

Nina Ogińska-Bulik

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Rola zaangażowania poznawczego w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi

The role of cognitive engagement in posttraumatic growth in people struggling with chronic somatic diseases

STRESZCZENIE

Wyniki badań prowadzonych w ostatnich latach dostarczają dowodów na to, że doświadczanie negatywnych wydarzeń życiowych, w tym przewlekłej choroby somatycznej, wiąże się z występowaniem pozytywnych zmian, wyrażanych w postaci potraumatycznego rozwoju/wzrostu. Obejmują one zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi i sferze duchowej. Wśród uwarunkowań potraumatycznego rozwoju szczególną rolę przypisuje się aktywności poznawczej (przetwarzaniu poznawczemu), ujawnianej w postaci ruminowania o przeżytych zdarzeniach.

Ruminacje, szczególnie te o charakterze refleksyjnym, mogą przyczynić się do wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych bezpośrednio lub pośrednio, sprzyjając podejmowaniu bardziej skutecznych strategii radzenia sobie z doświadczonym wydarzeniem i jego następstwami. W artykule przedstawiono rolę przetwarzania poznawczego, a przede wszystkim ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi.

Słowa kluczowe: rozwój/wzrost potraumatyczny, zaangażowanie poznawcze, ruminacje, przewlekłe choroby somatyczne.

ABSTRACT

The results of research conducted in recent years provide evidence that the experience of negative life events, including chronic somatic diseases, is associated with positive changes, expressed in the form of posttraumatic growth. They include chang-

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego
ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, e-mail: nogińska@uni.lodz.pl

es in self-perception, relationships with others and the spiritual realm. Among the determinants of posttraumatic growth, a special role is attributed to cognitive activity (cognitive processing), disclosed in the form of rumination of experienced event. Rumination, especially reflective, can contribute to positive posttraumatic changes directly or indirectly, promoting using more effective strategies for dealing with an experienced event and its aftermath. The paper presents the role of cognitive processing, and above all the rumination in the occurrence of posttraumatic positive changes in people struggling with chronic somatic diseases.

Key words: posttraumatic growth, cognitive engagement, rumination, chronic somatic diseases.

Wprowadzenie

Choroby somatyczne, zwłaszcza o charakterze przewlekłym, należą do grupy chorób zagrażających życiu jednostki. Mogą więc być traktowane jako zdarzenie potencjalnie traumatyczne (DSM-IV-TR, APA, 2000). U wielu osób tego typu choroby pozostawiają ślad w postaci zaburzeń po stresie traumatycznym (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD), przejawiających się w występowaniu intruzji, unikania i pobudzenia. Dla przykładu w przypadku chorych onkologicznie odsetek osób z objawami PTSD jest szacowany na 15–80% (Kangas i in., 2002).

Trauma wiążąca się z doświadczeniem przewlekłej choroby somatycznej ma z reguły złożony charakter. Może być związana z procesem diagnozy, powagą choroby i stopniem zagrożenia życia, poczuciem osamotnienia związanym np. z pobytem w szpitalu, czasem trwania choroby, powtarzającymi się zabiegami czy procedurami medycznymi, a także niekorzystnymi rokowaniami (Devine i in., 2010).

Doświadczenie sytuacji o charakterze traumatycznym, w tym choroby zagrażającej życiu, oprócz wielu negatywnych następstw, może pociągać za sobą wystąpienie pozytywnych zmian, ujawnianych w postaci potraumatycznego wzrostu/rozwoju. Obejmują one zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej (Tedeschi, Calhoun, 1996; 2004).

Prowadzone badania wskazują, że u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi wzrost potraumatyczny jest

częstym zjawiskiem. Doświadcza go od 30 do nawet 90% pacjentów chorych onkologicznie (Mystakidou i in., 2008). Dane te potwierdzają polskie badania przeprowadzone wśród kobiet po zabiegu resekcji gruczołu piersiowego, z których wynika, że wszystkie badane kobiety zadeklarowały występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych, a 50% spośród nich wskazała na ich wysoki poziom (Ogińska-Bulik, 2010).

