

Nina Jolanta Ogińska-Bulik
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u zakażonych HIV

Rumination and negative and positive effects of trauma in HIV-infected

Abstract

Introduction: The aim of the study was to establish the relationship between rumination and the occurrence of the negative (posttraumatic stress symptoms) and positive (posttraumatic growth) effects of trauma resulting from infection of human immunodeficiency virus (HIV).

Material and methods: Results of 64 people who indicated that diagnosis of HIV was the traumatic event for them were analysed. The age of participants ranged from 20 to 58 years ($M = 38,2$, $SD = 9,16$). Polish versions of The Impact of Event Scale-R, the Posttraumatic Growth Inventory and the Event Related Rumination Inventory, which measures two types of rumination: intrusive and deliberate, were used in the study.

Results: Both types of rumination proved to be significantly associated with symptoms of PTSD. However they were not associated with intensity of growth following trauma. It has been reported only positive relationships between deliberate rumination and one of the growth factors, ie. the changes in self perception.

Conclusions: Rumination plays an important role in the occurrence of mainly negative consequences of experienced trauma associated with HIV infection.

Psychiatry 2016; 13, 1: 8–16

Key words: posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, rumination, immunodeficiency virus, HIV

Wstęp

Negatywne i pozytywne następstwa zakażenia HIV

Zakażenie wirusem upośledzenia odporności — HIV (*human immunodeficiency virus*) stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka, toteż może być zaliczane do zdarzeń traumatycznych. Tego typu doświadczenia pociągają za sobą liczne negatywne konsekwencje, przede wszystkim w zakresie życia psychicznego. Diagnoza bycia seropozytywnym z reguły wzbudza silny lęk, objawy depresji, bezradność, poczucie winy. Dostępne dane [1] wskazują, że ponad połowa badanych uznała diagnozę wirusa HIV za najbardziej stresujące zdarzenie, jakiego w życiu doświadczyła.

Wśród negatywnych następstw traumy związanej z diagnozą HIV uwzględnia się także objawy stresu

pourazowego — PTSD (*posttraumatic stress disorder*). Wskazują na to wyniki licznych badań [1–6]. Odsetek występowania PTSD wśród osób seropozytywnych szacuje się na 5–74%, w zależności od przyjętych kryteriów oceny czy stosowanych narzędzi pomiaru [6]. Dodatkowo, negatywne skutki wynikające z HIV mogą się nasilać z powodu obaw przed stygmatyzacją społeczną. To z kolei powoduje, że osoby seropoztywne z reguły nie informują o swoim stanie zdrowia, ukrywają swoją chorobę, przez co ograniczają sobie dostęp do wsparcia społecznego.

Wyniki prowadzonych w ostatnich latach badań wskazują, że doświadczenie traumy może pociągać za sobą, oprócz negatywnych, także pozytywne następstwa, w postaci potraumatycznego wzrostu/rozwoju (PTG, *posttraumatic growth*). Potraumatyczny wzrost obejmuje zmiany w zakresie percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej [7, 8]. W zakresie zmian w percepcji siebie zauważalny jest wzrost dojrzałości emocjonalnej, przekonania o większej skuteczności

Adres do korespondencji:

Nina Jolanta Ogińska-Bulik
Instytut Psychologii UŁ
ul. Smugowa 10/12, 91–433 Łódź
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

radzenia sobie i własnych kompetencjach, poczucia pewności siebie, własnej wartości i zwiększone przekonanie o możliwości sprawowania kontroli nad sytuacją. W odniesieniu do zmian w relacjach z innymi występuje wzrost więzi rodzinnych, większa otwartość i wrażliwość na potrzeby innych oraz gotowość do przyjmowania i udzielania pomocy. W zakresie zmian w filozofii życiowej może wystąpić większe docenianie życia, pogłębianie się duchowości czy religijności, mogą się także pojawić zmiany w hierarchii wartości.

Potraumatyczny wzrost jest wynikiem nie tyle przeżytej traumy, co podejmowanych w jej efekcie strategii zaradczych i jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi. Wzrost oznacza wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania. Należy jednak zwrócić uwagę, że wzrost po traumie nie oznacza, że doświadczenie traumy było dobre czy potrzebne do dokonania takiej zmiany. Nie jest także utożsamiany z poczuciem szczęścia. Pojawianiu się pozytywnych zmian na ogół towarzyszą objawy dystresu i negatywne emocje.

Występowanie pozytywnych zmian zaobserwowano w odniesieniu do różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych. Prowadzone badania dostarczyły także dowodów na występowanie wzrostu po traumie u zakażonych HIV i chorych na AIDS [4, 9–11]. Z danych uzyskanych przez Milama [4] wynika, że wzrost po traumie wystąpił u prawie 83% zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS w okresie następującym po diagnozie choroby. Pewnych dowodów na możliwość czerpania korzyści z choroby wśród osób zakażonych HIV i chorych na AIDS dostarczyły także wyniki polskich badań [12].

Rola ruminacji w występowaniu negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy

Wśród czynników powiązanych z występowaniem, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych następstw doświadczonej traumy, istotną rolę przypisuje się procesom poznawczym, w tym zdolności do przetwarzania informacji związanych z doświadczonego zdarzeniem. Szczególną rolę pełnią tu ruminacje. Calhoun i Tedeschi [13] traktują je jako przejaw poznawczego zaangażowania (*cognitive engagement*) w przetwarzanie traumy. Oznacza to, że jednostka, konfrontując się z traumą, przeżywa nie tylko negatywne emocje, ale także doświadcza myśli, wspomnień związanych z doświadczonego wydarzeniem, rozważa je, analizuje i stopniowo nadaje im nowe znaczenie.

