

Nina Ogińska-Bulik

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

# Rozwój po traumie u osób, które doświadczyły zawału serca — rola osobowości typu D

*Posttraumatic growth in people who have experienced myocardial infarction — the role of type D personality*

## Abstract

**Introduction:** Experience of myocardial infarction, except many negative effects, also entails occurrence of positive changes in the form of posttraumatic growth. Type D, also called distressed personality—expressed as a combination of negative affectivity and social inhibition — may inhibit the occurrence of these changes.

The study was undertaken to determine the role of type D personality in appearance of positive posttraumatic changes in patients after myocardial infarction.

**Material and methods:** Results of 86 persons, aged 36–87 years ( $M = 60.5$ ,  $SD = 10.05$ ) who experienced myocardial infarction were analysed. Most of them (72.1%) were men. Half of the respondents participated in cardiac rehabilitation. DS-14 Scale to assess type of personality and the Posttraumatic Growth Inventory to measure positive posttraumatic changes were used in the study.

**Results:** More than 1/4 of respondents who experienced a traumatic situation associated with myocardial infarction shows a high level of positive changes. Type D is poorly associated with the level of posttraumatic growth.

**Conclusions:** Among two dimensions of type D personality negative affectivity plays significant positive role in the occurrence of positive posttraumatic changes, especially in spiritual sphere. Participation in cardiac rehabilitation also promotes the process of posttraumatic growth.

**Psychiatry 2014; 11, 2: 107–113**

**Key words:** posttraumatic growth, type D personality, myocardial infarction

## Wstęp

Doświadczenie choroby somatycznej, zwłaszcza o charakterze przewlekłym, jest dla człowieka silnym stresem, który pociąga za sobą niekorzystne następstwa, przejawiające się w różnych sferach jego funkcjonowania, a szczególnie w sferze emocjonalnej. Procesowi zmagania się z chorobą towarzyszy poczucie zagrożenia, stany lękowe, depresyjne, poczucie bezradności, niepewność, obawy co do przyszłości, czasami poczucie winy, a także zmiany w obrazie własnej osoby. Utrata zdrowia wiąże się również z ograniczeniami w zakresie własnej ak-

tywności, niemożnością czy trudnościami realizowania celów życiowych, rodzinnych i zawodowych. W chorobie zagrożone zostają podstawowe wartości człowieka, tj. jego samoocena, sprawność fizyczna, relacje z innymi, a przede wszystkim jego życie [1].

Szczególnie silny stres, który z reguły ma charakter traumatyczny, wiąże się z chorobami bezpośrednio zagrażającymi życiu jednostki, wśród których można wymienić choroby sercowo-naczyniowe. Rozwojowi symptomów stresu pourazowego zdaje się sprzyjać w sposób szczególny niewydolność serca, której przyczyną jest najczęściej niedokrwienność serca (75% przypadków), zwłaszcza jeśli pacjent wymaga przeszczepienia serca [2]. W ostatnich latach zwraca się uwagę, że doświadczenie wydarzenia traumatycznego w tym zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną może, oprócz negatywnych

## Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik  
Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia  
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego  
ul. Smugowa 10/12 91-433 Łódź  
e-mail: [noginska@uni.lodz.pl](mailto:noginska@uni.lodz.pl)

skutków, wiązać się także z czerpaniem pewnych korzyści, określanych mianem wtórnych zysków z choroby. Jednym z przejawów takich korzyści jest zjawisko potraumatycznego wzrostu/rozwoju (*posttraumatic growth*). Odnosi się ono do występowania zespołu pozytywnych zmian, dotyczących percepcji siebie, relacji z innymi i doceniania życia. Zmiany te są traktowane jako następstwo podjęcia prób poradzenia sobie z doświadczonym zdarzeniem traumatycznym [3–5]. Potraumatyczny rozwój oznacza, że w wyniku przeżycia traumy ludzie stają się mocniejsi, bardziej dojrzały, zauważają swoje zwiększone umiejętności radzenia sobie i przetrwania w skrajnie trudnych warunkach, dostrzegają nowe możliwości w życiu i stawiają sobie nowe cele. Wśród pozytywnych zmian potraumatycznych wymienia się również większe przeświadczenie ludzi o wyższym niż przed traumą poczuciu własnej wartości, skuteczności, większym zaufaniu do siebie i własnych możliwości, także w odniesieniu do przyszłych wydarzeń. Wiele osób, które przeżyły traumę, odkrywa w sobie większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych, odnajduje w sobie siłę, która pozwala im z dystansem przyrzeć się dotychczasowemu życiu i zmieniać je na lepsze.

