

## Ruminacje jako wyznaczniki zespołu stresu pourazowego po hospitalizacji z powodu COVID-19

### Ruminations as predictors of post-traumatic stress disorder after hospitalization for COVID-19

Zygfried Juczyński<sup>1</sup>, Luiza Kwiecińska<sup>2</sup>, Nina Ogińska-Bulik<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UWSB Merito w Toruniu

<sup>2</sup>Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

<sup>3</sup>Uniwersytet Łódzki

#### Summary

**Aim.** The most widely reported problems among people who have been hospitalized for COVID-19 are those associated with mental health. The aim of the study was to determine the incidence of PTSD in patients hospitalized due to COVID-19 and to determine predictors of the risk of its occurrence.

**Material and methods.** The study group included 250 people after hospitalization due to COVID-19. Several standardized measurement tools were used: the PCL-5, PSS-10, ERRI, SPP-15, and PANAS.

**Results.** Overall, 55.6% of respondents qualified for a diagnosis of PTSD. These were mostly people hospitalized for more than two weeks, with a more severe course of the disease, examined within three and six months after hospitalization. The regression model includes factors related to the course of treatment and psychological variables: some increase the risk of PTSD (i.e., perceived stress, intrusive ruminations and negative emotions), while others are protective factors (i.e., resilience, deliberate ruminations and positive emotions). Overall, the regression model explains 72% of the total variance. Intrusive ruminations, explaining 59% of the variance, and perceived stress (12%) appeared the most significant for predicting PTSD.

**Conclusions.** As patients diagnosed with PTSD require therapeutic assistance, it is essential to identify both risk and protective factors as these may be helpful in improving the therapy process and facilitating preventive activities.

**Słowa kluczowe:** PTSD, ruminacje, COVID-19

**Key words:** PTSD, ruminations, COVID-19

## Wstęp

### Objawy PTSD jako konsekwencja doświadczenia COVID-19

Pandemia COVID-19 dotknęła prawie każdego z nas. Wszyscy doświadczyli wprowadzonych ograniczeń, a wielu osobiście choroby, która dla wielu zakończyła się tragicznie. Prowadzone już wcześniej badania potwierdzają występowanie różnych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, w tym występowanie zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) u osób zakażonych koronawirusem. Metaanaliza kilkudziesięciu badań pochodzących z różnych krajów i obejmujących osoby po hospitalizacji z powodu SARS-CoV-2 wykazała w tej grupie około 30% częstość występowania zespołu stresu pourazowego [1].

Wielu badaczy zaczęło monitorować występowanie objawów PTSD wynikających z COVID-19, wskazując jednocześnie na ich współwystępowanie z innymi problemami psychicznymi [2]. Przegląd oparty na badaniach przeprowadzonych w 8 krajach (Chiny, Dania, Hiszpania, Włochy, Iran, USA, Turcja i Nepal) wskazał na stosunkowo wysokie wskaźniki objawów lęku (od 6,3% do 50,9%), depresji (14,6–48,3%), zespołu stresu pourazowego (7,0–53,8%) oraz stresu (8,1–81,9%) [3, 4]. Nasilenie objawów PTSD wahało się od stosunkowo niewielkiego (9–10%) do umiarkowanego (45%), a nawet bardzo wysokiego (96,2%), w zależności od czynników związanych z przebiegiem choroby [5]. Występowanie PTSD po ostrej infekcji COVID-19 potwierdzano częściej u kobiet (55,7%) oraz u osób z zaburzeniami psychicznymi w anamnezie (34,8%) [6].

Hospitalizacja pacjentów z COVID-19, która na ogół wiąże się z cięższym przebiegiem choroby, ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i samopoczucie pacjenta. Dodatkowo niepewne rokowanie i leczenie oraz sama specyfika hospitalizacji przy zakażeniu SARS-CoV-2, polegająca na pobycie w izolowanych oddziałach, z zakazem odwiedzin, a nawet z ograniczeniem kontaktów z pracownikami służby zdrowia, wprowadzają dodatkowy stres. Purssell i wsp. [7] podkreślają, że stosowane powszechnie podczas pandemii środki izolacji wewnątrzszpitalnej zwiększają także ryzyko lęku i depresji.

