

# Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi

*The role of rumination in occurrence of posttraumatic positive changes in people struggling with cancer*

Nina Ogińska-Bulik

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

*Psychoonkologia* 2016; 20 (1): 1–8  
DOI: 10.5114/pson.2015.55305

**Adres do korespondencji:**

prof. Nina Ogińska-Bulik  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet Łódzki  
ul. Smugowa 10/12  
91-433 Łódź  
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

## Streszczenie

**Wstęp:** Wśród uwarunkowań pozytywnych zmian potraumatycznych istotną rolę odgrywają procesy poznawcze, w tym ruminacje związane z przeżytym zdarzeniem. Podjęte badania miały na celu ustalenie, czy u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi występuje związek między poziomem ruminacji a nasileniem potraumatycznego wzrostu.

**Materiał i metody:** Analizie poddano wyniki 71 osób z różnymi rodzajami raka, w wieku 19–67 lat ( $M = 48,63$ ;  $SD = 12,71$ ). Większość badanych (60,6%) stanowiły kobiety. W badaniach wykorzystano Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu.

**Wyniki i wnioski:** U chorych onkologicznie występują pozytywne zmiany, ujawniane w postaci potraumatycznego wzrostu. Większe zmiany dotyczyły relacji z innymi i doceniania życia niż percepcji siebie i sfery duchowej. Obydwa rodzaje ruminacji (natrętne, refleksyjne) występujące zaraz po diagnozie choroby były dodatnio powiązane z poziomem potraumatycznego wzrostu. Natomiast uwzględniając ruminacje aktualne, jedynie te o charakterze refleksyjnym istotnie korelowały z poziomem wzrostu po traumie. Ten rodzaj ruminacji okazał się predyktorem pozytywnych zmian w relacjach z innymi i docenianiu życia. Zachęcanie ludzi zmagających się z chorobą nowotworową do ruminowania może się przyczynić do wystąpienia wzrostu po traumie.

## Abstract

**Introduction:** Among determinants of posttraumatic growth the essential role play cognitive processes, including event related rumination. The study aimed to establish whether in people struggling with cancer there is an association between the level of rumination and the severity of posttraumatic growth.

**Material and methods:** Results of 71 persons with various kinds of cancer, aged 19-67 years ( $M = 48.63$ ,  $SD = 12.71$ ). The majority of respondents (60.6%) were women. The Posttraumatic Growth Inventory and the Event Related Rumination Inventory were used in the study.

**Results and conclusions:** The results indicated the presence of posttraumatic positive changes in examined group. Major changes related to relations with others and appreciation of life than self-perception and spiritual sphere. Both types of rumination (intrusive, deliberate), analyzed soon after the diagnosis of cancer were positively linked to the level of posttraumatic growth. Taking into account the current rumination, only deliberate significantly correlated with the level of posttraumatic growth. This type of rumination proved to be a predictor of positive changes in relations with others and appreciation of life. Encouraging people struggling with cancer to ruminate may contribute to occur of growth after trauma.

**Słowa kluczowe:** ruminacje, wzrost potraumatyczny, choroba nowotworowa.

**Key words:** rumination, posttraumatic growth, cancer.

## **Choroba nowotworowa jako doświadczenie traumatyczne**

Choroba nowotworowa należy do grupy chorób zagrażających życiu jednostki. Z tego też względu u większości ludzi wzbudza silny stres o charakterze traumatycznym. Trauma wiążąca się z doświadczeniem choroby nowotworowej ma z reguły złożony charakter. Może to być trauma związana z procesem diagnozy, powagą choroby i stopniem zagrożenia dla życia, poczuciem osamotnienia związanym z pobytem w szpitalu, czasem trwania choroby, powtarzającymi się zabiegami czy procedurami medycznymi, a także niekorzystnym rokowaniem [1].

U wielu osób choroba nowotworowa pozostawia ślad w postaci zaburzeń po stresie traumatycznym (*posttraumatic stress disorder* – PTSD), przejawiających się w występowaniu intruzji, unikania i pobudzenia. W badaniach kobiet chorych na raka piersi w okresie 2 miesięcy od zakończenia leczenia zespół ten zdiagnozowano u 8,5% badanych [2]. Występowanie objawów PTSD w chorobie nowotworowej stwierdzono także w badaniach polskich. Kobiety z rakiem piersi ujawniały podobne nasilenie wszystkich trzech czynników świadczących o występowaniu PTSD: intruzji, unikania i pobudzenia, jak osoby doświadczające takich zdarzeń, jak gwałt czy uwięzienie [3].

## **Pozytywne zmiany wynikające z doświadczenia traumy**

Doświadczenie sytuacji o charakterze traumatycznym, w tym choroby zagrażającej życiu, oprócz wielu negatywnych następstw, może pociągać za sobą wystąpienie pozytywnych zmian, ujawnianych w postaci potraumatycznego wzrostu/rozwoju. Są to zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej [4, 5]. Zjawisko to zostało już dość dobrze opisane w polskiej literaturze [6].

