

Psychiatria i Psychoterapia 2015; tom 11, numer 2: strony 3-20

wersja pierwotna – elektroniczna

Objawy stresu pourazowego u nastoletnich ofiar wypadków drogowych – rola wsparcia i postaw rodzicielskich

Posttraumatic stress symptoms in teenage road victims – the role of support and parental attitudes

Nina Ogińska – Bulik

Zakład Psychologii Zdrowia, Uniwersytet Łódzki

Streszczenie

Cel badań: Celem badań było ustalenie związku między wsparciem otrzymywanym od rodziców i spostrzeganymi postawami rodzicielskimi a nasileniem objawów stresu pourazowego u nastolatków – ofiar wypadków drogowych.

Metoda: W badaniach uczestniczyło 72 nastolatków (36 chłopców i 36 dziewcząt) w wieku 11-17 lat ($M=14,19$, $SD=1,45$). Wszyscy badani w wyniku wypadku doznali różnego rodzaju obrażeń i uszkodzeń ciała. Do oceny nasilenia objawów stresu pourazowego wykorzystano Zrewidowaną wersję Skali Wpływu Zdarzeń (IES-R). Poziom wsparcia rodzicielskiego mierzono Skalą Wsparcia Społecznego K. Kmiecik-Baran, a do oceny spostrzeganych postaw rodzicielskich wykorzystano Skalę Postaw Rodzicielskich M. Plopy.

Wyniki: Wyniki badań wykazały brak związku między wsparciem oraz słaby związek między spostrzeganymi postawami matek a nasileniem objawów PTSD w grupie badanych nastolatków. Predyktorem nasilenia objawów stresu pourazowego u badanych nastolatków okazała się postawa nadmiernych wymagań matek. Im większe wymagania ze strony matki, tym niższe nasilenie objawów stresu potraumatycznego u ich dzieci.

Wnioski: Postawy określane jako niekorzystne wychowawczo mogą zmniejszać nasilenie negatywnych skutków doświadczeń traumatycznych u dzieci.

Summary

Purpose: The purpose of the study was to establish the relationship between parental support and perceived parental attitudes and the severity of posttraumatic stress symptoms in a group of teenagers – victims of road accidents.

Method: 72 adolescents (36 boys and 36 girls), aged 11-17 ($M=14,19$ $SD=1,45$) participated in the study. All subjects as a result of an accident suffered various types of injuries. The Impact of Event Scale-Revised to measure posttraumatic stress disorder symptoms, the Social Support Scale to assess support from parents and the Parental Attitudes Scale to estimate perceived parental attitudes were used in the study.

Results: The results showed a lack of relationship between parental support and weak relationship between mothers' attitudes and severity of PTSD symptoms in a group of examined adolescents. The attitude of

excessive demands of the mothers appeared a predictor of severity of PTSD symptoms in examined teenagers. The higher level of mothers demands the lower level of PTSD symptoms in their children.

Conclusions: The parental attitudes referred as disadvantage may reduce the severity of negative effects of traumatic experiences in children.

Słowa kluczowe: Wsparcie rodzicielskie, postawy rodzicielskie, PTSD, nastolatki

Key words: Parental support, parental attitudes, PTSD, teenagers

Wstęp

Występowanie zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży oraz ich konsekwencje

Dzieci i młodzież, podobnie jak dorośli, są narażeni na zdarzenia o charakterze traumatycznym. Współczynniki rozpowszechnienia ekspozycji na traumę wśród nieletnich różnią się dość znacznie i wahają się od 15 do 84% [1]. Dąbkowska [2] wskazuje, że odsetek zdarzeń o charakterze traumatycznym wśród dzieci i młodzieży sięga nawet 70%. Do najczęstszych sytuacji traumatycznych doświadczanych przez dzieci zalicza się: nadużycia seksualne, przemoc w środowisku domowym, udział w katastrofie czy wypadku, działania wojenne, akty terroryzmu, uchodźstwo, a także skutki procedur medycznych czy tragiczną śmierć kogoś bliskiego [2,3]. Badania przeprowadzone na grupie polskiej młodzieży w wieku 14-18 lat wskazują, że 72% spośród badanych doświadczyło w swoim życiu krytycznego wydarzenia życiowego [4]. Najczęstszym była utrata ukochanej osoby, a w następnej kolejności przewlekła lub ostra choroba, wypadek lub uraz.