Ruminacje odnoszące się do konkretnego wydarzenia mogą pełnić zróżnicowaną rolę. 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. Sprzyjają one pojawianiu się i podtrzymywaniu objawów stresu pourazowego [14–16]. Drugie z kolei — nazywane refleksyjnymi — są ruminacjami konstruktywnymi. Te z kolei mają na celu przeanalizowanie sytuacji w celu poszukiwania sposobów jej rozwiązania, służą „przepracowaniu traumy” i są traktowane jako czynnik sprzyjający pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych [14, 17, 18].

Zależność między ruminacjami a występowaniem negatywnych konsekwencji doświadczonej traumy od dawna była przedmiotem zainteresowań badaczy. Wyniki prowadzonych w tym zakresie badań wykazały dodatni związek między ruminacjami, zwłaszcza intruzywnymi, a występowaniem PTSD [14, 16, 18, 19]. Nowy kierunek badań koncentruje się na roli ruminacji w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych. Należy jednak zaznaczyć, że jest to proces złożony i wymagający czasu. Doświadczenie zdarzenia traumatycznego z reguły zaburza istniejące u jednostki schematy poznawcze, a przede wszystkim jej oczekiwania i przekonania dotyczące świata i własnej osoby. Odbudowanie tych schematów wymaga poznawczego zaangażowania jednostki, przejawiającego się między innymi ruminowaniem o doświadczonej sytuacji. Początkowo, zaraz po zdarzeniu, pojawiają się ruminacje o charakterze intruzywnym, nieintencjonalnym, które są traktowane jako bezpośrednie następstwo urazu. Stopniowo jednak zmieniają się one w ruminacje intencjonalne, refleksyjne, mające na celu poszukiwanie sposobów poradzenia sobie z doznaną sytuacją. Ruminacje natrętne służą więc podtrzymywaniu dalszej aktywności poznawczej jednostki i torują drogę ruminacjom refleksyjnym. Ruminacje refleksyjne z kolei pozwalają jednostce na przynajmniej częściowe odzyskanie kontroli nad sytuacją i poszukiwanie sposobów poradzenia sobie z nią [17]. Tak więc obydwa rodzaje ruminacji zdają się pełnić istotną rolę w procesie występowania pozytywnych zmian potraumatycznych. Dostępne dane — choć nie wszystkie — wskazują na dodatni związek ruminacji, zwłaszcza refleksyjnych, z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Tego typu powiązania wykazano na przykład u osób, które doświadczyły zawału serca [20] czy zmagaly się z chorobami nowotworowymi [18, 21]. Pozytywną zależność między ruminacjami a występowaniem wzrostu po traumie ujawniono także wśród osób zakażonych HIV czy chorych na AIDS [4, 6, 10, 11, 22].

Dodatni związek ruminacji, przede wszystkim o charakterze refleksyjnym, ze wzrostem po traumie wykazano również w polskich badaniach prowadzonych w związku

z adaptacją narzędzia do pomiaru ruminacji — *Event Related Rumination Inventory* [23], u przedstawicieli służb ratowniczych [24], a także u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi [25].

W literaturze dostępne są również wyniki badań wskazujące na brak związku między zaangażowaniem poznawczym, wyrażanym przede wszystkim w postaci intruzywnego myślenia o doświadczonym zdarzeniu a wzrostem po traumie [26, 27], jak też na występowanie negatywnej zależności między nawracającymi myślami a występowaniem pozytywnych zmian postresowych [28]. Niejednoznaczny związek między aktywnością poznawczą jednostki, podejmowaną w wyniku doświadczonych zdarzeń traumatycznych, a pozytywnymi następstwami traumy, skłania do dalszych eksploracji w tym zakresie. W Polsce dotychczas nie prowadzono tego typu badań wśród osób seropozytywnych.

Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między ruminacjami a negatywnymi i pozytywnymi skutkami doświadczonej traumy wynikającej z zakażenia HIV. Wskaźnikiem negatywnych konsekwencji traumy były objawy stresu pourazowego, a pozytywnych — potraumatyczny wzrost. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy doświadczone zdarzenie w postaci zakażenia wirusem HIV pociąga za sobą występowanie negatywnych i pozytywnych konsekwencji, a jeśli tak, to w jakim stopniu?
2. Czy wiek, płeć, czas, jaki upłynął od zdarzenia oraz fakt otrzymywania wsparcia, różnicują występowanie skutków przeżytej traumy?
3. Jaki poziom ruminacji przejawiały badane osoby po doświadczonym zdarzeniu?
4. Czy ruminacje są powiązane z nasileniem objawów stresu pourazowego i poziomem wzrostu po traumie?
5. Jaką rolę pełnią ruminacje w przewidywaniu negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy?

Dodatkowo sformułowano pytanie: Czy istnieje związek między nasileniem objawów stresu pourazowego a poziomem potraumatycznego wzrostu?

Założono, zgodnie z modelem opracowanym przez badaczy amerykańskich [13, 17], że ruminacje intruzywne będą pełnić rolę predykcyjną dla PTSD, a refleksyjne dla wzrostu po traumie.