Prowadzone badania wskazują, że u osób chorych onkologicznie potraumatyczny wzrost jest dość częstym zjawiskiem. Doświadczą go od 30% do 90% pacjentów [7]. Potwierdzają to polskie badania przeprowadzone wśród kobiet po zabiegu resekcji gruczołu piersiowego, z których wynika, że 50% badanych doświadczyło wysokiego poziomu pozytywnych zmian potraumatycznych [8]. Występowanie pozytywnych zmian nie oznacza jednak braku dystresu, cierpienia czy negatywnych emocji.

Pojawienie się wzrostu po traumie jest traktowane jako końcowy efekt z reguły bolesnego procesu zmagania się z kryzysem wywołanym doświadczeniem choroby.

Wśród czynników warunkujących występowanie pozytywnych zmian w wyniku doświadczenia choroby somatycznej, w tym nowotworowej, zwraca się uwagę na czynniki związane z samym wydarzeniem, wśród których wymienia się przede wszystkim powagę choroby i zagrożenie dla życia. Podkreśla się, że silniejszy wzrost jest związany z większą powagą choroby i większym zagrożeniem dla zdrowia [9]. W procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych wskazuje się także na znaczenie posiadanych zasobów osobistych i społecznych oraz stosowanych strategii radzenia sobie. Istotną rolę odgrywają również procesy poznawcze, w tym zdolność do przetwarzania informacji [4–6, 10]. Jednostka, konfrontując się z traumą, przeżywa nie tylko negatywne emocje, lecz także doświadcza myśli, wspomnień związanych z doświadczonym wydarzeniem, rozważa je, analizuje i stopniowo nadaje im nowe znaczenie, co sprzyja pojawianiu się zmian wzrostowych. Warto podkreślić, że wzrost po traumie nie pojawia się od razu, wymaga czasu i jest związany z poczuciem dyskomfortu oraz występowaniem negatywnych emocji. W dalszym etapie może jednak prowadzić do odkrywania nowych, nieznanych dotąd aspektów dotyczących własnego ja i swoich relacji z innymi. Staje się to podstawą tworzenia nowej wizji świata, budowania przekonań i poglądów dostosowanych do nowej rzeczywistości. Etap ten można określić jako proces przebudowy własnego życia. Występowanie pozytywnych zmian świadczy o „przepracowaniu” traumy i jest przejawem skuteczności poradzenia sobie z nią. Przepracowanie traumy wymaga zaangażowania procesów poznawczych, a przede wszystkim ruminacji.

## **Ruminacje a występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych**

Ruminacje są traktowane jako nawracające i pojawiające się bez wyraźnej przyczyny niepożądane myśli o charakterze natrętnym [11]. Ruminacjom przypisuje się z reguły negatywną konotację. Według Nolen-Hoeksemy [12] myślenie ruminacyjne to pasywna i utrzymująca się koncentracja uwagi na odczuwanych negatywnych emocjach, ich przyczynach i skutkach. Jest to typowe „przeżuwanie”

treści o zabarwieniu negatywnym, które prowadzi do obniżenia nastroju<sup>1</sup>. Jedną z przyczyn myślenia ruminacyjnego jest perseweratywne przetwarzanie poznawcze, rozumiane jako powtarzalna lub chroniczna aktywacja reprezentacji poznawczych doświadczanych stresorów [11].

Ruminacje można ujmować w dwojaki sposób. Pierwszy określa ruminacje jako pewnego rodzaju dyspozycję do rozważania i oceniania siebie i świata w określony sposób, który nie wiąże się wprost z aktualnie wykonywanymi działaniami ani też nie przyczynia się do zrozumienia czy wyjaśnienia aktualnej sytuacji. Drugi sposób traktuje ruminacje jako skłonność jednostki do rozważania konkretnej, najczęściej negatywnej, sytuacji życiowej. Na znaczenie tego rodzaju ruminacji w procesie wzrostu po traumie wskazuje wielu badaczy, w tym autorzy koncepcji potraumatycznego wzrostu [4, 5, 13].

Ruminacje odnoszące się do konkretnego wydarzenia mogą jednak pełnić zróżnicowaną funkcję. Jedne, określane mianem natrętnych/intruzywnych, mają charakter bardziej destrukcyjny. Są to automatycznie pojawiające się myśli, których jednostka nie jest w stanie kontrolować i które nie są powiązane z próbami rozwiązania problemu. Drugie z kolei – nazywane refleksyjnymi – są ruminacjami konstruktywnymi. Sprzyjają one przeanalizowaniu sytuacji w celu poszukiwania sposobów jej rozwiązania [11]. Ruminacje o charakterze intruzywnym z reguły sprzyjają podtrzymywaniu objawów stresu pourazowego [11, 14, 15]. Z kolei ruminacje refleksyjne służą „przepracowaniu traumy” i są traktowane jako czynnik sprzyjający pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych [11, 13, 16].

