

Osobowość typu D a negatywne i pozytywne następstwa ekspozycji na traumę u młodzieży

Nina Ogińska-Bulik*

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

TYPE D PERSONALITY AND THE NEGATIVE AND POSITIVE CONSEQUENCES OF EXPOSURE TO TRAUMA IN YOUTH

Among the factors determining the occurrence of negative and positive consequences of exposure to trauma, personality characteristics are mentioned. The aim of the study was to establish a relationship between type D personality and posttraumatic stress disorder symptoms (PTSD) and posttraumatic growth (PTG) in people after traumatic experiences. The study involved 280 young people aged 17-28, of whom 88.2% declared experiencing at least one traumatic event in their lives. This group included 128 men (51.8%) and 119 women (48.2%). The mean age of the respondents was 20.15 (SD=2.87). The majority of respondents (59.9%) were university students, the remaining 40.1% were high school students. Four measurement tools were used in the research, i.e. The Life Events Checklist – LEC- 5, Posttraumatic Checklist for DSM-5 – PCL-5, Posttraumatic Growth Inventory and Type D scale (DS-14). Both dimensions of type D personality, i.e. negative affectivity and social inhibition are positively associated with PTSD – the strongest with negative changes in the cognitive and emotional sphere. However, they are not associated with posttraumatic growth. Negative affectivity turned out to be a predictor of all 4 symptoms included in PTSD. To the greatest extent, it allows explaining negative changes in the cognitive and emotional sphere, in the smallest – intrusion. Reducing the severity of negative affectivity and social inhibition may reduce the level of PTSD symptoms in people exposed to the trauma.

Key words: trauma, posttraumatic stress, posttraumatic growth, type D personality, adolescents, young adults

WPROWADZENIE

TRAUMA U MŁODZIEŻY I JEJ NASTĘPSTWA

Młodzież, podobnie jak dorośli, jest dość często narażona na doświadczanie sytuacji traumatycznych. Z dostępnych danych (Vloet, Vloet, Bürger i Romanos, 2017) wynika, że 65% dzieci jest eksponowanych na zdarzenia traumatyczne. Według Dąbkowskiej (2006) odsetek młodych osób, które były narażone na sytuacje traumatyczne sięga 70%. Potwierdzają to badania Ogińskiej-Bulik (2010), z których wynika, że 72% spośród badanych nastolatków w wieku od 14 do 18 roku życia doświadczyło w swoim życiu przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego. Wśród najczęściej relacjonowanych zdarzeń znalazły się utrata ukochanej osoby, a w następnej kolejności przewlekła lub ostra choroba oraz wypadek komunikacyjny.

Badania przeprowadzone wśród studentów warszawskich uczelni (Lis-Turlejska, 2009) wykazały, że 75.6% badanych przeżyło co najmniej jedno doświadczenie traumatyczne, a 16.5% relacjonowało cztery lub więcej takich wydarzeń. Najczęściej występującymi w grupie kobiet były: utrata kogoś bliskiego, doznawanie przemocy fizycznej w dzieciństwie, zagrażający życiu wypadek

i obserwacja napadu lub zabójstwa. U mężczyzn z kolei – doznanie napadu/rozboju, zagrażający życiu wypadek, doznanie przemocy fizycznej i obserwowanie napadu/zabójstwa. Nowsze badania w tym obszarze dostarczyły danych wskazujących, że najczęściej doświadczanym przez studentów zdarzeniem traumatycznym jest wypadek komunikacyjny (Rzeszutek, Lis-Turlejska, Palich i Szumiał, 2017).

Ekspozycja na sytuacje traumatyczne może pociągać za sobą wiele negatywnych konsekwencji, które wywierają niekorzystny wpływ na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne młodych osób zarówno w ich obecnym, ale także w dalszym, dorosłym życiu. Wśród negatywnych następstw doświadczonych zdarzeń traumatycznych najczęściej wymienia się objawy stresu pourazowego (*Post-traumatic Stress Disorder* – PTSD), ale także zaburzenia nastroju czy objawy depresji. Zgodnie z najnowszą klasyfikacją DSM-5, zaprezentowaną przez American Psychiatric Association (Gałecki i Świącicki, 2015), PTSD obejmuje objawy intruzji, unikania, negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz objawy pobudzenia i nadmiernej reaktywności.

Dane dotyczące rozpowszechnienia PTSD w grupie dzieci i młodzieży różnią się dość znacznie. Jest to spowodowane m. in. różnorodnością doświadczanych sytuacji, stosowaniem różnych metod oceny, czy zróżnicowanym czasem pomiaru, jaki upłynął od doświadczonego zdarze-

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Nina Ogińska-Bulik, Instytut Psychologii UŁ, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź. noginska@uni.lodz.pl

nia. Ponadto niektóre wyniki badań pokazują występowanie pełnoobjawowego PTSD, inne informują jedynie o objawach wchodzących w skład tego zespołu i w tych ostatnich przypadkach rozpowszechnienie jest znacząco wyższe.

Z danych przytoczonych przez National Center for PTSD wynika, że w grupie amerykańskich nastolatków w wieku 13-18 lat, którzy doświadczyli zdarzeń traumatycznych 5% spośród badanych spełnia kryteria PTSD. Wskaźnik ten jest wyższy u dziewcząt (8%) w porównaniu z chłopcami (2.3%) i wzrasta wraz z wiekiem (Merikangas i in., 2010). Badania przeprowadzone wśród młodzieży leczącej się z powodu choroby nowotworowej dostarczyły danych wskazujących, że 7% spośród badanych ujawniło PTSD (Butler, Rizzi i Handwerker, 1996). Jeszcze inne, obejmujące nastolatków, którzy doznali przemocy wskazują, że 5.8% spośród badanych spełniało kryteria PTSD (Ward, Flisher, Zissis i Lombard, 2001).