Pojawienie się pozytywnych zmian nie oznacza jednak braku dystresu, cierpienia czy negatywnych emocji. Potraumatyczny wzrost jest traktowany jako końcowy efekt – z reguły bolesnego – procesu zmagania się z kryzysem wywołanym doświadczeniem choroby. Występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych wymaga więc czasu i jest związane, zwłaszcza w początkowym okresie po zdarzeniu, z poczuciem dyskomfortu i negatywnymi emocjami. W dalszym etapie może jednak prowadzić do odkrywania nowych, nieznanych dotąd aspektów dotyczących własnego *ja* i swoich relacji z innymi. To z kolei staje się podstawą tworzenia nowej wizji świata, budowania przekonań i poglądów dostosowanych do nowej rzeczywistości. Etap ten można określić jako proces przebudowy własnego życia. Występowanie pozytywnych zmian świadczy o „przepracowaniu” traumy i jest przejawem skuteczności poradzenia sobie z nią.

Wśród czynników warunkujących występowanie pozytywnych zmian w wyniku doświadczenia przewlekłej choroby somatycznej zwraca się uwagę na powagę choroby i stopień zagrożenia dla zdrowia i życia. Sil-

niejszy wzrost jest związany z większą powagą choroby i większym zagrożeniem dla zdrowia (Bellizzi, Blank, 2006). W procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych wskazuje się także na znaczenie posiadanych zasobów osobistych i społecznych oraz stosowanych strategii radzenia sobie. Szczególną jednak rolę przypisuje się aktywności poznawczej, w tym zdolności do przetwarzania informacji (Calhoun, Tedeschi, 2006; Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010; Tedeschi, Calhoun, 1996; 2004). Oznacza to, że jednostka, konfrontując się z traumą, przeżywa nie tylko negatywne emocje, ale także doświadcza myśli, wspomnień związanych z doświadczonym wydarzeniem, rozważa je, analizuje i stopniowo nadaje im nowe znaczenie, co w efekcie sprzyja pojawianiu się zmian wzrostowych.

Przetwarzanie poznawcze a występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych

Doświadczenie wydarzenia traumatycznego wymaga od jednostki podjęcia aktywności poznawczej (zaangażowania poznawczego), związanej z przetwarzaniem traumy, określanej mianem przetwarzania poznawczego. Przetwarzanie poznawcze (*cognitive processing*) oznacza proces integrowania informacji o doświadczonym zdarzeniu z posiadanymi, ukształtowanymi wcześniej schematami poznawczymi. Jego celem jest nadanie wydarzeniu sensu i znaczenia (Horowitz i in., 1979; Janoff-Bulman, 2004; Willimas i in., 2002). Wśród wskaźników efektywnego przetwarzania traumy wymienia się obniżanie się poziomu objawów PTSD, tj. intruzji, unikania i pobudzenia, zmniejszenie się poziomu negatywnych emocji, w tym szczególnie poczucia winy czy wstydu, większą organizację myśli, asymilację informacji dotyczących doświadczonego zdarzenia traumatycznego (włączanie ich w dotychczasowe schematy poznawcze), desensytyzację, przejawiającą się stopniowym zmniejszaniem odczuwanego stresu i negatywnych emocji w wyniku powracania myślami do wydarzenia, akceptację tego, co się zda-