Rozwój potraumatyczny jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonym zdarzeniu traumatycznym. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku przeżytej sytuacji przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania. Pojawienie się pozytywnych zmian po traumie jest traktowane jako efekt skutecznego radzenia sobie z nią. Nie wyklucza to jednak występowania negatywnych skutków doświadczonej traumy. Co więcej — ich pojawienie się, m.in. objawów stresu pourazowego, zdaje się sprzyjać pojawianiu się zmian wzrostowych [6–8]. Potraumatyczny rozwój nie oznacza, że przeżycie traumy jest pożądane czy konieczne dla dokonania istotnych zmian w życiu. Nie jest też utożsamiane z poczuciem szczęścia. Jest natomiast szansą na bardziej sensowne i wartościowe życie.

Dotychczasowe badania, głównie zagraniczne, dostarczyły danych wskazujących na występowanie pozytywnych zmian wynikających ze zmagania się z chorobami kardiologicznymi [9–12]. Potwierdzają to wyniki polskich badań prowadzone wśród pacjentów, którzy przeszli operację kardiologiczną [8]. Ponad połowa badanych (52%) ujawniła symptomy stresu pourazowego w postaci intruzji, unikania i pobudzenia. Zarazem jednak wszyscy badani zauważyli u siebie pozytywne zmiany w wyniku doświadczenia negatywnego wydarzenia życiowego. Największe – dotyczyły doceniania życia i relacji z innymi, najmniejsze – sfery duchowej.

Zdecydowana większość badań w zakresie uwarunkowań rozwoju potraumatycznego koncentruje się na czynnikach sprzyjających pojawianiu się pozytywnych zmian,

wśród których wymienia się różne właściwości osobowości, jak np. ekstrawersję, dyspozycyjny optymizm, nadzieję czy poczucie koherencji [13–15]. Brakuje natomiast badań wskazujących, które właściwości jednostki mogą hamować czy utrudniać rozwój po traumie. Wydaje się, że taką właściwością jest osobowość typu D.

Typ D, określane także osobowością stresową (*distressed personality*), obejmuje dwa wymiary, traktowane jako względnie stałe cechy osobowości, tj. negatywną emocjonalność (*negative affectivity*) oraz hamowanie społeczne (*social inhibition*) [16, 17]. Negatywna emocjonalność wyraża się w skłonności jednostki do przeżywania silnych negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew, irytacja czy wrogość. Z kolei hamowanie społeczne odnosi się do unikania zagrożenia związanego z relacjami społecznymi i dotyczy skłonności do powstrzymywania się od kontaktów z innymi oraz wyrażania negatywnych emocji i zachowań zgodnych z tymi emocjami. Ograniczenie ekspresji emocjonalnej ma charakter świadomy. Powodem takich zachowań jest obawa przed dezaprobatą i odrzuceniem ze strony innych ludzi.

Przeprowadzono wiele badań wskazujących na występowanie związku osobowości typu D z zachorowaniem na choroby układu krążenia oraz zwiększone ryzyko śmiertelności z ich powodu [16–19]. Osoby typu D są 4-krotnie bardziej narażone na ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwienną serca w porównaniu z jednostkami, charakteryzującymi się niskim nasileniem negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego [18]. Osobowość typu D, a zwłaszcza jej wymiar, jakim jest negatywna emocjonalność, jest silnie skorelowana z neurotycznością, która – zdaniem Linleya i Josepha [13] hamuje rozwój po traumie. Można więc oczekiwać, że wymiary osobowości typu D będą negatywnie powiązane z potraumatycznym rozwojem.

