

Nina Ogińska-Bulik  
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

# Objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost u osób zmagających się z chorobami somatycznymi — rola zakłóceń w podstawowych przekonaniach

*Symptoms of posttraumatic stress and posttraumatic growth in people struggling with somatic diseases: the role of disruptions in core beliefs*

## Abstract

**Introduction:** In the occurrence of negative and positive consequences of experienced traumatic events, an essential role is attributed to basic (key) beliefs. The main purpose of the research was to determine the role of disruption in basic beliefs in the occurrence of posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic growth among people struggling with somatic diseases.

**Material and methods:** The results of 124 people, aged 20–79 years, were analyzed ( $M = 46.9$ ,  $SD = 17.2$ ), of which the majority (58.1%) were women. The first group of the respondents were parents struggling with the child's illness ( $n = 64$ , 51.6% of the total number of respondents), the second group — people struggling with their own illness ( $n = 60$ , 48.4%). The studies used the Posttraumatic Stress Disorder Checklist — PCL-5, the Posttraumatic Growth Inventory and the Core Beliefs Inventory.

**Results:** The studied groups did not differ significantly in the severity of PTSD symptoms and the degree of disruption in basic beliefs. In contrast, people struggling with their own disease were characterized by a higher severity of posttraumatic growth. Disruption in basic beliefs was positively related to the posttraumatic growth in both groups, and with PTSD, but mainly in the group of parents of ill children. The predictor of negative, but also positive posttraumatic changes among the people struggling with the child's disease turned out to be beliefs about the importance of their life, spirituality and values as a person. On the other hand, in the case of people struggling with their own disease, such a role was played by disruption in beliefs regarding relations with others, own capabilities and the future.

**Conclusions:** The relationship between disruption in basic beliefs and PTSD depends on who is affected by the disease. Modifying basic beliefs may be important in the process of adapting to trauma.

*Psychiatry 2019; 16, 3: 114–123*

**Key words:** trauma, PTSD, posttraumatic growth, disruption in beliefs, somatic illness

## Wstęp

Doświadczenie poważnej, zagrażającej życiu choroby somatycznej, w tym nowotworowej, jest uznawane za

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

zdarzenie o charakterze traumatycznym. Doznana trauma może się wiązać z samą diagnozą choroby, ale także wynikającym z niej zagrożeniem dla życia, czasem trwania choroby, powtarzającymi się zabiegami czy procedurami medycznymi, a także niekorzystnymi rokowaniami [1]. Wyniki dostępnych badań [2–4] wskazują, że doświadczenie choroby zagrażającej życiu pociąga za sobą wy-

stępowanie objawów składających się na zespół stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*). Zespół ten, zgodnie z klasyfikacją *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), obejmuje intruzje — wyrażające się w postaci nawracających uporczywych myśli, obrazów, snów czy wspomnień związanych z doświadczonego zdarzeniem, unikanie — przejawiające się wysiłkami nacelowanymi na unikanie myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą, negatywne zmiany w procesach poznawczych i emocjonalnych oraz pobudzenie — charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi [5].

Częstość występowania PTSD wśród chorych onkologicznie jest zróżnicowana w zależności od zastosowanej metody pomiaru, rodzaju nowotworu czy czasu, jaki upłynął od diagnozy choroby. Kangas, Henry i Bryant [6] wskazują, że PTSD diagnozuje się u 10–30% pacjentów onkologicznych. Znacznie wyższe odsetki dotyczą objawów wchodzących w skład PTSD. Z polskich badań przeprowadzonych wśród osób, które chorowały na nowotwory złośliwe w obrębie twarzoczaszki [7, 8], wynika, że 76% respondentów ujawniło umiarkowany lub wysokie nasilenie symptomów PTSD. Źródłem objawów PTSD może być także choroba dziecka, co potwierdzają prowadzone w tym zakresie badania [9–11]. Polskie badania [12] dostarczyły danych wskazujących, że aż 81% badanych rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka wykazało umiarkowany lub wysoki poziom PTSD.

Proces zmagania się z chorobą somatyczną, oprócz negatywnych konsekwencji, może się również wiązać z występowaniem pozytywnych zmian, składających się na potraumatyczny wzrost (PTG, *posttraumatic growth*). Wzrost po traumie obejmuje trzy kategorie pozytywnych zmian, którymi są: zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej [13–16]. Wyniki dostępnych badań, zarówno zagranicznych [17, 18], jak i polskich [7, 8, 19, 20] potwierdziły, że doświadczenie choroby nowotworowej może być źródłem wzrostu po traumie. Prowadzone badania dostarczyły także dowodów na występowanie pozytywnych zmian u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka [21–23].