Należy zwrócić uwagę, że wielu nieletnich doświadcza sytuacji, które wprawdzie nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia, takich jak śmierć kogoś z rodziny, rozwód rodziców, rozstanie z bliską osobą, to jednak mogą pociągać za sobą negatywne skutki zaliczane do subklinicznych objawów stresu pourazowego. W badaniach Copeland i wsp. 24% dzieci relacjonowało przeżycie takich właśnie sytuacji, w porównaniu z 5,9% dzieci, które doświadczyły rzeczywistych zdarzeń traumatycznych zagrażających ich życiu [5].

Przeżycie przez ludzi zdarzenia o charakterze traumatycznym, niezależnie od wieku, pociąga za sobą różne negatywne konsekwencje, odnoszące się przede wszystkim do ich życia psychicznego. Dotyczy to szczególnie dzieci, które ze względu na rozwijającą się psychikę i ograniczone możliwości radzenia sobie są bardziej narażone na negatywne skutki

doświadczanych wydarzeń życiowych. U ok. 30-50% dzieci, które doświadczyły traumy pojawiają się takie reakcje jak lęk, przygnębienie, poczucie winy, ogólny niepokój, zaburzenia snu, nadpobudliwość ruchowa, zaburzenia koncentracji uwagi, wahania nastroju, drażliwość, zachowania impulsywne i skłonność do agresji [6]. Takie reakcje narażają dziecko na kolejne skutki w postaci izolowania się od rodziny, rówieśników, zaniedbywania nauki, a w skrajnych przypadkach nawet do załamania i podejmowania prób samobójczych. Innymi sposobami reagowania dzieci na przeżyty traumę może być unikanie miejsc, rzeczy i form aktywności kojarzonych z przeżytym wydarzeniem lub zmienione stany świadomości, które przejawiają się w poczuciu obcości świata i własnej osoby. Konsekwencją przeżytych sytuacji o charakterze traumatycznym mogą też być zmiany w postawach wobec innych ludzi oraz przyszłości [6]. Jednym z poważniejszych negatywnych skutków doświadczenia traumy przez nieletnich, podobnie jak u dorosłych, jest zespół stresu pourazowego.

Diagnoza PTSD wymaga, oprócz zdarzenia traumatycznego, wystąpienia trzech grup objawów, tj.: 1. intruzji – kiedy traumatyczne zdarzenie uporczywie nawraca i jest przeżywane w postaci powtarzających się i stresogennych wspomnień, powracających snów dotyczących traumy, 2. unikania – w postaci zmniejszenia ogólnej reaktywności oraz uporczywego unikania bodźców związanych z traumą, tj. myśli, uczuć, unikania działań, miejsc lub ludzi, którzy wywołują wspomnienia zdarzenia traumatycznego oraz 3. pobudzenia – gdy utrzymują się objawy wzmożonego pobudzenia psychofizjologicznego, takie jak trudności z zasypianiem, płytki sen, częste przebudzenia, gwałtowne wybuchy złości, trudności z koncentracją uwagi, wzmożona czujność [7-9].

Dane na temat rozpowszechnienia tego zjawiska w grupie dzieci i młodzieży są rozbieżne. Rozbieżność ta wiąże się m. in. z doświadczaniem różnych zdarzeń, różnym czasem dokonywania oceny symptomów stresu pourazowego czy zróżnicowanym wiekiem badanych. Dąbkowska [10] szacuje, że PTSD ujawnia ok. 15-25% dzieci i młodzieży. Cohen i wsp. [3] wskazują na nieco niższe wskaźniki. Wynoszą one od 1,6% do 9,2%. W badaniach niemieckich z udziałem dzieci i młodzieży w wieku 12-17 lat stwierdzono, że 3,7% chłopców i 6,3% dziewcząt spełnia kryteria PTSD [3]. W polskich badaniach młodzieży, która doświadczyła powodzi w 1997 roku, szacowany poziom pełnoobjawowego PTSD po dwóch latach był znacząco wyższy i wynosił 18% [11].

