

Nina Ogińska-Bulik  
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

# Potraumatyczny wzrost u chorych onkologicznie — rola osobowości i ruminacji

*Posttraumatic growth among people with oncological disease — the role of personality and rumination*

## Abstract

**Introduction:** Among determinants of positive posttraumatic changes the essential role play personality and cognitive activity, including event related ruminating. The aim of the study was to determine the relationship between personality, ruminations and posttraumatic growth among the people, who have experienced cancer.

**Material and methods:** Results of 60 persons, aged 18–78 years ( $M = 50.4$   $SD = 17.74$ ), who have had cancer in craniofacial were analysed. The majority of respondents (68.3%) were women. The Posttraumatic Growth Inventory, the NEO Five Factor Inventory and the Event Related Rumination Inventory were used in the study.

**Results:** The results indicated the presence of posttraumatic positive changes in examined group. Conscientiousness is associated with the growth after trauma positively and neuroticism — negatively. Both types of ruminations, ie. intrusive and deliberate significantly correlated with posttraumatic growth. A special role in the occurrence of the positive changes should be attributed to deliberate ruminations, which proved to be predictors of overall outcome of posttraumatic growth, as well as positive changes in self-perception, relations with others and appreciating of life.

**Conclusions:** Ruminating of experienced event plays more important role in the occurrence of posttraumatic positive changes than personality.

*Psychiatry 2017; 14, 1: 53–60*

**Key words:** *posttraumatic growth, personality, ruminations, cancer*

## Wstęp

### **Pozytywne następstwa zmagania się z chorobą nowotworową**

Choroba nowotworowa należy do grupy chorób zagrożających życiu. Dlatego może być traktowana jako zdarzenie o charakterze traumatycznym. Dostępne badania [1–3] dostarczyły danych wskazujących, że doświadczenie choroby nowotworowej pociąga za sobą występowanie objawów składających się na zespół stresu

pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*). Podkreśla się jednak również, że efektem zmagania się z chorobą nowotworową może być także wzrost po traumie (PTG, *posttraumatic growth*), przejawiający się w postaci występowania pozytywnych zmian w percepcji siebie, relacjach z innymi i filozofii życiowej [4–7].

Wyniki prowadzonych badań potwierdzają występowanie wzrostu po traumie wśród chorych onkologicznie [8–12]. Należy jednak pamiętać, że pojawienie się pozytywnych zmian nie oznacza braku dystresu, cierpienia czy negatywnych emocji. Wzrost po traumie jest traktowany jako końcowy efekt, z reguły bolesnego procesu zmagania się z kryzysem wywołanym doświadczeniem choroby. Wśród wielu czynników warunkujących występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych zwraca się uwa-

**Adres do korespondencji:**  
Nina Ogińska-Bulik  
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego  
ul. Smugowa 10/12, 91–433 Łódź  
tel.: 42 665 55 12  
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

gę na znaczenie indywidualnych właściwości jednostki, w tym cech osobowości oraz zaangażowania poznawczego w proces przetwarzania traumy, a szczególnie ruminowania o doświadczonym zdarzeniu.

### **Osobowość i ruminacje a PTG**

Wśród właściwości osobowości największe znaczenie w pojawianiu się pozytywnych zmian po doświadczonej traumie przypisuje się ekstrawersji oraz otwartości na nowe doświadczenia [4, 13]. Dostępne są także badania, których wyniki wskazują na istotną rolę ugodowości [14] oraz sumienności [15]. Brakuje natomiast wyraźnych przesłanek co do roli neurotyczności w występowaniu pozytywnych następstw doświadczonej traumy. W badaniach australijskich [16] nie wykazano związku neurotyczności ze wzrostem po traumie, choć stwierdzono taki związek z pozostałymi wymiarami modelu Wielkiej Piątki. W innych badaniach [13] ujawniono ujemne powiązania neurotyczności ze wzrostem po traumie, co oznaczałoby, że ten wymiar osobowości hamuje PTG.

Istotną rolę w występowaniu pozytywnych skutków traumy pełni także podejmowana przez jednostkę aktywność poznawcza, a szczególnie procesy ruminowania [4–7, 17, 18]. Tego typu aktywność ma na celu przede wszystkim poznawcze przetworzenie traumy. Jednostka przeżywa nie tylko negatywne emocje, ale także doświadczając myśli, wspomnień związanych z przeżytym wydarzeniem, rozważa je, analizuje i stopniowo nadaje im nowe znaczenie.