### Czynniki determinujące występowanie PTSD

Nie u każdej osoby narażonej na zdarzenia o charakterze traumatycznym dochodzi do rozwoju zaburzenia po stresie urazowym. Decydują o tym różne czynniki zwiększające podatność oraz czynniki ochronne, które mogą zmniejszyć ryzyko jego wystąpienia. Ze zmiennych socjodemograficznych najbardziej znacząca okazuje się płeć. Większość badań wskazuje, że kobiety są bardziej podatne na rozwój PTSD niż mężczyźni [9].

W rozwoju zespołu stresu pourazowego duże znaczenie przypisuje się czynnikiem psychologicznym, a wśród nich posiadanym zasobom jednostki, zarówno osobistym (w postaci przekonań i oczekiwań), jak i społecznym (wsparcie społeczne). Innymi słowy, deficyty w zakresie przekonań i oczekiwań, w tym niskie poczucie własnej wartości, skuteczności, koherencji, prężności, niski poziom optymizmu życiowego

mogą zwiększyć podatność na PTSD. Podobną rolę przypuszczalnie odgrywają brak wsparcia społecznego i izolacja społeczna. Podatność na występowanie PTSD może także zwiększyć nasilenie wcześniejszych zaburzeń psychicznych, w tym lęku, depresji oraz nadużywania substancji psychoaktywnych [6, 9, 10].

Jednakże głównymi determinantami PTSD wydają się nasilenie stresu oraz podejmowane działania zaradcze. Ogólnie im silniejszy stres i im większe deficyty w zakresie radzenia sobie, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju PTSD [10].

Szczególną rolę w rozwoju PTSD odgrywa poznawczo-emocjonalne przetwarzanie traumy. Na jego znaczenie wskazuje wielu badaczy [11–13]. Jednym ze wskaźników poznawczego przetwarzania traumy jest ruminowanie o doświadczonej sytuacji traumatycznej. Znaczenie ruminacji w rozwoju zaburzeń po stresie urazowym akcentuje poznawczy model PTSD, opracowany przez Ehlers i Clarka [14]. Według autorów ocena doświadczonego zdarzenia w kategoriach zagrożenia generuje negatywne emocje i nieustanne myślenie o tym zdarzeniu (przeżywanie myśli). Taka sytuacja sprzyja nie tylko rozwojowi objawów PTSD, ale również ich podtrzymywaniu [15–17].

Wcześniejsze badania zidentyfikowały również czynniki, które mogą chronić lub zmniejszać nasilenie objawów PTSD. Jednym z nich może być prężność, rozumiana jako zdolność jednostki do oderwania się od negatywnych doświadczeń i elastycznego dostosowania się do zmieniających się warunków życia [18, 19]. Prężność wiąże się z występowaniem pozytywnych emocji, a także innymi zasobami osobistymi, takimi jak poczucie własnej wartości i skuteczności, co zwiększa skuteczność radzenia sobie z traumatycznymi zdarzeniami [10]. Connor [20] podkreśla znaczenie prężności jako czynnika redukującego objawy PTSD. Badanie przeprowadzone przez Wrenna i wsp. [21] w śródmiejskiej próbie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej wykazało, że prężność jest silnie i istotnie powiązana ze zmniejszonym prawdopodobieństwem PTSD.

Obecnie dostępnych jest niewiele badań dotyczących roli psychologicznych czynników sprzyjających rozwojowi zaburzeń PTSD i chroniących przed ich rozwojem w związku z chorobą COVID-19. Uważa się, że objawy choroby nasila silny stres psychiczny na początku choroby i pobyt na oddziale intensywnej terapii [22]. Rozpoznanie PTSD potwierdzono u 36% rekonwalescentów po opuszczeniu szpitala [23]. Większe ryzyko było przewidywane u osób z niższym poziomem wykształcenia, wyższym poziomem lęku i spostrzeganiem słabego wsparcia społecznego podczas hospitalizacji [23]. Jak dotychczas w żadnym badaniu nie dokonano oceny znaczenia ruminowania o doświadczonej chorobie oraz roli prężności w rozwoju objawów PTSD w związku z COVID-19.

## Cel

Celem podjętych badań było ustalenie nasilenia zaburzeń po stresie traumatycznym u osób hospitalizowanych z powodu COVID-19. Na podstawie dostępnych badań przyjęto, że poziom nasilenia objawów PTSD zależy od czynników związanych z przebiegiem leczenia w szpitalu oraz zmiennych psychologicznych, takich jak odczuwany stres, ruminacje, przeżywane emocje i prężność. Odwołując się do poznawczego mo-

delu PTSD [14], założono, że spostrzegany stres, ruminacje oraz emocje negatywne będą dodatnio powiązane z objawami PTSD. Z kolei emocje pozytywne oraz prężność będą się wiązać ujemnie z objawami tego zespołu.

