

ARTYKUŁY

[*Articles*]

RUMINACJE A WYSTĘPOWANIE NEGATYWNYCH I POZYTYWNYCH ZMIAN POTRAUMATYCZNYCH U OSÓB CHORYCH ONKOLOGICZNIE

Nina Ogińska-Bulik¹

RUMINATIONS AND THE OCCURRENCE OF POSTTRAUMATIC
NEGATIVE AND POSITIVE CHANGES IN PEOPLE
WITH ONCOLOGICAL DISEASE

Summary. Among the determinants of negative and positive posttraumatic changes, the essential role is attributed to cognitive activity, especially processes of ruminations. The study aimed to establish nature of a relationship between the level of ruminating of the world and own person (dispositional ruminations), ruminating of experienced negative event, which was cancer disease, and post-traumatic stress and posttraumatic growth.

The results of 60 persons, aged 18–78 years ($M = 50.4$, $SD = 17.74$), who suffer from craniofacial cancer were analyzed. The majority of respondents (68.3%) were women. The study used the revised Impact of Event Scale, the Posttraumatic Growth Inventory, the Rumination-Reflection Questionnaire and the Event Related Rumination Inventory.

Negative and positive changes resulting from experienced disease were observed in a group of examined persons. Greater role for negative and positive consequences of experienced trauma should be attributed to ruminations of experienced event than dispositional ruminations. Intrusive ruminations of the event foster symptoms of traumatic stress, and deliberate rumination foster growth after trauma.

Key words: posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, rumination, cancer

¹ Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki (Department of Health Psychology, Institute of Psychology, University of Lodz), ORCID: 0000-0001-8868-407X.

Adres do korespondencji: Nina Ogińska-Bulik,
e-mail: nogińska@uni.lodz.pl

Wprowadzenie

Negatywne i pozytywne następstwa zmagania się z chorobą nowotworową

Choroba nowotworowa należy do grupy chorób zagrażających życiu jednostki. Z tego też względu może być traktowana jako zdarzenie o charakterze traumatycznym. Dostępne badania (Cordova i in., 2000; Widera, Juczyński, Popiela, 2003; Shelby, Golden-Kreutz, 2008; Liu i in., 2017) wskazują, że doświadczenie choroby nowotworowej pociąga za sobą występowanie objawów składających się na zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD). Z drugiej jednak strony podkreśla się, że efektem zmagania się z chorobą nowotworową może być także wzrost po traumie (*posttraumatic growth* – PTG), ujawniany w postaci występowania pozytywnych zmian w percepcji siebie, relacjach z innymi czy filozofii życiowej (Tedeschi, Calhoun, 1996, 2004).

Prowadzone badania potwierdzają występowanie wzrostu po traumie wśród chorych onkologicznie (Mystakidou i in., 2008; Ogińska-Bulik, 2010, 2016). Należy jednak pamiętać, że pojawienie się pozytywnych zmian nie oznacza braku dystresu, cierpienia czy negatywnych emocji. Wzrost po traumie nie pojawia się od razu, wymaga czasu i jest związany, przynajmniej początkowo z poczuciem dyskomfortu. Na dalszych etapach zmagania się z traumą może jednak prowadzić do nadawania nowego znaczenia przeżytej sytuacji, 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 zmienionej rzeczywistości. Potraumatyczny wzrost jest więc traktowany jako końcowy efekt z reguły bolesnego procesu zmagania się z kryzysem wynikającym z doświadczonego zdarzenia.

Ruminacje a PTSD i PTG

Wśród czynników warunkujących występowanie zarówno negatywnych, jak i pozytywnych zmian potraumatycznych zwraca się uwagę na znaczenie aktywności poznawczej w postaci ruminacji, zwłaszcza odnoszących się do przeżytego zdarzenia (Tedeschi, Calhoun, 1996, 2004; Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010; Cann i in., 2011; Ogińska-Bulik, 2013, 2015).

Ruminowanie nie jest pojęciem jednoznacznym². Najczęściej jest ono rozumiane jako rozważanie, rozmyślanie czy „przeżuwanie” określonych treści, często pojawiających się bez wyraźnej przyczyny. Według Nolen-Hoeksemy (2000) myślenie ruminacyjne rozumiane jest jako pasywna i utrzymująca się koncentracja uwagi na

² 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 (2015).

odczuwanych negatywnych emocjach. Takie rozumienie ruminacji powiązane jest przede wszystkim z występowaniem objawów patologii, głównie depresji i lęku.

Ruminowanie może być także traktowane jako proces obejmujący nawracające myśli dotyczące doświadczonego zdarzenia traumatycznego, które mogą mieć zarówno charakter negatywny, jak i pozytywny (Calhoun, Tedeschi, 1998). Ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu ma na celu przede wszystkim poznawcze przetworzenie traumy. Jednostka przeżywa nie tylko negatywne emocje, ale także doświadcza myśli, wspomnień związanych z doświadczonym wydarzeniem, rozważa je, analizuje i stopniowo nadaje im nowe znaczenie.