Materiał i metody

Badaniami objęto 120 pełnoletnich osób zakażonych wirusem HIV. Znaczny odsetek respondentów (37,5%) odmówił udziału w badaniach, co w efekcie ograniczyło

badaną grupę do 73 osób. Do analizy włączono wyniki 64 osób, które zaznaczyły, że wydarzeniem traumatycznym była dla nich diagnoza zakażenia HIV i w sposób kompletny wypełniły wszystkie przekazane im kwestionariusze. Było to 25 kobiet (39,1%) oraz 39 mężczyzn (60,9%) w wieku od 20 do 58 lat ($M = 38,2$, $SD = 9,16$). Grupa badana obejmowała osoby, które były członkami koła wsparcia dla osób żyjących z HIV i AIDS w jednym z miast centralnej Polski, pacjentami uczestniczącymi w terapii w Ośrodku Leczenia Uzależnień, do której zgłosili się po uzyskaniu statusu seropozytywnego oraz pensjonariuszami Ośrodka Readaptacyjnego Stowarzyszenia „Solidarni Plus”. Cztery osoby spośród badanych zachorowały na AIDS. Respondenci wypełniali przygotowane kwestionariusze na spotkaniach grup wsparcia pod nadzorem osoby prowadzącej oraz podczas spotkań z terapeutką w prowadzonym przez nią gabinecie. Grupa pensjonariuszy Ośrodka Readaptacji wypełniała zestawy na specjalnie zorganizowanym na terenie placówki spotkaniu pod opieką osoby prowadzącej badania (badania przeprowadziła uczestniczka seminarium magisterskiego Klaudia Kraska).

Większość badanych 78,1% ($n = 50$) to osoby uczestniczące w terapii i korzystające ze wsparcia społecznego. Pozostałe 21,9% ($n = 14$) nie korzystało z żadnych form profesjonalnej pomocy. Prawie połowa badanych — 43,8% ($n = 28$), zadeklarowała, że zakażenie miało miejsce ponad 5 lat temu, 18 badanych (28,1%) zaraziło się w okresie 2–5 lat temu, 13 osób (20,3%) od 2 lat temu do roku, 5 osób (7,8%) w ostatnich 12 miesiącach przed przeprowadzonym badaniem. Osoby badane wyraziły zgodę na udział w badaniach, które miały charakter dobrowolny i anonimowy. Na przeprowadzenie prób uzyskano zgodę odpowiedniej Komisji Bioetyki.

W badaniu wykorzystano trzy narzędzia pomiaru: Skalę Wpływu Zdarzeń do oceny objawów PTSD, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu.

Skala Wpływu Zdarzeń — wersja zrewidowana (IES-R; autorzy: D. Weiss i Ch. Marmar) w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik [29] zawiera 22 twierdzenia i uwzględnia trzy wymiary PTSD: intruzję, pobudzenie oraz unikanie. Badany udziela odpowiedzi na pięciostopniowej skali typu Likerta, gdzie 0 oznacza „wcale nie”, 4 — „zdecydowanie tak”. Skala służy do ustalenia subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałym negatywnym zdarzeniem (wszystkie uwzględnione w analizach osoby zaznaczyły, że była to diagnoza zakażenia HIV). Narzędzie posiada zadawalające właściwości psychometryczne. Zgodność wewnętrzną, mierzona współczynnikiem *alfa* Cronbacha, wynosi 0,92 dla całej skali.

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe PTSD i PTG
Table 1. Means and standard deviations of PTSD and PTG

Zmienne	M	SD
PTSD — ogółem	43,56	22,26
Intruzja	15,44	9,30
Pobudzenie	14,66	8,69
Unikanie	13,47	6,90
PTG — ogółem	59,64	22,78
Zmiany w percepcji siebie	24,61	10,79
Zmiany w relacjach z innymi	20,28	8,95
Większe docenianie życia	10,36	3,66
Zmiany duchowe	4,39	3,37
Ruminacje natrętne	18,86	8,77
Ruminacje refleksyjne	20,14	7,45

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; PTSD (posttraumatic stress disorder) — zespół stresu pourazowego; PTG (posttraumatic growth) — potraumatyczny wzrost

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (*Posttraumatic Growth Inventory* [PTGI]; autorzy: R. Tedeschi i L. Colhoun) w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [30] zawiera 21 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na sześciostopniowej skali typu Likerta. Kolejne cyfry oznaczają stopień wystąpienia zmian w wyniku doznanego kryzysu, gdzie 0 oznacza niedoświadczenie zmiany, a 5 doświadczenie zmiany w bardzo dużym stopniu. Badani określają także czas, który upłynął od wystąpienia traumatycznego zdarzenia, wybierając jedną z opcji: „do roku”, „1–2 lata”, „1–5 lat”, „więcej niż 5 lat”. Inwentarz ocenia cztery aspekty wzrostu po traumie, tj. zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia oraz zmiany duchowe. Rzetelność inwentarza jest wysoka, współczynnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,93.

Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu — IRoNZ (*Event Related Rumination Inventory* [ERRI]; autorzy: A. Cann i wsp.) w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [23] obejmuje 20 twierdzeń. Pierwsze dziesięć pozycji odnosi się do ruminacji natrętnych/nieintencjonalnych, pozostałe dziesięć do refleksyjnych/intencjonalnych. Osoba badana dokonuje oceny na czterostopniowej skali typu Likerta (0 — wcale nie, 1 — rzadko, 2 — czasami, 3 — często), wskazując, jak często doświadczyła opisanych w inwentarzu sytuacji w okresie kilku tygodni od doznanego zdarzenia. Wyniki są obliczane oddzielnie dla obydwu skal. Uzyskane wskaźniki zgodności wewnętrznej, oceniane za pomocą współczynników *alfa* Cronbacha, są wysokie i wynoszą:

0,96 dla skali ruminacji natrętnych/nieintencjonalnych i 0,92 dla skali ruminacji refleksyjnych/celowych. Są one wyższe niż dla oryginalnej wersji narzędzia, dla którego wynosiły: 0,94 i 0,88 [14].