Ruminowanie jest najczęściej rozumiane jako rozważanie, rozmyślanie czy „przeżywanie” określonych treści, często pojawiających się bez wyraźnej przyczyny. Według Nolen-Hoeksemy [19] myślenie ruminacyjne to pasywna i utrzymująca się koncentracja uwagi na odczuwanych negatywnych emocjach. Takie rozumienie ruminacji wiąże się przede wszystkim z występowaniem objawów patologii, głównie depresji i lęku. Ruminowanie może być także traktowane jako proces obejmujący nawracające myśli dotyczące zdarzenia traumatycznego, które mogą posiadać nie tylko charakter negatywny, ale także pozytywny bądź neutralny [20].

Wyróżnia się dwa rodzaje ruminacji odnoszących się do negatywnego wydarzenia życiowego [5, 17, 18]. Jedne to ruminacje natrętne/intruzywne (*intrusive ruminations*), które mają charakter 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 ruminations*) są ruminacjami konstruktywnymi. Ruminacje o charakterze intruzywnym z reguły sprzyjają podtrzymywaniu objawów stresu pourazowego [21–23], natomiast refleksyjne służą przeanalizowaniu

sytuacji w celu poszukiwania sposobów jej rozwiązania i są traktowane jako czynnik sprzyjający pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych [17, 18, 24]. Dostępne dane — choć nie wszystkie — wskazują na dodatni związek ruminacji, zwłaszcza refleksyjnych, z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych wynikających ze zmagania się z chorobą nowotworową [25, 26]. Potwierdzają to również wyniki polskich badań przeprowadzonych wśród osób z różnymi rodzajami raka [12], a także u rodziców opiekujących się dziećmi chorymi onkologicznie [27].

Dostępne są również wyniki badań wskazujące na brak związku między ruminacjami a wzrostem po traumie, jak też na występowanie negatywnej zależności między zmiennymi. 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 [28]. Podobne wyniki uzyskano w grupie osób zmagających się z rakiem jelita grubego [29]. Z kolei w badaniach Park i wsp. [30], również obejmujących osoby chore onkologicznie, wykazano ujemny związek ruminacji 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.

Ważne zagadnienie stanowi ustalenie, czy występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych jest w większym stopniu uwarunkowane ruminowaniem o doświadczonym zdarzeniu, czy też raczej względnie stałymi cechami osobowości. Znaczenie tej problematyki wiąże się także z faktem, że brakuje badań w tym zakresie.

Podjęte analizy miały na celu ustalenie roli osobowości i ruminowania o doświadczonym zdarzeniu w występowaniu pozytywnych następstw traumy, ujawnianych w postaci PTG, u osób, które doświadczyły choroby nowotworowej. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. W jakim stopniu u badanych osób, które doświadczyły choroby nowotworowej, występują pozytywne zmiany, ujawniane w postaci potraumatycznego wzrostu?
2. Czy płeć, wiek badanych i czas, który upłynął od diagnozy choroby, są powiązane z następstwami doświadczonej traumy?
3. Czy osobowość i ruminacje wiążą się z nasileniem potraumatycznego wzrostu?
4. Które z analizowanych zmiennych wyjaśniających (wymiary osobowości, ruminacje) są predyktorami pozytywnych zmian potraumatycznych?

Przyjęty model badań własnych odwołuje się do koncepcji potraumatycznego wzrostu [5, 17, 18] i zakłada, że zarówno osobowość, jak i ruminacje będą powiązane z pozytywnymi skutkami doświadczonej traumy, przy czym silniejsze związki będą dotyczyć ruminacji. Oczekiwano, że głównym predyktorem wzrostu po traumie będzie ruminowanie o charakterze refleksyjnym.

### Materiał i metody

Analizie poddano wyniki badań uzyskane od 60 osób w wieku 18–78 lat ( $M$  [mean] = 50,4,  $SD$  [standard deviation] = 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 twarzy (wykonała je uczestniczka seminarium magisterskiego). Większość badanych stanowiły kobiety (68,3%). Uczestnikom wyjaśniono cel badań oraz poinformowano o ich anonimowości. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej Komisji Bioetyki. W analizie wykorzystano Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, Inwentarz Osobowości oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (IPR) to polska adaptacja [31] *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego negatywnego wydarzenia życiowego/traumatycznego. 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 *alfa* Cronbacha wynosi 0,93 (dla poszczególnych czynników od 0,63 do 0,87).