Do zdarzeń traumatycznych, które wiążą się z wysokim ryzykiem rozwoju PTSD należy doświadczenie wypadku drogowego. Z badań amerykańskich wynika, że odsetek osób, które ujawniają objawy PTSD po miesiącu od takiego zdarzenia sięga 25-30% [12]. Podobne

wyniki przytacza Dąbkowska wskazując, że u 25% dzieci poszkodowanych w wypadkach drogowych występują objawy PTSD [10].

Gdy przejawiane przez nieletnich objawy potraumatyczne nie spełniają kryteriów PTSD najczęściej diagnozuje się subkliniczne symptomy stresu potraumatycznego (PTSS). PTSS jest określeniem szerszym w stosunku do PTSD i objawy te są raczej traktowane jako normalna reakcja na doświadczone zdarzenie traumatyczne, nie zaś jako psychiatryczna diagnoza zaburzeń stresu traumatycznego [13]. Z badań amerykańskich wynika, że 6 miesięcy po przejściu huraganu *Floyd* i będącej jego następstwem powodzi w Stanach Zjednoczonych 71% badanych dzieci doświadczyło co najmniej umiarkowanych symptomów PTSS [14].

Czynnikami ryzyka rozwoju PTSD i PTSS u dzieci i młodzieży są: płeć żeńska, ekspozycja na traumę w przeszłości, wielokrotna trauma, obecne wcześniejsze zaburzenie psychiczne (np. lękowe), zaburzenia psychiczne występujące u rodziców, brak wsparcia społecznego, a także czynniki genetyczne [3]. Z kolei wśród czynników chroniących dzieci przed rozwojem PTSD wymienia się: dobre funkcjonowanie rodziny, wyższy iloraz inteligencji i dobre zdrowie psychiczne matki [2].

Znaczenie środowiska rodzinnego w radzeniu sobie z negatywnymi konsekwencjami doświadczonej traumy

Dla konsekwencji wynikających z doświadczenia traumy istotne znaczenie mają czynniki związane z funkcjonowaniem w rodzinie, w tym otrzymywane wsparcie, czy postawy rodzicielskie. To właśnie rodzina, a przede wszystkim rodzice, stanowią najważniejsze i długotrwałe źródło wpływu na rozwój osobowości i funkcjonowanie dziecka oraz na jego umiejętność radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi.

Wsparcie społeczne to pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach stresowych. Sęk i Cieślak [15] określają wsparcie społeczne jako rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacyjnej, emocjonalnej lub instrumentalnej. Aby taka wymiana była skuteczna, konieczna jest spójność między potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia. Wiele badań wskazuje, że wsparcie społeczne pełni rolę bufora chroniącego przed negatywnymi skutkami doświadczanej traumy. Funkcjonowanie rodziców i wpływy rodzicielskie, a także inne źródła wsparcia wywierają pozytywny wpływ na proces adaptacji dziecka po doznanym urazie. Jak podkreślają Hafstad i wsp. [16], empatyczna akceptacja rodzica i udzielane wsparcie sprzyjają wyrażaniu przeżywanych przez dziecko emocji. Z kolei dzielenie się własnymi odczuciami sprzyja angażowaniu procesów poznawczych związanych z przetwarzaniem doznanej traumy,

co z jednej strony może zmniejszać nasilenie negatywnych, a z drugiej – sprzyjać pojawianiu się pozytywnych skutków traumy [17]. Ponadto, rodzice mogą wskazywać dziecku bardziej skuteczne sposoby poradzenia sobie z takim wydarzeniem, wspierając tym samym proces adaptacji.

W badaniach rodzin dotkniętych huraganem Katrina wykazano, że czynniki rodzinne, w szczególności doświadczanie rodzicielskiego wsparcia były predyktorami lepszego przystosowania się dzieci w ciągu 25-28 miesięcy po doświadczeniu traumatycznym [18]. Z kolei badania australijskie wykazały, że rozpad rodziny i występujące w niej konflikty były głównymi predyktorami rozwoju symptomatologii PTSD u dzieci i młodzieży po doświadczeniu pożaru buszu w Australii [19].