Z kolei wyniki badań obejmujące adolescentów w wieku 12-17 lat narażonych na działania wojenne w strefie Gazy wykazały, że ponad połowa (57%) badanych ujawniła objawy PTSD (Kollveit i in., 2012). Podobne badania, przeprowadzone wśród palestyńskich nastolatków narażonych na działania wojenne potwierdziły występowanie wysokiego ryzyka PTSD, które wynosiło 59% (Thabet, Thabet i Vostanis, 2016). Wysokie wskaźniki występowania PTSD potwierdzają również wyniki badań przeprowadzone wśród młodzieży, która doświadczyła trzęsienia ziemi w Turcji (Karakaya i in., 2004). Wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD ujawniło 22% badanych. Badania przeprowadzone wśród polskiej młodzieży, będącej uczestnikami wypadków drogowych zagrażających ich życiu lub zdrowiu wykazały, że blisko 45% osób ujawniło wysokie nasilenie objawów wchodzących w zakres PTSD (Ogińska-Bulik, 2014a).

Doświadczenie traumatycznych zdarzeń może także wiązać się z występowaniem pozytywnych zmian w zakresie psychospołecznego funkcjonowania człowieka, ujawnianych w postaci potraumatycznego wzrostu (*Post-traumatic Growth* – PTG). PTG jest czymś więcej niż tylko odzyskaniem równowagi po doświadczonej traumie. Osoba w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z nią przechodzi pewnego rodzaju transformację, dzięki której osiąga wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania, wyższe poczucie dobrostanu i zwiększoną świadomość życiową. Twórcy pojęcia, jakim jest potraumatyczny wzrost (Tedeschi i Calhoun, 1996, 2004) wskazują, że pozytywne zmiany potraumatyczne ujawniane są w trzech obszarach: w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych oraz w zmianach w filozofii życiowej.

Wzrost po traumie u dzieci i młodzieży przejawia się, podobnie jak u dorosłych, przede wszystkim zmianami w filozofii życiowej, lepszymi relacjami z innymi i bardziej pozytywną oceną siebie (Salter i Stallard, 2004; Vloet, Bürger i Romanos 2017). U nastolatków, którzy uporali się z traumą zauważa się zwiększenie odporności psychicznej, wzrost emocjonalnej dojrzałości, lepsze rozumienie innych, większe współczucie i empatię

dla innych, głębsze rozumienie osobistych wartości, celu i sensu życia.

Prowadzone badania potwierdziły występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych wśród dzieci i młodzieży eksponowanych na traumę. W grupie nastolatków po ataku na WTC w Nowym Jorku z 11 września 2001 33% spośród badanych doświadczyło pozytywnych zmian w wyniku przeżycia tego wydarzenia (Milam i in., 2005). W badaniach nieletnich, którzy doświadczyli traumy związanej z huraganem Katrina, wykazano występowanie takich zmian u 50% dzieci (Kilmer i in., 2009). Badania młodzieży zmagającej się z chorobą nowotworową wykazały, że 59% spośród uczestników ujawniło wysoki poziom PTG (Husson i in., 2017).

Z badań Ogińskiej-Bulik (2010) przeprowadzonych wśród nastolatków, którzy doświadczyli różnych negatywnych wydarzeń życiowych wynika, że 22.5% badanych prezentowało występowanie pozytywnych zmian w stopniu wysokim, a największe zmiany dotyczyły doceniania życia. Zbliżony odsetek osób z wysokim poziomem wzrostu (19.4%) uzyskano w grupie młodzieży, która była ofiarami wypadków drogowych (Ogińska-Bulik, 2014a).

Wśród uwarunkowań negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy wymienia się m. in. właściwości osobowości jednostki. Na istotną rolę osobowości, a szczególnie neurotyczności, w rozwoju PTSD wskazuje m. in. model Josepha opisany przez Dudka (2003). Z kolei znaczenie osobowości w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych akcentuje model Tedeschiego i Calhouna (Tedeschi i Calhoun, 2004) oraz model wzrostu po traumie zaprezentowany przez Meyersona i wsp. (Meyerson, Grant, Smith-Carter i Kilmer, 2011). Ekstrawersję i otwartość na nowe doświadczenia uznaje się za sprzyjające występowaniu PTG, natomiast neurotyczność zdaje się hamować występowanie wzrostu po traumie. Z następstwami doznanej traumy, zwłaszcza negatywnymi, wiąże się także osobowość typu D.

ZWIĄZEK OSOBOWOŚCI TYPU D Z NEGATYWNYMI I POZYTYWNYMI NASTĘPSTWAMI TRAUMY

Na osobowość typ D składają się dwa główne wymiary, które są traktowane jako względnie stałe cechy osobowości, a mianowicie: negatywna emocjonalność (negative affectivity) oraz hamowanie społeczne (social inhibition) (Denollet, 2005; Ogińska-Bulik, 2009). Negatywna emocjonalność przejawia się skłonnością do przeżywania negatywnych emocji, takich jak wrogość, gniew, lęk czy irytacja. Z kolei wskaźnikami hamowania społecznego są ograniczone kontakty społeczne, dystansowanie się wobec innych, powstrzymywanie się od okazywania emocji, zwłaszcza negatywnych. Należy nadmienić, iż powstrzymywanie się od wyrażania emocji ma charakter świadomy i jest podejmowane głównie z obawy przed dezaprobatą i odrzuceniem przez innych. Jednostkom typu D przypisuje się także tendencje do zamartwiania się i odczuwania napięcia, pesymistyczny sposób patrzenia na świat, trudności w korzystaniu ze wsparcia społecznego,

podatność na depresję, obniżone samopoczucie, niską satysfakcję z życia (Ogińska-Bulik, 2009).

Osoby typu D są bardziej podatne na występowanie zaburzeń psychicznych, w tym PTSD, ale także depresji, fobii czy napadów paniki (Denollet i in., 2008). Dodatkowo powiązania wymiarów typu D z PTSD wykazano w badaniach duńskich żołnierzy (Rademaker, van Zuiden, Vermetten i Geuze, 2011), a także wśród pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach intensywnej opieki (Cho i Kang, 2017). Związek osobowości typu D z nasileniem objawów PTSD wykazano także w polskich badaniach przeprowadzonych wśród strażaków (Ogińska-Bulik i Langer, 2007). Obydwa wymiary typu D istotnie korelowały z objawami PTSD, ale wyższe wartości współczynników korelacji odnosiły się do negatywnej emocjonalności, która także okazała się predyktorem objawów PTSD.