Badacze zajmujący się tą problematyką (Tedeschi, Calhoun, 2004; Calhoun, Tedeschi, 2006; Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010; Cann i in., 2011) wyróżniają dwa rodzaje ruminacji odnoszących się do negatywnego wydarzenia życiowego. Jedne, określane mianem natrętnych/intruzywnych (*intrusive rumination*), 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 (*deliberate rumination*) – są ruminacjami konstruktywnymi i służą przeanalizowaniu sytuacji w celu poszukiwania sposobów jej rozwiązania. Ruminacje o charakterze intruzywnym z reguły sprzyjają podtrzymywaniu objawów stresu pourazowego (Ehlers, Clark, 2000; Cann i in., 2011; Ehling, Ehlers, 2014). Z kolei ruminacje refleksyjne są traktowane jako czynnik sprzyjający pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych (Taku i in., 2008; Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010; Cann i in., 2011).

O ile związek między ruminowaniem, zwłaszcza o charakterze intruzywnym, a występowaniem PTSD wydaje się dość oczywisty, to zagadnienie powiązań ruminacji z PTG jest bardziej złożone, zwłaszcza w odniesieniu do sytuacji doświadczonej choroby nowotworowej. Dostępne dane – choć nie wszystkie – wskazują na dodatni związek ruminacji, zwłaszcza refleksyjnych, z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych wynikających z choroby nowotworowej (Chan i in., 2011; Morris, Shakespeare-Finch, 2011). Potwierdzają to również polskie badania przeprowadzone wśród osób z różnymi rodzajami nowotworów (Ogińska-Bulik, 2016), a także u rodziców dzieci opiekujących się dziećmi chorymi onkologicznie (Ogińska-Bulik, Ciechomska, 2016).

Dostępne są również wyniki badań wskazujące na brak związku między ruminacjami a wzrostem po traumie, a także 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 (Carboon i in., 2005). 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 (Salsman i in., 2009). Z kolei w innych badaniach, obejmujących osoby chore onkologicznie (Park, Chmielewski, Blank,

2010), wykazano ujemny związek ruminalcji intruzywnych z występowaniem pozytywnych zmian w wyniku doświadczonej traumy. Niejednoznaczne wyniki badań dotyczące zależności między ruminowaniem a pozytywnymi następstwami traumy, związanej z doświadczeniem choroby nowotworowej, skłaniają do dalszych eksploracji w tym obszarze.

Ruminacje można również rozpatrywać jako względnie stałą tendencję do rozmyślania o sobie i świecie, niezależnie od doświadczanych zdarzeń. W tym przypadku ruminowanie jest traktowane jako właściwość osobowości (ruminowanie dyspozycyjne, określane także jako styl ruminowania). Takie rozumienie ruminalcji prezentują m.in. Trapnell i Campbell (1999). Wymienieni badacze akcentują tendencję człowieka do kierowania uwagi na własną osobę (samoświadomość), podkreślając dyspozycyjny charakter procesów poznawczych. Trapnell i Campbell (por. także: Słowińska, Zbieg, Oleszkowicz, 2014) wyróżnili dwa rodzaje aktywności umysłowej człowieka, z których jeden pomaga w funkcjonowaniu jednostki (refleksyjność), a drugi przeszkadza (ruminacje, czyli negatywne procesy refleksyjne). Refleksyjność jest traktowana jako forma samoświadomości prywatnej, motywowana poznawczą ciekawością siebie. Ruminacja natomiast to forma samoświadomości, która charakteryzuje się mimowolną, długotrwałą koncentracją na własnych myślach, zazwyczaj odnoszących się do przeszłości. Ten rodzaj aktywności poznawczej jest najczęściej wynikiem spostrzeganych zagrożeń, strat, poczucia niesprawiedliwości względem własnej osoby i wiąże się z neurotycznością. Te dwa rodzaje ogólnej aktywności umysłowej nawiązują do prezentowanego rozróżnienia na ruminacje nieadaptacyjne (typowe przeżuwanie myśli) oraz adaptacyjne, które często łączą się z pozytywnymi cechami jednostki, jak otwartość na doświadczenia czy zdolność do rozwiązywania problemów (Radoń, 2014).

Prowadzone badania dotyczące ruminalcji i refleksji traktowanych w kategoriach dyspozycji wskazały na większe możliwości adaptacyjne i wyższy dobrostan osób charakteryzujących się refleksyjnością (Słowińska, Zbieg, Oleszkowicz, 2014). Może to sugerować, że tego typu aktywność umysłowa będzie także wiązała się z następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Brak w Polsce takich badań uzasadnia potrzebę eksploracji zjawiska.