Inwentarz Osobowości *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI) Costy i McRae, w polskiej adaptacji Zawadzkiego i wsp. [32] mierzy 5 głównych czynników osobowości, tj.: neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenia, ugodowość oraz sumienność. Zawiera 60 stwierdzeń, na które badany udziela odpowiedzi w pięciostopniowej skali (od „zdecydowanie się nie zgadzam”, do „całkowicie się zgadzam”). Uzyskane wskaźniki psychometryczne polskiej adaptacji Inwentarza NEO-FFI są zadowalające.

Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu (IRoNZ) to polska adaptacja *Event Related Rumination Inventory*

(ERRI), autorstwa Cann i wsp., przeprowadzoną przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [33]. Zarówno ERRI, jak i polski odpowiednik IRoNZ, zawierają dwie skale, z których każda składa się z 10 stwierdzeń. Pierwsza odnosi się do ruminacji natrętnych, druga — refleksyjnych. Osoba badana dokonuje oceny na czterostopniowej 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: 0,96 dla skali ruminacji natrętnych i 0,92 dla skali ruminacji celowych.

### Wyniki

W kolejnych krokach analizy wyników badań, zgodnie ze sformułowanymi pytaniami badawczymi, ustalono średnie analizowanych zmiennych, sprawdzono, czy płeć, wiek i czas, który upłynął od wystąpienia choroby, są powiązane z poziomem potraumatycznego wzrostu. Następnie obliczono współczynniki korelacji między osobowością i ruminacjami a PTG oraz ustalono, które z analizowanych zmiennych wyjaśniających (osobowość, ruminacje) pełnią predykcyjną rolę dla PTG. Rozkłady wyników analizowanych zmiennych 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.

Średnia PTG uzyskana przez badanych ( $M$  = 59,41,  $SD$  = 18,77) odpowiada wartości 5. stena. Jest to więc wynik oznaczający przeciętny poziom tej zmiennej. Przeliczając wyniki, zgodnie z normami opracowanymi dla IPR [31], można wskazać, że 33,3% spośród badanych ujawnia niski, 43,4% — przeciętny i 23,3% — wysoki poziom PTG. Płeć różnicuje, choć słabo, nasilenie pozytywnych zmian, składających się na PTG (mężczyźni:  $M$  = 51,52,  $SD$  = 20,62, kobiety:  $M$  = 62,56,  $SD$  = 17,00,  $t$  = -2,18,  $p$  < 0,05). 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). Wiek badanych nie koreluje z PTG ( $r$  = 0,03). Następnie sprawdzono czy osobowość i ruminacje wiążą się z nasileniem PTG (tab. 1).

Przedstawione współczynniki korelacji wskazują na dodatnie powiązania PTG (wynik ogólny) z sumiennością i ujemne z neurotycznością. Uwzględniając poszczególne wymiary PTG, daje się zauważyć dodatni związek mię-

**Tabela 1.** Współczynniki korelacji między wymiarami osobowości, ruminacjami a potraumatycznym wzrostem  
**Table 1.** Correlation coefficients between personality dimensions, ruminations and posttraumatic growth

	PTG — ogółem	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Neurotyczność	-0,28*	-0,33*	-0,24	-0,09	0,13
Ekstrawersja	0,20	0,31*	0,16	0,06	-0,22
Otwartość na doświadczenia	0,14	0,27*	0,07	0,01	-0,26*
Ugodowość	0,19	0,18	0,21	0,16	0,04
Sumienność	0,39**	0,46***	0,24	0,27*	0,32*
Ruminacje natrętne	0,39**	0,19	0,38**	0,55***	0,40**
Ruminacje refleksyjne	0,47***	0,35**	0,41***	0,55***	0,29*

\*\*\*p < 0,001; \*\*p < 0,01; \*p < 0,05

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

dzy występowaniem pozytywnych zmian w percepcji siebie a sumiennością, ekstrawersją i otwartością na doświadczenia oraz ujemny z neurotycznością. Zmiany w docenianiu życia korelują jedynie z sumiennością, a zmiany w sferze duchowej z sumiennością i ujemnie z otwartością na doświadczenia. Zmiany w relacjach z innymi nie wiążą się z żadnym z analizowanych wymiarów osobowości.