Należy podkreślić, że typ D jest dodatkowo powiązany z dwoma wymiarami osobowości modelu Wielkiej Piątki, a mianowicie neurotycznością i introwersją (Denollet, 2005; Ogińska-Bulik, 2009). Z kolei wyniki prowadzonych badań potwierdzają istotną rolę neurotyczności w rozwoju i podtrzymywaniu objawów PTSD po doznanej traumie (Lundell i in., 2017; Ogińska-Bulik, 2017; Pedersen, Middel i Larsen, 2001).

Jak dotychczas przeprowadzono bardzo niewiele badań dotyczących związku osobowości typu D z PTG. Jedne z nich dotyczą osób po zawale serca (Ogińska-Bulik, 2014b). Wykazano w nich brak związku między wymiarami osobowości typu D a PTG. Jednakże negatywna emocjonalność okazała się dodatnio – choć słabo – powiązana z jednym z czynników potraumatycznego rozwoju, tj. ze zmianami w sferze duchowej. Sugeruje to, że im bardziej jednostka jest podatna na stres i im przeżywa silniejsze negatywne emocje tym ma większe szanse na przewartościowanie swojego życia i zmiany o charakterze egzystencjalnym.

CEL I METODA

Niedostatek badań oraz ważność problematyki dotyczącej powiązań osobowości typu D z negatywnymi, a zwłaszcza pozytywnymi skutkami ekspozycji na traumę w grupie młodych ludzi uzasadnia potrzebę eksploracji tego zagadnienia. Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między osobowością typu D a negatywnymi (objawy PTSD) i pozytywnymi (PTG) następstwami traumy u nastolatków i młodych dorosłych narażonych na traumę. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Czy i jakiego rodzaju zdarzeń traumatycznych doświadczyły badane osoby?
- Jaki jest poziom PTSD oraz PTG u osób narażonych na traumę?
- Czy takie zmienne jak grupa (młodzież szkolna, studencka), płeć oraz czas, jaki upłynął od ekspozycji na traumę są powiązane z występowaniem objawów PTSD i PTG?
- Czy istnieje związek pomiędzy wymiarami osobowości typu D a PTSD i PTG?

- Który z wymiarów osobowości typu D pozwala na przewidywanie wystąpienia PTSD, a który PTG?
- Czy objawy PTSD wiążą się z PTG?

Przyjęto, że obydwa wymiary osobowości typu D będą dodatkowo powiązane z PTSD. Ze względu na eksploracyjny charakter badań nie formułowano hipotezy odnośnie związku osobowości typu D z PTG.

Badaniami objęto grupę 280 młodych osób w wieku 17-28 lat. Byli to uczniowie II klas, uczęszczający do szkół ponadgimnazjalnych województwa kujawsko-pomorskiego ($n=110$) oraz studenci II roku kilku kierunków dwóch łódzkich uczelni, tj. Uniwersytetu Łódzkiego i Politechniki Łódzkiej ($n=170$). Badanie miało charakter anonimowy, zbiorowy i dobrowolny (badania przeprowadzono w ramach seminarium magisterskiego). Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej komisji bioetyki. Do analizy włączono wyniki 247 osób (co stanowiło 88.2% ogółu badanych), które zadeklarowały doświadczenie co najmniej jednego zdarzenia traumatycznego w swoim życiu. Grupa ta obejmowała 128 mężczyzn (51.8%) oraz 119 kobiet (48.2%). Średnia wieku badanych wynosiła 20.15 ($SD=2.87$). Większość badanych (59.9%) stanowili studenci (średnia wieku: $M=21.99$, $SD=2.25$), pozostałe 40.1% to uczniowie szkół ponadgimnazjalnych (średnia wieku: $M=17.39$, $SD=.49$).

W badaniach wykorzystano 4 narzędzia pomiaru, tj. Listę Zdarzeń Życiowych, Listę Objawów PTSD, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju oraz Skalę do pomiaru typu D – DS-14.

Lista Zdarzeń Życiowych (*The Life Events Checklist – LEC 5*) opracowana przez American National Center for Posttraumatic Stress Disorder (Weathers i in., 2013), służy do oceny ekspozycji na traumatyczne zdarzenia zgodnie z definicją traumatycznego stresora według DSM-5. Uwzględnia różne rodzaje ekspozycji na każde z wyróżnionych 17 potencjalnie traumatycznych zdarzeń, w tym doświadczonych bezpośrednio (zdarzyło mi się osobiście), jak i pośrednio (byłem świadkiem tego zdarzenia oraz dowiedziałem się o tym). LEC-5 spełnia w zadowalającym stopniu standardy własności psychometrycznych, podobnie jak polska adaptacja tego narzędzia (Rzeszutek, Lis-Turlejska, Palich i Szumiał, 2017).

Lista Objawów PTSD (*Posttraumatic Checklist for DSM-5 – PCL-5*), której autorami są Weathers i in. (2013) została zaadaptowana do warunków polskich przez Ogińską-Bulik, Juczyńskiego, Lis-Turlejską i Merecz-Kot (2018). Narzędzie stosowane jest do oceny objawów PTSD. Zawiera 20 stwierdzeń, odnoszących się do 4 podskal, którymi są: objawy intruzji, unikanie, negatywne zmiany w sferze poznawczej i/lub emocjonalnej oraz objawy wzmożonego pobudzenia i reaktywności. Badany zaznacza odpowiedzi na 5 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza wcale, a 4 bardzo mocno. Ocena objawów PTSD odnosi się do minionego miesiąca. Narzędzie uzyskało bardzo dobre właściwości psychometryczne. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla polskiej wersji PCL-5 wynosi .96.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR jest polską adaptacją (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010) *Po-*

Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), opracowanego przez Tedeschi i Calhouna (1996). Narzędzie to mierzy stopień pozytywnych zmian, jakie osoba badana dostrzegła u siebie w wyniku doświadczonego wydarzenia. W polskiej wersji narzędzia wyróżniono cztery czynniki, którymi są: zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi, doceniania życia oraz w sferze duchowej. IPR posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla całej skali wynosi .93, a dla poszczególnych wymiarów od .63 do .87.