Cel i metoda badań

Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między ruminowaniem, traktowanym zarówno jako względnie stała właściwość jednostki (dyspozycja), jak i ruminowaniem o doświadczonym zdarzeniu, a negatywnymi (objawy PTSD) i pozytywnymi (PTG) następstwami traumy, związanej z doświadczeniem choroby nowotworowej. Ze względu na możliwe różnice w nasileniu PTSD i PTG w zależności od zmiennych socjodemograficznych kontrolowano także płeć, wiek badanych oraz czas, jaki upłynął od diagnozy choroby. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- W jakim stopniu u badanych występują negatywne i pozytywne konsekwencje wynikające z doświadczenia choroby nowotworowej?
- Jakie jest nasilenie ruminacji, traktowanych jako względnie stała właściwość jednostki, oraz ruminacji związanych z doświadczoną chorobą?
- Czy płeć, wiek badanych i czas, jaki upłynął od diagnozy choroby, są powiązane z PTSD i PTG?
- Czy ruminacje wiążą się z poziomem PTSD i PTG?
- Który z analizowanych rodzajów ruminacji pozwala na przewidywanie PTSD i PTG?

Odwołując się do modelu wzrostu po traumie (Calhoun, Tedeschi, 2006; Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010), założono, że predyktorami zarówno negatywnych, jak i pozytywnych następstw doświadczonej traumy będą przede wszystkim ruminacje związane z negatywnym zdarzeniem. Dla objawów PTSD predyktorem będą ruminacje natrętne, natomiast dla PTG predykcyjną funkcję będą pełniły przede wszystkim ruminacje refleksyjne. Z kolei, zgodnie z modelem Trapnella i Campbell (1999), uwzględniającym dyspozycje do ruminowania, można przypuszczać, że ruminacje negatywne, utożsamiane z „przeżywaniem” myśli będą dodatkowo powiązane z objawami PTSD, a refleksyjność, traktowana jako ruminacja pozytywna, z PTG.

Analizie poddano wyniki badań uzyskane od 60 osób w wieku 18–78 lat ($M = 50,4$, $SD = 17,74$), które chorowały na nowotwory złośliwe w obrębie twarzoczaszki (tj. wargi, podniebienia, ślinianki przyusznej, oka, części nosowej gardła, jamy nosowej, ucha środkowego i zatok przynosowych) i które zadeklarowały, że przeżyta choroba była dla nich sytuacją traumatyczną. Badania przeprowadzono w jednym z łódzkich zakładów opieki zdrowotnej, zajmujących się protetyką twarzy³. Większość badanych stanowiły kobiety (68,3%). Uczestnikom wyjaśniono cel badań oraz poinformowano o ich anonimowości. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej Komisji Bioetyki.

W badaniach wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, Kwestionariusz Ruminacji-Refleksyjności oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu.

Skala Wpływu Zdarzeń jest polską adaptacją zrewidowanej wersji Impact of Event Scale (IES-R), autorstwa Weissa i Marmara (1997), opracowaną przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2009). Zawiera ona 22 twierdzenia (np. „Gdy tylko przypominałem sobie to zdarzenie, wracały emocje”) i uwzględnia trzy wymiary PTSD: 1) intruzję, wyrażającą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą; 2) pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi oraz 3) unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów

³ Badania przeprowadziła uczestniczka seminarium magisterskiego.

związanych z traumą. Zgodnie z instrukcją osoba badana najpierw opisuje negatywne wydarzenie życiowe (w tym przypadku była to diagnoza choroby nowotworowej), a następnie dokonuje oceny objawów, posługując się 5-stopniową skalą typu Likerta (0–4). Skala służy do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałymi negatywnymi wydarzeniami. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi parametrami psychometrycznymi (wskaźnik *alfa* Cronbacha = ,75).

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR (*Posttraumatic Growth Inventory* – PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun (1996), został zaadaptowany do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2010). Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego negatywnego wydarzenia życiowego/traumatycznego (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie 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 wymienionych czynników. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi ,93 (dla poszczególnych czynników od ,63 do ,87) i jest nieco wyższy niż dla wersji oryginalnej.

Kwestionariusz Ruminacji-Refleksyjności – KRR jest polską adaptacją (Radoń, 2014) zmodyfikowanej przez Carter (2010) wersji *Rumination-Reflection Questionnaire*, którego autorami są Trapnell i Campbell (1999). Narzędzie obejmuje 13 pozycji (np. „Moja uwaga jest często tak skupiona na różnych cechach mojej osoby, że nie mogę się od tego uwolnić”), do których osoba badana ma się ustosunkować, posługując się 5-stopniową skalą (od 1 – *nie zgadzam się całkowicie* do 5 – *zgadzam się całkowicie*). Narzędzie pozwala na ocenę dwóch aspektów ruminowania dotyczących świata i własnej osoby, tj. negatywnego, określanego jako ruminacje, obejmującego nieelastyczne wzorce myśli i odczuć oraz pozytywnego w postaci refleksyjności, na które składa się skłonność do zastanawiania się i rozwiązywania problemów. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące, choć niższe niż w wersji oryginalnej, parametry psychometryczne; wskaźnik *alfa* Cronbacha dla ruminacji wynosi ,77, a dla refleksyjności ,79.

Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – IRoNZ jest polską adaptacją *The Event Related Rumination Inventory* – ERRI, której autorami są Cann i wsp. (2011), przeprowadzoną przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2015). IRoNZ jest narzędziem przeznaczonym do oceny nasilenia ruminacji związanych z doświadczonym negatywnym zdarzeniem życiowym. Zawiera 2 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

– 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*), 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 *alfa* Cronbacha, są wysokie i wynoszą ,96 dla skali ruminacji natrętnych i ,92 dla skali ruminacji celowych. Są one nieco wyższe niż dla oryginalnej wersji narzędzia, dla którego wynosiły ,94 i ,88 (Cann i in., 2011).

Wyniki badań

W kolejnych krokach analizy wyników badań, zgodnie ze sformułowanymi pytaniami badawczymi, ustalono średnie analizowanych zmiennych, sprawdzono, czy płeć, wiek i czas, jaki upłynął od wystąpienia choroby, są powiązane z poziomem negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy, obliczono współczynniki korelacji między zmiennymi oraz ustalono, które rodzaje ruminacji pełnią predykcyjną funkcję dla PTSD i PTG.

Rozkłady wyników uwzględnionych w badaniu 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 uwzględnionych w badaniach zmiennych.

Tabela 1. Poziom analizowanych zmiennych

	<i>M</i>	<i>SD</i>
PTSD – ogółem	43,63	18,10
– intruzje	15,21	8,52
– pobudzenie	14,30	6,56
– unikanie	14,12	5,71
Potraumatyczny wzrost – ogółem	59,41	18,77
– zmiany w percepcji siebie	24,32	9,02
– zmiany w relacjach z innymi	20,32	7,27
– docenianie życia	10,37	3,63
– zmiany duchowe	4,40	2,74

cd. tabeli 1

Ruminacje negatywne (KRR)	15,82	4,69
Ruminacje pozytywne – refleksyjność (KRR)	20,10	4,65
Ruminacje natrętne (IRoNZ)	16,83	9,56
Ruminacje refleksyjne (IRoNZ)	17,33	7,56

Oznaczenia: *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe.

Uzyskany przez badanych wynik ogólny Skali Wpływu Zdarzeń nie odbiega w sposób znaczący od danych normalizacyjnych (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009). Bardziej szczegółowa analiza⁴ wskazała, że zdecydowana większość badanych, tj. 76,7%, ujawniła umiarkowane bądź wysokie nasilenie objawów PTSD. Niskie nasilenie tych symptomów wykazało zaledwie 23,3% badanych. Sprawdzono również, czy w badanej grupie osób występują różnice w nasileniu poszczególnych objawów, składających się na PTSD. Uzyskane średnie podzielono przez liczbę pozycji przypadających na każdy z symptomów. Poziom pobudzenia ($M = 2,04$, $SD = ,93$) okazał się najwyższy, ale nie różni się istotnie statystycznie od poziomu pozostałych symptomów PTSD (intruzje: $M = 1,91$, $SD = 1,06$; unikanie: $M = 2,01$, $SD = ,81$).

Uzyskana przez badanych średnia potraumatycznego wzrostu odpowiada wartości 5 stena; jest to więc wynik oznaczający przeciętny poziom tej zmiennej. Przeliczając wyniki, zgodnie z normami opracowanymi dla IPR (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010), można wskazać, że spośród badanych 33,3% ujawnia niski, 43,4% – przeciętny i 23,3% – 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 ($p < ,01$) badani uzyskali w czynniku 3 – docenianie życia ($M = 3,46$, $SD = 1,21$) w porównaniu z pozostałymi (czynnik 1 – zmiany w percepcji siebie: $M = 2,70$, $SD = 1,00$, czynnik 2 – zmiany w relacjach z innymi: $M = 2,90$, $SD = 1,03$, czynnik 4 – zmiany w sferze duchowej: $M = 2,02$, $SD = 1,36$).

Uzyskane średnie ruminacji/refleksyjności, mierzonych za pomocą KRR, nie odbiegają w sposób znaczący od oryginalnej, 13-itemowej wersji narzędzia (Carter, 2010), w której średnia dla ruminacji negatywnych wynosiła 16,80 ($SD = 4,97$), a pozytywnych (refleksyjność) – 22,11 ($SD = 5,45$). Autor polskiej wersji kwestionariusza (Radoń, 2014) nie podaje średnich wartości tych zmiennych.

Uzyskane średnie wyniki ruminacji odnoszących się do doświadczanego zdarzenia, mierzone za pomocą IRoNZ, są zbliżone do wyników uzyskanych w bada-

⁴ Zgodnie z kryteriami ustalonymi dla Skali Wpływu Zdarzeń za kryterium podziału przyjęto wartość 30 punktów.

niach normalizacyjnych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2015). Średnie obydwu typów ruminowania o doświadczonym zdarzeniu, zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet, odpowiadają wartości 5–6 stena.

Ruminacje negatywne, traktowane w kategoriach dyspozycji, mierzone KRR, istotnie korelują z ruminacjami odnoszącymi się do doświadczonego zdarzenia, zarówno natrętymi ($r = ,33, p < ,01$), jak i refleksyjnymi ($r = ,36, p < ,01$). Nie zanotowano natomiast istotnego związku refleksyjności, mierzonej KRR, z ruminacjami odnoszącymi się do doświadczonego zdarzenia (natrętne: $r = ,03$, refleksyjne: $r = ,23, p < ,10$), choć w tym drugim przypadku współczynnik korelacji jest na poziomie trendu.