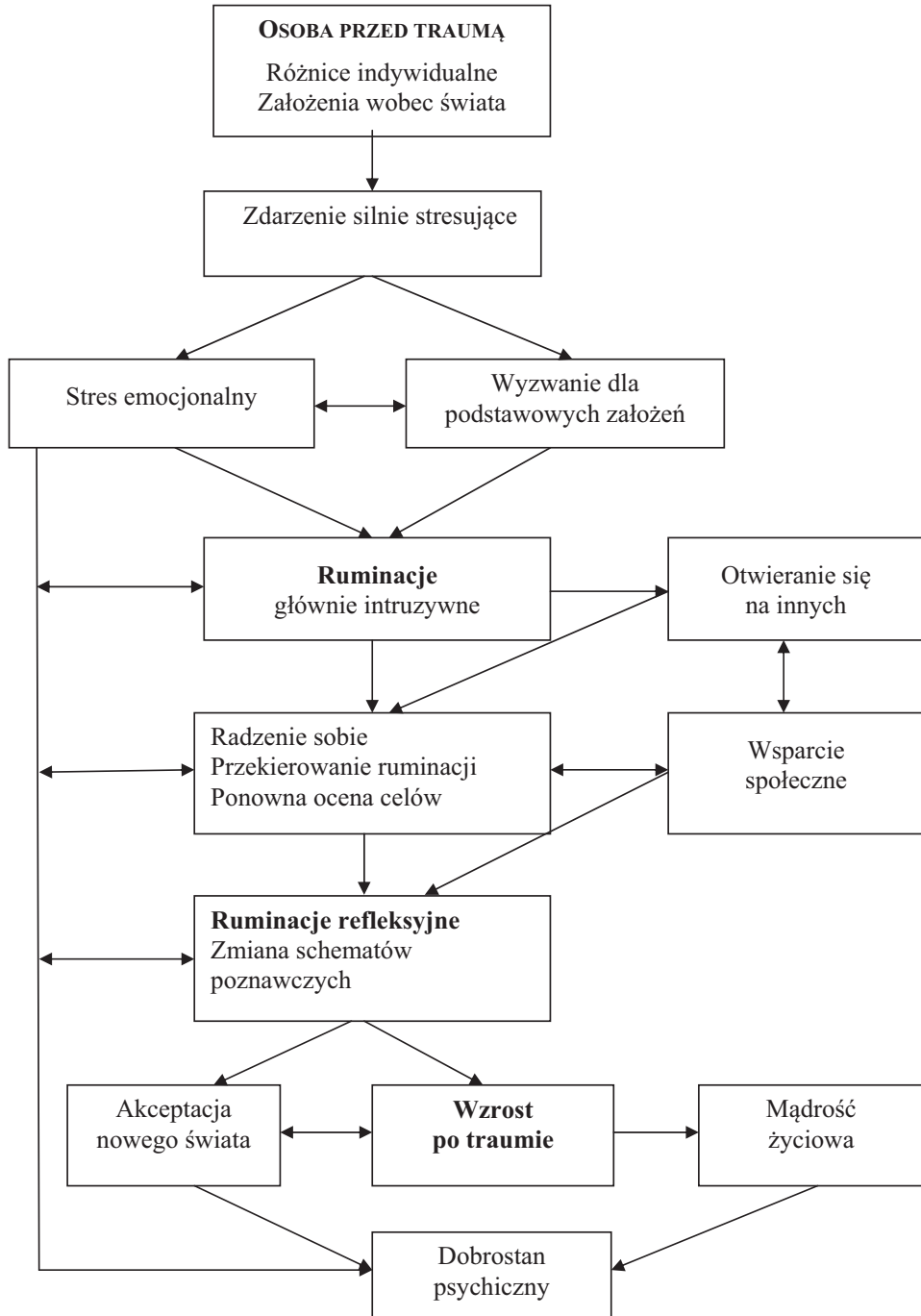
rzyło, a także dostrzeganie pozytywnych stron doświadczonej sytuacji (Williams i in., 2002). Kluczową rolę w procesie poznawczego przetwarzania traumy zdają się pełnić ruminacje.

Na znaczenie ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych wskazuje zrewidowany model wzrostu po traumie (Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010), którego uproszczoną wersję przedstawiono poniżej (ryc. 1).

Zgodnie z zamieszczonym modelem, punktem wyjścia złożonego procesu, którego efektem końcowym jest potraumatyczny wzrost i dobrostan psychiczny, jest osoba przed traumą, czyli jej podmiotowe właściwości oraz posiadane przez nią schematy poznawcze, ujawniane w postaci kluczowych założeń wobec świata i własnej osoby.

Doświadczona sytuacja, jeśli ma charakter traumatyczny, pociąga za sobą stan silnego dystresu i z reguły narusza/niszczy dotychczas istniejące schematy poznawcze i przekonania jednostki, choć nie musi oznaczać to ich całkowitego zniszczenia. Podważone zostaje przede wszystkim założenie o kontrolowalności i przewidywalności świata, a także przekonanie o sensie własnej egzystencji. Jednocześnie, jeśli doświadczono zdarzenie stanowi dla jednostki istotne wyzwanie, to „wprawia w ruch” procesy poznawcze, które mogą doprowadzić do zmiany posiadanych schematów. Należy dodać, że wydarzenie musi być na tyle silne, żeby zmusić jednostkę do zrewidowania swoich założeń wobec siebie i świata.