Wyniki

Analiza uzyskanych danych, zgodnie z postawionymi pytaniami badawczymi, obejmowała ustalenie średnich uwzględnionych w badaniu zmiennych, związku ruminacji z PTSD i PTG oraz sprawdzenie, który z dwóch rodzajów ruminacji pełni predykcyjną rolę dla negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Sprawdzono także, czy objawy PTSD wiążą się z poziomem potraumatycznego wzrostu. Kontrolowano wpływ zmiennych socjodemograficznych na wyniki uzyskane w Skali Wpływu Zdarzeń i Inwentarzu Potraumatycznego Rozwoju. Rozkłady zmiennych mają charakter normalny, więc w analizach wykorzystano testy parametryczne. Obliczeń dokonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica. Wyniki średnich analizowanych zmiennych oraz odchyłeń standardowych przedstawiono w tabeli 1. Średni wynik uzyskany przez badane osoby seropoztywne w Skali Wpływu Zdarzeń jest porównywalny z wynikami uzyskanymi w badaniach normalizacyjnych [29]. Stosując się do zaleceń interpretacyjnych obliczono procent respondentów, którzy uzyskali umiarkowany lub wysoki poziom objawów PTSD, tj. uzyskali więcej niż 33 punkty. Stanowią oni 65,6% ($n = 42$) badanej grupy. Pozostałe 34,4% ($n = 22$) badanych prezentuje niski poziom tych objawów. Bardziej wnikliwa analiza dotyczących średnich wyników poszczególnych wymiarów PTSD, uzyskanych po podzieleniu wyników przez liczbę stwierdzeń wchodzących w ich skład, dostarczyła danych wskazujących na brak różnic statystycznie istotnych w ich nasileniu (intruzja: $M = 1,92$, $SD = 1,16$, pobudzenie: $M = 2,09$, $SD = 1,24$, unikanie: $M = 1,92$, $SD = 0,98$).

Średni wynik potraumatycznego wzrostu uzyskany przez badanych odpowiada wartości 5 stena, jest więc wynikiem przeciętnym. Zgodnie z opracowanymi normami, wyrażonymi w skali stenowej [30], niskie wyniki uzyskało 42,2% badanych ($n = 27$), średnie 28,1% ($n = 18$) i wysokie 29,7% ($n = 19$). Badani wykazują wyższy poziom zmian w zakresie doceniania życia ($M = 3,45$, $SD = 1,21$) niż w pozostałych obszarach wzrostu po traumie ($p < 0,05$), tj. percepcji siebie ($M = 2,73$, $SD = 1,19$), relacjach z innymi ($M = 2,89$, $SD = 1,22$) i sferze duchowej ($M = 2,19$, $SD = 1,68$), w której zanotowano najniższy poziom zmian. W celu sprawdzenia, czy wiek różnicuje występowanie negatywnych i pozytywnych skutków zakażenia wirusem HIV badanych podzielono, zgodnie z medianą, na dwie równoliczne grupy ($n = 32$ w każdej z grup). W grupie młodszej znalazły się odpowiednio osoby w przedziale

Tabela 2. Współczynniki korelacji między ruminacjami a PTSD i PTG
Table 2. Correlation coefficients between ruminations and PTSD and PTG

Skutki traumy	Ruminacje natrętne	Ruminacje refleksyjne
PTSD — ogółem	0,76***	0,63***
Intruzja	0,71***	0,59***
Pobudzenie	0,70***	0,56***
Unikanie	0,62***	0,53***
PTG — ogółem	0,04	0,19
Zmiany w percepcji siebie	0,08	0,25*
Zmiany w relacjach z innymi	0,05	0,13
Większe docenianie życia	0,04	0,19
Zmiany duchowe	-0,15	0,01

PTSD (*posttraumatic stress disorder*) — zespół stresu pourazowego; PTG (*posttraumatic growth*) — potraumatyczny wzrost; *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

wiekowym od 20 do 38 lat, starszej — od 39 do 58 lat. Uzyskane wyniki wskazują na brak istotnych statystycznie różnic między grupami w zakresie tak negatywnych (młodszy: $M = 44,50$, $SD = 23,45$, starszy: $M = 42,63$, $SD = 21,33$, $t = 0,34$), jak i pozytywnych następstw doświadczonej traumy (odpowiednio: $M = 64,78$, $SD = 18,20$ i $M = 54,50$, $SD = 25,87$, $t = -1,84$). Zanotowano jedynie istotne, ale słabe różnice w zakresie pozytywnych zmian w relacjach z innymi ($M = 22,63$, $SD = 7,56$ i $M = 17,94$, $SD = 9,72$, $t = -2,15$, $p < 0,05$).

Płeć nie różnicuje nasilenia PTSD (mężczyźni: $M = 41,89$; $SD = 21,23$, kobiety: $M = 46,16$, $SD = 23,98$, $t = -0,74$) ani żadnego z objawów wchodzących w jego skład. Płeć nie wiąże się także z poziomem PTG (odpowiednio: $M = 57,2$, $SD = 25,73$ i $M = 63,44$, $SD = 17,01$, $t = -1,06$) ani żadnym z jego wymiarów.