## Material i metody

### Badane osoby

Badaniami objęto pacjentów hospitalizowanych w okresie od kwietnia do lipca 2021 roku z powodu COVID-19 w centralnej części Polski. Wszyscy wyrazili zgodę na udział w badaniach po hospitalizacji. W związku z tym wszystkim dostarczono elektroniczną lub papierową wersję narzędzi badawczych, przy czym jedna połowa grupy badanej otrzymała narzędzia po upływie trzech miesięcy od zakończenia hospitalizacji, a druga po sześciu miesiącach.

Łącznie uzyskano 250 (z 320 przekazanych) poprawnie wypełnionych narzędzi, 49,6% elektronicznych i 50,4% papierowych wersji kwestionariuszy. Wśród badanych 40% stanowili mężczyźni, 54,4% było w wieku poniżej 50 lat, 58,4% przebywało w szpitalu do dwóch tygodni, pozostali dłużej niż dwa tygodnie. W 51,6% przypadków badani wypełnili kwestionariusze po upływie 3 miesięcy od wypisu ze szpitala ( $M = 3,1 \pm 1,6$ ), pozostali po upływie 6 miesięcy ( $M = 6,2 \pm 1,4$ ).

### Zastosowane narzędzia

Każdy badany został poproszony o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań dotyczących wieku, płci, chorób współistniejących, czasu pobytu w szpitalu, stosowanego leczenia, a następnie o wypełnienie kilku kwestionariuszy. W instrukcji wprowadzającej informowano, że chodzi o reakcje, emocje i zachowania związane z przebyciem hospitalizacją z powodu COVID-19.

#### *Lista zaburzeń po stresie traumatycznym – PCL-5*

*Lista zaburzeń po stresie traumatycznym (PTSD Checklist for DSM-5 PCL-5)*, stworzona przez Weathersa i wsp. [24], została zaadaptowana do warunków polskich [25]. Zawiera 20 pozycji związanych z czterema kryteriami PTSD według DSM-5, takimi jak: B. intruzje, C. unikanie, D. negatywne zmiany w poznaniu i nastroju, E. zmiany w pobudzeniu i reaktywności. Badany podaje, w jakim stopniu opisane problemy trapiły go w ciągu ostatniego miesiąca i zaznacza swoje odpowiedzi na 5-stopniowej skali – od 0 („wcale”) do 4 („bardzo”). PCL-5 wykazała dobre właściwości psychometryczne w badanej próbie, z  $\alpha$  Cronbacha = 0,96 i stabilnością czasową  $rtt = 0,89$ .

#### *Skala spostrzeganego stresu – PSS-10*

*Skala spostrzeganego stresu (Perceived Stress Scale – PSS-10)*, skonstruowana przez Cohena i wsp. [26], zawiera 10 pozycji i w polskiej adaptacji [27] ocenia sto-

pień, w jakim doświadczenia ostatniego miesiąca były nieprzewidywalne, niekontrolowane i nadmiernie stresujące. Skala wykazała dobre właściwości psychometryczne ( $\alpha$  Cronbacha = 0,86).

#### *Inwentarz ruminacji o negatywnym zdarzeniu – ERRI*

*Inwentarz ruminacji o negatywnym zdarzeniu (Event Related Rumination Inventory – ERRI)* został opracowany przez Canna i wsp. [28] i zaadaptowany do warunków polskich [29]. Narzędzie zawiera dwie skale, z których każda składa się z 10 stwierdzeń. Pierwsza dotyczy ruminacji natrętnych, druga ruminacji celowych. Badany udziela odpowiedzi w 4-stopniowej skali Likerta. Inwentarz wykazał bardzo dobre właściwości psychometryczne ( $\alpha$  Cronbacha = 0,96 dla ruminacji natrętnych i 0,92 dla ruminacji celowych).

#### *Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – PANAS*

*Skala uczuć pozytywnych i negatywnych (Positive and Negative Affect Schedule – PANAS)* w wersji polskiej [30] służy do pomiaru natężenia emocji negatywnych i pozytywnych. Na podstawie listy 20 przymiotników badany ocenia swoje względnie stałe cechy afektywne w skali od 1 („nigdy tak się nie czuję”) do 5 („zwykle tak się czuję”). Rzetelność trzech skal waha się od 0,79 do 0,74.