Występowanie pozytywnych skutków doznanej traumy nie wyklucza jednoczesnego występowania negatywnych konsekwencji, wyrażanych w postaci objawów PTSD. Większość prowadzonych w tym zakresie badań potwierdza dodatnie związki między PTSD a PTG [24–26]. Wśród czynników warunkujących występowanie negatywnych i pozytywnych konsekwencji traumy szczególną rolę przypisuje się poznawczej aktywności jednostki, tj. poznawczemu przetwarzaniu traumy i ruminacjom,

a także gotowości do zmiany naruszonych w wyniku traumy podstawowych przekonań (schematów poznawczych). Janoff-Bulman [27] w swojej koncepcji rozbitych założeń wobec świata (*shattered assumptions*) zakłada, że posiadane przez jednostkę schematy poznawcze dotyczące świata i własnej osoby tworzą założeniowy świat (*assumptive world*), który w wyniku doświadczonego traumatycznego zdarzenia podlega zmianom. Osoba, która została narażona na traumę, usiłuje zrozumieć i wyjaśnić doświadczone zdarzenie, co z kolei pociąga za sobą weryfikację posiadanych przekonań. Podejmowana przez jednostkę aktywność ma na celu dokonanie poznawczej adaptacji do zaistniałej sytuacji. W tym celu wykorzystywane są różnego rodzaju operacje poznawcze służące dopasowaniu przekonań do zmienionej rzeczywistości lub też utrzymaniu ich w niezmienionej postaci. Pozytywna adaptacja związana z wystąpieniem wzrostu po traumie jest efektem posiadania elastycznych, a więc podatnych na zmiany przekonań. Z kolei adaptacji negatywnej, powiązanej z wystąpieniem i utrzymywaniem się objawów PTSD, sprzyjają przekonania o sztywnym charakterze, a więc mało podatne na zmiany.

Na znaczenie roli przekonań w adaptacji potraumatycznej wskazują także Foa i Rothbaum [28]. Autorki podkreślają, że podtrzymywaniu objawów PTSD sprzyja sztywność przekonań, czyli słaba (lub brak) podatność na zmiany i to niezależnie od tego, czy posiadane przekonania mają charakter negatywny czy pozytywny. Rolę skrajnie nasilonych negatywnych schematów poznawczych w rozwoju objawów PTSD akcentują także Ehlers i Clark [29]. Autorzy podkreślają, że negatywna ocena poznawcza doświadczonej sytuacji traumatycznej podtrzymuje u jednostki poczucie zagrożenia, które z kolei wiąże się z intruzjami i silnym pobudzeniem psychofizjologicznym, a także z występowaniem negatywnych emocji.

Znaczenie aktywności poznawczej wynikającej z doświadczenia traumatycznego jest akcentowane przede wszystkim przez badaczy zajmujących się pozytywnymi następstwami traumy. Ta aktywność to istotny element procesu przetwarzania poznawczego, które jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na ponoszone przez jednostkę skutki, zarówno te o charakterze negatywnym, jak i pozytywnym [14]. Proces poznawczego przetwarzania traumy odnosi się przede wszystkim do integrowania informacji o doświadczonego zdarzeniu z posiadanymi i ukształtowanymi wcześniej schematami poznawczymi [30]. Proces ten wymaga od osoby, która doznała traumy, pewnej gotowości do rewizji tych przekonań, ujmowanych w postaci zakłóceń w kluczowych przekonaniach (*disruption in core beliefs*). Te zakłócenia stanowiące wyzwanie dla jednostki, wydają się mechanizmem leżącym u podłoża procesu pozytyw-

nej adaptacji potraumatycznej, na co wskazuje model potraumatycznego wzrostu [31, 32]. Autorzy modelu podkreślają, że te poznawcze zakłócenia są punktem wyjścia dla procesu przetwarzania poznawczego traumy. Jego celem jest nadanie doświadczonemu zdarzeniu sensu i znaczenia, a w konsekwencji — dopasowanie się do nowej, zmienionej w wyniku doznanej traumy rzeczywistości.

Należy podkreślić, że występowanie zakłóceń w podstawowych przekonaniach, zwłaszcza w krótkim okresie od doświadczonego zdarzenia, może się także wiązać z nasileniem stresu i objawów PTSD, jednak w późniejszym okresie sprzyja raczej występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych. Dodatkowo powiązania gotowości do rewizji przekonań, zarówno z negatywnymi jak i pozytywnymi zmianami potraumatycznymi wskazują na złożony mechanizm działania tego typu zakłóceń. Występowanie zakłóceń w podstawowych przekonaniach jest pewnego rodzaju dowodem, że u jednostki, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego został zainicjowany proces poznawczego przetwarzania traumy. Biorąc pod uwagę proces adaptacji do traumy najbardziej pożądany wydaje się jednak umiarkowany stopień tych zakłóceń.

Wyniki prowadzonych, choć wciąż nielicznych badań, wskazały na dodatnie powiązania zakłóceń w podstawowych przekonaniach, zarówno z PTSD, jak i PTG [32–35]. W pierwszych polskich badaniach [12, 36] potwierdzono występowanie tego typu związków w kilku grupach badanych. Brakuje natomiast tego typu badań odnoszących się do chorób zagrażających życiu, a także badań mających na celu porównanie nasilenia PTSD i PTG oraz stopnia zakłóceń w podstawowych przekonaniach w zależności od tego, czy choroba dotyczy własnej osoby, czy kogoś bliskiego.