Przeprowadzona analiza korelacyjna wskazała na dość silne dodatnie powiązania ruminacji z PTG. Dotyczy to obydwu rodzajów ruminacji, choć nieco wyższe wartości współczynników korelacji odnoszą się do ruminowania refleksyjnego. Warto zwrócić uwagę, że ruminacje refleksyjne korelują ze wszystkimi czterema obszarami PTG, podczas gdy natrętne okazały się powiązane z trzema obszarami wzrostu po traumie (poza zmianami w percepcji siebie).

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę regresji (wersja krokowa postępująca), mającą na celu wyłonienie predyktorów PTG. Uzyskane wyniki dla ogólnego wyniku PTG przedstawiono w tabeli 2.

Predyktorami wzrostu po traumie, wyrażanego w postaci ogólnego wyniku IPR, wśród chorych onkologicznie okazały się 4 zmienne, które łącznie wyjaśniają 46% wariacji zmiennej zależnej. Ich udział w wyjaśnianiu PTG jest zróżnicowany. Największy — wynoszący 22% — wnosi ruminowanie refleksyjne. Sumienność wyjaśnia 14%, neurotyczność 5% i ruminowanie natrętne 4% wariacji zmiennej zależnej. Spośród wymienionych zmiennych, pełniących rolę predyktorów jedynie neurotyczność jest ujemnie powiązana z PTG, co oznacza, że hamuje pojawianie się pozytywnych zmian potraumatycznych. Przeprowadzono także wiele dodatkowych analiz, które pozwoliły na ustalenie predyktorów dla poszczególnych obszarów wzrostu po traumie. I tak predyktorami pierwszego czynnika PTG, tj. zmian w percepcji siebie, okazały się trzy zmienne, wyjaśniające łącznie 37% wariacji

zmiennej zależnej. Są to: sumienność, której udział w wyjaśnianiu zmiennej zależnej był największy i wynosił 21% ( $R^2 = 0,21$ ), ruminacje refleksyjne, które wyjaśniały 10% ( $R^2 = 0,10$ ), i neurotyczność wyjaśniająca 6% ( $R^2 = 0,06$ ) wariacji zmiennej zależnej. Należy dodać, że, o ile sumienność i ruminacje refleksyjne sprzyjały występowaniu pozytywnych zmian w percepcji siebie, to neurotyczność je hamowała.

Trzy zmienne wyjaśniają występowanie pozytywnych zmian w relacjach z innymi. Ich łączny udział w przewidywaniu tych zmian wynosi 32% ( $R^2 = 0,32$ ). Największą rolę należy przypisać ruminacjom refleksyjnym, które wyjaśniają 16% wariacji zmiennej zależnej ( $R^2 = 0,16$ ). Mniejsze znaczenie mają: neurotyczność ( $R^2 = 0,08$ ), która zdaje się hamować występowanie pozytywnych zmian w relacjach interpersonalnych oraz ruminacje natrętne ( $R^2 = 0,06$ ), sprzyjające pozytywnym zmianom w tym obszarze.

Podobnie trzy zmienne okazały się predyktorami zmian w zakresie doceniania życia. Ich łączny udział wynosi 42% ( $R^2 = 0,42$ ). Największe znaczenie mają ruminacje refleksyjne, które pozwalają na wyjaśnianie tych zmian w 30% ( $R^2 = 0,30$ ). Znacząco słabszą rolę pełnią sumienność ( $R^2 = 0,06$ ) i ruminacje natrętne ( $R^2 = 0,06$ ), których udział wynosi po 6%.

Pozytywne zmiany w sferze duchowej są wyjaśniane za pomocą trzech zmiennych, których łączny udział wynosi 31% ( $R^2 = 0,31$ ). Są to ruminacje natrętne ( $R^2 = 0,16$ ), sumienność ( $R^2 = 0,10$ ) i otwartość na doświadczenia ( $R^2 = 0,05$ ), która hamuje występowanie zmian w tej sferze.