Szczególnie istotna wydaje się rola ruminacji w procesie pojawiania się pozytywnych zmian po doświadczonej traumie. Zagadnienie to stanowi nowy kierunek badań. Dostępne dane – choć nie wszystkie – wskazują na dodatni związek ruminacji, zwłaszcza refleksyjnych, z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Tęgo typu powiązania wykazano m.in. u osób zakażonych HIV, które zachorowały na AIDS [17], czy u osób, które doświadczyły zawału serca [18]. Dodatni związek między ruminacjami a występowaniem pozytywnych zmian po traumie ujawniono także u kobiet zmagających się z rakiem piersi [19] i u osób, które doświadczyły różnego rodzaju nowotworów [20]. Polskie badania dotyczące adaptacji *Event Related Rumination Inventory* [21] dostarczyły danych, z których wynika, że ruminacje natrętne

były powiązane dodatnio – choć słabo – z ogólnym wynikiem Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju i jego dwoma czynnikami, tj. zmianami w percepcji siebie i relacjach z innymi. Natomiast ruminacje refleksyjne wiązały się ze wszystkimi obszarami potraumatycznego wzrostu. Potwierdzeniem dodatniego związku między ruminacjami a występowaniem pozytywnych następstw doświadczonej traumy są wyniki badań przeprowadzone wśród pracowników służb ratowniczych [10]. Obydwa rodzaje ruminacji dodatnio korelowały z poziomem potraumatycznego wzrostu, ale silniejsze związki odnosiły się do ruminacji refleksyjnych.

W literaturze dostępne są również wyniki badań wskazujące na brak związku między ruminacjami a wzrostem po traumie, jak też na występowanie negatywnej zależności między zmiennymi. Dla przykładu, w badaniach o charakterze długofalowym przeprowadzonych wśród osób chorych na białaczkę wykazano, że ruminacje intruzywne występujące w trakcie leczenia nie pozwalały na przewidywanie potraumatycznego wzrostu po zakończonym procesie leczenia [22]. Podobnie w grupie osób zmagających się z rakiem jelita grubego wyjściowy poziom ruminacji intruzywnych i refleksyjnych nie pozwalał na przewidywanie potraumatycznego wzrostu 3 miesiące później [23]. Z kolei w badaniach Park i wsp. [24], obejmujących osoby chore onkologicznie, wykazano ujemny związek ruminacji intruzywnych z występowaniem pozytywnych zmian w wyniku doświadczonej traumy. Niejednoznaczne wyniki badań dotyczące zależności między ruminacjami a pozytywnymi następstwami traumy związanej z doświadczeniem choroby nowotworowej skłaniają do dalszych eksploracji w tym obszarze.

Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między nasileniem ruminacji, występujących zaraz po diagnozie choroby, jak również aktualnie, a poziomem potraumatycznego wzrostu u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Czy u badanych występują pozytywne zmiany, ujawniane w postaci potraumatycznego wzrostu?
- Jakiego było nasilenie ruminacji w badanej grupie chorych onkologicznie zaraz po diagnozie choroby, a jakie jest aktualnie?
- Czy płeć, wiek badanych i czas, jaki upłynął od diagnozy choroby, mają wpływ na poziom ruminacji i wzrostu po traumie?

<sup>1</sup>Szersze rozważania na temat rozumienia terminu ruminacje oraz koncepcje ruminacji przedstawiono w artykule *Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – polska adaptacja the Event Related Rumination Inventory*, autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego

- Czy ruminacje wiążą się z poziomem potraumatycznego wzrostu?
- Który z analizowanych rodzajów ruminacji pozwala na przewidywanie wzrostu po traumie?

## Material i metody

Badaniami objęto 80 osób chorych onkologicznie z różnymi rodzajami nowotworów<sup>2</sup>. Przeprowadzono je na terenie poradni onkologicznych jednej z klinik oraz jednego z łódzkich szpitali. Badanym wyjaśniono cel badań oraz poinformowano o ich anonimowości. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej komisji bioetyki. Do analizy włączono wyniki 71 osób<sup>3</sup>, z tego większość (60,6%) stanowiły kobiety. Wiek badanych mieścił się w zakresie 19–67 lat ( $M = 48,63$ ;  $SD = 12,71$ ). W badaniach wykorzystano Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR (*Posttraumatic Growth Inventory* – PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun [4], został zaadaptowany do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [25]. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego negatywnego wydarzenia życiowego/traumatycznego (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie do tego, co jest w życiu ważne”), do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając odpowiedzi od *nie doświadczyłem tej zmiany* (0 pkt) do *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu* (5 pkt). Im wyższa punktacja, tym wyższe nasilenie pozytywnych zmian. W polskiej wersji inwentarz mierzy 4 czynniki składające się na rozwój po traumie. Są to: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Wynik ogólny jest sumą czterech wymienionych czynników. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,93 (dla poszczególnych czynników od 0,63 do 0,87) i jest nieco wyższy niż dla wersji oryginalnej.

Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – IRONZ, jest polską adaptacją *Event Related Rumination Inventory* (ERRI), którego autorami są Cann i wsp. [11], przeprowadzoną przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [21]. Narzędzie to jest przeznaczone do oceny nasilenia ruminacji związanych z doświadczonym negatywnym zdarzeniem

życiowym. Zawiera dwie skale, z których każda złożona jest z 10 stwierdzeń. Pierwsza odnosi się do ruminacji natrętnych (np. „Myślałem/am o tym zdarzeniu nawet, kiedy nie chciałem/am o nim myśleć”), druga – do ruminacji refleksyjnych (np. „Zastanawiałem/am się, czy to zdarzenie miało dla mnie jakieś znaczenie”). Osoba badana dokonuje oceny na 4-stopniowej skali typu Likerta (0 – wcale nie, 1 – rzadko, 2 – czasami, 3 – często), określając, jak często doświadczyła opisanych w inwentarzu sytuacji w okresie kilku tygodni od doznanego zdarzenia. Wyniki obliczane są oddzielnie dla obydwu skal. Uzyskane wskaźniki zgodności wewnętrznej, oceniane za pomocą współczynników  $\alpha$  Cronbacha, są wysokie i wynoszą: 0,96 dla skali ruminacji natrętnych i 0,92 dla skali ruminacji celowych. Są one wyższe niż dla oryginalnej wersji narzędzia, dla którego wynosiły: 0,94 i 0,88 [11]. W badaniach wykorzystano dwukrotny pomiar ruminacji, tj. występujących bezpośrednio (w ciągu 2–3 tygodni) po diagnozie choroby oraz aktualnych, tj. występujących 2–3 tygodnie przed przeprowadzonym badaniem.

## Wyniki

W kolejnych krokach analizy wyników badań, zgodnie ze sformułowanymi pytaniami badawczymi, ustalono średnie analizowanych zmiennych, sprawdzono, czy płeć, wiek i czas, jaki upłynął od diagnozy choroby, wpływają na poziom potraumatycznego wzrostu oraz nasilenie ruminacji, obliczono współczynniki korelacji między zmiennymi oraz ustalono, który rodzaj ruminacji odgrywa predykcyjną rolę dla osobowego wzrostu. Rozkłady uzyskanych wyników, zarówno dla obydwu rodzajów ruminacji, jak i osobowego wzrostu, są zbliżone do normalnych. Dlatego też do obliczeń wykorzystano testy parametryczne, tj. test *t*-Studenta do ustalenia różnic między średnimi, i współczynniki korelacji 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.

Uzyskana przez badanych średnia potraumatycznego wzrostu mieści się na granicy 5 i 6 stena; jest to więc wynik oznaczający przeciętny poziom tej zmiennej. Przeliczając wyniki, zgodnie z normami opracowanymi dla IPR [25], można wskazać,

<sup>2</sup>Badania przeprowadziła uczestniczka seminarium magisterskiego Katarzyna Mikinka.

<sup>3</sup>Wyniki 9 osób odrzucono ze względu na niekompletność danych bądź współwystępowanie innych, oprócz choroby, zdarzeń traumatycznych.



że 15 spośród badanych (21,1%) ujawnia niski, 35 (49,3%) przeciętny i 21 (29,6%) wysoki poziom potraumatycznego wzrostu. Sprawdzono również, w którym obszarze występują największe zmiany. W tym celu uzyskane średnie poszczególnych czynników IPR podzielono przez liczbę przypadających na nie stwierdzeń. Istotnie większe zmiany ( $p < 0,01$ ) badani uzyskali w czynniku 2 – zmiany w relacjach z innymi ( $M = 3,42$ ,  $SD = 0,87$ ), i czynniku 3 – docenianie życia ( $M = 3,41$ ,  $SD = 1,16$ ), w porównaniu z pozostałymi dwoma czynnikami (czynnik 1 – zmiany w percepcji siebie:  $M = 2,65$ ,  $SD = 0,81$ , i czynnik 4 – zmiany w sferze duchowej:  $M = 2,64$ ,  $SD = 1,51$ ).

Uzyskane średnie wyniki ruminacji są zbliżone do wyników uzyskanych w badaniach normalizacyjnych [21] i mieszczą się w granicach 5–6 stena (uwzględniając płeć badanych). Nasilenie obydwu ruminacji zaraz po diagnozie choroby jest wprawdzie nieco wyższe niż ruminacji aktualnych (ocenianych na 2–3 tygodnie przed przeprowadzonym badaniem), ale różnice nie są istotne statystycznie. Porównując nasilenie obydwu rodzajów ruminacji między sobą, daje się zauważyć, że w pierwszym etapie, czyli zaraz po diagnozie choroby, średnia ruminacji natrętnych jest nieco wyższa w stosunku do refleksyjnych, natomiast w odniesieniu do ruminacji aktualnych nieco wyższy poziom odnosi się do ruminacji refleksyjnych; jednak w obydwu przypadkach występujące różnice nie są istotne statystycznie.

Płeć nie różnicuje w sposób istotny statystycznie nasilenia pozytywnych zmian składających się na potraumatyczny wzrost (mężczyźni:  $M = 60,64$ ,  $SD = 18,85$ ; kobiety:  $M = 65,07$ ,  $SD = 13,88$ ;  $t = -1,13$ ). Uwzględniając poszczególne wymiary wzrostu po traumie, zanotowano tylko jedną istotną różnicę – dotyczy ona doceniania życia. Kobiety uzyskały istotnie wyższe wyniki ( $M = 10,91$ ,  $SD = 3,11$ ) niż mężczyźni ( $M = 9,18$ ,  $SD = 3,87$ ,  $t = 2,08$ ,  $p < 0,05$ ).