Celem podjętych badań było: 1) sprawdzenie czy osoby zmagające się z chorobą własną różnią się od osób, które borykają się z chorobą dziecka w nasileniu negatywnych (PTSD) i pozytywnych (PTG) konsekwencji doświadczonej traumy oraz zakłóceń w podstawowych przekonaniach; 2) ustalenie związku między PTSD a PTG; 3) sprawdzenie związku między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a nasileniem negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonej traumy; 4) ustalenie jakie przekonania pełnią rolę predykcyjną dla PTSD, a jakie dla PTG.

W odniesieniu do pierwszego i czwartego celu, ze względu na eksploracyjny charakter badań, nie formułowano hipotez badawczych. W nawiązaniu do celu drugiego, zgodnie z dotychczasowymi wynikami badań, przyjęto, że objawy PTSD będą dodatnio wiązać się z PTG. W odniesieniu do trzeciego celu, zgodnie z modelem

przedstawionym przez badaczy amerykańskich [31, 32] przyjęto, że wystąpią dodatnie powiązania między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a objawami PTSD i PTG, przy czym silniejsze związki będą odnosić się do pozytywnych skutków doświadczonej traumy.

### **Materiał i metody**

Badaniami objęto łącznie 130 osób, które zmagają się z chorobą własną lub dziecka. Do analizy włączono dane uzyskane od 124 osób, które w sposób kompletny wypełniły przekazane im kwestionariusze. Było to 52 mężczyzn (41,9%) i 72 kobiety (58,1%) w wieku 20–79 lat ( $M = 46,9$   $SD = 17,2$ ). Pierwszą grupę stanowiły 64 osoby (51,6% ogółu badanych) w wieku 20–43 lat ( $M = 32,2$ ;  $SD = 4,70$ ), z czego 34,4% badanych stanowili mężczyźni, a 65,6% kobiety. Byli to rodzice dzieci, których życie w wyniku doświadczonych chorób było zagrożone. Dzieci były hospitalizowane z powodu przedwczesnego urodzenia i powikłań z nim związanych, obejmujących niewydolność układu krążenia, oddychania, układu nerwowego i trawiennego. Czas hospitalizacji wynosił 4–16 tygodni ( $M = 6,9$ ;  $SD = 2,82$ ). Badania przeprowadzono w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Druga grupa obejmowała 60 osób (48,4% ogółu badanych) chorych onkologicznie (rak piersi — 33,3%, prostaty 33,3% i płuc 33,3%) w wieku 30–79 lat ( $M = 62,5$ ,  $SD = 10,84$ ), z czego 50% stanowili mężczyźni i 50% kobiety. 40% badanych miało postawioną diagnozę choroby w ostatnim roku przed przeprowadzonym badaniem, pozostałe 60% w okresie wcześniejszym. Badania w tej grupie przeprowadzono w Białostockim Centrum Onkologii. W obydwu przypadkach badania miały charakter anonimowy i dobrowolny, a na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetyki.

W badaniach zastosowano trzy narzędzia pomiaru, których charakterystykę przedstawiono poniżej.

**Lista Zaburzeń po Stresie Traumatycznym (PCL-5, *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*)**, której autorami są Weathers i wsp. [37]; w polskiej adaptacji: Ogińskiej-Bulik, Juczyńskiego, Lis-Turlejskiej i Merecz-Kot [38], zawiera opis 20 objawów PTSD przypisanych do 4 czynników, tj. intruzji, unikania, negatywnych zmian w sferze poznawczej i/lub emocjonalnej oraz objawów wzmożonego pobudzenia i reaktywności (np. „Jak bardzo w ciągu ostatniego miesiąca dokuczają Ci powtarzające się, przykre i niechciane wspomnienia stresującego wydarzenia”). Badany dokonuje oceny swoich doznań na skali 5-stopniowej, od 0 (wcale) do 4 (bardzo mocno). Ogólną ocenę intensywności objawów stanowi suma wyników wszystkich 20 pozycji. Narzędzie uzyskało bardzo dobre właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,96 dla całej skali.

**Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju — IPR** (PTGI, *Posttraumatic Growth Inventory*), którego autorami są Tedeschi i Calhoun [13], w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [39] zawiera 21 twierdzeń opisujących pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie do tego, co jest w życiu ważne”). Stopień zmian jest oceniany na 6-stopniowej skali. W polskiej wersji narzędzia ocena dotyczy zmian w percepcji siebie, w relacjach z innymi, większego doceniania życia i zmian duchowych. Inwentarz charakteryzuje bardzo dobre właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,93 dla całej skali.