## Dyskusja

Uzyskane wyniki badań wskazują, że doświadczenie choroby nowotworowej może pociągać za sobą pozytywne następstwa w postaci wzrostu po traumie. Wśród badanych nie było osoby, która nie dostrzegłaby żadnych pozytywnych zmian wynikających ze zmagania

**Tabela 2.** Predyktory potraumatycznego wzrostu**Table 2.** Predictors of posttraumatic growth

Predyktory	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p
Ruminacje refleksyjne	0,28	0,14	0,68	0,35	2,06	0,05
Sumienność	0,27	0,10	0,74	0,28	2,59	0,01
Neurotyczność	-0,33	0,11	-0,82	0,28	-2,92	0,01
Ruminacje natrętne	0,31	0,14	0,61	0,29	2,07	0,05
Wartość stała			31,12	12,85	2,42	0,02

R = 0,67; R<sup>2</sup> = 0,46

Beta — standaryzowany współczynnik regresji; B — niestandardyzowany współczynnik regresji; t — wartość testu t; p — poziom istotności; R — współczynnik korelacji; R<sup>2</sup> — współczynnik determinacji

się z chorobą, choć zaledwie 23,3% ujawniło ich wysokie nasilenie. Uzyskany odsetek osób z wysokim poziomem wzrostu po traumie jest znacząco niższy w porównaniu z danymi uzyskanymi w innej grupie chorych onkologicznie, obejmującej kobiety po mastektomii. W wymienionych badaniach wynosił on 50% [11]. Występujące różnice mogą się wiązać z rodzajem nowotworu. Nowotwory twarzoczaszki, w porównaniu z rakiem piersi, przypuszczalnie powodują silniejszy stres, gdyż wiążą się z widocznymi zmianami w wyglądzie, a przez to mogą prowadzić do mniejszych zmian o charakterze pozytywnym.

Kobiety, w porównaniu z mężczyznami, ujawniły nieco wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych, co jest potwierdzeniem badań prezentowanych w literaturze [34, 35].

Spośród analizowanych wymiarów osobowości istotne znaczenie dla pozytywnych następstw doświadczonej traumy mają sumienność i neurotyczność. Sumienność dodatnio wiąże się z nasileniem PTG (wynik ogólny, zmiany w percepcji siebie, docenianiu życia i sferze duchowej), zaś neurotyczność ujemnie (wynik ogólny PTG i zmiany w percepcji siebie). Uzyskane wyniki są w znacznym stopniu zgodne z danymi prezentowanymi w literaturze [13, 15, 16].

Nie uzyskano znaczących powiązań ekstrawersji i otwartości na doświadczenia z nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Wymienione wymiary osobowości korelowały jedynie ze zmianami w percepcji siebie, choć zanotowano także ujemny związek otwartości na doświadczenia z poziomem zmian w sferze duchowej. Mało znaczące powiązania tych wymiarów osobowości z PTG są niezgodne z rezultatami innych badań [4, 13]. Może to być spowodowane między innymi typem doświadczanego zdarzenia. Zmaganie się nowotworem twarzoczaszki może się przyczyniać nie tylko do wystąpienia zmian w funkcjonowaniu człowieka (zarówno

negatywnych, jak i pozytywnych), ale także prowadzić do pewnego rodzaju zmian w osobowości, w tym obniżenia poziomu ekstrawersji, co przejawiałoby się ograniczeniem własnej aktywności, słabszymi kontaktami z innymi ludźmi i obniżeniem afektu pozytywnego, a także zmniejszenia się otwartości na nowe doświadczenia. Zagadnienie to można odnieść do postulowanego przez Zawadzkiego i wsp. [36] związku osobowości z PTSD, którego nie można sprowadzać jedynie do efektu podatności, wyrażającej wpływ cech osobowości na rozwój PTSD. Możliwy jest również efekt „komplikacji”, wyrażający wpływ zaburzeń na cechy osobowości, efekt „spectrum”, przejawiający się w obopólnym oddziaływaniu osobowości i PTSD na siebie, czy efekt „patoplastyczności”, oznaczający wpływ cech osobowości na ekspresję zaburzeń potraumatycznych. Podobne postulaty mogą mieć zastosowanie do związku między osobowością a PTG. Teza ta wymagałaby jednak potwierdzenia, i to przede wszystkim w badaniach o charakterze podłużnym.

Uzyskane wyniki potwierdziły istotną rolę podejmowanej przez jednostkę aktywności poznawczej, w postaci ruminowania o doświadczonym zdarzeniu, w występowaniu pozytywnych następstw traumy. Ruminowanie o chorobie nowotworowej, zarówno intruzywne, jak i refleksyjne, okazało się dodatnio powiązane z PTG, ale silniejsze związki dotyczyły ruminowania refleksyjnego, odnoszącego się do poszukiwania sposobów poradzenia sobie z doświadczoną sytuacją. Co więcej, ten rodzaj ruminacji okazał się powiązany ze wszystkimi czterema obszarami PTG.