Pewne znaczenie dla ponoszonych negatywnych konsekwencji doznanej traumy miał natomiast czas, który upłynął od doświadczonego zdarzenia. Ze względu na niewielkie liczebności w poszczególnych kategoriach czasu badanych podzielono na dwie grupy, tj. o krótszym (tj. do 5 lat) i dłuższym (5 lat i więcej) czasie, który upłynął od diagnozy zakażenia. Osoby, które doświadczyły traumy w okresie do pięciu lat uzyskały wyższe nasilenie objawów PTSD ($M = 49,42$, $SD = 17,68$) w porównaniu z osobami, u których zakażenie miało miejsce co najmniej 5 lat temu ($M = 36,04$; $SD = 25,43$, $t = 2,37$, $p < 0,01$). Różnice istotne dotyczyły także dwóch objawów, składających się na PTSD, tj. intruzji: ($M = 18,03$; $SD = 8,31$ i $M = 12,11$; $SD = 9,59$, $t = 2,64$, $p < 0,01$) oraz pobudzenia ($M = 17,11$; $SD = 6,97$ i $M = 11,50$; $SD = 9,74$, $t = 2,58$, $p < 0,05$). Czas od diagnozy zakażenia nie różnicuje natomiast poziomu PTG (krótszy: $M = 62,61$, $SD = 24,86$, dłuższy: $M = 55,82$, $SD = 19,58$, $t = 1,19$) ani żadnego z jego wymiarów.

Sprawdzono również, czy fakt uczestnictwa w terapii, co wiązało się z otrzymywaniem profesjonalnego wsparcia społecznego, różnicuje u badanych nasilenie negatywnych i pozytywnych skutków przeżytej traumy. Ze względu na to, że grupy są nierównoliczne (osoby uczestniczące w terapii: $n = 50$, tj. 78%; osoby niekorzystające z terapii: $n = 14$, tj. 22%), różnice między średnimi sprawdzono za pomocą nieparametrycznego testu *U* Manna-Whitneya. Stwierdzono brak istotnych różnic, zarówno w nasileniu PTSD ($M = 31,91$ i $34,61$, $U = 320,50$) i jego poszczególnych wymiarów, jak i poziomu PTG ($M = 32,62$ i $32,07$, $U = 344$). Fakt korzystania/niekorzystania z terapii różnicuje wyłącznie wymiar zmian duchowych ($p < 0,01$). Większe ich nasilenie uzyskały osoby korzystające z terapii.

Poziom ruminacji ujawniony przez badane osoby seropozytywne był nieco wyższy niż u osób uczestniczących w badaniach normalizacyjnych [23]. Uzyskany przez mężczyzn wynik w zakresie ruminacji intruzywnych znajduje się na granicy 6 i 7 stena, zaś refleksyjnych 7 stena. W przypadku kobiet ruminacje intruzywne przyjmują wartość przeciętną (6 sten), natomiast refleksyjne znajdują się na granicy 6 i 7 stena. Mężczyźni, w porównaniu z kobietami, ujawnili nieco niższy poziom ruminacji, zarówno natrętnych ($M = 17,28$, $SD = 9,32$ i $M = 21,32$, $SD = 7,35$, $t = -1,82$), jak i refleksyjnych ($M = 19,17$, $SD = 7,99$ i $M = 21,64$, $SD = 6,39$, $t = -1,89$), ale różnice nie są istotne statystycznie.

W celu ustalenia związku między ruminacjami a nasileniem negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonej traumy obliczono współczynniki korelacji Pearsona (tab. 2).

Przedstawione współczynniki wskazują na silny, dodatni związek obydwu rodzajów ruminacji występujących po zdarzeniu traumatycznym, jakim była diagnoza HIV

Tabela 3. Predyktory PTSD (wynik ogólny)**Tabela 3.** Predictors of PTSD (general score)

Predyktory	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p
Ruminacje natrętne	0,64	0,12	1,63	0,30	5,45	0,001
Wartość stała			3,03	5,26	0,57	0,56

R = 0,77; R² = 0,58

Beta — standaryzowany współczynnik regresji; B — niestandaryzowany współczynnik regresji; t — wartość testu t; p — poziom istotności; R — współczynnik korelacji; R² — współczynnik determinacji

z poziomem objawów PTSD. Nieco wyższe wartości współczynników korelacji odnoszą się do ruminacji natrętnych. Nie wykazano natomiast związku ruminacji z potraumatycznym wzrostem, poza jednym czynnikiem, tj. zmianami w percepcji siebie. Dodatnia wartość współczynnika korelacji wskazuje, że im wyższe nasilenie ruminacji refleksyjnych tym większe zmiany w percepcji siebie. W kolejnym kroku sprawdzono, za pomocą analizy regresji (krokowa, postępująca), który z dwóch rodzajów ruminacji pełni predykcyjną rolę dla ponoszonych konsekwencji doświadczonego zdarzenia traumatycznego, jakim było zakażenie HIV (tab. 3).

Ruminacje natrętne okazały się predyktorami objawów PTSD. Ich udział w przewidywaniu objawów stresu pourazowego jest znaczący i wynosi 58%. Dodatni znak Beta wskazuje, że im wyższe nasilenie tych ruminacji tym większe nasilenie objawów PTSD. Bardziej szczegółowa analiza potwierdziła istotną rolę ruminacji natrętnych dla poszczególnych wymiarów PTSD, tj. intruzji (Beta = 0,60, R² = 0,50), pobudzenia (Beta = 0,70, R² = 0,49) oraz unikania (Beta = 0,48, R² = 0,38). Przeprowadzona analiza nie ujawniła predyktorów dla PTG i większości jego wymiarów. Wskazała jedynie, że ruminacje refleksyjne są słabym predyktorem pozytywnych zmian w percepcji siebie (Beta = 0,39, R² = 0,05).