Płeć różnicuje nasilenie objawów PTSD. Kobiety uzyskały istotnie wyższe nasilenie tych symptomów ($M = 47,75, SD = 14,79$) w porównaniu z mężczyznami ($M = 34,73, SD = 21,56, t = 2,73, p < ,01$). Czynnikiem różnicującym okazał się również czas od wystąpienia zdarzenia traumatycznego. Osoby, które doświadczyły choroby w okresie ostatnich 5 lat przed przeprowadzonym badaniem, ujawniły znacząco wyższy poziom objawów PTSD ($M = 50,43, SD = 16,95$) w porównaniu z osobami, które doznały jej wcześniej, tj. więcej niż 5 lat przed przeprowadzonym badaniem ($M = 35,85, SD = 16,38, t = 3,33, p < ,001$). Wiek nie wiązał się z poziomem objawów PTSD ($r = -,02$).

Płeć różnicuje w sposób istotny statystycznie nasilenie pozytywnych zmian, składających się na potraumatyczny wzrost (mężczyźni: $M = 51,52, SD = 20,62$, kobiety: $M = 62,56, SD = 17,00, t = -2,18, p < ,05$). Czas od wystąpienia choroby nie wiąże się z poziomem PTG (krótszy, tj. poniżej 5 lat: $M = 62,59, SD = 19,12$, dłuższy, tj. 5 lat i więcej: $M = 55,03, SD = 17,85, t = 1,57$). Wiek również nie wiąże się z nasileniem objawów PTG ($r = ,03$).

W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, czy aktywność poznawcza jednostki, ujawniana w postaci ruminowania, wiąże się z nasileniem objawów PTSD (tabela 2) i PTG (tabela 3).

Tabela 2. Współczynniki korelacji między ruminacjami a objawami PTSD

	PTSD – ogółem	Intruzje	Pobudzenie	Unikanie
Ruminacje negatywne (KRR)	,26*	,23	,33**	,10
Ruminacje pozytywne – refleksyjność (KRR)	,11	,13	,10	,03
Ruminacje natrętne (IRoNZ)	,76***	,81***	,70***	,41***
Ruminacje refleksyjne (IRoNZ)	,55***	,56***	,42***	,44***

Oznaczenia: * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

Z objawami PTSD, a przede wszystkim z pobudzeniem koreluje ogólna skłonność do ruminowania o świecie i własnej osobie. Tendencja do refleksyjności nie wiąże się z żadnym z wymiarów PTSD. Istotne silne powiązania z poziomem symptomów wchodzących w skład PTSD dotyczą ruminacji o doświadczonym zdarzeniu. Wyższe wartości współczynników odnoszą się do ruminacji natrętnych niż refleksyjnych (poza wymiarem unikanie).

Tabela 3. Współczynniki korelacji między ruminacjami a PTG

	PTG – ogółem	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Ruminacje negatywne (KRR)	,10	,12	,01	,09	,27*
Ruminacje pozytywne – refleksyjność (KRR)	,26*	,38**	,11	,12	-,01
Ruminacje natrętne (IRoNZ)	,39**	,19	,38**	,55***	,40**
Ruminacje refleksyjne (IRoNZ)	,47***	,35**	,41***	,55***	,29*

Oznaczenia: * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie. Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi. Cz. 3. Docenianie życia. Cz. 4. Zmiany w sferze duchowej.

Przedstawione współczynniki korelacji wskazują na dodatnie powiązania dyspozycji do refleksyjności z poziomem PTG, szczególnie w odniesieniu do pozytywnych zmian w percepcji siebie. Tendencja do ruminowania o świecie i własnej osobie wiązała się jedynie – dodatnio – ze zmianami w sferze duchowej. Znacznie więcej powiązań z PTG, i to o większej sile, zanotowano, uwzględniając ruminacje odnoszące się do doświadczonego zdarzenia, jakim była choroba nowotworowa. Dotyczy to zarówno ruminacji natrętnych, jak i refleksyjnych, choć nieco wyższe wartości współczynników odnoszą się do ruminacji refleksyjnych, biorąc pod uwagę zarówno wynik ogólny IPR, jak i zmiany w percepcji siebie oraz w relacjach z innymi. Ogólnie im większa skłonność do ruminowania o doświadczonej chorobie, tym większe nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych.

W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, który rodzaj ruminacji pełni predykcyjną funkcję dla negatywnych i pozytywnych następstw wynikających z doświadczonej choroby. W tym celu wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa postępująca). Zmiennymi wyjaśniającymi były dwa rodzaje ruminacji traktowanych jako dyspozycje (ruminacje, refleksyjność) oraz dwa rodzaje ruminacji związanych z doświadczonym zdarzeniem (natrętne, refleksyjne). Uzyskane wyniki prezentują tabele 4 i 5.