Płeć nie wpływa na poziom ruminacji związanych z doświadczoną chorobą. Dotyczy to obydwu rodzajów ruminacji analizowanych bezpośrednio po diagnozie choroby (dla ruminacji natrętnych – mężczyźni:  $M = 14,14$ ,  $SD = 8,81$ , kobiety:  $M = 18,02$ ,  $SD = 8,43$ ,  $t = -1,86$ , dla ruminacji refleksyjnych, odpowiednio:  $M = 13,82$ ,  $SD = 7,44$ , i  $M = 15,74$ ,  $SD = 6,10$ ,  $t = -1,18$ ), jak i ruminacji aktualnych (natrętne – mężczyźni:  $M = 10,96$ ,  $SD = 5,82$ , kobiety:  $M = 13,81$ ,  $SD = 7,21$ ,  $t = -1,75$ , refleksyjne:  $M = 11,96$ ,  $SD = 5,53$  i  $M = 14,35$ ,  $SD = 5,18$ ,  $t = -1,84$ ).

Wiek badanych nie wpływa na poziom potraumatycznego wzrostu. Osoby młodsze, tj. poniżej 49 lat, nie różnią się od starszych ( $\geq 49$  lat) w zakresie nasilenia ogólnego wyniku IPR ( $M = 63,21$ ,

**Tabela 1.** Poziom potraumatycznego wzrostu i nasilenie ruminacji w badanej grupie chorych onkologicznie

**Table 1.** The level of posttraumatic growth and severity of rumination in examined group of cancer patients

	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Potraumatyczny wzrost – ogółem</b>	63,32	16,04
zmiany w percepcji siebie	23,83	7,27
zmiany w relacjach z innymi	23,95	6,10
docenianie życia	10,22	3,50
zmiany duchowe	5,28	3,02
<b>Ruminacje natrętne 1</b>	16,49	8,72
<b>Ruminacje refleksyjne 1</b>	14,99	6,67
<b>Ruminacje natrętne 2</b>	12,69	6,80
<b>Ruminacje refleksyjne 2</b>	13,41	5,40

*M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe

1 – ruminacje występujące bezpośrednio (2–3 tygodnie po zdarzeniu),

2 – ruminacje aktualne (występujące 2–3 tygodnie przed przeprowadzonym badaniem)

$SD = 16,48$  i  $M = 63,43$ ,  $SD = 15,86$ ,  $t = -0,06$ ) ani w zakresie żadnego z czynników wchodzących w jego skład. Podobnie wiek nie wpływa na poziom przejawianych ruminacji analizowanych bezpośrednio po diagnozie choroby (dla ruminacji natrętnych – młodszy:  $M = 17,38$ ,  $SD = 8,19$ , starszy:  $M = 15,68$ ,  $SD = 9,23$ ,  $t = 0,82$ , dla ruminacji refleksyjnych, odpowiednio:  $M = 15,32$ ,  $SD = 6,83$  i  $M = 14,68$ ,  $SD = 6,61$ ,  $t = 0,41$ ) i ruminacji aktualnych (natrętne – młodszy:  $M = 13,06$ ,  $SD = 6,05$ , starszy:  $M = 12,35$ ,  $SD = 7,49$ ,  $t = 0,43$ , refleksyjne:  $M = 13,38$ ,  $SD = 4,95$  i  $M = 13,43$ ,  $SD = 5,86$ ,  $t = -0,04$ ).

Sprawdzono również, czy czas od zdiagnozowania choroby wpływa na poziom potraumatycznego wzrostu i nasilenie ruminacji. U zdecydowanej większości badanych (67,9%) chorobę zdiagnozowano w ostatnim roku przed badaniem, u 19,3% w ciągu 1–2 lat, u 7,1% w ciągu 2–5 lat, u 5,7% – powyżej 5 lat. Ze względu na niewielką liczbę osób w poszczególnych kategoriach czasu badanych podzielono na dwie grupy, tj. o krótszym (do 1 roku przed badaniem) i dłuższym (powyżej 1 roku) czasie od zdiagnozowania choroby.

Czas od diagnozy choroby nie wpływa na poziom potraumatycznych zmian w badanej grupie chorych onkologicznie (osoby z krótszym czasem od diagnozy:  $M = 61,35$ ,  $SD = 17,10$ , z dłuższym:  $M = 67,43$ ,  $SD = 12,95$ ,  $t = -1,50$ ). Brak istotnych statystycznie różnic dotyczy także wszystkich czynników wchodzących w skład osobowego wzrostu. Czas od diagnozy choroby nie różnicuje także nasilenia ruminacji (dla ruminacji natrętnych – krótszy:  $M = 16,17$ ,  $SD = 8,34$ , dłuższy:  $M = 17,17$ ,  $SD = 9,63$ ,  $t = -0,45$ , dla ruminacji refleksyjnych odpowiednio:  $M = 15,29$ ,  $SD = 6,68$  i  $M = 14,35$ ,  $SD = 6,76$ ,  $t = 0,55$ ), jak ruminacji aktualnych (na-

**Tabela 2.** Współczynniki korelacji między ruminacjami a potraumatycznym wzrostem  
**Table 2.** Correlation coefficients between rumination and posttraumatic growth