#### *Skala pomiaru prężności – SPP-15*

*Skala pomiaru prężności – SPP-15* jest skróconą wersją skali SPP-25 opracowanej przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [31]. Skala mierzy ogólny poziom prężności, która jest traktowana jako cecha osobowości. Badany dokonuje oceny na 5-stopniowej skali Likerta (od 0 – „zdecydowanie nie”, do 4 – „zdecydowanie tak”). Skala ma dobre właściwości psychometryczne ( $\alpha$  Cronbacha = 0,89 dla całej skali).

## **Wyniki**

Analizy danych zostały przeprowadzone za pomocą pakietu statystycznego SPSS (wersja 20). Rozkłady zmiennych sprawdzono pod kątem normalności na podstawie oceny skośności i kurtozy. Obliczono statystyki opisowe, a zależności między zmiennymi ustalono na podstawie współczynnika korelacji Pearsona. Zbudowane modele zweryfikowano za pomocą analizy regresji liniowej (metoda krokowa).

### **Analiza opisowa**

Objawy PTSD związane z COVID-19 zostały ocenione za pomocą PCL-5. Badani oceniali występowanie wymienionych problemów w ostatnim miesiącu w związku z hospitalizacją z powodu COVID-19 (kryterium A). Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe dla wyników PCL-5

PCL-5	M	SD	Skośność	Kurtoza
B. Intruzje	8,94	5,21	0,03	-0,98
C. Unikanie	3,64	2,42	-0,13	-1,06
D. Zmiany w poznaniu i nastroju	11,17	6,40	0,01	-1,01
E. Zmiany w pobudzeniu i reaktywności	10,80	5,37	0,02	-0,88
PCL – Wynik ogólny	34,55	17,29	-0,07	-0,98

Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w wynikach w zależności od sposobu badania (on-line lub wersja papierowa kwestionariuszy). Wyższe wyniki ( $p < 0,05$ ) odnotowano u kobiet ( $M = 36,16 \pm 16,70$ ) w porównaniu z mężczyznami ( $M = 31,62 \pm 17,80$ ) oraz u młodszych badanych (do 50 lat;  $M = 36,84 \pm 16,92$ ) w porównaniu ze starszymi uczestnikami badania ( $M = 31,81 \pm 17,40$ ). Istotnie niższe wyniki w zakresie PTSD ( $p < 0,01$ ) stwierdzono u pacjentów hospitalizowanych krócej (do 2 tygodni;  $M = 32,06 \pm 16,79$ ) w porównaniu z osobami hospitalizowanymi dłużej ( $M = 42,98 \pm 16,38$ ). Podobnie niższe wyniki potwierdzono u osób badanych po 6 miesiącach od zakończenia hospitalizacji ( $M = 31,80 \pm 17,66$ ) niż po upływie 3 miesięcy ( $M = 37,14 \pm 16,58$ ). Wreszcie istotnie wyższe wyniki PTSD ( $p < 0,02$ ) odnotowano w przypadkach ciężkiego przebiegu choroby (konieczność leczenia pod respiratorem tlenowym, dłuższy czas hospitalizacji;  $M = 37,04 \pm 17,76$ ) w porównaniu z przypadkami z lżejszym przebiegiem ( $M = 32,18 \pm 16,53$ ). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zależności od braku lub współistnienia innych chorób przewlekłych.

Największe nasilenie objawów zaobserwowano w zakresie negatywnych zmian poznawczych i nastroju ( $M = 2,79$ )<sup>1</sup> oraz pobudzenia i reaktywności ( $M = 2,70$ ); różniły się one istotnie ( $< 0,001$ ) od unikania ( $M = 0,91$ ). Ponieważ niektóre wartości kurtozy są nieznacznie poniżej  $-1$ , rozkłady te są nieco platykurtyczne.

Średni wynik badanej grupy jest wysoki i przekracza ustalony punkt odcięcia ( $\geq 33$ ), wskazujący na prawdopodobieństwo rozpoznania PTSD [24]. Na podstawie tej wartości 55,6% respondentów w niniejszym badaniu można zakwalifikować jako wykazujących prawdopodobny PTSD. Większość to pacjenci hospitalizowani przez ponad dwa tygodnie, z ciężkim przebiegiem choroby i badani w krótszym okresie po wypisie ze szpitala.