Skala do pomiaru typu D (DS-14), autorstwa Denolleta (2005) została zaadaptowana do warunków polskich przez Ogińską-Bulik, Juczyńskiego i Denolleta (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2009). Skala składa się z 14 twierdzeń, z których 7 dotyczy negatywnej emocjonalności i 7 hamowania społecznego. Badany dokonuje oceny własnego zachowania, posługując się 5-stopniową skalą odpowiedzi: fałszywe (0 pkt), raczej fałszywe (1 pkt), trudno powiedzieć (2 pkt), raczej prawdziwe (3 pkt), prawdziwe (4 pkt). Wynik tworzy suma punktów twierdzeń wchodzących w skład poszczególnych podskal. Im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie każdego z wymiarów. Jednostka prezentuje osobowość typu D, jeżeli w obydwu wymiarach jednocześnie uzyskuje wynik równy lub większy niż 10. Skala DS-14 uzyskała wysoką rzetelność; współczynnik *alfa* Cronbacha dla skali negatywna emocjonalność wynosi .86, a dla hamowania społecznego .84.

WYNIKI BADAŃ

W kolejnych krokach analizy ustalono rozpowszechnienie występowania zdarzeń traumatycznych wśród uczestników badania, średnie analizowanych zmiennych, związki między zmiennymi, a także sprawdzono, które wymiary osobowości typu D pozwalają na przewidywanie PTSD i PTG. Sprawdzono również czy występuje związek między objawami PTSD a PTG. (Tabela 1).

Traumatycznym zdarzeniem, na które było narażone najwięcej osób w badanej grupie młodzieży okazał się wypadek komunikacyjny (83,4%). W następnej kolejności znalazły się takie wydarzenia jak napaść fizyczna i ciężkie ludzkie cierpienie (po 60,3%) oraz zagrażająca życiu choroba lub obrażenia (55%).

Następnie sprawdzono jaki jest poziom PTSD, PTG oraz wymiarów osobowości typu D w badanej grupie (Tabela 2).

Średnia wyników PTSD uzyskana przez badaną grupę młodzieży nie odbiega od wyników uzyskanych w badaniach normalizacyjnych (Ogińska-Bulik, Juczyński, Lis-Turlejska i Merez-Kot, 2018). Przyjmując ustalony dla PCL-5 punkt odcięcia (33 punkty) można wskazać, że 60 osób, tj. 24,3% badanych ujawnia wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Pozostałe 187 osób (75,7% badanych) wykazuje niskie prawdopodobieństwo wystąpienia tego zespołu.

Tabela 1
Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych w badanej grupie (doświadczonych bezpośrednio i pośrednio)

Rodzaj zdarzenia traumatycznego	N	%
Katastrofa naturalna	88	35.6
Pożar lub wybuch	134	54.2
Wypadek komunikacyjny	206	83.4
Poważny wypadek w domu, pracy lub podczas wypoczynku	116	46.9
Narażenie na działanie substancji toksycznych	43	17.4
Napaść fizyczna	149	60.3
Napaść z bronią	45	18.2
Napaść na tle seksualnym	28	11.3
Inne niechciane lub nieprzyjemne doświadczenie seksualne	30	12.1
Walka lub narażenie na działania wojenne	16	6.5
Niewola	16	6.5
Zagrażająca życiu choroba lub obrażenia	136	55.0
Ciężkie ludzkie cierpienie	149	60.3
Nagła gwałtowna śmierć	108	43.7
Nagła przypadkowa śmierć	114	46.1
Spowodowane przeze mnie u kogoś innego poważne obrażenie, szkoda lub śmierć	23	9.3
Inne bardzo stresujące doświadczenie lub zdarzenie	83	33.6

Tabela 2
Nasilenie analizowanych zmiennych

	M	SD
PTG – wynik ogólny	21.37	16.65
– Objawy intruzji	5.41	4.75
– Unikanie	2.61	2.38
– Negatywne zmiany w sferze poznawczej i/lub emocjonalnej	6.58	5.75
– Objawy wzmożonego pobudzenia i reaktywności	6.58	5.75
PTSD – wynik ogólny	41.58	25.87
– Zmiany w percepcji siebie	17.74	12.22
– Zmiany w relacjach z innymi	14.10	9.56
– Większe docenianie życia	7.12	4.54
– Zmiany duchowe	2.61	2.86
– Typ D: negatywna emocjonalność	12.54	7.12
– Typ D: hamowanie społeczne	12.02	4.73

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Uzyskany wynik PTG, zgodnie z opracowanymi normami (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010) odpowiada wartości 4 stena (dolna granica), należy więc do wyników niskich. Większość badanych (63.1%) wykazuje niskie, 24.3% – średnie i zaledwie 12.6% wysokie PTG.

Średnie wyniki wymiarów osobowości typu D są wyższe niż średnie uzyskane w badaniach normalizacyjnych dla zdrowych dorosłych (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). Zgodnie z przyjętymi kryteriami o osobowości typu D świadczy wynik co najmniej 10 punktów w obydwu wymiarach jednocześnie. Taki rezultat uzyskało 49.4% badanych.

W kolejnym kroku analizy ustalono czy badana grupa (uczniowie, studenci), płeć badanych oraz czas, jaki upłynął od doświadczonego zdarzenia traumatycznego są powiązane z nasileniem PTSD i PTG.

Studenci nie różnią się od uczniów w nasileniu PTSD (studenci: $M=21.84$, $SD=15.10$; uczniowie: $M=20.67$, $SD=18.79$, $t=.54$). Różnią się natomiast w poziomie PTG. Istotnie wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych ujawniają studenci ($M=48.29$, $SD=24.75$) w porównaniu z uczniami ($M=31.57$, $SD=24.33$, $t=5.24$, $p<.001$).

