnego dziecka, ujawnili wysoki poziom objawów PTSD i przeciętny poziom PTG. Aż 81% badanych wykazało umiarkowany lub wysoki poziom PTSD, a jedynie niecałe 20% niski. Nieco wyższe wyniki dotyczyły intruzji w stosunku do pobudzenia i unikania.

Blisko 30% spośród badanych ujawniło niski i prawie 37% wysoki poziom pozytywnych zmian potraumatycznych. Większe nasilenie tych zmian odnosiło się do doceniania życia i relacji z innymi niż percepcji siebie i sfery duchowej.

Płeć ani wiek nie różnicują nasilenia PTSD ani PTG. Czas, który upłynął od diagnozy choroby dziecka, nie różnicował nasilenia objawów PTSD u rodziców, ale wiązał się z poziomem PTG. Rodzice, którzy doświadczyli zdarzenia traumatycznego, jakim była diagnoza choroby dziecka, więcej niż 5 lat przed przeprowadzonym badaniem, ujawnili wyższy poziom zmian potraumatycznych niż rodzice, którzy doświadczyli go w okresie późniejszym (do 5 lat przed przeprowadzonym badaniem).

Deficyty w zakresie emocjonalnego przetwarzania w sposób znaczący wiążą się z nasileniem objawów PTSD i wszystkimi jego wymiarami. Oznacza to, że trudności w zakresie emocjonalnego przetwarzania sprzyjają występowaniu objawów PTSD. Szczególną rolę w rozwoju tych objawów należy przypisać takim czynnikom, jak ubogie doświadczanie emocji oraz zaleganie emocji, związane z brakiem ich przetwarzania. Potwierdzają to wyniki przeprowadzonej analizy regresji, które wskazały na predykcyjną rolę obydwu wymiarów przetwarzania emocjonalnego dla ogólnego wyniku PTSD, mierzonego za pomocą *Skali wpływu zdarzeń*. Oznacza to, że głównymi elementami, które sprzyjają rozwojowi objawów PTSD, są ubogi wgląd emocjonalny przejawiający się płytkim doświadczaniem emocji oraz zaleganie przeżyć emocjonalnych w postaci natrętnego i uporczywego doświadczania emocji.

Na rozwój objawów PTSD mają wpływ także inne wymiary emocjonalnego przetwarzania, w tym unikanie emocji, które wraz z brakiem przetwarzania pełni predykcyjną rolę dla intruzji. Unikanie emocji okazało się także predyktorem unikania natrętnych myśli i wspomnień związanych z doświadczoną sytuacją.

Nie ujawniono żadnych predyktorów ogólnego wyniku PTG, mierzonego za pomocą *Inwentarza potraumatycznego rozwoju*. Przeprowadzona analiza regresji ujawniła jedynie, że brak przetwarzania

nia emocjonalnego hamuje występowanie zmian w zakresie doceniania życia. Uzyskane wyniki są w znacznym stopniu zgodne z rezultatami prezentowanymi w literaturze, w której wykazano związek różnych elementów przetwarzania emocjonalnego z PTSD i ich brak z PTG [18, 19]. Wskazuje to, że trudności w przetwarzaniu emocjonalnym mają istotne znaczenie jedynie dla rozwoju negatywnych następstw traumy, nie wpływają natomiast na jej pozytywne skutki. Zagadnienie to wymagałoby jednak dalszych eksploracji. Ponadto, jak wskazują Górská i Jasielska [14], konstrukt przetwarzania emocjonalnego oraz zastosowane narzędzie pomiaru, służące do oceny deficytów w tym zakresie, wyjaśniają przede wszystkim funkcjonowanie osób cierpiących na różnorodne dolegliwości psychiczne, w tym szczególnie z osobowością z pogranicza (*borderline*).

Opisywane badania mają pewne ograniczenia. Przeprowadzono je na stosunkowo niewielkiej liczbie rodziców, których dzieci chorowały na raka w różnym czasie. Ocena występujących zmian była wynikiem samoopisu, co mogło w pewien sposób rzutować na uzyskane rezultaty. Badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny orzekać o występowaniu zależności przyczynowo-skutkowych.

Warto również zwrócić uwagę na możliwe wspólne źródło wariacji emocjonalnego przetwarzania i objawów PTSD. Dotyczy to przede wszystkim unikania – zarówno negatywnych emocji, które są wynikiem doznanego zdarzenia, jak i myśli, wspomnień, miejsc, sytuacji przypominających o tym zdarzeniu.

Istotna wydaje się także złożoność zagadnienia, jakim jest regulacja emocji, co jest odzwierciedlone w wielu sposobach definiowania tego konstruktu, różnych konceptualizacjach, a także odmiennych sposobach pomiaru. Należy również podkreślić ścisły związek regulacji emocji z podejmowaną w wyniku doświadczonej traumy aktywnością poznawczą i ich wzajemne oddziaływanie na siebie [26]. Pomimo przedstawionych ograniczeń i złożoności zagadnienia uzyskane wyniki wnoszą nowe treści w zakresie powiązań regulacji emocji z negatywnymi i pozytywnymi następstwami traumy. Mogą one stanowić inspirację do dalszych poszukiwań, w których zasadne byłoby uwzględnienie również roli aktywności poznawczej, w postaci przetwarzania poznawczego, ruminacji czy zmiany kluczowych przekonań dotyczących świata i własnej osoby. Warto byłoby także uwzględnić stosowane strategie radzenia sobie z doznany wydarzeniem traumatycznym, których dobór powiązany jest z przetwarzaniem poznawczym i emocjonalnym.