Proces poznawczego zaangażowania jednostki zmierza więc do poradzenia sobie z doświadczoną sytuacją oraz odbudowy zburzonych schematów poznawczych. Zniszczenie, a następnie podejmowane próby ich odbudowania, skłaniają jednostkę do zastanawiania się nad sobą i swoim miejscem w istniejącym świecie. W rezultacie uruchomiony zostaje proces przetwarzania poznawczego, w którym podstawową rolę pełnią ruminacje. Stopniowo człowiek zaczyna akceptować nową, zmienioną rzeczywistość, orientować się na przyszłość, formułować nowe cele



Ryc. 1. Zrewidowany model potraumatycznego wzrostu (opr. własne na podstawie: Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010).

i zadania życiowe. Ta zmiana priorytetów oraz identyfikacja nowych możliwości i ścieżek życiowych jest jednym z najważniejszych aspektów wzrostu po traumie. Wiąże się z tym umiejętność zarówno częściowego utrzymywania, jak i rezygnacji z nieosiągalnych celów, z jednoczesnym zastąpieniem ich nowymi, możliwymi do osiągnięcia. Jednostka doświadcza wzrostu mądrości życiowej, a odbudowane struktury poznawcze stają się bardziej elastyczne i odporne na zniszczenie.

Rola ruminacji w procesie wzrostu po traumie

Termin ruminacja/ruminacje oznacza rozważanie, rozmyślanie czy „przeżuwanie” określonych treści, często pojawiających się bez wyraźnej przyczyny. Nie jest to termin jednoznaczny. Według Nolen-Hoeksemy (2000) myślenie ruminacyjne to pasywna i utrzymująca się koncentracja uwagi na odczuwanych negatywnych emocjach. Jest ono dodatnio powiązane z depresją. Baryła i Wojciszke (2005) traktują ruminacje jako stan nawracających, negatywnych myśli o własnych zachowaniach, wywołanych niespójnością między celami a poziomem ich realizacji oraz niespójnością między ogólnymi i normatywnymi przekonaniami o sobie i świecie a informacjami o rzeczywistych stanach dotyczących własnej osoby i świata.

Ruminacje można ujmować w dwojaki sposób. Pierwszy określa je jako pewnego rodzaju dyspozycję do rozważania i oceniania siebie i świata w określony sposób, który nie wiąże się wprost z doświadczanymi zdarzeniami i aktualnie wykonywanymi działaniami (Nolen-Hoeksema, 2000). Drugi sposób traktuje ruminacje jako skłonność jednostki do rozważania konkretnej, najczęściej negatywnej sytuacji życiowej. Na znaczenie tego rodzaju ruminacji w procesie wzrostu po traumie wskazują autorzy koncepcji potraumatycznego wzrostu (Calhoun i in., 2010; Tedeschi, Calhoun, 1996; 2004).

Ruminacje odnoszące się do konkretnego wydarzenia mogą pełnić zróżnicowaną rolę.

Jedne, określane mianem natrętnych/intruzywnych (*intrusive rumination*) mają charakter bardziej destrukcyjny. Są to automatycznie pojawiające się myśli, których jednostka nie jest w stanie kontrolować i które nie są powiązane z próbami rozwiązania problemu. Drugie z kolei – nazywane refleksyjnymi czy intencjonalnymi (*deliberate / reflective / intentional*), są ruminacjami konstruktywnymi. Sprzyjają one przeanalizowaniu sytuacji w celu poszukiwania sposobów jej rozwiązania. Ruminacje o charakterze intruzywnym z reguły sprzyjają podtrzymywaniu objawów stresu pourazowego (Cann i in., 2011; Ehlers, Clark, 2000; Ehling, Ehlers, 2014). Z kolei ruminacje refleksyjne są traktowane jako czynnik sprzyjający pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych (Calhoun i in., 2010; Cann i in., 2011; Taku i in., 2008).

Początkowo, bezpośrednio po zdarzeniu, pojawiają się ruminacje o charakterze intruzywnym/nieintencjonalnym, które są traktowane jako bezpośrednie następstwo urazu. Jest to typowe „przeżuwanie” doznanej sytuacji. Stopniowo jednak, wraz z poprawą stanu psychicznego, wyrażającą się przede wszystkim w stopniowej redukcji emocjonalnego dystresu oraz uruchomionym procesem radzenia sobie, zmieniają się one w ruminacje intencjonalne/refleksyjne. 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 (Calhoun i in., 2010). Tak więc obydwie rodzaje ruminacji zdają się pełnić istotną rolę w procesie występowania pozytywnych zmian potraumatycznych.