Negatywny związek między wsparciem społecznym a objawami PTSD wykazano w grupie nigeryjskich nastolatków, którzy byli wykorzystywani seksualnie w okresie dzieciństwa [20], wśród dzieci i adolescentów, którzy przeżyli trzęsienie ziemi na Tajwanie [21] i na Haiti [22]. Ujemne powiązania wsparcia społecznego z nasileniem objawów PTSD stwierdzono także w polskich badaniach przeprowadzonych wśród dzieci i młodzieży po katastrofie powodzi [23]. Wsparcie społeczne pełni także rolę mediatora w relacji między ekspozycją na traumę a jej negatywnymi skutkami, ujawnianymi w postaci objawów PTSD [21].

Innym czynnikiem związanym z funkcjonowaniem w rodzinie, który wiąże się z konsekwencjami doświadczanego stresu o charakterze traumatycznym są prezentowane przez rodziców postawy wychowawcze. Oddziałują one na rozwój funkcji poznawczych dziecka, kształtują jego równowagę emocjonalną, dojrzałość społeczną, wpływają na formowanie się obrazu własnej osoby, stosunek do grupy rówieśniczej, a w przyszłości na pełnienie ról rodzicielskich [24,25]. Za szczególnie pożądane uznaje się postawy określone jako pozytywne, do których zalicza się postawę akceptacji i autonomii. Postawy pozytywne charakteryzują się chęcią działania na rzecz i dla dobra dziecka. Postawy negatywne przejawiają się w zachowaniach wrogich, agresywnych, wymierzaniu kar ośmieszaniu, unikaniu, lekceważeniu czy zaniedbywaniu dziecka, a także w stawianiu dziecku nadmiernych wymagań czy nadmiernej koncentracji na dziecku [26].

Niewiele badań przeprowadzono w odniesieniu do związku między spostrzeganymi postawami rodzicielskimi a objawami PTSD u dzieci i młodzieży. Te dostępne wskazują, że spostrzegane przez dzieci wrogie i karzące postawy rodzicielskie są istotnym predyktorem PTSD po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego [27]. W badaniach prowadzonych wśród nastolatków, którzy byli ofiarami wypadków drogowych wykazano, że postawa zamartwiania

się prezentowana przez rodziców sprzyjała występowaniu objawów stresu pourazowego u ich dzieci [28].

Celem podjętych badań było ustalenie związku między otrzymywanym od rodziców wsparciem i spostrzeganymi postawami rodzicielskim a nasileniem objawów stresu pourazowego u nastolatków – ofiar wypadków drogowych. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy u nastolatków, którzy byli ofiarami wypadku drogowego występują objawy stresu pourazowego, a jeśli tak, to w jakim stopniu?
- Czy płeć, wiek oraz czas, jaki upłynął od doświadczonego zdarzenia wpływają na nasilenie objawów PTSD?
- Czy istnieje związek między otrzymywanym wsparciem ze strony rodziców i postawami rodzicielskimi a nasileniem objawów stresu pourazowego u ich dzieci?
- Które z analizowanych rodzajów wsparcia i spostrzeganych postaw rodzicielskich pozwalają na przewidywanie objawów PTSD w badanej grupie nastolatków?

Materiał

Badaniami objęto 72 nastolatków (36 chłopców i 36 dziewcząt) w wieku 11-17 lat ($M=14,19$, $SD=1,45$), którzy byli ofiarami wypadku drogowego i doznali różnego rodzaju obrażeń i uszkodzeń ciała. Badani doświadczyli wypadku drogowego w różnym czasie. U większości (48,6%) miał on miejsce w ostatnim roku przez przeprowadzonym badaniem. 15,3% badanych przeżyło go w okresie 1-2 lat, 16,7% w ciągu 2-3 lat i 19,4% powyżej 3 lat od przeprowadzonego badania. Ze względu na fakt, iż doznane wydarzenie stanowiło zagrożenie dla zdrowia i życia jednostki można uznać je za traumatyczne. Badania przeprowadzono w placówkach opiekuńczo-medycznych znajdujących się na terenie Łodzi, w tym na oddziale rehabilitacji dla dzieci Wojewódzkiego Ośrodka Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu oraz w jednym z łódzkich szpitali, a także za pośrednictwem Fundacji Votum, która pomogła skontaktować się z innymi osobami poszkodowanymi¹. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji ds. Bioetyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego.