### Cel pracy

Celem podjętych badań było ustalenie roli osobowości typu D w pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych u osób, które doświadczyły zawału serca. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Czy wśród osób, które przeżyły zawał serca, występują pozytywne zmiany potraumatyczne, jeśli tak, to w jakim stopniu?
- Czy płeć, wiek, czas, jaki upłynął od zawału serca, oraz uczestnictwo w rehabilitacji kardiologicznej wiążą się z poziomem rozwoju po traumie?
- Czy osobowość typu D jest powiązana z nasileniem zmian potraumatycznych?
- Który z dwóch wymiarów składających się na osobowość typu D jest predyktorem potraumatycznego rozwoju?

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grupie osób po przebytym zawale serca, będących pod stałą opieką poradni kardiologicznej oraz w jednym z łódzkich szpitali<sup>1</sup>. Przebyty zawał serca traktowano jako doświadczenie traumatyczne, ponieważ wiązał się bezpośrednio z zagrożeniem życia. Osoby objęte badaniami nie chorowały na inne przewlekłe, niezwiązane z układem sercowo-naczyniowym, choroby somatyczne. Badani byli poinformowani o anonimowości i dobrowolnym udziale w badaniach. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej Komisji Bioetyki. Łącznie przebadano 90 osób, z czego do analizy włączono wyniki 86 (wyniki czterech odrzucono ze względu na niekompletność danych). Wśród badanych było 62 mężczyzn (72,1%) i 24 kobiety (27,9%). Wiek badanych wahał się od 36 do 87 lat ( $M$  [mean] = 60,5;  $SD$  [standard deviation] = 10,05).

Spośród badanych połowa (43 osoby) uczestniczyła w rehabilitacji szpitalnej, prowadzonej przez ośrodek wczesnej rehabilitacji kardiologicznej. Rozpocząła się ona 8–12 tygodni po zawale serca i obejmowała usprawnienie fizyczne, oddziaływanie psychologiczne poprzez terapię grupową i indywidualną, rehabilitację socjalną i zawodową, leczenie farmakologiczne, dietetyczne oraz prewencję wtórnej choroby niedokrwiennej serca.

W badaniach wykorzystano dwa narzędzia pomiaru: Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju oraz Skalę DS-14. Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (IPR) jest polską adaptacją *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun [3]. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie do tego, co jest w życiu ważne”), do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając odpowiedź od „nie doświadczyłem tej zmiany” (0 pkt.) do „doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu” (5 pkt.). Im wyższa punktacja, tym wyższe nasilenie pozytywnych zmian. W polskiej wersji inwentarz mierzy 4 czynniki składające się na rozwój po traumie [20]. Są to: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Wynik ogólny jest sumą czterech wymienionych czynników. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,93 (dla poszczególnych czynników od 0,63 do 0,87) i jest nieco wyższy niż dla wersji oryginalnej.

Skala DS-14 autorstwa Denoletta [16], w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [21, 22] służy do oceny nasilenia cech osobowości typu D. Składa się

z 14 stwierdzeń, z których 7 mierzy skłonność do przeżywania negatywnych emocji (negatywna emocjonalność); pozostałe 7 — tendencję do unikania zagrożenia związanego z wchodzeniem w relacje z innymi ludźmi, wyrażania negatywnych emocji oraz związanych z nimi zachowań (hamowanie społeczne). DS-14 jest narzędziem służącym do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Badany odpowiada na pytania posługując się odpowiedziami: fałszywe (0 pkt), raczej fałszywe (1 pkt), trudno powiedzieć (2 pkt.), raczej prawdziwe (3 pkt.) i prawdziwe (4 pkt.). Zaliczenie osoby do typu D wymaga uzyskania przez nią co najmniej 10 punktów w każdym z 2 wymiarów skali DS-14. Wartości psychometryczne narzędzia są zadowalające (*alfa* Cronbacha dla negatywnej emocjonalności wynosi 0,86, a dla hamowania społecznego 0,84).