W tabeli 2 przedstawiono średnie wyniki badanych zmiennych psychologicznych, najpierw dla całej grupy, a w kolejnych kolumnach – porównanie wyników dla podgrup zróżnicowanych pod względem ryzyka wystąpienia PTSD.

<sup>1</sup> Wyniki uwzględniają różne liczby pozycji w poszczególnych objawach, tj.: B – 5, C – 2, D – 7, E – 6.

Tabela 2. Wyniki badanych zmiennych psychologicznych

Badane zmienne	Ogółem (N = 250)		Ryzyko PTSD				t	p
	M	SD	Niskie (N = 111)		Wysokie (N = 139)			
	M	SD	M	SD	M	SD		
Spostrzegany stres	21,53	8,96	15,23	7,59	26,55	6,44	-12,75	0,001
Ruminacje intruzywne	15,00	8,27	9,01	6,16	19,78	6,42	-13,42	0,001
Ruminacje celowe	15,75	7,43	12,63	7,42	18,24	6,46	-6,38	0,001
Emocje pozytywne	28,69	10,63	28,91	7,44	27,80	7,26	1,19	n.s.
Emocje negatywne	23,32	7,24	19,48	5,59	26,39	6,95	-8,51	0,001
Prężność	28,66	8,06	30,16	7,17	27,46	8,55	2,66	0,01

t – test t-Studenta; p – poziom istotności; n.s. – nieistotny

W całej badanej grupie natężenie stresu związanego z własną sytuacją życiową w ciągu ostatniego miesiąca poprzedzającego badanie jest wysokie (7 sten), natomiast wyniki ruminacji i prężności odpowiadają wartościom średnim (5–6 sten). Z kolei w ocenie stanu emocjonalnego uczucia pozytywne przeważają nad negatywnymi. Porównanie wyników dwóch podgrup, zróżnicowanych ze względu na prawdopodobieństwo rozpoznania PTSD, ujawnia istotne różnice we wszystkich badanych zmiennych, poza nasileniem emocji pozytywnych. Szczególną uwagę, ze względu na największe zróżnicowanie, należy zwrócić na natężenie spostrzeganego stresu i ruminacji intruzywnych. Prężność, która oznacza zdolność jednostki do oderwania się od negatywnych doświadczeń i elastycznego przystosowania się do zmieniających się wymagań życiowych, jest istotnie wyższa w podgrupie niskiego ryzyka wystąpienia PTSD.

#### Zależności między badanymi zmiennymi

W kolejnym etapie analizy wyników ustalono korelacje między zmiennymi psychologicznymi (tab. 3), a następnie wyznaczono predyktory PTSD (tab. 4).

Tabela 3. Korelacje między zmiennymi objaśniającymi a PTSD

Wyszczególnienie	PTSD – Wynik ogólny	B. Intruzyje	C. Unikanie	D. Zmiany w poznaniu i nastroju	E. Zmiany w pobudzeniu i reaktywności
Spostrzegany stres	0,72***	0,57***	0,52***	0,69***	0,71***
Ruminacje intruzywne	0,76***	0,74***	0,65***	0,66***	0,66***
Ruminacje celowe	0,49***	0,49***	0,41***	0,39***	0,44***
Emocje pozytywne	0,04	0,05	0,06	0,00	0,06

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Emocje negatywne	0,50***	0,34**	0,34**	0,52***	0,52***
Prężność	-0,16*	-0,10	-0,04	-0,22**	-0,15

Poziom istotności: \* < 0,05; \*\* < 0,01; \*\*\* < 0,001

Najsilniejsze związki o charakterze dodatnim zachodzą między spostrzeganym stresem i ruminacjami intruzywnymi a ogólnym wynikiem PTSD. Wysokie wartości współczynników korelacji dotyczą także dodatnich powiązań objawów PTSD z negatywnymi emocjami oraz refleksyjnym ruminowaniem o chorobie. Ujemna korelacja prężności z nasileniem PTSD wskazuje na jej ochronne oddziaływanie, jakkolwiek siła związku jest stosunkowo słaba. Emocje pozytywne nie korelują z objawami PTSD.