**Inwentarz Podstawowych Przekonań — IPP** (CBI, *Core Beliefs Inventory*), którego autorami są Cann i wsp. [32]. w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik [36]. Narzędzie składa się z 9 stwierdzeń dotyczących zakłóceń w posiadanych podstawowych przekonaniach (np. „Z powodu tego zdarzenia poważnie zastanawiałem/am się, do jakiego stopnia to, co się przydarza ludziom jest sprawiedliwe”) dotyczących własnego znaczenia i wartości siebie, jako osoby, swojej przyszłości, relacji z innymi ludźmi, które pojawiły się w wyniku doświadczenia najbardziej stresującego wydarzenia. Zadaniem osoby badanej jest ocena, w jakim stopniu to

zdarzenie (w tym przypadku choroba własna lub dziecka) stanowi zakłócenie w podstawowych przekonaniach, używając skali ocen od: 0 — wcale, 1 — w bardzo małym, 2 — w małym, 3 — w umiarkowanym, 4 — w dużym i 5 — w bardzo dużym stopniu. Im wyższy wynik, tym większe zakłócenie w przekonaniach, a co za tym idzie, tym większa skłonność badanego do ich zmiany. Polska adaptacja tego narzędzia pozwoliła na wyodrębnienie trzech czynników, tj. 1) przekonań dotyczących relacji z innymi, własnych możliwości oraz przyszłości, 2) przekonań dotyczących sprawiedliwości, kontrolowalności i przyczynowości zdarzeń, 3) przekonań odnoszących się do swojego życia, duchowości i wartości jako osoby. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,90.

### Wyniki

W celu sprawdzenia czy osoby zmagające się z chorobą dziecka (grupa 1) różnią się od osób, które zmagają się z chorobą własną (grupa 2) w zakresie analizowanych zmiennych dokonano porównania uzyskanych średnich i sprawdzenia istotności różnic między nimi. Ze względu na normalność rozkładu uwzględnionych w badaniu zmiennych do analiz zastosowano testy parametryczne. Uzyskane średnie przedstawiono w tabeli 1.

**Tabela 1.** Średnie wyniki analizowanych zmiennych w grupie osób zmagających się z chorobą dziecka (grupa 1) i własną (grupa 2)

**Table 1.** Means and standard deviations of analyzed variables in the group of people struggling with the child's disease (group 1) and their own (group 2)

Analizowane zmienne	Grupa 1 (n = 64)		Grupa 2 (n = 60)		t	p
	M	SD	M	SD		
PTSD — ogółem	30,70	14,35	29,38	17,16	0,46	NI
intruzja	8,28	4,39	7,58	5,04	0,82	NI
unikanie	3,19	2,14	4,17	2,10	-2,56	0,01
zmiany poznawcze i emocjonalne	9,56	5,66	9,33	6,18	0,21	NI
zmiany w pobudzeniu i reaktywności	9,64	5,21	8,46	5,65	1,20	NI
PTG — ogółem	58,42	21,46	67,65	19,45	-2,51	0,02
zmiany w percepcji siebie	22,89	9,66	27,11	8,72	-2,55	0,01
zmiany w relacjach z innymi	20,06	8,14	23,67	7,48	-2,56	0,01
docenianie życia	10,58	3,96	10,15	3,22	0,66	NI
zmiany w sferze duchowej	4,89	3,29	6,72	2,51	-3,46	0,001
Zakłócenia w przekonaniach — ogółem	25,58	10,02	26,07	8,60	-0,29	NI
czynnik 1	8,90	3,60	8,83	3,23	0,03	NI
czynnik 2	8,50	3,92	7,90	3,69	0,88	NI
czynnik 3	8,17	4,33	9,50	3,52	-1,86	NI

PTSD (*posttraumatic stress disorder*) — zespół stresu pourazowego; PTG (*posttraumatic growth*) — potraumatyczny wzrost; M (*mean*) — średnia; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; t (*value of the student's t-test*) — wartość testu t-studenta; p (*significance level*) — poziom istotności; NI — nieistotne statystycznie; czynnik 1 — przekonania dotyczące relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości; czynnik 2 — przekonania dotyczące sprawiedliwości, kontrolowalności i przyczynowości zdarzeń; czynnik 3 — przekonania dotyczące znaczenia swojego życia, duchowości i wartości jako osoby

Dane zamieszczone w tabeli 1 wskazują na brak różnic istotnych statystycznie w nasileniu objawów PTSD w obydwu grupach, z wyjątkiem unikania, które okazało się wyższe wśród osób zmagających się z własną chorobą. Osoby te ujawniły także istotnie wyższe nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych (z wyjątkiem doceniania życia), a największe różnice między grupami odnoszą się do zmian w sferze duchowej.

Wśród osób, które zmagają się z chorobą dziecka wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD, zgodnie z punktem odcięcia wynoszącym 33 pkt [38], wykazuje 37,5% badanych (niskie ryzyko ujawnia 62,5% respondentów). Podobne odsetki dotyczą osób zmagających się z chorobą własną; 35% badanej grupy ujawnia wysokie, a 65% niskie prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Z kolei uwzględniając pozytywne zmiany potraumatyczne, zgodnie z normami ustalonymi dla IPR [39], w grupie 1 (zmagający się z chorobą dziecka) niskie nasilenie potraumatycznego wzrostu wykazuje 43,7%, średnie 21,9%, a wysokie 34,4% badanych. W grupie 2 (zmagający się z własną chorobą) niskie nasilenie PTG ujawnia 20%, średnie 33,3% i wysokie 46,7% badanych. Zaprezentowane w tabeli 1 dane wskazują na brak różnic w nasileniu zakłóceń w posiadanych przekonaniach między badanymi grupami.