## Wyniki badań

W kolejnych krokach analizy danych ustalono średnie potraumatycznego wzrostu, uwzględniając także płeć, wiek badanych, czas, jaki upłynął od zawału serca, oraz uczestnictwo w rehabilitacji kardiologicznej. Ze względu na normalność rozkładów analizowanych zmiennych istotność różnic między średnimi sprawdzano za pomocą testu *t*-Studenta. Związek między wymiarami osobowości typu D a rozwojem po traumie ustalono za pomocą współczynników korelacji Pearsona. Sprawdzono również czy występują różnice w nasileniu zmian potraumatycznych w grupie osób typu D i nie-D. W celu ustalenia, który z dwóch wymiarów osobowości typu D pełni funkcję predykcyjną dla wystąpienia pozytywnych zmian po traumie wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa postępująca). Do obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet STATISTICA.

Uzyskana średnia potraumatycznego wzrostu (tab. 1) odpowiada wartości 5 stena i jest zbliżona do rezultatu uzyskanego przez chorych kardiologicznie w badaniach normalizacyjnych, gdzie  $M = 60,73$  [20]; 26,7% badanych wykazuje niski poziom potraumatycznego wzrostu lub jego brak (jedna osoba nie zauważyła u siebie żadnych pozytywnych zmian), 47,7% — przeciętny i 25,6% — wysoki.

Sprawdzono również, czy występują różnice w nasileniu zmian, składających się na poszczególne wymiary rozwoju po traumie. Istotnie wyższy poziom zmian ( $p < 0,01$ ) występuje w zakresie doceniania życia ( $M = 3,69$ ) i relacji z innymi ( $M = 3,18$ ), w porównaniu ze zmianami w percepcji siebie ( $M = 2,57$ ) i sferze duchowej ( $M = 2,51$ ). Płeć nie różnicuje w sposób istotny statystycznie nasilenia pozytywnych zmian potraumatycznych (mężczyźni:  $M =$

<sup>1</sup> Badania przeprowadziła uczestniczka seminarium magisterskiego — Paulina Smalc

Tabela 1. Średnie wartości potraumatycznego wzrostu

Table 1. Means of posttraumatic growth

	M	SD	Min.	Maks.
Potraumatyczny rozwój — ogółem	61,54	16,75	0	92
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	23,15	8,90	0	41
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	22,29	5,87	0	35
Cz. 3. Docenianie życia	11,08	3,14	0	15
Cz. 4. Zmiany duchowe	5,02	3,05	0	10

M (mean) — średnia arytmetyczna, SD (standard deviation) — odchylenie standardowe, min. — wartość minimalna, maks. — wartość maksymalna

Tabela 2. Zmiany potraumatyczne w zależności od uczestnictwa w rehabilitacji kardiologicznej

Table 2. Posttraumatic changes depending on participation in cardiac rehabilitation

	Uczestniczący w rehabilitacji (n = 43)		Nie uczestniczący (n = 43)		t	p
	M	SD	M	SD		
Potraumatyczny rozwój — ogółem	67,04	9,73	56,04	20,28	3,20	0,01
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	25,41	5,68	20,88	10,84	2,42	0,05
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	22,95	4,04	21,62	7,25	1,04	ni
Cz. 3. Docenianie życia	12,48	1,69	9,67	3,62	4,61	0,001
Cz. 4. Zmiany duchowe	6,18	2,68	3,86	2,98	3,79	0,001

M (mean) — średnia arytmetyczna, SD (standard deviation) — odchylenie standardowe, t — test t-Studenta, p — poziom istotności różnic, ni — wynik nieistotny statystycznie