W celu wyznaczenia predyktorów PTSD zastosowano model wielokrotnej regresji liniowej (regresja krokowa). Do modelu włączono 6 zmiennych psychologicznych: spostrzegany stres, ruminacje natrętne i celowe, emocje negatywne i pozytywne oraz prężność. Ponadto uwzględniono 3 zmienne kategoryjne dotyczące ciężkości choroby (lżejszy vs. cięższy), czasu trwania hospitalizacji (do 2 tygodni vs. powyżej 2 tygodni) i czasu przeprowadzonego badania (3 miesiące vs. 0,5 roku). Zmienne kategoryjne przed ich wprowadzeniem do modelu poddano parametryzacji z sigma-ograniczeniami.

Wyniki analizy regresji wielokrotnej (regresja krokowa) dla przewidywania PTSD przedstawia tabela 4. W ostatecznym modelu pozostało sześć zmiennych, w tym cztery istotne statystycznie.

Tabela 4. **Predyktory PTSD**

Wyszczególnienie	R <sup>2</sup>	Beta	B	t	p
Wartość stała			-1,58	-0,71	n.s.
Ruminacje intruzywne	0,59	0,49	1,03	10,86	0,001
Postrzegany stres	0,12	0,36	0,69	7,25	0,001
Emocje negatywne	0,005	0,11	0,26	2,50	0,01
Czas po upływie hospitalizacji	0,005	-0,07	-1,23	-2,02	0,05
Czas trwania hospitalizacji	0,001	0,05	1,06	1,35	n.s.
Ciężkość przebiegu choroby	0,001	-0,04	-0,72	-1,05	n.s.
R <sup>2</sup> = 0,72; F(6,235) = 98,999; p < 0,001					

R<sup>2</sup> – współczynnik determinacji; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; B – niestandaryzowany współczynnik regresji

Ogólnie model wyjaśnia 72% wariacji całkowitej. Najistotniejsze dla przewidywania wystąpienia zaburzeń po stresie traumatycznym okazały się dwie zmienne psychologiczne: ruminacje natrętne, wyjaśniające 59% wariacji oraz spostrzegany stres, odpowiedzialny za 12% zmienności. Ich wartości Beta są dodatnie, co wskazuje, że nasilenie objawów PTSD wzrasta wraz z pojawianiem się natrętnych ruminacji i odczuwanego stresu. Dwie inne zmienne, tj. emocje negatywne i czas po hospitali-



zacji, okazały się istotne, lecz wyjaśniają mniej niż 1% wariacji, a zatem można je pominąć w przewidywaniach.

### Dyskusja wyników

Przeprowadzone badania wskazują na wysoką częstotliwość (55,6%) występowania zaburzenia po stresie traumatycznym u osób po przebytej hospitalizacji z powodu COVID-19. Jego nasilenie jest większe u osób, u których przebieg choroby był cięższy i w związku z tym hospitalizacja trwała dłużej. W miarę upływu czasu nasilenie objawów PTSD maleje.

Wyznacznikami nasilenia objawów PTSD okazały się ruminacje intruzywne oraz – w mniejszym stopniu – spostrzegany stres. Obydwie zmienne są ze sobą powiązane. Jest to konsekwencją tego, że ruminacje natrętne zwiększają poczucie dystresu, zwłaszcza w odniesieniu do spostrzeganej bezradności. Ponadto ruminacje intruzywne są powiązane z przeżywanymi przez człowieka emocjami negatywnymi. Przeprowadzone badania wskazują więc na dominującą rolę procesów poznawczych w procesie pojawiania się negatywnych konsekwencji doświadczonego zdarzenia traumatycznego, jakim była hospitalizacja z powodu COVID-19.

Ruminacje natrętne sprzyjają nasileniu objawów stresu pourazowego ujawniających się w postaci intruzji, która charakteryzuje się powracaniem przeżytego wydarzenia, wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem i trudnościami w koncentracji uwagi. Ten związek ruminacji z objawami PTSD został potwierdzony w różnych badaniach ofiar traumy [32]. Można więc przyjąć, że ma również zastosowanie w odniesieniu do doświadczeń związanych z przebytą hospitalizacją. Może to oznaczać, że redukcja nasilenia PTSD wymaga zmniejszenia tendencji do natrętnego ruminowania o doświadczonej sytuacji. Warto nadmienić, że nieco inną rolę odgrywają ruminacje refleksyjne/celowe. Z reguły pojawiają się one później i łączą się z poszukiwaniem sposobów poradzenia sobie z trudnym doświadczeniem. Ten rodzaj ruminacji sprzyja występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych, odzwierciedlanych w postaci wzrostu po traumie [10, 33]. Zważywszy na to, że występowanie skutków doświadczonej traumy jest rozłożonym w czasie dynamicznym procesem, można stwierdzić, że obydwa rodzaje ruminacji pełnią swoją nieco odmienną funkcję. Ruminacje intruzywne można traktować jako naturalną reakcję na doświadczoną traumę poprzedzającą ruminacje refleksyjne, które z kolei ułatwiają wystąpienie potraumatycznego wzrostu.