Rezultaty przeprowadzonych badań wskazują, że ruminacje, zwłaszcza o charakterze refleksyjnym, zdają się pełnić ważniejszą rolę w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych niż osobowość. Dowodem na to są wyniki przeprowadzonej analizy regresji, która wskazała, że głównym predyktorem PTG (wynik ogólny)

jest ruminowanie refleksyjne. Znaczenie analizowanych zmiennych wyjaśniających, tj. ruminacji i osobowości, jest jednak zróżnicowane w zależności od obszaru, w którym pozytywne zmiany zostały ujawnione. Ruminowanie refleksyjne zdaje się sprzyjać przede wszystkim występowaniu pozytywnych zmian w relacjach z innymi i docenianiu życia, a ruminowanie natrętne zmianom w sferze duchowej. Z kolei w pojawianiu się zmian w percepcji siebie istotne znaczenie należy przypisać sumienności.

Uzyskane zależności są zgodne z większością prowadzonych w tym zakresie badań, wskazujących na istotne znaczenie w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych, przede wszystkim ruminacji refleksyjnych [25, 26]. Warto jednak zwrócić uwagę na znaczenie ruminacji natrętnych, które także mogą odgrywać pozytywną rolę dla czerpania korzyści z doświadczonego zdarzenia, przede wszystkim w postaci zmian w sferze duchowej. Ruminowanie intruzywne, które pojawia się jako pierwsze, jest sygnałem, że doświadczone zdarzenie miało istotny wpływ na jednostkę. Ten rodzaj ruminacji może stanowić preludium do ruminowania celowego (refleksyjnego), służącego poszukiwaniu sposobów poradzenia sobie z przeżyty sytuacją, co w efekcie prowadzi do wzrostu. Można także przypuszczać, że właściwości osobowości determinują skłonności do ruminowania o doświadczonego zdarzeniu. Wskazuje to na złożoną rolę ruminacji w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych i potrzebę dalszych badań w tym zakresie.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Przeprowadzono je wśród osób, które zmagają się z chorobą nowotworową w różnym czasie. Nie sprawdzano, czy oprócz choroby, badani doświadczyli innych zdarzeń traumatycznych. Nie analizowano również negatywnych skutków doświadczonego zdarzenia, jakim była choroba nowotworowa, na przykład w postaci objawów stresu pourazowego. Ocena występujących zmian była wynikiem samoopisu, co mogło w pewien sposób rzutować na uzyskane rezultaty. Ponadto, badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny na orzekanie o występowaniu związków przyczynowo-skutkowych.

Pomimo przedstawionych ograniczeń uzyskane wyniki badań wnoszą nowe treści w zagadnienie związku mię-

dzy osobowością i uruchamianą w wyniku doświadczonej traumy, aktywnością poznawczą a występowaniem pozytywnych zmian w psychospołecznym funkcjonowaniu człowieka. Mogą stanowić inspirację do dalszych poszukiwań, w których warto byłoby uwzględnić negatywne skutki doznanej traumy, a także podejmowane strategie 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 refleksyjnego ruminowania o doświadczonego zdarzeniu. Warto także pamiętać, że wystąpienie pozytywnych zmian po traumie to także szansa na budowanie odporności i lepsze radzenie sobie z wyzwaniami żywymi, które mogą wystąpić w przyszłości.

### Wnioski

Uzyskane wyniki badań skłaniają do sformułowania następujących wniosków:

1. U osób, które doświadczyły choroby nowotworowej, występują pozytywne zmiany, ujawniane w postaci wzrostu po traumie.
2. Wiek badanych oraz czas, który upłynął od wystąpienia choroby, nie wpływają na poziom potraumatycznego wzrostu.
3. Kobiety, w porównaniu z mężczyznami, ujawniają nieco wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych.
4. Sumiennosc jest dodatkowo powiazana z potraumatycznym wzrostem, a neurotycznosc ujemnie.
5. Ruminacje, zarówno natrętne, jak i refleksyjne dodatkowo wiążą się z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych, silniejsze związki dotyczą jednak ruminowania refleksyjnego.
6. Głównym predyktorem wzrostu po traumie są ruminacje refleksyjne.
7. Sumiennosc pełni rolę predyktora dla pozytywnych zmian w percepcji siebie.
8. Zachęcanie ludzi zmagających się z chorobą nowotworową do refleksyjnego ruminowania o doznanej sytuacji może przyczynić się do wystąpienia wzrostu po traumie.