Ponadto sprawdzono czy objawy stresu pourazowego wiążą się z potraumatycznym wzrostem. Przeprowadzona analiza korelacyjna wykazała brak powiązań objawów PTSD z PTG, zarówno dla wyników ogólnych (r = -0,04), jak poszczególnych wymiarów.

Dyskusja

Przeprowadzone analizy obejmowały wyniki badań kwestionariuszowych uzyskane od 64 osób zakażonych wirusem HIV. Nasilenie objawów PTSD badanych osób jest zbliżone do poziomu tych objawów uzyskanych przez osoby, które doświadczyły innego rodzaju zdarzeń traumatycznych. Dla przykładu poziom PTSD (mierzony tym samym narzędziem) u chorych po zabiegach kardiologicznych wynosił 44,6 (SD = 18,2) [31]. Uzyskany wynik okazał się wyższy niż u osób seropo-

zytywnych, badanych przez Nightingale i wsp. [10], u których wynosił 25,3 (SD = 18,2). Wśród badanych osób zakażonych HIV 65,6% ujawniło umiarkowany lub wysoki poziom objawów PTSD, co świadczy o dużej stresogenności doświadczonego zdarzenia. Uzyskane dane są zgodne z wynikami badań zagranicznych. W badaniach Theuninck i wsp. [1] przeprowadzonych wśród seropozytywnych mężczyzn ujawniono, że 65% spośród nich spełniało kryteria PTSD (według DSM-IV). W badaniach obejmujących seropozytywne kobiety wykazano, że 42% spośród nich spełniało pełne, a kolejne 22% częściowe kryteria PTSD [2].

Uzyskany przez badanych wynik w Inwentarzu Potraumatycznego Rozwoju nie odbiega od wyników badań normalizacyjnych, przeprowadzonych wśród różnych grup klinicznych. Dla przykładu, podobny poziom wzrostu po traumie zanotowano u kobiet po mastektomii (M = 60,4, SD = 19,3) czy u pacjentów kardiologicznych (M = 60,7; SD = 19,0) [30]. Uzyskany rezultat okazał się także zbliżony do wyniku uzyskanego przez zakażonych HIV w badaniach Nightingale i wsp. [10] (M = 61,1, SD = 28,5).

W badanej grupie osób seropozytywnych wysoki poziom wzrostu po traumie uzyskała mniej niż 1/3 badanych (29,7%). Jest to odsetek niższy niż zanotowany u kobiet chorych onkologicznie, poddanych zabiegowi mastektomii, który wynosił 50% [32]. Warto podkreślić znaczenie pozytywnych zmian wynikających z doświadczonej traumy ze względu na sam proces rozwoju choroby. Wykazano bowiem, że pozytywne przekonania, wiara w możliwość odnalezienia sensu w zagrażających wydarzeniach u osób chorych na AIDS przyczyniają się do spowolnienia rozwoju choroby i dłuższego czasu przeżycia [11].

Zmienne socjodemograficzne, obejmujące wiek i płeć nie wpływają na konsekwencje zakażenia wirusem HIV, zarówno te negatywne, jak i pozytywne. Czas, jaki upłynął od diagnozy zakażenia również nie miał istotnego znaczenia dla PTG, co jest zgodne z danymi uzyskanymi w badaniach normalizacyjnych [30], a także z wynikami badań przeprowadzonymi wśród osób seropozytywnych przez Miliama [4]. Czas od diagnozy zakażenia

HIV okazał się istotny dla objawów PTSD. Osoby, które doświadczyły traumy niedawno (w okresie do pięciu lat przed przeprowadzonym badaniem) uzyskały wyższe nasilenie objawów PTSD, szczególnie w wymiarach intruzja i pobudzenie.

Fakt korzystania/niekorzystania z terapii nie wpływa w sposób znaczący na ponoszone konsekwencje doświadczonej traumy. Różnicuje tylko jeden z obszarów wzrostu po traumie, tj. zmiany w sferze duchowej. Wyższy poziom tych zmian uzyskały osoby korzystające z terapii. Sugeruje to, że korzystanie z wsparcia społecznego uzyskanego w wyniku uczestnictwa w terapii przyczynia się do nadawania sensu i znaczenia przeżytej sytuacji, a co za tym idzie do rozwoju czy pogłębiania się duchowości i religijności.

Uzyskane w badanej grupie wyniki ruminacji, mierzone za pomocą IRONZ, wskazują na co najmniej przeciętny poziom obydwu rodzajów ruminacji. Są to rezultaty nieco wyższe niż wyniki uzyskane w badaniach normalizacyjnych, zarówno amerykańskich [14], jak i polskich [23]. Obydwa rodzaje ruminacji wiążą się dodatkowo z negatywnymi następstwami doświadczonej traumy. Im wyższy ich poziom tym wyższe nasilenie objawów PTSD. Związek ten jest potwierdzeniem danych prezentowanych w literaturze [14–16]. O ile związek objawów PTSD z ruminacjami intruzywnymi wydaje się oczywisty, to może zastanawiać dodatnia, dość silna zależność z ruminacjami refleksyjnymi, które mają charakter intencjonalny i służą nadawaniu znaczenia przeżytej sytuacji oraz poszukiwaniu sposobów poradzenia sobie z nią. Tego typu aktywność poznawcza wymaga jednak przypominania sobie doświadczonego zdarzenia i jego ponownego przeżywania. To z kolei pociąga za sobą występowanie dystresu i negatywnych emocji, co w konsekwencji przyczynia się do utrzymywania się objawów PTSD.