Płeć nie różnicuje ogólnego wyniku PTSD (mężczyźni: $M=19.51$, $SD=15.77$; kobiety: $M=23.39$, $SD=17.38$, $t=-1.83$), ale różnicuje nasilenie dwóch jego symptomów, tj. intruzji (mężczyźni: $M=4.79$, $SD=4.41$; kobiety: $M=6.07$, $SD=5.02$, $t=-2.12$, $p<.05$) oraz unikania (mężczyźni: $M=2.27$, $SD=2.37$; kobiety: $M=2.98$, $SD=2.34$, $t=-2.35$, $p<.05$). W obydwu przypadkach kobiety uzyskały wyższe wyniki, ale różnice nie są znaczące ($p<.05$). Płeć nie różnicuje poziomu PTG (mężczyźni: $M=42.22$, $SD=26.70$, kobiety: $M=40.89$, $SD=25.04$, $t=.41$). Czas, jaki upłynął od ekspozycji na traumę nie różnicuje nasilenia PTSD ($F=1.13$) ani PTG ($F=.79$).

W kolejnym kroku sprawdzono czy wymiary osobowości typu D wiążą się z negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczonego zdarzenia traumatycznego (Tabela 3). Obliczenia przeprowadzono na całej grupie badanych.

Dane zamieszczone w Tabeli 3 wskazują na dodatnie powiązania obydwu wymiarów osobowości typu D z objawami PTSD, przy czym wyższe współczynniki korelacji odnoszą się do negatywnej emocjonalności. Najsilniej z wymiarami typu D wiążą się negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej. Wymiary typu D nie wiążą się z PTG, ani żadnym z jego obszarów.

Tabela 3
Współczynniki korelacji pomiędzy wymiarami osobowości typu D a PTSD i PTG

	Negatywna emocjonalność	Hamowanie społeczne
PTSD – wynik ogólny	.51***	.28***
– Objawy intruzji	.31***	.16**
– Unikanie	.33***	.13*
– Negatywne zmiany w sferze poznawczej i/lub emocjonalnej	.55***	.31***
– Objawy wzmożonego pobudzenia i reaktywności	.48***	.28***
PTG – wynik ogólny	-.08	.06
– Zmiany w percepcji siebie	-.08	.10
– Zmiany w relacjach z innymi	-.08	-.03
– Większe docenianie życia	-.03	-.01
– Zmiany duchowe	-.01	-.01

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

Następnie sprawdzono, które wymiary osobowości typu D pełnią rolę predyktorów negatywnych i pozytywnych następstw ekspozycji na traumę. W tym celu wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa postępująca). Uzyskane dane dla PTSD (ogółem) przedstawiono w Tabeli 4.

Jedynym predyktorem PTSD (ogółem) okazała się negatywna emocjonalność, która wyjaśnia 26% wariacji zmiennej zależnej. Ogólnie im wyższy poziom negatywnej emocjonalności tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Potwierdzono także znaczenie negatywnej emocjonalności jako predyktora poszczególnych objawów PTSD, choć jej udział w wyjaśnianiu zmiennej zależnej jest zróżnicowany (intruzja: $Beta=.31$, $R^2=.09$; unikanie: $Beta=.39$, $R^2=.10$), negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej: $Beta=.55$, $R^2=.31$, pobudzenie i reaktywność: $Beta=.48$, $R^2=.23$). Negatywna emocjonalność w największym stopniu pozwala na przewidywanie negatywnych zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej (31%), w najmniejszym – intruzji (9%). Przeprowadzona analiza regresji nie wykazała żadnych predyktorów PTG.

Tabela 4
Predyktory PTSD

Predyktory	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p<
Negatywna emocjonalność	.51	.05	1.20	.12	9.39	.001
Wartość stała			6.29	1.84	3.40	.001

$R=.51$; $R^2=.26$

Tabela 5
Współczynniki korelacji między PTSD a PTG

	PTG ogółem	Zmiany w percepcji	Zmiany w relacjach	Docenianie życia	Zmiany duchowe
PTSD ogółem	.07	.05	.03	.13*	.09
– Objawy intruzji	.13*	.10	.12	.18*	.13*
– Unikanie	.19*	.16*	.17*	.22**	.16*
– Zmiany pozn. i emocjon.	.01	-.01	-.03	.06	.09
– Pobudzenie i reaktywność	.01	.01	-.05	.06	.01

** $p < .01$, * $p < .05$

Ponadto sprawdzono czy występuje i jaki ma charakter związek między PTSD a PTG. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawiono w Tabeli 5.

Dane przedstawione w Tabeli 5 wskazują na brak związku między PTSD a PTG, biorąc pod uwagę wyniki ogólne. Z ogólnym wynikiem PTSD wiąże się jedynie docenianie życia, które wykazuje także istotne powiązania z intruzją i unikaniem. Uwzględniając poszczególne objawy PTSD można wskazać na dodatnie powiązania objawów unikania z PTG zarówno ogółem, jak i wszystkimi jego obszarami oraz intruzji z wynikiem ogólnym oraz dwoma obszarami PTG, tj. docenianiem życia i sferą duchową. Należy jednak podkreślić, że uzyskane wartości współczynników korelacji są bardzo niskie, co świadczy o słabym związku między zmiennymi.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przeprowadzone badania, obejmujące młodzież szkolną i studencką wskazały na duże rozpowszechnienie występowania zdarzeń traumatycznych. Doświadczyło ich 88% badanych. Badani młodzi ludzie najczęściej narażeni są na takie zdarzenia jak wypadek komunikacyjny, napaść fizyczna, ciężkie ludzkie cierpienia oraz zagrażająca życiu choroba lub obrażenia.

Uzyskane odsetki są znacząco wyższe niż w grupie studentów uczestniczących w badaniach dotyczących polskiej adaptacji LEC-5 (Rzeszutek, Lis-Turlejska, Palich i Szumiał, 2017). Z badań tych wynika, że najczęściej doświadczanym zdarzeniem jest wypadek komunikacyjny, ale odsetek osób, które wskazały na to zdarzenie wynosi 17.4%. Tak wysokie rozpowszechnienie narażenia na traumę w badanej grupie młodzieży może wynikać z faktu, iż respondenci mogli zaznaczać więcej niż jedną odpowiedź, wskazując na doznane w swoim życiu sytuacje traumatyczne, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio (byłem świadkiem tego zdarzenia, dowiedziałem się o tym). W przytoczonych wyżej badaniach Rzeszutka i wsp. (2017) badani wybierali jedną najbardziej obciążającą sytuację.