Zależności między rodzajami ruminacji a konsekwencjami traumy można więc wykorzystać w terapii przez zwiększenia zaangażowania ruminacji celowych. W procesie radzenia sobie z traumą ich rola polega na świadomym przebudowywaniu reprezentacji poznawczych ważnych aspektów życia człowieka.

### Ograniczenia badania

Chociaż badania przekrojowe pomagają wykryć powiązania między zmiennymi, to jednak potrzebne są badania podłużne, które pozwalają określić potencjalne związki przyczynowe między ekspozycją na zdarzenie traumatyczne a objawami

PTSD. W przeprowadzonych badaniach nie uwzględniono wcześniejszych chorób psychicznych respondentów i innych problemów ze zdrowiem psychicznym (np. samotności, lęku, depresji) związanych z okresem pandemii, które również mogą być predyktorami PTSD.

Dalsze badania powinny również w większym stopniu uwzględniać czynniki, które chronią przed rozwojem negatywnych skutków pandemii, a nawet mogą sprzyjać wzrostowi potraumatycznemu. Psychologiczne konsekwencje pandemii nie ograniczają się do tych związanych z hospitalizacją i zaburzeniami PTSD. Należałoby zweryfikować, czy uzyskane wyniki rzeczywiście odzwierciedlają PTSD, czy też inny stan związany ze stresem. Niektórzy autorzy proponują rozważenie nowego rodzaju zespołu stresu pandemicznego, jakim byłby zespół stresu COVID-19 [34].

### Wnioski końcowe

1. Z przeprowadzonych badań wynikają rekomendacje dotyczące potrzeby sprawdzenia stanu psychicznego pacjentów, w tym również pod kątem występowania objawów PTSD, przed wypisem ze szpitala i monitorowania zmian po wypisie.
2. Zalecane jest jak najszersze korzystanie z różnych form pomocy, w tym z różnych aplikacji, internetu i mediów społecznościowych, w celu dzielenia się strategiami radzenia sobie ze stresem psychologicznym w okresie pandemii.

### Piśmiennictwo

1. Rogers J, Chesney E, Oliver D, Pollak T, McGuire P, Fusar-Poli P i wsp. *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic*. Lancet Psychiatry 2020; 7(7): 611–627.
2. Wang B, Yang X, Fu L, Hu Y, Luo D, Xiao X i wsp. *Post-traumatic stress disorder symptoms in COVID-19 survivors 6 months after hospital discharge: An application of the conservation of resource theory*. Front. Psychiatry 2022; 12: 773106. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.773106.
3. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui L, Gill H, Phan L i wsp. *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review*. J. Affect. Disord. 2020; 277: 55–64.
4. Mukaetova-Ladinska E, Kronenberg G. *Psychological and neuropsychiatric implications of COVID-19*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2021; 271(2): 235–248.
5. Schou T, Joca S, Wegener G, Bay-Richter C. *Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 – A systematic review*. Brain Behav. Immun. 2021; 97: 328–348.
6. Janiri D, Carfi A, Kotzalidi G, Bernabei R, Landi F, Sani G. *Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection*. JAMA Psychiatry 2021; 78(5): 567–569.
7. Pursell E, Gould D, Chudleigh J. *Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: Systematic review with meta-analysis*. BMJ Open 2020; 10(2): e030371. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-030371.
8. Vlaker J, Wesselijs S, Genderen van M, Bommel van J, Boxma-de Klerk B, Wils E. *Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the*