Zaskakującym wynikiem okazał się natomiast brak związku ruminacji, zarówno intruzywnych, jak i refleksyjnych ze wzrostem po traumie. Uzyskane z analizy regresji dane wskazują jedynie, że ruminacje refleksyjne pozwalają na przewidywanie pozytywnych zmian potraumatycznych w percepcji siebie. Większość dostępnych badań wykazała istnienie takiego związku, zwłaszcza dla ruminacji refleksyjnych. Przykładem mogą być badania amerykańskie, przeprowadzone wśród osób seropozytywnych, które dostarczyły danych wskazujących, że obydwa rodzaje ruminacji były dodatnio powiązane zarówno z objawami PTSD, jak i PTG, choć wartości współczynników korelacji były niższe dla tych ostatnich [10].

Jakie są możliwe wyjaśnienia braku związku między ruminacjami a PTG w badanej grupie osób zakażonych HIV? Z jednej strony może to wynikać z rodzaju i powagi zdarzenia, jakim było zakażenie HIV i zagrożenia

dla życia. Zdaje się na to wskazywać wysoki odsetek osób ujawniających umiarkowany i wysoki poziom PTSD i stosunkowo niski odsetek osób z wysokim PTG. Istotne znaczenie mógł tu mieć także czas, jaki upłynął od diagnozy zakażenia. Przedmiotem analiz były ruminacje występujące bezpośrednio po diagnozie. Dla prawie połowy badanych (43%) miała ona miejsce w dość odległym czasie od przeprowadzonego badania, tj. ponad 5 lat temu. Mogło to utrudniać przypominanie sobie myśli, odczuć związanych z doświadczonym zdarzeniem. Należy jednak zwrócić uwagę, że u wielu osób pomimo upływu czasu utrzymują się objawy PTSD, co wskazuje, że proces przetwarzania traumy nie został zakończony. Występujące u badanych osób zakażonych HIV pozytywne zmiany, ujawniane w postaci potraumatycznego wzrostu, są przypuszczalnie wynikiem wpływu innych czynników, wśród których istotne znaczenie mogą mieć posiadane zasoby osobiste, a także stosowane strategie radzenia sobie z doświadczonym wydarzeniem. Nie bez znaczenia jest także pozyskiwanie wsparcia społecznego. Wymagałoby to jednak potwierdzenia w kolejnych badaniach.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Analizowano wyniki uzyskane od stosunkowo małej liczby osób (wielu badanych odmówiło udziału w badaniach). Zastosowano narzędzia pomiaru oparte na samoopisie, co wiąże się z wpływem zmiennej aprobaty społecznej. Wykorzystana Skala Wpływu Zdarzeń nie pozwala na pełną diagnozę PTSD, służy jedynie do oceny objawów wchodzących w zakres tego zespołu. Nie analizowano także występowania innych zdarzeń traumatycznych, których badane osoby mogły doświadczyć, a co mogło wpływać na uzyskane wyniki. Ponadto badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny wnioskować o występowaniu zależności przyczynowo-skutkowych.

Pomimo zaprezentowanych ograniczeń uzyskane wyniki badań wnoszą nowe treści w zakres związku między procesami poznawczymi a konsekwencjami doświadczonej traumy. Z jednej strony, potwierdzają istotne znaczenie ruminacji w występowaniu negatywnych następstw doświadczonej traumy, z drugiej zaś wskazują na ich złożoną i niejednoznaczną rolę w procesie występowania pozytywnych zmian potraumatycznych. Sugeruje to potrzebę dalszych badań w tym zakresie, także z uwzględnieniem innych rodzajów aktywności poznawczej jednostki, podejmowanej w wyniku doświadczonej traumy, jak na przykład zmiana podstawowych założeń wobec świata i własnej osoby czy przetwarzanie emocjonalne. Bardziej dokładne ustalenie roli procesów poznawczych, w tym ruminacji w występowaniu zarówno negatywnych, jak i pozytywnych skutków doświadczonej traumy, wymagałoby przeprowadzenia badań

o charakterze długofalowym, z uwzględnieniem oceny ruminacji występujących bezpośrednio po wydarzeniu, jak i aktualnie.

Uzyskane wyniki badań mogą mieć także istotne znaczenie dla praktyki. Terapeuci pracujący z osobami seropozywnymi powinni, oprócz kształtowania kompetencji w zakresie radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami, zwrócić uwagę na potrzebę akceptacji pojawiających się myśli i emocji wynikających z przeżytej sytuacji, także tych negatywnych, zachęcać do ograniczania ruminacji natrętnych, a rozwijania ruminacji refleksyjnych.

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Zakażenie się wirusem HIV pociąga za sobą zarówno negatywne, jak i pozytywne następstwa w zakresie zdrowia psychicznego.
2. Ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu sprzyja rozwojowi i podtrzymywaniu objawów PTSD.
3. Ruminacje o charakterze refleksyjnym przyczyniają się także do wystąpienia pozytywnych zmian w percepcji siebie.

Streszczenie

Wstęp: Celem badań było ustalenie związku między ruminacjami a występowaniem negatywnych (objawy stresu pourazowego) i pozytywnych (potraumatyczny wzrost) następstw traumy wynikającej z zakażenia wirusem upośledzenia odporności (HIV).