Metoda

W badaniach wykorzystano trzy narzędzia pomiaru: Skalę Wpływu Zdarzeń, Skalę Wsparcia Społecznego oraz Skalę Postaw Rodzicielskich.

¹ Badania przeprowadziły uczestniczki seminarium magisterskiego Paulina Kwarta i Ewelina Paul

Skala Wpływu Zdarzeń – jest polską adaptacją zrewidowanej wersji Impact of Event Scale (IES), autorstwa Weissa i Marmara, przygotowaną przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (7)². Zawiera ona 22 twierdzenia (np. „Gdy tylko przypomniałem sobie to zdarzenie, wracały emocje”) i uwzględnia trzy wymiary PTSD: 1. intruzję, wyrażającą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą; 2. pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi oraz 3. unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą. Zgodnie z instrukcją, osoba badana najpierw opisuje negatywne wydarzenie życiowe (w tym przypadku było to wypadek drogowy), a następnie dokonuje oceny objawów, posługując się 5-stopniową skalą typu Likerta (0–4). Skala służy do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałym specyficznym zdarzeniem. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi parametrami psychometrycznymi. Zgodność wewnętrzną, oceniona na podstawie współczynnika *alfa* Cronbacha, wynosi 0,92 dla całej skali, zaś dla Intruzji, Pobudzenia i Unikania – odpowiednio: 0,89; 0,85 oraz 0,78 [7]. W badanej grupie młodzieży uzyskano nieco niższe współczynniki, które wynosiły dla całej skali 0,87, dla poszczególnych wymiarów odpowiednio: 0,85, 0,81, 0,75.

Skala Wsparcia Społecznego, autorstwa Kmiecik-Baran [29] jest przeznaczona dla dzieci i młodzieży w wieku 12-19 lat i służy do oceny rodzaju i siły otrzymywanego wsparcia społecznego. Pozwala na pomiar ogólnego wsparcia społecznego oraz 4 jego rodzajów: informacyjnego (udzielanie rad, informacji, które mogą pomóc w rozwiązywaniu problemu), instrumentalnego (dostarczanie konkretnej pomocy, świadczenie usług, np. pożyczenie pieniędzy, załatwienie mieszkania, ubrania, lekarstwa, itp.), wartościującego (dawanie jednostce komunikatów typu: "jesteś dla nas kimś znaczącym", "dzięki tobie mogliśmy to osiągnąć"), oraz emocjonalnego (dawanie komunikatów werbalnych i niewerbalnych typu: "jesteś przez nas kochany", "lubimy Cię"). Kwestionariusz zawiera 16 pozycji (po 4 na każdy rodzaj wsparcia). Ponadto narzędzie umożliwia pomiar 8 źródeł wsparcia, tj. od rodziców, rodzeństwa, innych krewnych, kolegów ze szkoły, kolegów z osiedla, sąsiadów, nauczycieli i obcych³. Osoba badana odpowiada na pytania posługując się 4 – stopniową skalą (od 0 – *nie, nie dotyczy* do 3 – *tak*). Rzetelność testu oceniona za pomocą współczynnika *alfa* Cronbacha w przypadku poszczególnych rodzajów wsparcia osiąga wartości od 0,56 do 0,79 [29].

² Brak dostępnych narzędzi do oceny nasilenia objawów PTSD u młodzieży zdecydował o wykorzystaniu wersji opracowanej dla dorosłych

³ W analizie wyników wykorzystano jedynie wsparcie pochodzące od rodziców

Skala Postaw Rodzicielskich w wersji dla młodzieży została opracowana przez Ploę [26] służy do oceny percepcji postaw rodzicielskich, a dokładniej spostrzeganych prawidłowych i nieprawidłowych wychowawczo postaw matki i ojca. Skala składa się z części „Moja matka” oraz „Mój ojciec”. Każda z nich zawiera 75 stwierdzeń ocenianych na 5-stopniowej skali: „prawdziwe”, „raczej prawdziwe”, „trudno mi ocenić”, „raczej nieprawdziwe”, „nieprawdziwe”. Poszczególnym odpowiedziom przypisuje się — odpowiednio — wartości liczbowe: 5, 4, 3, 2, 1. Narzędzie pozwala na obliczenie percepcji postaw każdego z rodziców: akceptacji-odrzućenia, nadmiernie wymagającej, autonomii, niekonsekwentnej, nadmiernie ochraniającej. Wyniki surowe w każdej z analizowanych postaw mieszczą się w granicach 15–75 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie danej postawy. Rzetelność narzędzia ustalono za pomocą techniki powtórnego testowania, obliczając współczynniki stabilności bezwzględnej. Rozpiętość współczynników w wersji „Moja matka” wynosiła 0,81–0,92, zaś w wersji „Mój ojciec” — 0,79–0,91, co świadczy o wysokiej stabilności wyników.