59,90; SD = 18,31, kobiety: M = 65,79; SD = 11,02) ani żadnego z czynników, choć kobiety uzyskały nieco wyższy wynik w IPR. Wiek również nie jest powiązany istotnie statystycznie z poziomem rozwoju po traumie. Młodszy — poniżej 60. rż., n = 44: M = 61,13; SD = 18,21; starsi — 60 lat i więcej, n = 42: M = 61,97; SD = 15,28. Uczestnicy badania doświadczyli sytuacji traumatycznej w postaci zawału serca w różnym czasie, a mianowicie: 1) mniej niż rok od przeprowadzonego badania — 20 osób, 2) w ciągu 1–2 lat — 14 osób, 3) 2–5 lat — 17 osób, 4) więcej niż 5 lat temu — 35 osób. Średni czas, jaki upłynął od doświadczonego zdarzenia, wynosił 2,81 (SD = 2,62) i nie różnicuje nasilenia wzrostu po traumie (F = 0,07), dla którego średnie wynoszą odpowiednio: dla 1) M = 60,55 (SD = 15,21), 2) M = 62,28 (SD = 21,32), 3) M = 62,88 (SD = 12,12), 4) M = 61,17 (SD = 18,09).

Z kolei fakt uczestnictwa (bądź jego braku) w rehabilitacji kardiologicznej w sposób istotny statystycznie różnicuje nasilenie wzrostu po traumie (tab. 2). Badane

osoby, które po zawale serca uczestniczyły w rehabilitacji kardiologicznej, wykazują istotnie wyższe nasilenie pozytywnych zmian po traumie, w porównaniu z osobami nieuczestniczącymi w tym procesie. Różnice dotyczą prawie wszystkich wymiarów potraumatycznego wzrostu (poza zmianami w relacjach z innymi). Istotnie większe zmiany u uczestników rehabilitacji występują w zakresie doceniania życia i sfery duchowej, nieco mniejsze w percepcji siebie.

Średnie wyniki wymiarów składających się na typ D w badanej grupie osób po zawale serca nie różnią się w sposób znaczący od wyników podobnej grupy uczestniczącej w badaniach normalizacyjnych [21, 22]. Średnia dla negatywnej emocjonalności wynosi 12,95 (SD = 6,48), zaś dla hamowania społecznego 11,16 (SD = 6,45). Bardziej szczegółowa analiza wykazała, że w badanej grupie typ D prezentuje 46,5% (typ nie-D — 25,6% i typ niezróżnicowany — 27,9%)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Typ nie-D obejmuje osoby, których wyniki w zakresie obydwu czynników są niskie (poniżej 10 pkt.); typ niezróżnicowany dotyczy osób, które w jednym wymiarze uzyskały wyniki wysokie (10 pkt. i więcej), a w drugim niskie (poniżej 10 pkt.).

Tabela 3. Współczynniki korelacji między wymiarami osobowości typu D a potraumatycznym rozwojem  
 Table 3. Correlation coefficients between type D personality dimensions and posttraumatic growth

	Negatywna emocjonalność	Hamowanie społeczne
Potraumatyczny rozwój — ogółem	0,02	-0,06
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	-0,12	-0,14
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	0,10	-0,09
Cz. 3. Docenianie życia	-0,02	-0,01
Cz. 4. Zmiany duchowe	0,27*	0,23

\*  $p < 0,05$

Tabela 4. Poziom potraumatycznego rozwoju w grupie osób różniących się typem osobowości  
 Table 4. The level of posttraumatic growth in a group of people with different personality type

	Typ nie-D (n = 22)		Typ D (n = 40)		t	p
	M	SD	M	SD		
Potraumatyczny rozwój — ogółem	62,13	17,34	58,82	16,09	0,75	ni
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	25,22	8,01	20,85	8,47	1,98	ni
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	21,40	6,86	21,47	5,84	-0,03	ni
Cz. 3. Docenianie życia	11,54	3,17	10,97	2,98	0,70	ni
Cz. 4. Zmiany duchowe	3,95	2,60	5,52	2,94	-2,08	0,05

M (mean) — średnia arytmetyczna, SD (standard deviation) — odchylenie standardowe, t — test t-Studenta, p — poziom istotności różnic, ni — wynik nieistotny statystycznie

Następnie, obliczono współczynniki korelacji między wymiarami osobowości typu D a rozwojem po traumie. Wyniki zaprezentowano w tabeli 3.