Materiał i metody: Analizie poddano wyniki 64 osób, które zaznaczyły, że wydarzeniem traumatycznym była dla nich diagnoza HIV. Wiek badanych mieścił się w zakresie 20–58 lat ($M = 38,2$; $SD = 9,16$). W badaniach wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń, będącą polską adaptacją the Impact of Event Scale (IES-R), Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, który jest polską adaptacją Posttraumatic Growth Inventory (PTG) oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu będący polską adaptacją the Event Related Rumination Inventory (ERRI), który mierzy dwa rodzaje ruminacji: natrętne i refleksyjne.

Wyniki: Obydwa rodzaje ruminacji okazały się istotnie powiązane z objawami stresu pourazowego. Nie wiązały się natomiast z nasileniem wzrostu po traumie. Zanotowano jedynie dodatnie powiązania ruminacji refleksyjnych z jednym z czynników wzrostu po traumie, tj. ze zmianami w percepcji siebie.

Wnioski: Ruminacje pełnią istotną rolę w występowaniu przede wszystkim negatywnych następstw doświadczonej traumy, związanej z zakażeniem HIV.

Psychiatria 2016; 13, 1: 8–16

Słowa kluczowe: zaburzenie po stresie traumatycznym, potraumatyczny wzrost, ruminacje, wirus upośledzenia odporności, HIV

Piśmiennictwo:

1. Theuninck A.C., Lake N., Gibson S. HIV-related posttraumatic stress disorder: Investigating the traumatic events. *AIDS Patient Care and STDs* 2010; 24: 485–491.
2. Martinez A., Israelski D., Walker C., Koopman C. Posttraumatic stress disorder in women attending Human Immunodeficiency Virus Outpatient Clinic. *AIDS Patient Care and STDs* 2002; 16: 283–291.
3. Martin L., Kagee A. Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS Behav.* 2011; 15: 125–131.
4. Milam J.E. Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *J. Appl. Psychol.* 2004; 34: 23–53.
5. Milam J.E. Posttraumatic growth and HIV disease progression. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2006; 74: 817–827.
6. Sherr L., Nagra N., Kulubaya G. i wsp. HIV infection associated post-traumatic stress disorder and posttraumatic growth — a systematic review. *Psychol. Health Med.* 2011; 16: 612–629.
7. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Post-Traumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J. Trauma Stress* 1996; 9: 455–471.
8. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol. Inq.* 2004; 15: 1–8.
9. Cieślak R., Benight C., Schmidt N. i wsp. Predicting posttraumatic growth among Hurricane Katrina survivors living with HIV: the role of self-efficacy, social support, and PTSD symptoms. *Anxiety Stress Coping* 2009; 22: 449–463.
10. Nightingale V.R., Sher T.G., Hansen N.B. The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *J. Trauma Stress* 2013; 23: 452–460.
11. Updegraff J.A., Taylor S.E., Kemeny M.E., Wyatt G.E. Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 2002; 28: 382–394.
12. Kossakowska M., Zielazny P. Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2013; 22: 177–185.
13. Calhoun L.G., Tedeschi R.G. The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. W: Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (red.). *Handbook of posttraumatic growth*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ 2006: 1–23.
14. Cann A., Calhoun L.G., Tedeschi R.G. i wsp. Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anx. Stress Coping* 2011; 24: 137–156.
15. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther.* 2000; 38: 319–345.
16. Ehring T., Ehlers A. Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder?

- Psychotraumatology 2014; 5: 23547; <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5i23547>; 11.12.2014.
17. Calhoun L.G., Cann A., Tedeschi R.G., McMillam J. The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. W: Weiss T., Berger R. (red.). Posttraumatic growth and culturally competent practice. John Wiley, Hoboken, NJ 2010: 1–14.
 18. Taku K., Calhoun L.G., Cann A., Tedeschi R.G. The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies* 2008; 32: 428–444.
 19. Chan M.W., Ho S.M., Tedeschi R.G., Leung C.W. The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 544–552.
 20. Gangstad B., Norman P., Barton J. Cognitive processing and posttraumatic growth following stroke. *Rehabil. Psychol.* 2009; 54: 69–75.
 21. Morris E.F., Shakespeare-Finch J., Scott J. Coping process and dimensions of posttraumatic growth. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2007-1/morris.htm> 2007; 11.01.2013.
 22. Bower J.E., Kemeny M.E., Taylor S.E., Fahey J.L. Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 979–986.
 23. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Inwentarz Ruminaacji o Negatywnym Zdarzeniu — polska adaptacja the Event Related Rumination Inventory. *Przegląd Psychologiczny* 2015; 58: 383–400.
 24. Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy — negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wyd. Difin, Warszawa 2015.
 25. Ogińska-Bulik N. Rola ruminaacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2015; 3: 88–96.
 26. Carboon I., Anderson V.A., Pollard A., Szer J., Seymour J.F. Posttraumatic growth following a cancer diagnosis: do world assumptions contribute? *Traumatology* 2005; 11: 269–283.
 27. Salsman J.M., Segerstrom S.C., Brechting E.H., Carlson C.R., Andrykowski M.A. Posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3 month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 30–41.
 28. Park C.L., Chmielewski J., Blank T.O. Posttraumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology* 2010; 19: 1139–1147.
 29. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym — polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria* 2009; 6: 15–25.
 30. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny — charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129–142.
 31. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych — objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria* 2012; 9: 1–10.
 32. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej — rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne* 2010; 15: 125–139.