Do oceny nasilenia obydwu rodzajów ruminacji opracowano narzędzie pomiaru, którym jest *Event Related Rumination Inventory* – ERRI (Cann i in., 2011). Zostało ono zaadaptowane do warunków polskich i występuje pod nazwą Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – IRoNZ (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2015). IRoNZ, podobnie jak wersja oryginalna

na, zawiera dwie skale, z których każda złożona jest z 10 stwierdzeń. Pierwsza – odnosi się do ruminacji natrętnych (np. „Myślałem/am o tym zdarzeniu, nawet kiedy nie chciałem/am o nim myśleć”), druga – ruminacji refleksyjnych (np. „Zastanawiałem/am się, czy to zdarzenie miało dla mnie jakieś znaczenie”). Osoba badana dokonuje oceny na 4-stopniowej skali typu Likerta (0 – wcale nie, 1 – rzadko, 2 – czasami, 3 – często), jak często doświadczała opisanych w inwentarzu sytuacji w okresie kilku tygodni od doznanego zdarzenia. Wyniki obliczane są oddzielnie dla obydwu skal. Narzędzie uzyskało bardzo dobre właściwości psychometryczne. 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.

Ruminacje a rozwój po traumie w chorobach somatycznych

W przypadku doświadczenia poważnej choroby somatycznej ruminowanie początkowo przybiera postać ciągłego powracania myślami do choroby, jej diagnozy, zastanawiania się nad przyczynami (w tym własnym udziałem w rozwoju choroby) i możliwymi konsekwencjami, a także występującymi w związku z nią emocjami. Temu rodzajowi ruminacji, które mają charakter automatyczny/natrętny z reguły towarzyszą dość silne emocje negatywne, głównie lęk, niepokój czy objawy depresji. Stopniowo jednak zmienia się sposób myślenia jednostki; zaczyna się ona zastanawiać, co dla niej wynika z choroby, jak sobie z nią poradzić. Pojawiają się więc ruminacje celowe/refleksyjne. Służą one poszukiwaniu sensu doznanej choroby i nadaniu jej znaczenia. Doświadczenie choroby zmusza także jednostkę do zmiany celów życiowych. Przyjęcie nowych wyzwań i celów jest traktowane jako efekt pogodzenia się z chorobą i wynikającymi z niej ograniczeniami.

Prowadzone badania wykazały pozytywny związek ruminacji, zwłaszcza refleksyjnych, ze wzrostem po traumie wśród osób, które doświadczyły różnych sytuacji trauma-

tycznych (Cann i in., 2011; Taku, 2008; Wu i in., 2015). W polskich badaniach tego typu zależności ujawniono wśród przedstawicieli służb ratowniczych (Ogińska-Bulik, 2015a) czy kobiet doświadczających przemocy w rodzinie (Ogińska-Bulik, 2016a).

Dostępne dane – choć nie wszystkie – wskazują również na występowanie dodatniego związku ruminacji, przede wszystkim refleksyjnych, z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. Tego typu powiązania wykazano u osób, które doświadczyły zawału serca (Gangstad i in., 2009), u zakażonych HIV i chorych na AIDS (Bower i in., 1998; Milam, 2004; Nightingale i in., 2013; Sherr i in., 2011; Updegraff i in., 2002) czy zmagających się z nowotworami (Chan i in., 2011; Morris, Shakespeare-Finch, 2011; Soo, Sherman, 2015). W badaniach Soo i Sherman (2015) – obejmujących kobiety z rakiem sutka – dodatnie zależności ruminacji o charakterze instrumentalnym, tj. służących poszukiwaniu sposobów porażenia sobie z chorobą, były powiązane ze wszystkimi wymiarami wzrostu po traumie.

W literaturze dostępne są również wyniki badań wskazujące na brak związku między zaangażowaniem poznawczym, wyrażanym przede wszystkim w postaci intruzywnego myślenia o doświadczonej sytuacji, a wzrostem po traumie. Na przykład w badaniach o charakterze długofalowym przeprowadzonych wśród osób chorych na białaczkę wykazano, że intruzywne myśli występujące w trakcie leczenia nie pozwalały na przewidywanie potraumatycznego wzrostu po zakończonym procesie leczenia (Carboon i in., 2005). Podobnie w grupie osób zmagających się z rakiem jelita grubego – wyjściowy poziom ruminacji intruzywnych i refleksyjnych nie pozwalał na przewidywanie potraumatycznego wzrostu 3 miesiące później (Salsman i in., 2009). Z kolei w badaniach Park i in. (2010), także obejmujących osoby chore onkologicznie, wykazano ujemny związek ruminacji intruzywnych z występowaniem pozytywnych zmian w wyniku doświadczonej traumy.