Warto nadmienić, że pod adresem narzędzia jakim jest LEC-5, formułowane są zastrzeżenia, dotyczące z jednej strony szerokiego repertuaru zdarzeń potencjalnie trau-

matycznych, a także możliwości wystąpienia fałszywych (zawyżonych) wyników powodowanych przez możliwe opcje odpowiedzi występujące w tym narzędziu. Sytuacje, gdy ktoś dowiedział się o zdarzeniu traumatycznym lub był ich świadkiem nie były traktowane jako stresor spełniający kryterium A w DSM-IV, jeśli dane zdarzenie nie dotyczyło bliskiej osoby (Rzeszutek, Lis-Turlejska, Palich i Szumiał, 2017). Zaleca się więc ostrożność w interpretacji uzyskanych wyników badań.

Przeprowadzone badania wskazały na wysoki odsetek – sięgający 50% – młodych osób ujawniających osobowość typu D. Jest on wyższy niż wskazują badania zagraniczne. Dla przykładu w badaniach koreańskich nastolatków odsetek ten wynosił 18% (Lee i in., 2012), duńskich 27% (Jellesma, 2008). Sugeruje to, że polską młodzież w większym stopniu, w porównaniu z innymi narodowościami, charakteryzuje osobowość stresowa. Należy jednak podkreślić, że ocena osobowości typu D dotyczyła osób eksponowanych na traumę, co w pewnym stopniu mogło nasilić poziom negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego. Teza ta wymagałaby jednak sprawdzenia poziomu tych wymiarów, zarówno przed, jak i po doświadczeniu zdarzenia traumatycznego, co wiązałoby się z koniecznością przeprowadzenia badań o charakterze podłużnym.

24% spośród badanych przejawia wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Na podobne wskaźniki (22%) wskazują badania tureckie przeprowadzone wśród młodzieży, która doświadczyła trzęsienia ziemi w Turcji (Karakaya i in., 2004). Badania przeprowadzone wśród polskiej młodzieży będącej uczestnikami wypadku drogowego zagrażającego ich życiu lub zdrowiu wykazały, że blisko 45% osób ujawniło wysokie nasilenie objawów wchodzących w zakres PTSD, jednakże objawy te oceniano za pomocą Skali Wpływu Zdarzeń (Ogińska-Bulik, 2014a).

Większość badanych (63%) charakteryzuje się niskim wzrostem potraumatycznym. Wysoki poziom pozytywnych zmian potraumatycznych ujawniło jedynie niecałe 13% badanych. Jest to zgodne z wynikami wcześniejszych badań wskazujących na mniejsze zdolności nastolatków, w porównaniu z dorosłymi, do czerpania korzyści z traumy (Ogińska-Bulik, 2013).

Płeć badanych ani czas, jaki upłynął od doświadczonych zdarzeń nie różnicują poziomu negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych. Zmienną powiązaną z PTG okazała się grupa, co wiąże z wiekiem badanych; studenci wykazali wyższy poziom PTG w porównaniu z uczniami. Zmienna ta nie wiązała się jednak z PTSD. Dane prezentowane w literaturze w tym zakresie nie są jednoznaczne. Niektóre z nich wskazują na istotne powiązania płci i wieku z negatywnymi i pozytywnymi następstwami traumy (Vloet i in., 2017), inne sugerują brak związku między zmiennymi (Greup i in., 2018).

Wyniki badań potwierdziły dodatnie powiązania obydwu wymiarów osobowości typu D z PTSD, co jest zgodne z rezultatami uzyskanymi wśród osób dorosłych (Cho i Kang, 2017; Ogińska-Bulik i Langer, 2007; Rademaker i in., 2011).

Szczególną rolę w rozwoju PTSD należy przypisać negatywnej emocjonalności, która okazała się predyktorem wszystkich objawów wchodzących w skład tego zespołu, a najsilniejszym w zakresie negatywnych zmian w sferze poznawczej i/lub emocjonalnej. Oznacza to, że jednostki charakteryzujące się wysokim poziomem niepokoju, tendencją do zamartwiania się i odczuwania napięcia, pesymistycznym sposobem patrzenia na świat, podatnością na depresję, obniżonym samopoczuciem i niską satysfakcją z życia są bardziej predysponowane do występowania objawów PTSD. Znaczenie negatywnej emocjonalności dla PTSD wynika także z jej powiązań z neurotycznością, a jak potwierdzają dostępne dane, neurotyczność pełni istotną rolę w rozwoju i podtrzymywaniu objawów PTSD po doznanej traumie (Lundell i in., 2017; Ogińska-Bulik, 2017; Pedersen, Middel i Larsen, 2001).

Mechanizmem wyjaśniającym powiązania między negatywną emocjonalnością a PTSD są przypuszczalnie dysfunkcyjne schematy poznawcze, wyrażające się w negatywnych przekonaniach na temat świata i własnej osoby. Z jednej strony są one podłożem kształtowania się osobowości typu D. Zakłada się, że występowanie negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego jest wynikiem spostrzegania świata w kategoriach zagrożenia (Ogińska-Bulik, 2009). Z drugiej strony, zgodnie z podejściem poznawczo-behawioralnym, dysfunkcyjne przekonania są traktowane jako mechanizm występowania PTSD (Beck, 1967; Sęk, 2016). Dodatkowo powiązania negatywnych przekonań na temat świata i własnej osoby z występowaniem PTSD wykazano m. in. u rodziców opiekujących się dziećmi chorymi onkologicznie (Ogińska-Bulik i Socha, 2017). Ponadto, jednostki typu D charakteryzuje niechęć do korzystania ze wsparcia społecznego oraz preferencje do stosowania nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie (Ogińska-Bulik, 2009), co dodatkowo może sprzyjać występowaniu PTSD.