Wyniki badań

Analizę wyników badań przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA (wersja 8.0). Wykorzystując test Kołmogorowa-Smirnowa, sprawdzono normalność rozkładów dla zmiennych włączonych do analizy, tj. stresu pourazowego, wsparcia rodzicielskiego oraz spostrzeganych postaw rodzicielskich. Uzyskane rozkłady są zbliżone do normalnych co uprawnia do stosowania testów parametrycznych. Ustalono kolejno średnie wszystkich analizowanych zmiennych, tj. objawów PTSD, otrzymywanego wsparcia pochodzącego od rodziców oraz spostrzeganych postaw rodzicielskich (tab. 1), zależności między zmiennymi (tab. 2) oraz sprawdzono, które z analizowanych rodzajów wsparcia i postaw rodzicielskich odgrywają istotną rolę w przewidywaniu wystąpienia negatywnych zmian potraumatycznych, ujawnianych w postaci objawów PTSD (tab. 3).

Tab. 1. Średnie i odchylenia standardowe analizowanych zmiennych

Analizowane zmienne	M	SD
Objawy PTSD – ogółem	31,94	24,56
Intruzja	11,91	9,84
Pobudzenie	9,66	7,98
Unikanie	10,36	7,84

Wsparcie rodziców (ogółem)	39,85	6,42
Informacyjne	10,39	1,99
Instrumentalne	9,93	2,02
Wartościujące	8,92	2,18
Emocjonalne	10,61	2,13
Postawa akceptacji matki	62,85	11,25
Postawa autonomii matki	58,42	9,10
Postawa nadmiernie ochraniająca matki	53,59	10,36
Postawa nadmiernie wymagająca matki	45,42	13,74
Postawa niekonsekwencji matki	40,84	14,37
Postawa akceptacji ojca	59,34	14,11
Postawa autonomii ojca	59,27	11,29
Postawa nadmiernie ochraniająca ojca	50,89	12,08
Postawa nadmiernie wymagająca ojca	44,18	15,07

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

W ocenie ogólnego wyniku Skali Wpływu Zdarzeń przyjmuje się przyjęcie wartości granicznej, wynoszącej 1,5 punktu. Uzyskanie wyższej wartości wskazuje na występowanie objawów stresu pourazowego [7]. Średni wynik uzyskuje się przez podzielenie wyniku ogólnego Skali Wpływu Zdarzeń przez ilość przypadających na nią stwierdzeń, tj. 22. Dla badanej grupy nastolatków wynosi on 1,45 (SD=1,11). Uwzględniając kryterium 1,5 punktu, średnie i wysokie nasilenie objawów PTSD ujawniło 34 nastolatków, co stanowi 47,3% badanych. Natomiast 38 badanych (52,7%) ujawnia ich niski poziom.

Płeć nie jest powiązana z nasileniem objawów PTSD (chłopcy: M=30,60, SD=22,62, dziewczęta: M=33,25, SD=26,58, $t=-0,45$) ani żadnego z wymiarów wchodzących w skład Skali Wpływu Zdarzeń. Natomiast wiek okazał się czynnikiem istotnie – choć słabo – powiązany z nasileniem tej zmiennej. Osoby młodsze (poniżej 15 roku życia)⁴ ujawniły niższe nasilenie PTSD (M=26,46, SD=27,05) w porównaniu ze starszymi (M=38,62, SD=19,52, $t=2,12$, $p<0,05$). Istotne różnice dotyczą również pobudzenia (M=7,89, SD=8,61 i M=11,81, SD=6,55, $t=-2,11$, $p<0,05$) oraz unikania (M=8,48, SD=8,15 i M=12,65, SD=6,89, $t=-2,29$, $p<0,05$). Czas, jaki upłynął od doświadczonego wypadku drogowego nie jest powiązany z nasileniem objawów PTSD (krótszy, tj. do roku od przeprowadzonego badania:

⁴ Kryterium podziału na młodszych i starszych stanowiła średnia wieku badanej grupy

M=12,30, SD=10,49; dłuższy, tj. więcej niż rok: M=11,20, SD=8,68, $t=0,45$)⁵ ani żadnym z czynników wchodzących w skład Skali Wpływu Zdarzeń.

Uzyskany przez badanych nastolatków – ofiar wypadków drogowych średni wynik wsparcia rodzicielskiego, zgodnie z normami podanymi przez Kmiecik-Baran [29], mieści się w granicach wyników przeciętnych (5-6 sten). Analizując wartości poszczególnych rodzajów wsparcia należy wskazać, że poziom wsparcia informacyjnego i emocjonalnego ($p<0,01$) jest istotnie wyższy od pozostałych dwóch jego rodzajów.

Spostrzegane przez badaną młodzież postawy rodzicielskie w odniesieniu do norm opracowanych dla Skali Postaw Rodzicielskich [26] kształtują się na poziomie średnim (5-6 sten). Jedynie postawa akceptacji i nadmiernego ochraniańa ojców przyjmuje poziom wysoki (7 sten). Uzyskane średnie postaw rodzicielskich przyjmują zbliżone wartości do wyników uzyskanych przez grupę losowo dobranej młodzieży licealnej, badanej pod kątem zachowań zdrowotnych [30].

W kolejnym kroku analizy danych ustalono związek między wsparciem pozyskiwanym od rodziców i spostrzeganymi przez młodzież postawami rodzicielskimi a nasileniem objawów PTSD. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawia tab. 2.

Tab. 2. Współczynniki korelacji pomiędzy rodzajami wsparcia i spostrzeganymi postawami rodzicielskimi a objawami PTSD

Zmienne	PTSD –ogółem	Intruzja	Pobudzenie	Unikanie
Wsparcie rodziców (ogółem)	0,05	0,07	0,01	0,07
▪ Informacyjne	0,09	0,06	0,07	0,13
▪ Instrumentalne	0,01	0,07	-0,02	-0,03
▪ Wartościujące	0,05	0,06	0,02	0,07
▪ Emocjonalne	0,01	0,02	-0,06	0,05
Postawa akceptacji matki	-0,01	0,02	-0,05	0,01
Postawa autonomii matki	0,11	0,09	0,07	0,16
Postawa nadmiernie ochraniająca matki	-0,23	-0,18	-0,24*	-0,26*
Postawa nadmiernie wymagająca matki	-0,28*	-0,28*	-0,23	-0,29*
Postawa niekonsekwencji matki	-0,16	-0,16	-0,11	-0,19
Postawa akceptacji ojca	-0,01	-0,02	-0,07	0,05

⁵ Ze względu na niewielką liczbę badanych w poszczególnych przedziałach czasowych utworzono dwie grupy badanych, tj. o krótszym (do 1 roku) i dłuższym czasie, jaki upłynął od doświadczonego wypadku

Postawa autonomii ojca	-0,07	-0,07	-0,12	-0,01
Postawa nadmiernie ochraniająca ojca	-0,17	-0,18	-0,17	-0,13
Postawa nadmiernie wymagająca ojca	-0,21	-0,22	-0,18	-0,19
Postawa niekonsekwencji ojca	-0,19	-0,20	-0,17	-0,17