Tabela 4. Predyktory PTSD (ogółem)

Predyktory	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p
Ruminacje natrętne (IRoNZ)	,76	,08	1,43	,16	8,96	,001
Wartość stała			12,56	7,25	1,73	,07

$R = ,73$; $R^2 = ,59$; skoryg. $R^2 = ,58$; $F(2,57) = 40,92$; $p < ,001$.

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; B – niestandaryzowany współczynnik regresji; t – wartość testu t; p – poziom istotności; R – współczynnik korelacji; R^2 – współczynnik determinacji.

Predyktorem PTSD okazały się ruminacje natrętne, które wyjaśniają 58% wariacji zmiennej zależnej. Im wyższe jest ich nasilenie, tym wyższy poziom objawów składających się na PTSD. Do testowanego modelu weszła jeszcze refleksyjność, ale okazała się zmienną nieistotną statystycznie. Bardziej szczegółowa analiza, uwzględniająca poszczególne wymiary wchodzące w skład tego zespołu, potwierdziła predykcyjną rolę ruminalacji natrętnych dla intruzji ($Beta = ,84$; $R^2 = ,66$) oraz pobudzenia ($Beta = ,76$; $R^2 = ,49$). Żaden z analizowanych rodzajów ruminalacji nie pozwala na przewidywanie wystąpienia objawów charakterystycznych dla unikania.

Tabela 5. Predyktory PTG (ogółem)

Predyktory	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p
Ruminacje refleksyjne (IRoNZ)	,34	,16	1,83	,41	2,05	,05
Wartość stała			29,56	10,49	2,81	,01

$R = ,53$; $R^2 = ,28$; skoryg. $R^2 = ,23$; $F(4,55) = 5,40$; $p < ,01$.

Predykcyjną funkcję dla PTG pełni ruminowanie refleksyjne o doświadczonym zdarzeniu, które wyjaśnia 23% wariacji zmiennej zależnej. Im większa skłonność do refleksyjnego ruminowania o doznanej chorobie, tym wyższe nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych. Do testowanego modelu weszły także pozostałe zmienne, ale okazały się one nieistotne statystycznie. Dalsza analiza wskazała na nieco bardziej złożony obraz zależności między zmiennymi. I tak, dla cz. 1. PTG, tj. zmian w percepcji siebie, ujawniono dwa predyktory. Okazały się nimi refleksyjność, traktowana w kategoriach dyspozycji ($Beta = ,37$; $R^2 = ,14$) oraz ruminacje refleksyjne o doświadczonym zdarzeniu ($Beta = ,32$; $R^2 = ,07$). Udział refleksyjności odnoszącej się do świata i własnej osoby w wyjaśnianiu zmiennej zależnej jest dwukrotnie większy (14%) w porównaniu z ruminowaniem refleksyjnym o doznanej chorobie (7%).

Czynnik 2 PTG, tj. zmiany w relacjach z innymi, jest wyjaśniany tylko przez ruminacje refleksyjne ($Beta = ,29$; $R^2 = ,17$). Predykcyjną funkcję dla cz. 3 PTG, tj. doceniania życia, pełnią obydwa rodzaje ruminacji o doświadczonym zdarzeniu, tj. refleksyjne ($Beta = ,34$; $R^2 = ,31$) i natrętne ($Beta = ,37$; $R^2 = ,05$), przy czym udział ruminacji natrętnych jest niewielki (5%). Ruminowanie natrętne okazało się także predyktorem zmian w sferze duchowej (cz. 4 PTG), wyjaśniając 16% wariancji zmiennej zależnej ($Beta = ,34$; $R^2 = ,16$).

Dyskusja

Uzyskane wyniki badań wskazują, że doświadczenie choroby nowotworowej może być dla ludzi źródłem zarówno negatywnych, jak i pozytywnych zmian potraumatycznych. Zdecydowana większość badanych, tj. 76,7%, ujawniła umiarkowane bądź wysokie nasilenie objawów PTSD, co potwierdza stresogenność zdarzenia, jakim jest doświadczenie choroby nowotworowej. Z drugiej jednak strony podejmowane próby poradzenia sobie z chorobą sprzyjają występowaniu pozytywnych zmian, wyrażonych w postaci potraumatycznego wzrostu. Nie oznacza to jednak, że doświadczenie traumy jest czymś dobrym czy pożądanym. Nie jest też tożsame z poczuciem szczęścia. Może natomiast być szansą na bardziej sensowne i wartościowe życie. W badanej grupie osób, które zmagają się z chorobą nowotworową, nieco ponad 23% badanych ujawniło wysoki poziom wzrostu po traumie. Największe zmiany zanotowano w czynniku docenianie życia.

Uzyskany odsetek osób z wysokim poziomem wzrostu po traumie jest jednak niższy w porównaniu z danymi uzyskanymi w innej grupie chorych onkologicznie, obejmującej kobiety po mastektomii. W wymienionych badaniach wynosił on 50% (Ogińska-Bulik, 2010). Występujące różnice mogą wiązać się z rodzajem nowotworu. Nowotwory twarzoczaszki mogą być przyczyną silniejszego stresu, gdyż bezpośrednio wiążą się z wyglądem, co w efekcie może prowadzić do mniejszego wzrostu.