Osobowość typu D okazała się słabo powiązana z występowaniem pozytywnych zmian po traumie. Spośród analizowanych dwóch wymiarów, jedynie negatywna emocjonalność pozytywnie koreluje ze zmianami w sferze duchowej. Oznacza to, że im wyższe nasilenie negatywnych emocji tym większe zmiany w tym obszarze.

Związku między wymiarami typu D a rozwojem po traumie poszukiwano także poprzez sprawdzenie, czy występują różnice w nasileniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób o typie D i nie-D. Wyniki zaprezentowano w tabeli 4. Jedyna istotna różnica dotyczy zmian w sferze duchowej; wyższy ich poziom zanotowano w grupie osób typu D. Uzyskane dane potwierdzają słaby związek między typem osobowości a nasileniem potraumatycznego rozwoju.

Sprawdzono również, czy któryś z dwóch wymiarów, składających się na osobowość typu D, pozwala na przewidywanie pozytywnych zmian po traumie. Za zmienną wyjaśnianą przyjęto ogólny wynik IPR oraz wyniki poszczególnych czynników wchodzących w jego skład. Przeprowadzona analiza regresji nie wy-

kazała predykcyjnej roli żadnego z dwóch wymiarów osobowości typu D dla potraumatycznego rozwoju (wskaźnik ogólny). Jedynie czynnik 4, jakim są zmiany duchowe, może być wyjaśniany przez negatywną emocjonalność, ale jedynie w 6% ( $Beta = 0,27$ ;  $R = 0,27$ ;  $R^2 = 0,06$ ). Oznacza to, że im większe skłonności do zamartwiania się i przeżywania negatywnych emocji, tym większe prawdopodobieństwo pozytywnych zmian w sferze duchowej.

#### Podsumowanie i wnioski

Uzyskane rezultaty wskazały, że 25,6% spośród badanych, którzy doświadczyli sytuacji traumatycznej w związku z przeżytym zawałem serca wykazuje wysoki poziom potraumatycznego rozwoju (47,7% przeciętny i 25,6% niski). Jest to nieco niższy odsetek niż uzyskano w innej grupie osób chorych kardiologicznie, które były poddane operacji kardiochirurgicznej w postaci transplantacji serca, wszczepienia by-passów lub sztucznej zastawki. W wymienionych badaniach wysoki poziom pozytywnych zmian po traumie zanotowano u 30% badanych [8]. Uzyskany odsetek osób po zawale serca z wysokim poziomem zmian potraumatycznych jest także niższy w porównaniu z grupą kobiet chorych on-

kologicznie po zabiegu resekcji piersi, w której aż 50% badanych określiło swój poziom zmian potraumatycznych jako wysoki [23].

Wyniki uzyskanych badań wykazały, że istotnym czynnikiem sprzyjającym pojawianiu się pozytywnych zmian po traumie jest uczestnictwo w rehabilitacji kardiologicznej. Ci pacjenci, którzy uczestniczyli w takiej rehabilitacji niezależnie od czasu, jaki upłynął od przeżytego zawału, ujawnili wyższe nasilenie potraumatycznego wzrostu, przejawiające się w większym docenianiu życia, zmianach o charakterze egzystencjalnym oraz wyższej ocenie własnych możliwości.

Wymiary osobowości typu D bardzo słabo wiążą się z nasileniem zmian potraumatycznych. Jedynie negatywna emocjonalność okazała się być dodatnio powiązana z jednym z czynników potraumatycznego rozwoju, tj. ze zmianami w sferze duchowej. Oznacza 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.