Płeć i wiek badanych nie wiązały się z nasileniem PTSD i PTG ani zakłóceń w posiadanych przekonaniach. Podobnie czas pobytu dziecka w szpitalu oraz czas, jaki

upłynął od diagnozy choroby nowotworowej nie były powiązane z żadną z trzech analizowanych zmiennych. W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, czy objawy PTSD wiążą się z PTG. Dane przedstawiono w tabeli 2. Dane zamieszczone w tabeli 2 wskazują na istotne dodatnie powiązania między objawami PTSD a potraumatycznym wzrostem w grupie osób, które zmagają się z chorobą dziecka. Ogólny wskaźnik PCL-5 koreluje ze wszystkimi zmianami wchodzącymi w zakres potraumatycznego wzrostu, przy czym najwyższy współczynnik korelacji odnosi się do zmian o charakterze duchowym, najniższy do zmian w percepcji siebie. Podobnie wszystkie kategorie objawów PTSD korelują z ogólnym wynikiem wzrostu po traumie, mierzonym za pomocą IPR. Nieco wyższe współczynniki korelacji dotyczą intruzji oraz zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej, w porównaniu z pozostałymi objawami, tj. unikaniem oraz zmianami w zakresie pobudzenia i reaktywności. W grupie osób, które zmagają się z własną chorobą, brakuje związków między negatywnymi i pozytywnymi skutkami traumy. Jedynie intruzja koreluje dodatnio z dwoma wymiarami potraumatycznego wzrostu, tj. zmianami w percepcji siebie oraz zmianami w sferze duchowej.

Następnie, za pomocą współczynników korelacji Pearsona, ustalono związek między zakłóceniami w posiadanych przekonaniach a objawami PTSD i PTG, oddzielnie w obydwu grupach badanych (tab. 3 i 4).

**Tabela 2.** Współczynniki korelacji między objawami PTSD a PTG w grupie 1 i 2

**Table 2.** Correlation coefficients between PTSD symptoms and PTG in group 1 and 2

Objawy PTSD	PTG — ogółem	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Grupa 1 — osoby zmagające się z chorobą dziecka					
PTSD — ogółem	0,36**	0,25*	0,31**	0,37**	0,41***
intruzja	0,32**	0,22	0,30*	0,33**	0,33**
unikanie	0,29*	0,24	0,25*	0,15	0,39***
zmiany poznawcze i emocjonalne	0,31**	0,21	0,25*	0,39***	0,32**
zmiany w pobudzeniu i reaktywności	0,26*	0,18	0,22	0,25*	0,32**
Grupa 2 — osoby zmagające się z chorobą własną					
PTSD — ogółem	0,06	0,19	-0,09	-0,04	0,14
intruzja	0,17	0,30*	-0,03	0,07	0,28*
unikanie	0,11	0,13	0,05	0,03	0,20
zmiany poznawcze i emocjonalne	-0,01	0,14	-0,14	-0,10	0,01
zmiany w pobudzeniu i reaktywności	0,02	0,11	-0,07	-0,07	0,12

PTSD (posttraumatic stress disorder) — zespół stresu pourazowego; PTG (posttraumatic growth) — potraumatyczny wzrost; Cz. 1 — zmiany w percepcji siebie; Cz. 2 — zmiany w relacjach z innymi; Cz. 3 — docenianie życia; Cz. 4 — zmiany w sferze duchowej; \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01 \* p < 0,05

**Tabela 3.** Współczynniki korelacji między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a nasileniem objawów PTSD i PTG w grupie osób zmagających się z chorobą dziecka (grupa 1)**Table 3.** Correlation coefficients between distortion in basic beliefs and severity of PTSD and PTG symptoms in a group of people struggling with a child's disease (group 1)

Zmienne	Przekonania — ogółem	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3
PTSD — ogółem	0,47***	0,35*	0,42***	0,43***
intruzja	0,46***	0,30*	0,46***	0,39**
unikanie	0,33**	0,34*	0,21	0,30*
zmiany poznawcze i emocjonalne	0,45***	0,33*	0,38**	0,43***
zmiany w pobudzeniu i reaktywności	0,28*	0,21	0,26*	0,24
PTG — ogółem	0,59***	0,51***	0,48***	0,51***
zmiany w percepcji siebie	0,52***	0,45***	0,41***	0,46***
zmiany w relacjach	0,44***	0,40***	0,41***	0,32*
docenianie życia	0,53***	0,41***	0,49***	0,44***
zmiany w sferze duchowej	0,58***	0,50***	0,31*	0,65***

PTSD (*posttraumatic stress disorder*) — zespół stresu pourazowego; PTG (*posttraumatic growth*) — potraumatyczny wzrost; Czynniki 1 — przekonania dotyczące relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości; Czynniki 2 — przekonania dotyczące sprawiedliwości, kontrolowalności i przyczynowości zdarzeń; Czynniki 3 — przekonania dotyczące znaczenia swojego życia, duchowości i wartości jako osoby; \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