Pierwsze, jeszcze nieliczne polskie badania dotyczące tego obszaru odnoszą się głównie do chorych onkologicznie i osób zakażonych wirusem HIV. W badaniach, obejmujących osoby zmagające się z różnymi rodzajami raka, analizowano ruminacje występujące bezpośrednio po diagnozie choroby, jak i aktualne / bieżące (występujące 2–3 tygodnie przed przeprowadzonym badaniem) i ich związek z potraumatycznym wzrostem (Ogińska-Bulik, 2015b). Wyniki badań wykazały, że obydwa rodzaje ruminacji (natrętne, refleksyjne), występujące zaraz po diagnozie choroby, były dodatnio powiązane ze wzrostem po traumie. Natomiast uwzględniając ruminacje aktualne, jedynie te o charakterze refleksyjnym istotnie korelowały z poziomem wzrostu po traumie. Ten rodzaj ruminacji okazał się predyktorem pozytywnych zmian w relacjach z innymi i docenianiu życia.

Podobne rezultaty uzyskano w grupie rodziców, którzy zmagali się z chorobą nowotworową dziecka (Ogińska-Bulik, Ciechomska, 2016). Dostarczyły one danych wskazujących na znaczenie ruminacji refleksyjnych w procesie występowania pozytywnych zmian potraumatycznych. Zarówno u matek, jak i ojców dzieci chorych onkologicznie predykcyjną rolę, przede wszystkim w zakresie pozytywnych zmian w relacjach z innymi, pełniły ruminacje refleksyjne.

Z kolei w badaniach nastolatków chorych onkologicznie (Ogińska-Bulik, 2016b), obejmujących jednostki z różnymi rodzajami raka, silniejsze dodatnio powiązania z poziomem pozytywnych zmian, wyrażanych w postaci osobowego wzrostu, dotyczyły ruminacji natrętnych. Pełniły one predykcyjną rolę zarówno dla ogólnego wyniku wzrostu po traumie, mierzonego Kwestionariuszem Osobowego Wzrostu, jak i dla wszystkich czterech obszarów wchodzących w jego skład. Największą moc wyjaśniającą (26% wariancji) uzyskano dla zmian w relacjach z innymi.

Wśród osób zakażonych wirusem HIV (Ogińska-Bulik, 2016c) ruminacje (zarówno natrętne, jak i refleksyjne) nie wiązały się z potraumatycznym wzrostem, natomiast były sil-

nie powiązane z objawami PTSD. Jedynek związek, o charakterze dodatnim, dotyczył ruminacji refleksyjnych i pozytywnych zmian w percepcji siebie.

Podsumowanie – znaczenie zaangażowania poznawczego dla praktyki

Przedstawiony model, jak i przegląd badań wskazują na istotną rolę zaangażowania poznawczego jednostki, wyrażanego w postaci ruminowania o doświadczonej chorobie, w procesie występowania pozytywnych zmian potraumatycznych. Szczególne znaczenie należy przypisać ruminacjom refleksyjnym. Warto dodać, że wystąpienie zmian wzrostowych w wyniku przeżytej choroby jest wskaźnikiem poradzenia sobie z nią, wyrażanym najczęściej jako adaptacja do choroby. Wykazano również, że przetwarzanie poznawcze może być traktowane jako mediator w relacji między skłonnością jednostki do ujawnienia siebie a zdrowiem (Williams i in., 2002). Oznacza to, że osoby, które wykazują jednocześnie tendencje do ruminowania i ujawniania swoich przeżyć związanych z traumą, charakteryzują się lepszym stanem zdrowia.

Należy jednak zwrócić uwagę, że związek między podejmowaną aktywnością poznawczą wynikającą z konfrontacji z silnie stresującym zdarzeniem nie jest jednoznaczny. Może to wynikać z niejednoznaczności samego terminu, jakim jest przetwarzanie poznawcze. Obejmuje ono nie tylko ruminacje, ale także intruzje, reminiscencje, zmianę kluczowych założeń wobec świata i własnej osoby. Ponadto, jak wskazano wcześniej, sam termin ruminacje może być różnie rozumiany. Wielość pojęć wiąże się z kolei z różnorodnością stosowanych narzędzi służących do ich oceny, co utrudnia porównywanie wyników i wyciąganie wniosków.