Wymiary osobowości typu D nie wiążą się z PTG, ani żadnym z jego obszarów. Oznacza to, że przejawianie negatywnej emocjonalności oraz powiązanego z nią hamowania społecznego nie odgrywa istotnej roli w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych w grupie

młodzieży. Jest to częściowo zgodne z wynikami badań wskazujących na brak powiązań neurotyczności z PTG (Ogińska-Bulik, 2013).

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały na słaby związek między PTSD a PTG. Wśród objawów PTSD jedynie unikanie oraz intruzja wiążą się z PTG. Jest to związek o charakterze dodatnim, co oznacza, że im wyższy poziom tych objawów, tym wyższy poziom PTG. Oznacza to, że unikanie oraz intruzja mogą pełnić funkcję przystosowawczą i sprzyjać występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych. Teza ta wymagałaby jednak potwierdzenia w kolejnych badaniach.

Dane prezentowane w literaturze na temat powiązań PTSD z PTG nie są jednoznaczne, choć większość z nich, odnosząca się do osób dorosłych, wskazuje na pozytywny związek między zmiennymi (Ogińska-Bulik, 2015; Vloet i in., 2017). W przypadku młodzieży wskazuje się raczej na brak związku między negatywnymi a pozytywnymi następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Przykładem mogą tu badania nastolatków i młodych dorosłych zmagających się z chorobami nowotworowymi (Zebrał i in., 2015).

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Miały one charakter przekrojowy, co nie pozwala na wnioskowanie w sposób jednoznaczny o zależnościach przyczynowo-skutkowych. Badaną grupę nastolatków i młodych dorosłych ograniczono do uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów dwóch uczelni, co nie pozwala na uogólnianie wyników. Ze względu na duże zróżnicowanie doświadczonych przez młodzież zdarzeń traumatycznych uwzględnionych w LEC-5 oraz możliwość przeżycia więcej niż jednego zdarzenia nie analizowano ich znaczenia dla wystąpienia PTSD i PTG. Ponadto w badaniach uwzględniono jedynie objawy PTSD, a nie ich kliniczną diagnozę.

Pomimo występujących ograniczeń wyniki badań wzbogacają wiedzę na temat ponoszonych przez młodych ludzi skutków ekspozycji na traumę oraz wskazują na istotną rolę osobowości typu D w występowaniu objawów PTSD. Są te pierwsze tego typu badania przeprowadzone w Polsce w tej grupie wiekowej. Istotnym walorem badań jest również wykorzystanie nowych narzędzi pomiaru, służących do oceny ekspozycji na traumę (LEC-5) oraz jej konsekwencji w postaci objawów PTSD (PCL-5), zgodnych z klasyfikacją DSM-5. W kolejnych badaniach, którymi należałoby objąć szerszą grupę nastolatków i młodych dorosłych, warto byłoby ustalić znaczenie posiadanych przekonań na temat świata i własnej osoby, gotowości do zmiany przekonań, ruminowania o doznanym zdarzeniu czy podejmowanych strategii radzenia sobie z doświadczonymi sytuacjami. Przydatne byłyby także badania o charakterze podłużnym, które pozwoliłyby na sprawdzenie poziomu zmian w konsekwencjach doświadczonej traumy. Warto nadmienić, że traumatycznych zdarzeń, niezależnie od wieku, nie da się uniknąć, dlatego tak ważne wydaje się poszerzanie wiedzy w tym zakresie.

Uzyskane wyniki badań mogą mieć także istotne znaczenie dla praktyki, a przede wszystkim w terapii osób eksponowanych na traumę. W celu redukcji objawów PTSD najbardziej przydatna wydaje się terapia poznawczo-behawioralna, a szczególnie proponowana przez Foę i wsp. (Foa, Chrestman i Gilboa-Schechtman, 2014) forma przedłużonej ekspozycji na traumę. W celu zmniejszenia nasilenia objawów PTSD pożądana byłaby także modyfikacja osobowości typu D, polegająca na zmniejszeniu skłonności jednostki do przeżywania negatywnych emocji i unikania kontaktów z innymi, a zwiększeniu tendencji do wyrażania emocji i poszukiwania wsparcia społecznego. Realizowane programy, których celem jest modyfikacja osobowości typu D, a uwzględniające m. in. redukcję stresu, oparte na treningu uważności, przynoszą oczekiwane rezultaty w postaci zmniejszenia nasilenia negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego (Nykliczek, Beugen i Denollet, 2013).