W literaturze brakuje badań dotyczących zależności między typem D a rozwojem po traumie, ale traktując ten typ osobowości w kategoriach podatności na stres, uzyskany wynik, choć jest niezgodny z przewidywaniami, nie jest dużym zaskoczeniem. Uzyskane relacje można odnieść do występowania pozytywnego związku między objawami stresu pourazowego a wzrostem po traumie związanym z doświadczeniem operacji kardiologicznej [8]. Uzyskane wyniki badań wskazały, że objawy stresu pourazowego w postaci intruzji i pobudzenia są dodatnio powiązane z występowaniem pozytywnych zmian, przede wszystkim w zakresie relacji z innymi, większego doceniania życia oraz — choć w mniejszym stopniu — w sferze duchowej. Oznacza to, że ponowne przeżywanie negatywnego zdarzenia życiowego wraz z towarzyszącymi tej sytuacji negatywnymi emocjami sprzyja pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych. Sugeruje to jednocześnie, że tendencja do przeżywania negatywnych emocji (negatywna emocjonalność) może służyć rozmyślaniu i analizowaniu doświadczonej sytuacji (ruminacja), czyli w efekcie sprzyjać jej „przepracowaniu” i rozwojowi po traumie. Z drugiej jednak strony, należy podkreślić, że negatywna emocjonalność jest silnie skorelowana z neurotycznością [17, 20, 21],

a z badań Linleya i Josepha [13], wynika, że neurotyczność raczej hamuje rozwój po traumie. Dostępne są również dane, które nie wykazały związku neurotyczności z potraumatycznym rozwojem [24]. Wskazane byłyby więc dalsze poszukiwania w tym zakresie.

Przeprowadzone badania wnoszą nowe treści w zakresie związku między osobowością a rozwojem po traumie pacjentów kardiologicznych, którzy doświadczyli zawału serca. Należy jednak zwrócić uwagę na ich ograniczenia. W badaniach nie sprawdzano, czy rzeczywiście doświadczenie zawału serca było dla badanych zdarzeniem traumatycznym, jak też nie analizowano negatywnych skutków takiego doświadczenia w postaci objawów stresu pourazowego. Przyjęto jednak na podstawie danych z literatury, że przeżycie zawału serca jako sytuacji zagrażającej życiu jest sytuacją traumatyczną. Ocena typu osobowości oraz potraumatycznego rozwoju była dokonywana za pomocą metody samoopisu. Nie można więc wykluczyć wpływu zmiennej aprobaty społecznej, czyli skłonności badanych do prezentowania się w lepszym świetle. Należy również podkreślić, że badana grupa osób nie była zbyt liczna, a przeprowadzone badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny wnioskować o istnieniu zależności przyczynowo-skutkowych.

### Wnioski

Uzyskane wyniki badań skłaniają do sformułowania następujących wniosków:

1. U osób po zawale serca występuje rozwój po traumie, u ¼ badanych w wysokim stopniu.
2. Osoby uczestniczące w programie rehabilitacji kardiologicznej uzyskały istotnie wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych w porównaniu z osobami niepoddanymi temu procesowi. Płeć, wiek osób badanych oraz czas, jaki upłynął od zawału serca, nie wpływają w sposób znaczący na poziom potraumatycznego rozwoju.
3. Osobowość typu D słabo wiąże się z rozwojem po traumie. Istotną rolę w pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych pełni negatywna emocjonalność, ale jedynie w odniesieniu do czynnika, jakim są zmiany duchowe.

### Streszczenie

*Wstęp:* Doświadczenie zawału serca pociąga za sobą, oprócz wielu negatywnych skutków także występowanie pozytywnych zmian, w postaci potraumatycznego rozwoju. Osobowość typu D, zwana osobowością stresową (distressed personality) – wyrażana jako połączenie negatywnej emocjonalności i hamowania społecznej może hamować pojawianie się tych zmian.



**Cel pracy:** Podjęte badania miały na celu ustalenie roli osobowości typu D w pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych u osób po zawale serca.