**Streszczenie**

**Wstęp:** Wśród uwarunkowań pozytywnych zmian potraumatycznych istotną rolę przypisuje się osobowości oraz aktywności poznawczej, a szczególnie ruminowaniu o doświadczonym zdarzeniu. Podjęte badania miały na celu ustalenie, czy u osób, które doświadczyły choroby nowotworowej, występuje związek między osobowością i ruminacjami a potraumatycznym wzrostem.

**Materiał i metody:** Analizie poddano wyniki 60 osób w wieku 18–78 lat ( $M = 50,4$ ,  $SD = 17,74$ ), które chorowały na nowotwory złośliwe w obrębie twarzoczaszki. Większość badanych (68,3%) stanowiły kobiety. W badaniach wykorzystano Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, Inwentarz Osobowości (NEO-FFI) oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu.

**Wyniki:** U badanych osób, które doświadczyły choroby nowotworowej, występują pozytywne zmiany, ujawniane w postaci potraumatycznego wzrostu. Sumiennosc wiąże się ze wzrostem po traumie dodatnio, a neurotyczność ujemnie. Obydwa rodzaje ruminacji, tj. natrętne i refleksyjne, istotnie korelowały z potraumatycznym wzrostem. Szczególną rolę w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych należy przypisać ruminacjom refleksyjnym, które okazały się predyktorami ogólnego wyniku potraumatycznego wzrostu, a także pozytywnych zmian w percepcji siebie, relacji z innymi oraz doceniania życia.

**Wnioski:** Ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu pełni ważniejszą rolę w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych niż osobowość.

**Psychiatria 2017; 14, 1: 53–60**

**Key words:** potraumatyczny wzrost, osobowość, ruminacje, choroba nowotworowa

**Piśmiennictwo:**

- Cordova MJ, Studts JL, Hann DM, et al. Symptom structure of PTSD following breast cancer. *J Trauma Stress*. 2000; 13(2): 301–319, doi: [10.1023/A:1007762812848](https://doi.org/10.1023/A:1007762812848), indexed in Pubmed: [10838677](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10838677/).
- Shelby R, Golden-Kreutz D, Andersen B. PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *J Trauma Stress*. 2008; 21(2): 165–172, doi: [10.1002/pts.20316](https://doi.org/10.1002/pts.20316).
- Widera A, Juczyński Z, Popiela T. Psychologiczne wyznaczniki stresu pourazowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach chirurgicznych. *Psychoonkologia*. 2003; 7(2): 31–36.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996; 9(3): 455–471, doi: [10.1007/bf02103658](https://doi.org/10.1007/bf02103658), indexed in Pubmed: [8827649](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8827649/).
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15: 1–8.
- Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy tży zamieniają się w perły. Wyd. Difin, Warszawa, 2013.
- Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy — negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wyd. Difin, Warszawa 2015.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *Br J Health Psychol*. 2008; 13(Pt 4): 633–646, doi: [10.1348/135910707X246177](https://doi.org/10.1348/135910707X246177), indexed in Pubmed: [17919355](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17919355/).
- Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol*. 2006; 25(1): 47–56, doi: [10.1037/0278-6133.25.1.47](https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.47), indexed in Pubmed: [16448297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16448297/).
- Carboon I, Anderson V, Pollard A, et al. Posttraumatic Growth Following a Cancer Diagnosis: Do World Assumptions Contribute? *Traumatology*. 2005; 11(4): 269–283, doi: [10.1528/trau.2005.11.4.269](https://doi.org/10.1528/trau.2005.11.4.269).
- Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej — rola prężności. *Pol Forum Psych*. 2010; 15(2): 125–139.
- Ogińska-Bulik N. Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia*. 2016; 20(1): 1–8.
- Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *J Trauma Stress*. 2004; 17(1): 11–21, doi: [10.1023/B:OTS.0000014671.27856.7e](https://doi.org/10.1023/B:OTS.0000014671.27856.7e), indexed in Pubmed: [15027788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15027788/).
- Tashiro Ty, Frazier P. Personal Relationships. 2003; 10(1): 113–128, doi: [10.1111/1475-6811.00039](https://doi.org/10.1111/1475-6811.00039).
- Karanci AN, Işikli S, Aker AT, et al. Personality, posttraumatic stress and trauma type: factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *Eur J Psycho-traumatol*. 2012; 3, doi: [10.3402/ejpt.v3i0.17303](https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17303), indexed in Pubmed: [22893832](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22893832/).
- Shakespeare-Finch J, Gow K, Smith S. Personality, Coping and Posttraumatic Growth in Emergency Ambulance Personnel. *Traumatology*. 2005; 11(4): 325–334, doi: [10.1528/trau.2005.11.4.325](https://doi.org/10.1528/trau.2005.11.4.325).
- Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: Calhoun LG, Tedeschi RG (ed.). *Handbook of posttraumatic growth*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey 2006: 1–23.
- Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. In: Weiss T, Berger R (red.). *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. John Wiley & Sons, New Jersey 2010: 1–14.
- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000; 109(3): 504–511, doi: [10.1037//0021-843x.109.3.504](https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.3.504), indexed in Pubmed: [11016119](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11016119/).
- Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth: Future directions. In: Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG (ed.). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey 1998: 215–238.
- Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, et al. Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety Stress Coping*. 2011; 24(2): 137–156, doi: [10.1080/10615806.2010.529901](https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901), indexed in Pubmed: [21082446](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21082446/).
- Ehlers A, Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000; 38(4): 319–345, doi: [10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0).
- Ehring T, Ehlers A. Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *Eur J Psycho-traumatol*. 2014; 5, doi: [10.3402/ejpt.v5.23547](https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23547), indexed in Pubmed: [25206955](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25206955/).
- Taku K, Calhoun LG, Cann A, et al. The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Stud*. 2008; 32(5): 428–444, doi: [10.1080/07481180801974745](https://doi.org/10.1080/07481180801974745), indexed in Pubmed: [18767236](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18767236/).