**Tabela 4.** Współczynniki korelacji między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a nasileniem objawów PTSD i PTG w grupie osób zmagających się z chorobą własną (grupa 2)**Table 4.** Correlation coefficients between distortion in basic beliefs and severity of PTSD and PTG symptoms in a group of people struggling with their own disease (group 2)

Zmienne	Przekonania — ogółem	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3
PTSD — ogółem	0,22	0,27*	0,08	0,19
intruzja	0,32**	0,40**	0,16	0,25
unikanie	0,12	0,21	-0,11	0,19
zmiany poznawcze i emocjonalne	0,18	0,21	0,11	0,10
zmiany w pobudzeniu i reaktywności	0,18	0,19	0,06	0,18
PTG — ogółem	0,57***	0,59***	0,37**	0,46***
zmiany w percepcji siebie	0,53***	0,59***	0,39**	0,35**
zmiany w relacjach	0,49***	0,46***	0,33**	0,41***
docenianie życia	0,55***	0,60***	0,30*	0,50***
zmiany w sferze duchowej	0,43***	0,43***	0,15	0,47***

PTSD (*posttraumatic stress disorder*) — zespół stresu pourazowego; PTG (*posttraumatic growth*) — potraumatyczny wzrost; Czynniki 1 — przekonania dotyczące relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości; Czynniki 2 — przekonania dotyczące sprawiedliwości, kontrolowalności i przyczynowości zdarzeń; Czynniki 3 — przekonania dotyczące znaczenia swojego życia, duchowości i wartości jako osoby; \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

W grupie osób zmagających się z chorobą dziecka występują dodatnie powiązania zakłóceń w posiadanych przekonaniach zarówno z PTSD, a szczególnie z intruzją i negatywnymi zmianami w sferze poznawczej i emocjonalnej, jak i PTG, przy czym wyższe wartości współczynników korelacji dotyczą pozytywnych zmian potraumatycznych.

Wśród osób zmagających się z własną chorobą zakłócenia w posiadanych przekonaniach wiążą się w sposób istotny statystycznie przede wszystkim z PTG. Są to związki o charakterze dodatnim, co oznacza, że skłonność do zastanawiania się nad sobą i światem w wyniku doświadczanej traumy sprzyja występowaniu pozytywnych





w przekonaniach a objawami PTSD występują przede wszystkim u osób, które zmagają się z chorobą dziecka. Może to sugerować, że proces adaptacji do traumy w przypadku choroby dziecka jest trudniejszy i przebiega wolniej niż w przypadku choroby własnej. Teza ta jednak wymagałaby weryfikacji w kolejnych badaniach.

Należy także zwrócić uwagę, że w procesie poznawczego przetwarzania traumy zaangażowane są również inne aktywności o charakterze poznawczym, w tym ruminowanie o doświadczonych zdarzeniach, czy poznawcze strategie radzenia sobie z nimi, które w powiązaniu z gotowością do zmiany przekonań mogą wpływać na ponoszone skutki traumy, ujawniane zarówno w formie objawów PTSD, jak i PTG.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Nie analizowano w nich stopnia zaawansowania choroby (głównie w odniesieniu do chorych onkologicznie) ani postępów w zakresie leczenia. Nie uwzględniono także innych czynników, które mogły być powiązane z występowaniem negatywnych i pozytywnych konsekwencji zmagania się z chorobą, w tym znaczenia innych doświadczeń o charakterze traumatycznym, podejmowanych strategii radzenia sobie, czy zmiennych osobowościowych. Ponadto badania miały charakter przekrojowy, co oznacza, że nie można w sposób jednoznaczny wnioskować o związkach przyczynowo-skutkowych między zmiennymi. Warto także zwrócić uwagę, że przedmiotem analiz były wyniki uzyskane od osób zmagających się z różnymi chorobami, co mogło rzutować na uzyskane rezultaty. Bardziej porównywalne byłyby rezultaty uzyskane od osób, które zmagają się z takim samym typem choroby, zarówno własnej, jak i dziecka.

W kolejnych badaniach warto byłoby uwzględnić także inne czynniki wchodzące w zakres poznawczego przetwarzania traumy, w tym poznawcze strategie radzenia

sobie z doznaną traumą. Istotne byłoby również sprawdzenie czy przetwarzanie poznawcze traumy, a także jej negatywne i pozytywne skutki zmieniają się w czasie. Wymagałoby to jednak przeprowadzenia badań o charakterze podłużnym.

Uzyskane wyniki mają także znaczenie dla praktyki klinicznej, przede wszystkim w procesie radzenia sobie z doznaną traumą. U osób, u których występuje zbyt wysoki poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach w wyniku doświadczonych zdarzeń traumatycznych, co utrudnia proces adaptacji do traumy, należałoby podjąć próbę ich obniżenia, przede wszystkim poprzez procesy akomodacji, czyli dostosowania posiadanych schematów poznawczych do nowych okoliczności. Z kolei, u osób u których poziom zakłóceń jest niski, wskazane byłyby wysiłki mające na celu włączenie (zasymilowanie) doświadczonych zdarzeń w istniejący system przekonań.