**Materiał i metody:** Poddano analizie wyniki 86 osób w wieku 36–87 lat ( $M = 60,5$ ,  $SD = 10,05$ ), które przeżyły zawał serca. Większość badanych (72,1%) stanowili mężczyźni. Połowa badanych uczestniczyła w rehabilitacji kardiologicznej. W badaniach wykorzystano dwa narzędzia: Skalę DS-14 Denolleta do oceny typu osobowości oraz Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju do pomiaru pozytywnych zmian po doświadczonej traumie.

**Wyniki:** Ponad 1/4 badanych, którzy doświadczyli sytuacji traumatycznej w związku z przeżytym zawałem serca, wykazuje wysoki poziom pozytywnych zmian. Typ D słabo wiąże się z poziomem rozwoju po traumie.

**Wnioski:** Spośród dwóch wymiarów osobowości typu D jedynie negatywna emocjonalność pełni istotną dodatnią rolę w pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych, przede wszystkim w sferze duchowej. Procesowi rozwoju po traumie sprzyja również uczestnictwo w procesie rehabilitacji kardiologicznej

**Psychiatria 2014; 11, 2: 107–113**

**Słowa kluczowe:** rozwój potraumatyczny, osobowość typu D, zawał serca

### Piśmiennictwo

- Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J, red. Psychologia. Podręcznik akademicki. GWP, Gdańsk 2003: 513–524.
- Korewicz I., Leszek P., Kopacz M. Epidemiologia i aktualny stan w zakresie postępowania w niewydolności serca. W: Dubiel J.S., Korewicz J., Grodzicki T. (red.). Niewydolność serca. Via Medica, Gdańsk 2004.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. J. Trauma Stress 1996; 9: 455–471.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry 2004; 15: 1–8.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Linley P.A., Joseph S. (red.). Psychologia pozytywna w praktyce. PWN, Warszawa 2007: 230–248.
- Helgeson V., Reynolds K., Tomich P. A meta-analytic review of benefit finding and growth. J. Consul. Clin. Psychol. 2006; 74: 797–816.
- Solomon Z., Dekel R. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli Ex-Pows. J. Trauma Stress 2007; 20: 303–312.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych — objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. Psychiatria 2012; 9: 1–10.
- Affleck G., Tennen H., Croog S. i wsp. Casual benefits, and morbidity following a heart attack. J. Consul. Clin. Psych. 1987; 55: 29–35.
- Bluvstein I., Moravchick L., Sheps D i wsp. Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors. J. Clin. Psychol. Med. Settings 2013; 20: 164–172.
- Leung I., Gravelly-Witte S., MacPherson A. i wsp. Posttraumatic growth among cardiac outpatients. J. Health Psychol. 2010; 20: 1–15.
- Sheik A.I. Posttraumatic growth in the context of heart disease. J. Clin. Psychol. Med. Settings 2004; 11: 265–273.
- Linley P.A., Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. J. Trauma Stress 2004; 17: 11–21.
- Urcuyo K.R., Boyers A.E., Carver C.S. i wsp. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. Psychol. Health 2005; 20: 175–192.
- Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Wyd. Difin, Warszawa 2013.
- Denollet J. Personality and coronary heart disease: The type-D scale-16. Ann. Behav. Med. 1998; 20: 209–215.
- Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality. Psychosom. Med. 2005; 67: 89–97.
- Denollet J., Vaes J., Brutsaert D. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. Circulation 2000; 102: 630–635.
- Ogińska-Bulik N. Osobowość typu D — teoria i badania. Wyd. WSHE, Łódź 2009.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny — charakterystyka i pomiar. Psychiatria 2010; 7: 129–142.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracowania Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2009.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Type D personality in Poland: Validity and application of the Polish DS14. Pol. Psych. Bulletin 2009; 40: 12–18.
- Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej — rola prężności. Pol. Forum Psych. 2010; 15: 125–139.
- Shakespeare-Finch J., Gow K., Smith S. Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. Traumatology 2005; 11: 325–334.