Niejednoznaczny związek między aktywnością poznawczą jednostki podejmowaną w wyniku doświadczonych zdarzeń traumatycznych a pozytywnymi następstwami traumy wskazuje na potrzebę prowadzenia dalszych badań w tym zakresie, także

z uwzględnieniem innych procesów poznawczych, m. in. zmiany kluczowych założeń wobec świata i własnej osoby. Ważne wydaje się także analizowanie roli procesów towarzyszących podejmowanej aktywności poznawczej, a szczególnie przetwarzania emocjonalnego.

Warto zwrócić uwagę na praktyczny aspekt badań dotyczących związku zaangażowania poznawczego w przetwarzanie traumy z pozytywnymi jej następstwami. Lekarze i terapeuci pracujący z osobami, które doznały traumy, powinni być świadomi możliwości wystąpienia wzrostu u swoich pacjentów, a tym samym powinni uwzględniać i doceniać siły oraz możliwości tkwiące w osobach, które były narażone na zdarzenia traumatyczne. Jednym z zadań terapeuty powinno więc być sprzyjanie samorealizacji pacjenta, co jest zgodne z humanistyczną koncepcją ludzkiej natury, a także założeniami psychologii pozytywnej.

W celu promowania wzrostu po traumie w ramach pracy z pacjentem zmagającym się z przewlekłą chorobą somatyczną powinno znaleźć się miejsce na rozwijanie tych elementów, które sprzyjają przepracowaniu traumy. Wśród nich niezwykle ważne jest kształtowanie i rozwijanie refleksyjności. Sprzyja ona aktywnemu przetwarzaniu informacji i poznawczemu zaangażowaniu się w poszukiwanie sposobów poradzenia sobie z doznanymi wydarzeniami i wynikającymi z nich emocjami. Refleksje czy ruminacje o charakterze refleksyjnym (celowym) wydają się wręcz konieczne w procesie odbudowywania schematów poznawczych zniszczonych w wyniku traumy.

Dlatego też w procesie terapii, zwłaszcza w pierwszym jej etapie, warto zachęcać osoby, które doświadczyły traumy związanej z chorobą, do przywoływania wspomnień, ruminacji dotyczących przeżytej sytuacji, zwłaszcza jej aktywnej formy związanej z poszukiwaniem sposobów poradzenia sobie z chorobą czy jej akceptacji.

Dopiero w dalszych etapach osoba, która zmagą się z traumą, może być zachęcana do stawiania sobie nowych zadań i celów życiowych. W ten sposób poradzenie sobie z negatywnymi skutkami doświadczonych zdarzeń

może stać się początkiem pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych.

Należy jednak pamiętać, że wzrost po traumie jest procesem złożonym i rozciągniętym w czasie. Wymaga on nie tylko poznawczego przetwarzania, ale także zaangażowania posiadanych zasobów osobistych i społecznych oraz strategii radzenia sobie. Dlatego też w celu promowania wzrostu po traumie należy również uwzględnić rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami oraz kształtowanie zasobów osobistych, w tym optymizmu, poczucia własnej wartości, skuteczności czy prężności psychicznej. W sytuacji kryzysu związanego z chorobą niezbędną jest bowiem mobilizacja zasobów jednostki, by sobie z nim poradzić. Na znaczenie mobilizacji zasobów w radzeniu sobie z przewlekłą chorobą somatyczną zwraca uwagę Juczyński (2010).

Nie można również zapominać, że ruminacje pełnią istotną rolę w rozwoju i podtrzymaniu objawów PTSD, a z kolei objawy PTSD są dodatkowo powiązane z nasileniem wzrostu po traumie (Juczyński, 2016; Ogińska-Bulik, 2015a; 2016d). Sugeruje to możliwość występowania podobnych mechanizmów, leżących u podłoża, tak negatywnych, jak i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Zagadnienie to wymaga dalszych badań.