Potraumatyczny wzrost	Ruminacje			
	natrętne 1	refleksyjne 1	natrętne 2	refleksyjne 2
ogółem	0,27*	0,27*	-0,04	0,28*
zmiany w percepcji siebie	0,18	0,20	0,08	0,20
zmiany w relacjach	0,24*	0,28*	0,05	0,35**
docenianie życia	0,25*	0,28*	0,04	0,31**
zmiany duchowe	0,19	0,07	0,04	0,10

\*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

1 – ruminacje występujące bezpośrednio (2–3 tygodnie po zdarzeniu), 2 – ruminacje aktualne (występujące 2–3 tygodnie przed przeprowadzonym badaniem)

trętne – krótszy:  $M = 13,00$ ,  $SD = 6,70$ , dłuższy:  $M = 12,04$ ,  $SD = 7,10$ ,  $t = 0,55$ , refleksyjne:  $M = 13,33$ ,  $SD = 5,59$  i  $M = 13,57$ ,  $SD = 5,11$ ,  $t = -0,16$ ).

W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, czy ruminacje wiążą się z nasileniem wzrostu po traumie, uwzględniając zarówno ogólny wynik IPR, jak i poszczególne jego wymiary. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawiono w tabeli 2.

Otrzymane współczynniki korelacji wskazują na istotne dodatnie powiązania ruminacji, zarówno natrętnych, jak i refleksyjnych, z nasileniem pozytywnych zmian ujawnianych w postaci potraumatycznego wzrostu. Nieco wyższe wartości współczynników dotyczą ruminacji refleksyjnych. Oznacza to, że im większa skłonność do analizowania przeżytej sytuacji, „rozmyślenia” o doświadczonej chorobie, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się pozytywnych zmian składających się na wzrost po traumie. Uwzględniając czas występowania ruminacji, daje się zauważyć, że bezpośrednio po diagnozie choroby obydwie ich rodzaje są powiązane z potraumatycznym wzrostem. Z kolei analizując ruminacje aktualne, można zaobserwować, że występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych wiąże się jedynie z ruminacjami o charakterze refleksyjnym. Warto zwrócić uwagę, że ruminowanie o doświadczonej chorobie, zarówno o charakterze natrętym, jak i refleksyjnym, występujące bezpośrednio po diagnozie jest istotnie powiązane tylko z pozytywnymi zmianami w relacjach z innymi i docenianiem życia; nie wiąże się natomiast z pozostałymi dwoma obszarami wzrostu. Ze zmianami w relacjach z innymi i docenianiem życia istotnie korelują także ruminacje refleksyjne występujące aktualnie. Ogólnie jednak wartości uzyskanych współczynników korelacji są niskie, co świadczy o słabej sile związku między zmiennymi.

W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, który z analizowanych rodzajów ruminacji pozwala na przewidywanie potraumatycznego wzrostu w badanej grupie chorych onkologicznie. W tym celu wykorzystano analizę regresji (wersja kroko-

wa postępująca). Zmiennymi wyjaśniającymi były 4 rodzaje ruminacji, natomiast zmienną wyjaśnianą stanowił zarówno ogólny wynik potraumatycznego wzrostu, jak i poszczególne jego wymiary.

Przeprowadzona analiza regresji nie ujawniła predyktorów dla ogólnego wyniku potraumatycznego wzrostu, co oznacza, że żaden z analizowanych rodzajów ruminacji nie pozwala na przewidywanie wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych w badanej grupie osób zmagających się z chorobą nowotworową. Natomiast uwzględniając poszczególne obszary wzrostu, wykazano predykcyjną rolę ruminacji refleksyjnych występujących aktualnie w procesie pojawiania się pozytywnych zmian w relacjach z innymi ( $\beta = 0,35$ ,  $R = 0,35$ ,  $R^2 = 0,12$ ) oraz doceniania życia ( $\beta = 0,33$ ,  $R = 0,36$ ,  $R^2 = 0,10$ ). W pierwszym przypadku wyjaśniają one 12%, a w drugim 10% wariacji zmiennej zależnej. Dodatni znak wskaźnika  $\beta$  informuje, że im osoba jest bardziej skłonna do ruminowania o przeżytej chorobie, tym doświadczy większych pozytywnych zmian w relacjach z innymi i tym bardziej będzie doceniać życie. Z kolei ruminacje natrętne występujące bezpośrednio po diagnozie choroby okazały się predyktorem zmian w sferze duchowej ( $\beta = 0,29$ ,  $R = 0,28$ ,  $R^2 = 0,05$ ). Ruminacje te wyjaśniają jednak zaledwie 5% wariacji zmiennej zależnej.

## Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki badań wskazują, że doświadczenie choroby nowotworowej może być dla ludzi źródłem pozytywnych zmian potraumatycznych. W badanej grupie chorych onkologicznie nie było osoby, która nie dostrzegłaby żadnych pozytywnych zmian wynikających ze zmagania się z chorobą, a 30% badanych ujawniło ich wysokie nasilenie. Większe zmiany dotyczyły relacji z innymi i doceniania życia niż zmian w percepcji siebie i sferze duchowej.