Ruminacje o doświadczonej chorobie silniej wiążą się zarówno z negatywnymi, jak i pozytywnymi następstwami doznanej traumy niż ogólna skłonność do ruminowania o świecie i własnej osobie. Zgodnie z przewidywaniami predykcyjną funkcję dla PTSD pełnią ruminacje natrętne, choć zanotowano także dodatnie związki tej zmiennej z ogólnym wskaźnikiem PTSD oraz jednym z jego wymiarów, tj. pobudzeniem.

W przypadku PTG predykcyjną funkcję pełnią obydwa rodzaje ruminacji o doświadczonej sytuacji, ale większe znaczenie należy przypisać ruminacjom refleksyjnym. Ruminacje natrętne zdają się sprzyjać jedynie docenianiu życia i zmianom w sferze duchowej. Istotną rolę w przewidywaniu pozytywnych zmian potraumatycznych odgrywa także refleksyjność, ujmowana w kategoriach dyspozycji, ale tylko w odniesieniu do jednego z obszarów PTG, tj. zmian w percepcji siebie.

Uzyskane zależności są zgodne z większością prowadzonych w tym zakresie badań, które wskazują, że w pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych szczególnie znaczenie mają przede wszystkim ruminacje refleksyjne (Bower i in., 1998; Gangstad, Norman, Barton, 2009; Chan i in., 2011; Morris, Shakespeare-Finch, 2011; Stockton, Hunt, Joseph, 2011).

Warto jednak podkreślić, że 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 preludium do ruminowania refleksyjnego (celowego), służącego poszukiwaniu sposobów poradzenia sobie z doświadczoną sytuacją. Wskazuje to na złożoną rolę ruminacji w procesie pojawiania się zmian potraumatycznych.

Ponadto ruminowanie 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 przeżyтым 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 rozwiązanie problemu, jak podkreślają Helgeson, Reynolds i Tomich (2006), może służyć przepracowaniu traumy, nadaniu mu nowego znaczenia, poszukiwaniu skutecznych sposobów poradzenia sobie z nim, co w konsekwencji prowadzi do wystąpienia potraumatycznego wzrostu.

Korzystna rola ruminacji, zwłaszcza refleksyjnych, w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych przypuszczalnie wynika z ich powiązania z posiadanymi przez ludzi zasobami osobistymi i społecznymi. Do takich zasobów można zaliczyć refleksyjność, określaną także jako pozytywne ruminowanie. Jak wykazały wyniki przeprowadzonych badań, dyspozycyjna refleksyjność, wyrażająca się w tendencji do rozmyślenia, przede wszystkim o sobie, ale także o otaczającym świecie, sprzyja występowaniu wzrostu po traumie. Tego typu refleksyjność jest dodatnio powiązana ze zmienną osobowościową, jaką jest otwartość na nowe doświadczenia (Słowińska, Zbieg, Oleszkowicz, 2014). Z kolei, jak wskazują Linley i Joseph (2004), otwartość na doświadczenia wiąże się pozytywnie z potraumatycznym wzrostem. Jednakże znaczenie refleksyjności w występowaniu wzrostu po traumie, jak wykazały przeprowadzone badania, jest znacząco słabsze niż refleksyjne ruminowanie o doznanym zdarzeniu.

Korzystna rola ruminacji refleksyjnych dla występowania pozytywnych zmian potraumatycznych może także wynikać z ich powiązań z kompetencjami w zakresie radzenia sobie z silnie stresującymi wydarzeniami. Zdają się to potwierdzać dane wskazujące na dodatni związek ruminacji ze strategiami radzenia sobie sprzyjającymi pojawianiu się zmian wzrostowych, takimi jak pozytywne przewar-

tościowanie, koncentracja na problemie, odwoływanie się do religii czy nadawanie sensu doświadczonym sytuacjom (Cann i in., 2011).

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Przeprowadzono je na stosunkowo niewielkiej liczbie osób zmagających się z różnymi rodzajami nowotworów, które wystąpiły 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. W analizach, przede wszystkim ze względu na małą liczbę badanych, nie uwzględniono znaczenia zmiennych socjodemograficznych, tj. płci, która różnicowała poziom PTSD i PTG, oraz czasu, jaki upłynął od diagnozy choroby, który okazał się powiązany z poziomem PTSD. Należy także wspomnieć o występujących powiązaniach między analizowanymi rodzajami ruminacji. Pomimo przedstawionych ograniczeń uzyskane wyniki badań wnoszą nowe treści w zakresie powiązań aktywności poznawczej jednostki z negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami zdarzeń o charakterze traumatycznym. 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, zwłaszcza refleksyjnego. 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.