Piśmiennictwo

- APA – American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (wyd. 4). Washington, DC.
- Baryła W., Wojciszke B. (2005). Kwestionariusz Rumination. *Studia Psychologiczne*, 43(4), 5-22.
- Bellizzi K.M., Blank T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25, 47-56.
- Bower J.E., Kemeny M.E., Taylor S.E., Fahey J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.
- Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (red.), *Hand-*

- book of posttraumatic growth. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1–23.
- Calhoun L.G., Cann A., Tedeschi R.G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. Weiss T., Berger R. (red.), *Post-traumatic growth and culturally competent practice*. NJ: John Wiley, Hoboken, 1–14.
- Cann A., Calhoun L.G., Tedeschi R.G., Triplett K.N., Vishnevsky T., Lindstrom C.M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24(2), 137–156.
- Carboon I., Anderson V.A., Pollard A., Szer J., Seymour J.F. (2005). Posttraumatic growth following a cancer diagnosis: Do world assumptions contribute? *Traumatology*, 11(4), 269–283.
- Chan M.W., Ho S.M., Tedeschi R.G., Leung C.W. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 544–552.
- Devine K., Reed-Knight B., Loiselle K., Fenton N., Blount R. (2010). Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 340–348.
- Ehlers A., Clark D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehring T., Ehlers A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *Psychotraumatology*, 5, 23547 – <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v.523547>.
- Gangstad B., Norman P., Barton J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth following stroke. *Rehabilitation Psychology*, 54, 69–75.
- Horowitz M., Wilner N., Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Janoff-Bulman R. (2004). Posttraumatic growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34.
- Juczyński Z. (2010). Co daje człowiekowi siłę do zmagania się z cierpieniem. Suchocka L., Sztembis R. (red.), *Człowiek i dzieło*. Lublin: Wyd. KUL, 255–268.
- Juczyński Z. (2016). Zaburzenia po stresie traumatycznym i pozytywne zmiany psychologiczne u osób po transplantacji serca. *Psychiatria*, 13(2), 63–73.
- Kangas M., Henry J.L., Bryant R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499–524.
- Milam J.E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Psychology*, 34, 23–53.
- Morris B., Shakespeare-Finch J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modeling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 1176–1183.
- Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Galanos A., Vlahos L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology*, 13; 633–646.
- Nightingale V.R., Sher T.G., Hansen N.B. (2013). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 452–460.
- Nolen-Hoeksema S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed depressive /anxiety symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
- Ogińska-Bulik N. (2010). Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15(2), 125–139.
- Ogińska-Bulik N. (2015a). *Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Wyd. Difin.
- Ogińska-Bulik N. (2015b). Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia*, 3, doi: 10.5114/pson.2015.55305.
- Ogińska-Bulik N. (2016a). Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie. *Roczniki Psychologiczne*, 4 (w druku).
- Ogińska-Bulik N. (2016b). Ruminacje a osobowy wzrost u nastolatków zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* (w druku).
- Ogińska-Bulik N. (2016c). Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u zakażonych HIV. *Psychiatria* 1, 13(1), 8–16.
- Ogińska-Bulik N. (2016d). Rola ruminacji w procesie występowania negatywnych i pozytywnych następstw doświadczanej traumy. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* (w druku).
- Ogińska-Bulik N., Ciechomska M. (2016). Posttraumatic growth of parents struggling with cancer disease of their child – The role of rumination. (Wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka – rola

- ruminacji). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(2), 99–110.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2015). Inwentarz Ruminationi o Negatywnym Zdarzeniu – polska adaptacja the Event Related Rumination Inventory. *Przeegląd Psychologiczny*, 58(3), 383–400.
- Park C.L., Chmielewski J., Blank T.O. (2010). Posttraumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*, 19, 1139–1147.
- Salsman J.M., Segerstrom S.C., Brechting E.H., Carlson C.R., Andrykowski M.A. (2009). Posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3 month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, 18, 30–41.
- Sherr L., Nagra N., Kulubaya G., Catalan J., Clucas C., Harding R. (2011). HIV infection associated post-traumatic stress disorder and posttraumatic growth – A systematic review. *Psychology, Health and Medicine*, 16(5), 612–629.
- Soo H., Sherman K.A. (2015). Rumination, psychological distress and posttraumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(1), 70–79.
- Taku K., Calhoun L.G., Cann A., Tedeschi R.G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies*, 32, 428–444.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–8.
- Updegraff J.A., Taylor S.E., Kemeny M.E., Wyatt G.E. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personal and Social Psychology Bulletin*, 28(3), 382–394.
- Williams R., Davis M., Millsap R. (2002). Development of the Cognitive Processing of Trauma Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 349–360.
- Wu X., Zhou X., Wu Y., An Y. (2015). The role of rumination in posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adolescents after the Wenchuan earthquake. *Frontiers in Psychology*, 6, 1335, doi: 10.3389/fpsyg.2015.01335.