### Wnioski

Wyniki uzyskanych badań skłaniają do sformułowania następujących wniosków:

1. Wśród osób zmagających się z chorobami, zarówno własną, jak i dziecka występują negatywne i pozytywne zmiany potraumatyczne.
2. Związek między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach, a PTSD zależy od tego, kogo dotyczy choroba; dodatnie powiązania występują, przede wszystkim u osób zmagających się z chorobą dziecka.
3. Związek między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a PTG ma charakter dodatni i nie zależy od tego, kogo dotyczy choroba.
4. W procesie adaptacji do traumy należy zwrócić uwagę przede wszystkim na zakłócenia w przekonaniach dotyczących znaczenia własnego życia, duchowości i wartości jako osoby oraz przekonania odnoszące się do relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości.

### Streszczenie

**Wstęp:** W występowaniu negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonych zdarzeń traumatycznych istotną rolę przypisuje się podstawowym (kluczowym) przekonaniom. Celem podjętych badań było ustalenie, jaką rolę pełnią zakłócenia w podstawowych przekonaniach w występowaniu objawów stresu pourazowego (PTSD) i potraumatycznego wzrostu wśród osób zmagających się z chorobami somatycznymi.

**Materiał i metody:** Analizie poddano wyniki 124 osób w wieku 20–79 lat ( $M = 46,9$ ;  $SD = 17,2$ ), z czego większość (58,1%) stanowiły kobiety. Pierwsza grupa badanych to rodzice zmagający się z chorobą dziecka ( $n = 64$ ; 51,6% ogółu badanych), druga — osoby zmagające się z chorobą własną ( $n = 60$ ; 48,4%). W badaniach wykorzystano Listę Zaburzeń po Stresie Traumatycznym, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju oraz Inwentarz Podstawowych Przekonań.

**Wyniki:** Obydwie badane grupy nie różniły się w sposób istotny w zakresie nasilenia objawów PTSD oraz stopnia zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Natomiast osoby zmagające się chorobą własną charakteryzowały się wyższym nasileniem potraumatycznego wzrostu. Zakłócenia w podstawowych przekonaniach były dodatnio powiązane z potraumatycznym wzrostem w obydwu grupach badanych oraz z PTSD, ale głównie w grupie rodziców chorych dzieci. Predyktorem negatywnych, ale także pozytywnych zmian potraumatycznych, wśród osób zmagających się z chorobą



dziecka okazały się przede wszystkim przekonania dotyczące znaczenia swojego życia, duchowości i wartości jako osoby. Natomiast w przypadku osób zmagających się z chorobą własną taką rolę pełniły zakłócenia w przekonaniach dotyczących relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości.

**Wnioski:** Związek między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a PTSD zależy od tego, kogo dotyczy choroba. Modyfikowanie podstawowych przekonań może mieć istotne znaczenie w procesie adaptacji do traumy.