LITERATURA

- Beck, A. (1967). *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Butler, R., Rizzi, L., Handwerker, B. (1996). Brief report: the assessment of posttraumatic stress disorder in pediatric cancer patient and survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 499-504.
- Cho, G-J, Kang, J. (2017). Type D personality and post-traumatic stress disorder symptoms among intensive care unit nurses: The mediating effect of resilience. *Plos One*, 12, 4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175067>
- Dąbkowska, M. (2006). Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 6, 4, 161-164.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J., de Jonge, P., Kuyper, A., Schene, A.H., van Melle, J.P., Ornel, J., Honing, A. (2008). Depression and type D personality represent different forms of distress in the myocardial infarction and depression-intervention trial. *Psychosomatic Medicine*, 8, 12, 1-8.
- Dudek, B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: GWP.
- Foa, E.B., Chrestman, K.R., Gilboa-Schechtman, E. (2014). *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń*. Sopot: GWP.
- Galecki, P., Świącicki, Ł. (red.). (2015). *Kryteria diagnostyczne w DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Greup, S.R., Kaal, S.E.J., Jansen, R., Manten-Horst, E., Thong, M.S., van der Graaf, W.T., Prins, J.B., Husson, O. (2018). Post-traumatic growth and resilience in adolescent and young adult cancer patients: An overview. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7, 1, 1-14. doi: 10.1089/jayao.2017.0040.
- Husson, O., Zebrack, B., Block, R., Embry, L., Aguilar, C., Hayes-Lattin, B., Cole, S. (2017). Posttraumatic growth and well-being among adolescents and young adults (AYAs) with cancer: a longitudinal study. *Support Care Cancer*, 25, 9, 2881-2890. doi: 10.1007/s00520-017-3707-7.
- Jellesma, F.C. (2008). Health in young people: social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29, 2, 94-100.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Karakaya, I., Ağaoglu, B., Coşkun, A., Şişmanlar, S.G., Yildiz, Oc.O. (2004). The symptoms of PTSD, depression and anxiety in adolescent students three and a half years after the Marmara earthquake. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 15, 4, 257-63.
- Kilmer, R.P., Gil-Rivas V., Tedeschi, R.G., Cann, A., Calhoun, L.G., Buchanan, T., Taku, K. (2009). Use of the Revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 3, 248-253.
- Kolltveit, S., Lange-Nielsen, I.I., Thabet, A.A., Dyregrov, A., Pallesen, S., Johnsen, T.B., Laberg, J.C. (2012). Risk factors for PTSD, anxiety, and depression among adolescents in Gaza. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 2, 164-70. doi: 10.1002/jts.21680.
- Lee, M.S., Lim, H.E., Ko, Y.H., Han, C., Kim, Y.K., Yang, J., Kim, J.J., Lee, J.E., Cha, J.Y., Lee, H. (2012). Characteristic of Type D personality in Korean adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 12, 699-706.
- Lis-Turlejska, M. (2009). Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (s. 15-33). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Lundell, I., Poromaa, I., Ekselius, L., Georgsson, S., Frans, O., Helstrom, L., Hogberg, U., Svanberg, A. (2017). Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: findings from a Swedish multicenter cohort study. *BMC Women's Health*, 17, 97. doi: 10.1186/s12905-017-0417-8.
- Merikangas, K., He, J., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study – Adolescents Supplement (NCSA). *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 10, 980-988.
- Meyerson, D., Grant, K., Smith-Carter, J., Kilmer, R. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 31, 6, 949-964.
- Milam, J.E., Ritt-Olson, A., Tan, S., Unger, J., Nazani, E. (2005). The September 11th 2001 Terrorist Attacks and Reports of Posttraumatic Growth among a Multi-Ethnic Sample of Adolescents. *Traumatology*, 11, 233-246.
- Nykliczek, I., van Beugen, S., Denollet, J. (2013). Effects of mindfulness-based stress reduction on distressed (type D) personality traits: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 4, 361-370.
- Ogińska-Bulik, N. (2009). *Osobowość typu D – teoria i badania*. Łódź: Wyd. WSHE.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Doświadczenie sytuacji traumatycznych a zjawisko potraumatycznego rozwoju u młodzieży. *Psychologia Rozwojowa* 15, 3, 33-42.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Ogińska-Bulik, N. (2014a). Objawy stresu pourazowego a potraumatyczny wzrost u młodzieży – ofiar wypadków drogowych. *Psychiatria*, 11, 1, 49-58.
- Ogińska-Bulik, N. (2014b). Rozwój po traumie u osób, które doświadczyły zawału mięśnia sercowego – rola osobowości typu D. *Psychiatria*, 11, 2, 107-113.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). *Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Wyd. Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2017). Negative and positive effects of trauma resulting from cancer – the role of personality and rumination. *Current Issues in Personality Psychology*, 5, 4, 232-243. doi: org/10.5114/CIPP.2017.67016
- Ogińska-Bulik, N., Langer, I. (2007). Osobowość typu D i strategie radzenia sobie ze stresem a nasilenie objawów PTSD w grupie strażaków. *Medycyna Pracy*, 58, 4, 307-316.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2009). Type D personality in Poland: Validity and application of the Polish DS14. *Polish Psychological Bulletin*, 40, 3, 12-18.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7, 4, 129-142.
- Ogińska-Bulik, N., Socha, I. (2017). Symptoms of posttraumatic stress among parents struggling with their child's cancer – the role of negative cognitions and disruption in core beliefs (Objawy stresu pourazowego u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka – rola negatywnych treści poznawczych i zakłóceń w kluczowych przekonaniach). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 26, 4, 206-220.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z., Lis-Turlejska, M., Mieczysław-Kot, D. (2018). Polska adaptacja PTSD Check List for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne. *Przegląd Psychologiczny*, 61, 2, 281-285.
- Pedersen, S., Middel, B., Larsen, M. (2001). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1171-1175.
- Rademaker, A.R., van Zuiden, M., Vermetten, E., Geuze, E. (2011). Type D personality and the development of PTSD symptoms: a prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 2, 299-307. doi: 10.1037/a0021806.
- Rzesutek, M., Lis-Turlejska, M., Palich, H., Szumiał, S. (2017). Polska adaptacja narzędzia pomiaru ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji DSM-5: Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). *Psychiatria Polska*, 67, 1-12. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/69218>.
- Salter, E., Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 335-340.
- Sęk, H. (2016). Psychologia zaburzeń nastroju. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (rozdz. 17, s. 349-363). Warszawa: Wyd. PWN.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic 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, 1-8.
- Thabet, A.M., Thabet, S.S., Vostanis, P. (2016). The relationship between war trauma, PTSD, depression, and anxiety among Palestinian children in the Gaza strip. *Health Science Journal*, 10, 5. doi: 10.4172/1791-809X.100010050
- Vloet, T., Vloet, A., Bürger, A., Romanos, M. (2017). Posttraumatic growth in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 6, 4. doi: 10.4172/2324-8947.1000178.
- Ward, C.L., Flisher, A.J., Zissis, C., Muller, M., Lombard, C. (2001). Exposure to violence and its relationship to psychopathology in adolescents. *Injury Prevention*, 7, 4, 297-301. doi: 10.1136/ip.7.4.297.
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., Keane, T.M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. National Center for PTSD. www.ptsd.va.gov.
- Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B., Schnurr, P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. The National Center for PTSD. www.ptsd.va.gov
- Zebrak, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K., Aguilar, C., Embry, L., Block, R., Hayes-Lattin, B., Cole, S. (2015). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) cancer patients. *Psychooncology*, 24, 162-168. doi: 10.1002/pon.3585.