- COVID-19 pandemic: A single-center, observational study.* PLoS ONE 2021; 16(8): e0255774. Doi.org/ 10.1371/journal.pone.0255774.
9. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L i wsp. *Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter.* Psychiatry Res. 2020; 287: 112921. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.112921.
  10. Ogińska-Bulik N. *Dwa oblicza traumy.* Warszawa: Difin; 2015.
  11. Foa E, Rothbaum B. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD.* New York: Guilford Press; 1998.
  12. Horowitz M. *Stress response syndrome, 2<sup>nd</sup> ed.* New York: Jason Aronson; 1986.
  13. Nolen-Hoeksema S. *The role of rumination in depressive disorders and mixed depressive / anxiety symptoms.* J. Abnorm. Psychol. 2000; 109(3): 504–511.
  14. Ehlers A, Clark D. *A cognitive model of posttraumatic stress disorder.* Behav. Res. Ther. 2000; 38(4): 319–345.
  15. Ehring T, Ehlers A. *Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder?* Eur. J. Psychotraumatol. 2014; 5. Doi:10.3402/ejpt.v5.23547.
  16. Cann A, Calhoun L, Tedeschi R, Triplett K, Vishnevsky T, Lindstrom C. *Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory.* Anxiety Stress Coping 2011; 24(2): 137–156. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>”10.1080/10615806.2010.529901.
  17. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Ruminations and occupational stress as predictors of post-traumatic stress disorder and burnout among police officers.* Int. J. Occup. Saf. Ergon. 2022; 28(2): 743–750. <https://doi: 10.1080/10803548.2021.1907986>.
  18. Block J, Kremen A. *IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness.* J. Pers. Soc. Psychol. 1996; 70(2): 349–361.
  19. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczonej sytuacji traumatycznej.* Pol. Forum Psychol. 2012; 17(2): 395–410.
  20. Connor K. *Assessment of resilience in the aftermath trauma.* J. Clin. Psychiatry 2006; 67(2): 46–49.
  21. Wrenn G, Wingo A, Moore R, Pelletier T, Gutman A, Bradley B i wsp. *The effect of resilience on posttraumatic stress disorder in trauma-exposed inner-city primary care patients.* J. Natl. Med. Assoc. 2011; 103(7): 560–566.
  22. Horn M, Wathele M, Fovet T, Amad A, Vuotto F, Faure K i wsp. *Is COVID-19 associated with posttraumatic stress disorder?* J. Clin. Psychiatry 2020; 8: 82(1): 20m13641. Doi: 10.4088/JCP.20m13641. PMID: 33296149.
  23. Ju Y, Liu J, Ng R, Liu B, Wang M, Chen W i wsp. *Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder in patients with cured coronavirus disease 2019 (COVID-19) one month post-discharge.* Eur. J. Psychotraumatol. 2021; 12(1): 1915576. Doi.org/10.1080/20008198.2021.1915576.
  24. Weathers F., Litz B., Keane T., Palmieri P., Marx B., Schnurr P. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).* The National Center for PTSD; 2013. [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov).
  25. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Psychometric properties of the Polish version of the Posttraumatic Stress Disorder Check List according to DSM-5 – PCL-5.* Psychiatr. Pol. 2023; 57(3): 607–619. <https://doi.org/10.12740/PP/149460>
  26. Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. *A global measure of perceived stress.* J. Health Soc. Behav 1983; 24: 385–396.27.

27. Juczynski Z, Ogińska-Bulik N. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
28. 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 & Coping*, 24(2), 137–156.
29. Ogińska-Bulik N, Juczynski Z. *Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – polska adaptacja*. *Przełąd Psychologiczny* 2015; 58(3): 383–400. [http://www.kul.pl/files/714/3.58.2015\\_art.7.pdf](http://www.kul.pl/files/714/3.58.2015_art.7.pdf)
30. Brzozowski P, Watson D, Clark L. *Skala uczuć pozytywnych i negatywnych SUPIN*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2010.
31. Ogińska-Bulik N, Juczynski Z. *Skala pomiaru prężności (SPP-25)*. *Nowiny Psychol.* 2008; 3: 39–56.
32. Michael T, Halligan S, Clark D, Ehlers A. *Rumination in posttraumatic stress disorder*. *Depress. Anxiety* 2007; 24(5): 307–317.
33. Watkins E. *Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing*. *Behav. Res. Ther.* 2004; 42(9): 1037–1052.
34. Taylor S. *COVID Stress syndrome: Clinical and nosological considerations*. *Curr. Psychiatr. Rep.* 2021; 23(4): 19. Doi: 10.1007/s11920-021-01226-y 90.

Adres: Zygfryd Juczynski  
Wyższa Szkoła Bankowa w Łodzi  
e-mail: zygfryd.juczynski@lodz.merito.pl

Otrzymało: 20.05.2022  
Zrecenzowano: 10.08.2022  
Otrzymało po poprawie: 15.08.2022  
Przyjęto do druku: 16.08.2022