**Psychiatria 2019; 16, 3: 114–123**

**Słowa kluczowe:** trauma, PTSD, potraumatyczny wzrost, zakłócenia w przekonaniach, choroba somatyczna

## Piśmiennictwo

- Devine KA, Reed-Knight B, Loiselle KA, et al. Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: a mixed-methods approach. *J Clin Psychol Med Settings*. 2010; 17(4): 340–348, doi: [10.1007/s10880-010-9210-7](https://doi.org/10.1007/s10880-010-9210-7), indexed in Pubmed: [21076935](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21076935/).
- 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/jts.20316](https://doi.org/10.1002/jts.20316).
- Chan CM, Ng CG, Taib NA, et al. Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: A 4-year follow-up study. *Cancer*. 2018; 124(2): 406–416, doi: [10.1002/cncr.30980](https://doi.org/10.1002/cncr.30980), indexed in Pubmed: [29152719](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29152719/).
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2014, doi: [10.1176/appi.books.9780890425596](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596).
- Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2002; 22(4): 499–524, indexed in Pubmed: [12094509](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12094509/).
- Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny wzrost u chorych onkologicznie – rola osobowości i ruminacji. *Psychiatria*. 2017; 14(1): 53–60.
- Ogińska-Bulik N. The negative and positive effects of trauma resulting from cancer — the role of personality and rumination. *Current Issues in Personality Psychology*. 2017; 4: 232–243, doi: [10.5114/cipp.2017.67016](https://doi.org/10.5114/cipp.2017.67016).
- Kazak AE, Boeving CA, Alderfer MA, et al. Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *J Clin Oncol*. 2005; 23(30): 7405–7410, doi: [10.1200/JCO.2005.09.110](https://doi.org/10.1200/JCO.2005.09.110), indexed in Pubmed: [16157936](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16157936/).
- Ljungman L, Cernvall M, Grönqvist H, et al. Long-term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: a systematic review. *PLoS One*. 2014; 9(7): e103340, doi: [10.1371/journal.pone.0103340](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103340), indexed in Pubmed: [25058607](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25058607/).
- Cernvall M, Skogseid E, Carlbring P, et al. Experiential Avoidance and Rumination in Parents of Children on Cancer Treatment: Relationships with Posttraumatic Stress Symptoms and Symptoms of Depression. *J Clin Psychol Med Settings*. 2016; 23(1): 67–76, doi: [10.1007/s10880-015-9437-4](https://doi.org/10.1007/s10880-015-9437-4), indexed in Pubmed: [26462676](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26462676/).
- Ogińska-Bulik N, Socha I. Symptoms of posttraumatic stress among parents struggling with their child's cancer — the role of negative cognitions and disruption in core beliefs. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2017; 26(4): 206–220, doi: [10.5114/ppn.2017.71278](https://doi.org/10.5114/ppn.2017.71278).
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996; 9(3): 455–471, 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 łzy zamieniają się w perły. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013.
- Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy — negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wyd. Difin, Warszawa 2015.
- Cormio C, Muzzatti B, Romito F, et al. Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Support Care Cancer*. 2017; 25(4): 1087–1096, doi: [10.1007/s00520-016-3496-4](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3496-4), indexed in Pubmed: [28013416](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28013416/).
- Martino M, Freda M. Post-traumatic growth in cancer survivors: Narrative markers and functions of the experience's transformation. *The Qualitative Report*. 2016; 21(4): 765–780. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol21/iss4/11>.
- Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej — rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*. 2010; 15(2): 125–139.
- Ogińska-Bulik N. The role of ruminations in the relation between personality and positive posttraumatic changes resulting from struggling with cancer. *Health Psychology Report*. 2018; 6(4): 296–306, doi: [10.5114/hpr.2019.77176](https://doi.org/10.5114/hpr.2019.77176).
- Barakat LP, Alderfer MA, Kazak AE. Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *J Pediatr Psychol*. 2006; 31(4): 413–419, doi: [10.1093/jpepsy/psj058](https://doi.org/10.1093/jpepsy/psj058), indexed in Pubmed: [16093518](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16093518/).
- Ogińska-Bulik N, Ciechomska M. Wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka – rola ruminacji. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2016; 25(2): 99–110, <http://dx.doi.org/10.101016/j.pin>. 2016; 05002.
- Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste a wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. *Psychoonkologia*. 2017; 20: 1–8.
- Wu K, Zhang Y, Liu Z, et al. Coexistence and different determinants of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Chinese survivors after earthquake: role of resilience and rumination. *Front Psychol*. 2015; 6: 1043, doi: [10.3389/fpsyg.2015.01043](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01043), indexed in Pubmed: [26300793](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26300793/).
- Wu Z, Xu J, Sui Y. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth coexistence and the risk factors in Wenchuan earthquake survivors. *Psychiatry Res*. 2016; 237: 49–54, doi: [10.1016/j.psychres.2016.01.041](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.041), indexed in Pubmed: [26921051](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26921051/).
- Ogińska-Bulik N. Rola objawów stresu pourazowego w rozwoju po traumie u pracowników służb ratowniczych. W: I. Janicka, M. Znajmiecka-Sikora (red). *Rodzina i kariera*. Wyd. Ut, Łódź, 2014, s. 389–402.
- Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. The Free Press, New York 1992.
- Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press, New York 1998.
- 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).
- Williams R, Davis M, Millsap R. Development of the cognitive processing of trauma scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002; 9(5): 349–360, doi: [10.1002/cpp.343](https://doi.org/10.1002/cpp.343).
- Calhoun L, Cann A, Tedeschi R. The Posttraumatic Growth Model: Sociocultural Considerations. *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice*. 2012: 1–14, doi: [10.1002/9781118270028.ch1](https://doi.org/10.1002/9781118270028.ch1).
- Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, et al. The Core Beliefs Inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety Stress Coping*. 2010; 23(1): 19–34, doi: [10.1080/10615800802573013](https://doi.org/10.1080/10615800802573013), indexed in Pubmed: [19326274](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19326274/).

33. Barton S, Boals A, Knowles L. Thinking about trauma: the unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. *J Trauma Stress*. 2013; 26(6): 718–726, indexed in Pubmed: [24490252](#).
34. Lindstrom C, Cann A, Calhoun L, et al. The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013; 5(1): 50–55, doi: [10.1037/a0022030](#).
35. Zhou X, Wu X, Fu F, et al. Core belief challenge and rumination as predictors of PTSD and PTG among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Psychol Trauma*. 2015; 7(4): 391–397, doi: [10.1037/tra0000031](#), indexed in Pubmed: [25793513](#).
36. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. The importance of core beliefs in the process of posttraumatic adaptation – the Polish adaptation of the Core Beliefs Inventory. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2018; 27(2): 102–119, doi: [10.5114/ppn.2018.77211](#).
37. Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri P, Marx B, Schnurr P. The PTSD Checklist for DSM–5 (PCL-5). National Center for PTSD 2013; [www.ptsd.va.gov](#).
38. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Lis-Turlejska M, Merecz-Kot D. Polska adaptacja PTSD Check List for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne/ Polish adaptation of the PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. A preliminary communication. *Przegląd Psychologiczny* 2018; 61(2): 285–289.
39. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*. 2010; 7(4): 129–142.