25. 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(5): 544–552. doi: [10.1002/pon.1761](https://doi.org/10.1002/pon.1761).
26. Morris BA, Shakespeare-Finch J. Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psychooncology*. 2011; 20(11): 1176–1183, doi: [10.1002/pon.1827](https://doi.org/10.1002/pon.1827), indexed in Pubmed: [20731009](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731009/).
27. Ogińska-Bulik N, Ciechomska M. Posttraumatic growth of parents struggling with cancer disease of their child – the role of rumination. *Post Psychiatr Neurol*. 2016; 25(2): 99–110, doi: [10.1016/j.pin.2016.05.002](https://doi.org/10.1016/j.pin.2016.05.002).
28. Carboon I, Anderson V, Pollard A, et al. Posttraumatic Growth Following a Cancer Diagnosis: Do World Assumptions Contribute? *Traumatology*. 2005; 11(4): 269–283, doi: [10.1528/trau.2005.11.4.269](https://doi.org/10.1528/trau.2005.11.4.269).
29. Salsman JM, Segerstrom SC, Brechting EH, et al. Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psychooncology*. 2009; 18(1): 30–41, doi: [10.1002/pon.1367](https://doi.org/10.1002/pon.1367), indexed in Pubmed: [18481837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18481837/).
30. Park CL, Chmielewski J, Blank TO. Post-traumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psychooncology*. 2010; 19(11): 1139–1147, doi: [10.1002/pon.1680](https://doi.org/10.1002/pon.1680), indexed in Pubmed: [20027602](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20027602/).
31. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny — charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7(4): 129–142.
32. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, et al. Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Pracownia Testów Psychologicznych PTP Warszawa 1998.
33. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Inwentarz Ruminaacji o Negatywnym Zdarzeniu — polska adaptacja the Event Related Rumination Inventory. *Przegląd Psychologiczny* 2015; 58(3): 383–400.
34. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny wzrost — zróżnicowanie ze względu na rodzaj doświadczonego zdarzenia oraz płeć i wiek badanych. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica* 2013; 17: 51–66.
35. Vishnevsky T, Cann A, Calhoun L, et al. Gender Differences in Self-Reported Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Psychology of Women Quarterly*. 2010; 34(1): 110–120, doi: [10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x).
36. Zawadzki B, Kaczmarek M, Strelau J. Reaktywność emocjonalna a nasilenie objawów zaburzenia stresowego pourazowego u ofiar powodzi: efekt patoplastyczności, spektrum, podatności czy kompilacji. In: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M (ed.). *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia*. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2009; 77–109.