Uzyskany odsetek osób z wysokim poziomem wzrostu po traumie jest nieco niższy w porówna-

niu z danymi uzyskanymi w innej grupie chorych onkologicznie, obejmującej kobiety po mastektomii. W wymienionych badaniach wynosił on 50% [8]. Występujące różnice mogą się wiązać z rodzajem nowotworu, a także płcią badanych. Uczestnikami prezentowanych badań byli także mężczyźni, a większość doniesień wskazuje, że kobiety ujawniają większą skłonność do czerpania korzyści z doświadczonych zdarzeń traumatycznych [6]. Z przeprowadzonych badań wynika jednak, że płeć, wiek badanych i czas, jaki upłynął od diagnozy choroby, nie wpływają w sposób znaczący na poziom pozytywnych zmian ani na nasilenie ruminacji.

Ruminacje okazały się dodatnio powiązane z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Nieco silniejsze związki z potraumatycznym wzrostem dotyczą ruminacji refleksyjnych, związanych z poszukiwaniem sposobów poradzenia sobie z doświadczoną sytuacją, niż intruzywnych. Należy także podkreślić, że ruminowanie o doświadczonej chorobie jest powiązane tylko z niektórymi obszarami wzrostu po traumie, tj. z pozytywnymi zmianami w relacjach z innymi i docenianiem życia (ruminacje refleksyjne) i w nieznacznym stopniu ze zmianami w sferze duchowej (ruminacje natrętne).

Uzyskane zależności są zgodne z większością prowadzonych w tym zakresie badań. Wskazują one na istotne znaczenie w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych, przede wszystkim ruminacji refleksyjnych [17–20]. Jednakże ruminacje natrętne także mogą odgrywać pozytywną rolę dla czerpania korzyści z doświadczonego zdarzenia. Ruminacje intruzywne występujące bezpośrednio po zdarzeniu są sygnałem, że miało ono istotny wpływ na jednostkę i mogą stanowić prelude do ruminowania celowego, służącego poszukiwaniu sposobów poradzenia sobie z doświadczoną sytuacją. Wskazuje to na złożoną rolę ruminacji w procesie pojawiania się zmian potraumatycznych. Skłonność do ruminowania o doświadczonym zdarzeniu może początkowo wiązać się z podwyższeniem poczucia dystresu i negatywnych emocji (zwłaszcza gdy dominują ruminacje intruzywne), ale w późniejszym okresie (kiedy ruminacje intruzywne zmieniają się w refleksyjne) sprzyja poszukiwaniu sposobów poradzenia sobie z przeżytym wydarzeniem i występującymi emocjami, co w efekcie służy przepracowaniu traumy i pojawianiu się zmian wzrostowych. Występowanie ruminacji refleksyjnych wymaga jednak upływu czasu. Czas potrzebny na rozważanie problemu może służyć przepracowaniu traumy, nadaniu jej nowego znaczenia, poszukiwaniu skutecznych sposobów poradzenia sobie z nią, co w konsekwencji przyczynia się do wystąpienia potraumatycznego wzrostu [26].

Korzystna rola ruminacji, zwłaszcza refleksyjnych, w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych wynika przypuszczalnie z ich powiązania z posiadanymi przez ludzi zasobami osobistymi i społecznymi oraz kompetencjami w zakresie radzenia sobie z silnie stresującymi wydarzeniami. Zdają się to potwierdzać dane wskazujące na dodatnie powiązania ruminacji ze strategiami radzenia sobie sprzyjającymi pojawianiu się zmian wzrostowych, takimi jak pozytywne przewartościowanie, koncentracja na problemie, odwoływanie się do religii czy nadawanie sensu doświadczonym sytuacjom [11].

Związek między skłonnością do ruminowania a występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych ma podobny charakter jak związek intruzji – jednego z objawów składających się na zespół stresu pourazowego (PTSD) – z występowaniem tego rodzaju zmian.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na podobieństwa, ale także różnice obydwu terminów, jakimi są intruzje i ruminacje, zwłaszcza natrętne. Intruzje, odnoszące się podobnie jak ruminacje, do powracających myśli, obrazów i emocji związanych z traumą, trwają raczej krótko i odzwierciedlają doświadczenia samego urazu. Tymczasem ruminacje są ujmowane jako ciąg myśli będących następstwem doświadczonego zdarzenia, ale o dłuższym czasie trwania [15].

Wiele dotychczas przeprowadzonych badań wykazało dodatni związek intruzji z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych [6, 10, 26, 27]. Pociąga to za sobą potrzebę nieco innego spojrzenia na znaczenie procesów poznawczych (intruzje, ruminacje), które wcześniej traktowane były wyłącznie jako wskaźniki patologii. Analiza zagadnienia z perspektywy psychologii pozytywnej sugeruje, że tego typu procesy mogą – przynajmniej w pewnym zakresie – służyć człowiekowi i sprzyjać jego rozwojowi. Nie oznacza to jednak, że doświadczanie traumy jest czymś dobrym czy pożądanym. Nie jest też tożsame z poczuciem szczęścia. Może natomiast być szansą na bardziej sensowne i wartościowe życie.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Przeprowadzono je wśród osób zmagających się z różnymi rodzajami nowotworów, co mogło wpłynąć na uzyskane wyniki. Nie analizowano negatywnych skutków doświadczonego zdarzenia, jakim była choroba onkologiczna, np. w postaci objawów stresu pourazowego. Ocena występujących zmian była wynikiem samoopisu, co mogło w pewien sposób rzutować na uzyskane rezultaty. Pomimo przedstawionych ograniczeń uzyskane wyniki badań wnoszą nowe treści w zakresie konsekwencji zdarzeń o charakterze traumatycz-



nym związanych z doświadczeniem zagrażającej życiu choroby somatycznej. Mogą stanowić inspirację do dalszych poszukiwań, w których warto byłoby uwzględnić również rolę zasobów osobistych i podejmowanych strategii radzenia sobie z chorobą.