Literatura cytowana

- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979–986.
- Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. W: T. Weiss, R. Berger (red.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (s. 1–14). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. W: R.G. Tedeschi, C.L. Park, L.G. Calhoun (red.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (s. 1–23). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. W: L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi (red.), *Handbook of post-traumatic growth: Research and practice* (s. 3–23). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Triplett, K.N., Vishnevsky, T., Lindstrom, C.M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 24(2), 137–156.
- Carboon, I., Anderson, V.A., Pollard, A., Szer, J., Seymour, J.F. (2005). Posttraumatic growth following a cancer diagnosis: Do world assumptions contribute? *Traumatology*, 11(4), 269–283.
- Carter, J.A. (2010). Worry and rumination: Measurement invariance across gender. Doctoral thesis, Utah State University, digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1801&context=etd (uzyskano listopad, 2016).
- Chan, M.W., Ho, S.M., Tedeschi, R.G., Leung, C.W. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 544–552.
- Cordova, M.J., Studs, J.L., Hann, D.M., Jacobsen, P.B., Andrykowski, M.A. (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 301–309.
- Ehlers, A., Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehring, T., Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *Psychotraumatology*, 5, 23547, doi: 10.3402/ejpt.v.523547
- Gangstad, B., Norman, P., Barton, J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth following stroke. *Rehabilitation Psychology*, 54, 69–75.
- Helgeson, V., Reynolds, K., Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*, 6(1), 15–25.
- Linley, P.A., Joseph S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
- Liu, C., Zhang, Y., Jiang, H., Wu, H. (2017). Association between social support and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A multiple mediation model. *PLoS ONE*, 12, 5, doi: 10.1371/journal.pone.0177055
- Morris, B., Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modeling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 1176–1183.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology*, 13, 633–646.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed depressive/anxiety symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15(2), 125–139.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). *Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2016). Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia*, 20(1), 1–8, doi: 10.5114/pson.2015.55305
- Ogińska-Bulik, N., Ciechomska, M. (2016). Posttraumatic growth of parents struggling with cancer disease of their child – The role of rumination/ Wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka – rola ruminacji). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(2), 99–110, doi: 10.1016/j.pin.2016.05.002
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7(4), 129–142.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2015). Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – polska adaptacja The Event Related Rumination Inventory. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 383–400.
- Park, C.L., Chmielewski, J., Blank, T.O. (2010). Posttraumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*, 19, 1139–1147.
- Radoń, S. (2014). Kwestionariusz Ruminacji-Refleksyjności – polska adaptacja The Rumination-Reflection Questionnaire. *Psychoterapia*, 169(2), 61–72.
- Salsman, J.M., Segerstrom, S.C., Brechting, E.H., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2009). Posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3 month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, 18, 30–41.
- Shelby, R., Golden-Kreutz, D. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms and comorbidity contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 165–172.
- Słowińska, A., Zbieg, A., Oleszkowicz, A. (2014). Kwestionariusz Ruminacji-Refleksyjności (RRQ) Paula D. Trapnella i Jennifer D. Campbell – polska adaptacja metody. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(4), 457–478.
- Stockton, H., Hunt, N., Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 85–92.
- Taku, K., Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies*, 32, 428–444.

- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–8.
- Trapnell, P.D., Campbell, J.D. (1999). Private consciousness and the Five-Factor Model of Personality: Distinguishing rumination from reflections. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284–304.
- Weiss, D., Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. W: J. Wilson, T. Keane (red.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (s. 399–411). New York: Guilford Press.
- Widera, A., Juczyński, Z., Popiela, T. (2003). Psychologiczne wyznaczniki stresu porażkowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach chirurgicznych. *Psychoonkologia*, 7(2), 31–36.

Streszczenie. Wśród uwarunkowań negatywnych i pozytywnych zmian po-traumatycznych istotną rolę przypisuje się aktywności poznawczej, a szczególnie procesom ruminacji. Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między ruminowaniem o świecie i własnej osobie (ruminacje dyspozycyjne), oraz ruminowaniem o doświadczonym negatywnym zdarzeniu, jakim była choroba nowotworowa, a potraumatycznym stresem i potraumatycznym wzrostem.

Analizie poddano wyniki 60 osób w wieku 18–78 lat ($M = 50,4$, $SD = 17,74$) chorych na nowotwory złośliwe w obrębie twarzoczaszki. Większość badanych (68,3%) stanowiły kobiety. W badaniach wykorzystano zrewidowaną Skalę Wpływu Zdarzeń, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, Kwestionariusz Ruminacji-Refleksyjności oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu.

U badanych osób wystąpiły zarówno negatywne, jak i pozytywne zmiany po-traumatyczne wynikające z doświadczonej choroby. Większe znaczenie, zarówno dla negatywnych, jak i pozytywnych konsekwencji doświadczonej traumy, należy przypisać ruminacjom o doświadczonym zdarzeniu niż ruminowaniu dyspozycyjnemu. Ruminacje o zdarzeniu o charakterze natrętnym sprzyjają objawom stresu traumatycznego, a ruminacje refleksyjne – wzrostowi po traumie.

Słowa kluczowe: zaburzenie po stresie traumatycznym, potraumatyczny wzrost, ruminacje, choroba nowotworowa

Data wpłynięcia: 3.02.2017

Data wpłynięcia po poprawkach: 18.10.2017

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 20.12.2018