Prezentowana problematyka może mieć również istotne znaczenie dla praktyki. Emocjonalne przetwarzanie odgrywa istotną rolę w przebiegu terapii u osób, które doznały traumy. Skuteczność takiej terapii wiąże się z umiejętnościami ujawniania emocji, głównie lęku, i ich przepracowania [27]. Dlatego też w interwencji kryzysowej, ale także w programach profilaktycznych, należałoby zwrócić większą uwagę na rozwijanie umiejętności „przepracowania” doznanej traumy, m.in. przez redukcję lęku, zachęcanie do analizowania doświadczanych emocji oraz ich wyrażania. Istotne wydaje się także kształtowanie kompetencji w zakresie radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami.

## Wnioski

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

- Doświadczenie choroby nowotworowej dziecka jest związane z występowaniem zarówno negatywnych, jak i pozytywnych następstw w zakresie psychospołecznego funkcjonowania ich rodziców.
- Przetwarzanie emocjonalne jest dodatnio powiązane z objawami PTSD; szczególną rolę w rozwoju tych objawów odgrywają dwa wymiary emocjonalnego przetwarzania, tj. ubogie doświadczanie emocji oraz zaleganie emocji związane z brakiem ich przetwarzania.
- Trudności w przetwarzaniu emocjonalnym nie wiążą się z PTG.
- Skuteczna regulacja emocji po doświadczeniu zdarzenia traumatycznego może się przyczynić do redukcji objawów PTSD.

## Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Devine K, Reed-Knight B, Loisele K i wsp. Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17: 340-348.
2. Cernvall M, Skogseid E, Carlbring P i wsp. Experiential Avoidance and Rumination in Parents of Children on Cancer Treatment: Relationships with Posttraumatic Stress Symptoms and Symptoms of Depression. *J Clin Psychol Med Settings* 2016; 23: 67-76.
3. Kazak AE, Boeving CA, Alderfer MA i wsp. Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7405-7410.
4. Ljungman L, Cernvall M, Gronqvist H i wsp. Long-term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: A systematic review. *PLoS One* 2014; 9: 1033-1040.
5. Baran J. Zastosowanie koncepcji stresu traumatycznego w badaniach dzieci z chorobami nowotworowymi i ich rodziców. *Psychoonkologia* 2009; 1-2: 28-32.

6. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
7. Tedeschi, RG, Calhoun, LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15: 1-8.
8. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy tży zamieniają się w perły. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013.
9. Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015.
10. Barakat L, Alderfer M, Kazak A. Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 413-419.
11. Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste a wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. *Psychonkologia* 2017; 20, 1-8.
12. Ogińska-Bulik N, Ciechomska M. Wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka – rola ruminalacji. *Post Psychiatr Neurol* 2016. <http://dx.doi.org/101016/j.pin2016.05002>.
13. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P i wsp. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 321-329.
14. Górska D, Jasielska A. Konceptualizacja przetwarzania emocjonalnego i jego pomiar – badania nad polską wersją Skali Przetwarzania Emocjonalnego Bakera i współpracowników. *Stud Psychol* 2010; 48: 75-87.
15. Rachman S. Zaburzenia lękowe. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
16. Baker R, Thomas S, Thomas PW i wsp. Development of an emotional processing scale. *J Psychosom Res* 2007; 62: 167-178.
17. Jasielska A, Górska D. Badania porównawcze przetwarzania emocjonalnego w populacjach angielskich i polskich studentów – doniesienie z badań. *Stud Psychol* 2013; 51: 5-13.
18. Larsen SE. Are specific emotion regulation strategies differentially associated with posttraumatic growth versus stress. *J Aggres Maltreat Trauma* 2015; 24: 794-808.
19. Zhou X, Wu X, Zeng M i wsp. The relationship between emotion regulation and PTSD/PTG among adolescents after Ya'an earthquake: The mediating role of social support. *Acta Psychol Sin* 2016. 10.3724/SP.J.1041.2016.00969.
20. Ehring T, Quack D. Emotion regulation in trauma survivors. The role of trauma type and PTSD symptoms severity. *Behav Ther* 2010; 41: 581-597.
21. Tull M, Barret HM, McMillan ES i wsp. A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behav Ther* 2007; 38: 303-313.
22. Moore SA, Zoellner LA, Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behav Res Ther* 2008; 46: 993-1000.
23. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. W: *Posttraumatic growth and culturally competent practice*. Weiss T, Berger R (red.). John Wiley, Hoboken 2010; 1-14.
24. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria* 2009; 6: 15-25.
25. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
26. Moberly NJ, Watkins ER. Ruminative self-focus and negative affect: an experience sampling study. *J Abnorm Psychol* 2008; 117: 314-323.
27. Foa EB, Chrestman KR, Gilboa-Schechtman E. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2014.