Prezentowana problematyka może mieć również istotne znaczenie dla praktyki. Wyniki badań mogą być przydatne przede wszystkim w interwencji kryzysowej, ale także w programach profilaktycznych, w ramach których należałoby zwrócić uwagę na rozwijanie umiejętności „przepracowywania” doznanej traumy, poprzez zachęcanie do ruminowania o doświadczonym zdarzeniu. Istotne wydaje się także kształtowanie kompetencji w zakresie radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami. Warto także pamiętać, że wystąpienie pozytywnych zmian po doświadczonej traumie to także szansa na budowanie odporności i lepsze radzenie sobie z wyzwaniami życiowymi, które mogą wystąpić w przyszłości. Uzyskane wyniki badań skłaniają do sformułowania następujących wniosków:

- u osób zmagających się z chorobą nowotworową występują pozytywne zmiany składające się na potraumatyczny wzrost; większe zmiany dotyczą relacji z innymi i doceniania życia niż percepcji siebie i sfery duchowej,
- płeć, wiek i czas, jaki upłynął od diagnozy choroby, nie wpływają na poziom potraumatycznego wzrostu ani na nasilenie ruminacji,
- ruminacje są dodatnio powiązane z występowaniem potraumatycznego wzrostu,
- ruminacje refleksyjne występujące bezpośrednio po diagnozie choroby odgrywają predykcijną rolę dla wystąpienia zmian w relacjach z innymi i doceniania życia,
- zachęcanie ludzi zmagających się z chorobą nowotworową do ruminowania może przyczynić się do wystąpienia wzrostu po traumie.

## Oświadczenie

Autorka nie zgłasza 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. Cordova MJ, Studs JL, Hann DM i wsp. Symptom structure of PTSD following breast cancer. *J Trauma Stress* 2000; 13: 301-309.
3. Widera A, Juczyński Z, Popiela T. Psychologiczne wyznaczniki stresu pourazowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach chirurgicznych. *Psychoonkologia* 2003; 7: 31-36.
4. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
5. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15: 1-8.
6. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy tży zamieniają się w perły. Wyd. Difin, Warszawa 2013.
7. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E i wsp. Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *Br J Health Psychol* 2008; 13: 633-646.
8. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Pol Forum Psych* 2010; 15: 125-139.
9. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2006; 25: 47-56.
10. Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wyd. Difin, Warszawa 2015.
11. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG i wsp. Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anx Stress Coping* 2011; 24: 137-156.
12. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed depressive/anxiety symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 504-511.
13. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillam J. The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. W: *Post-traumatic growth and culturally competent practice*. Weiss T, Berger R (red.). John Wiley, Hoboken 2010; 1-14.
14. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38: 319-345.
15. Ehring T, Ehlers A. Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *Psychotraumatology* 2014; 5: 235-247.
16. Taku K, Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies* 2008; 32: 428-444.
17. Bower JE, Kemeny ME, Taylor SE, Fahey JL. Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *J Consul Clin Psychol* 1998; 66: 979-986.
18. Gangstad B, Norman P, Barton J. Cognitive processing and post-traumatic growth following stroke. *Rehabil Psychol* 2009; 54: 69-75.
19. Chan MW, Ho SM, Tedeschi RG, Leung CW. The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psychooncology* 2011; 20: 544-552.
20. Morris B, Shakespeare-Finch J. Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modeling with cancer survivors. *Psychooncology* 2011; 20: 1176-1183.
21. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – polska adaptacja the Event Related Rumination Inventory. *Przegląd Psychologiczny* 2015; 4 (w druku).
22. Carboon I, Anderson VA, Pollard A i wsp. Posttraumatic growth following a cancer diagnosis: do world assumptions contribute? *Traumatology* 2005; 11: 269-283.
23. Salsman JM, Segerstrom SC, Brechting EH i wsp. Posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3 month longitudinal examination of cognitive processing. *Psychooncology* 2009; 18: 30-41.
24. Park CL, Chmielewski J, Blank TO. Posttraumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psychooncology* 2010; 19: 1139-1147.
25. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
26. Helgeson V, Reynolds K, Tomich P. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consul Clin Psychol* 2006; 74: 797-816.
27. Ogińska-Bulik N. Rola objawów stresu pourazowego w rozwoju po traumie u pracowników służb ratowniczych. W: *Rodzina i kariera*. Janicka I, Znajmiecka-Sikora M (red.). Wyd. UŁ, Łódź 2014; 389-402.