* $p < 0,05$

Przedstawione w tab. 2 współczynniki korelacji wskazują, że żaden z rodzajów wsparcia rodzicielskiego nie wiąże się w sposób istotny statystycznie z nasileniem objawów PTSD u badanych nastolatków – ofiar wypadków drogowych. Spośród analizowanych postaw rodzicielskich jedynie postawa nadmiernych wymagań ze strony matki jest istotnie powiązana z nasileniem objawów PTSD, wyrażanych ogólnym wynikiem Skali Wpływu Zdarzeń. Korelacja ma charakter ujemny, co oznacza, że im bardziej matki są wymagające, tym mniejsze prawdopodobieństwo rozwoju objawów PTSD u ich dzieci. Dotyczy to szczególnie objawów intruzji i unikania. Zanotowano także istotne powiązanie postawy nadmiernie ochraniającej matki z nasileniem pobudzenia i unikania u dzieci. Korelacja ma również charakter ujemny, co oznacza, że tendencja do ochraniań dzieci zmniejsza nasilenie tych symptomów. Pozostałe postawy ze strony matki, jak też żadna z analizowanych postaw ojca nie wiążą się w sposób istotny statystycznie z nasileniem objawów PTSD dziecka.

Sprawdzono następnie, które z analizowanych rodzajów wsparcia ze strony rodziców oraz które ze spostrzeganych postaw rodzicielskich pełnią predykcyjną rolę dla objawów PTSD. W tym celu wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa postępująca). Zmienną wyjaśnianą (zależną) był zarówno ogólny wynik Skali Wpływu Zdarzeń, jak i poszczególne czynniki wchodzące w jej skład. Wśród zmiennych wyjaśniających uwzględniono cztery rodzaje wsparcia rodzicielskiego oraz spostrzegane postawy matek i ojców.

Tab. 3. Wyznaczniki nasilenia PTSD (ogółem)

Wyznaczniki	Beta	Błąd Beta	B	Błąd stand. B	t	p
Postawa nadmiernych wymagań matki	-0,62	0,23	-1,12	0,42	-2,65	0,05
Postawa niekonsekwencji matki	0,51	0,26	0,89	0,46	1,93	ni
Postawa niekonsekwencji ojca	-0,20	0,15	-0,28	0,21	-1,29	ni
Wartość stała			57,36	9,89	5,80	0,001
R = 0,36, R ² = 0,13						

Jedynym istotnym wyznacznikiem nasilenia objawów PTSD, wyrażanych ogólnym wynikiem Skali Wpływu Zdarzeń, okazała się postawa wymagająca matek, wyjaśniając 9%

wariancji zmiennej zależnej. Im bardziej dziecko spostrzegało matkę jako stawiającą nadmierne, często sztywne wymagania, z małą tolerancją sprzeciwu, wychowującą zgodnie z założonym planem bez pełnego uwzględniania potrzeb dziecka – tym doświadczało mniej objawów PTSD w związku z przeżytym zdarzeniem, jakim był wypadek drogowy. Pozostałe dwie postawy, które weszły do równania regresji nie pełnią istotnej roli w przewidywaniu nasilenia objawów PTSD w badanej grupie młodzieży.

Sprawdzono również predykcyjną rolę wsparcia i spostrzeganych postaw rodzicielskich dla poszczególnych wymiarów, wchodzących w skład Skali Wpływu Zdarzeń. Uzyskane wyniki analizy regresji potwierdziły istotną rolę postawy nadmiernych wymagań matki, która okazała się predyktorem objawów intruzji ($Beta = -0,62$, $R^2 = 0,08$) oraz unikania ($Beta = -0,52$, $R^2 = 0,09$).

Omówienie wyników i dyskusja

Uzyskane wyniki badań wskazują, że doświadczenie przez młodych ludzi wydarzenia traumatycznego, jakim jest uczestnictwo w wypadku drogowym, wiąże się z występowaniem negatywnych konsekwencji, w postaci objawów składających się na zespół stresu pourazowego. Średni wynik objawów PTSD badanych nastolatków, uzyskany za pomocą Skali Wpływu Zdarzeń, jest niższy w porównaniu z osobami dorosłymi, które doświadczyły różnych sytuacji traumatycznych [7], pacjentów kardiologicznych, którzy zostali poddani operacji kardiochirurgicznej [31], a także pracownikami służb ratowniczych, którzy byli narażeni na zdarzenia traumatyczne w związku z wykonywaną pracą [9]. Może to sugerować, że dzieci i młodzież wykazują mniejszą, w porównaniu z dorosłymi, tendencję do spostrzegania u siebie negatywnych zmian po doświadczeniu traumatycznym. Może to być m. in. efektem rozwijającej się dopiero osobowości i nie do końca ukształtowanych procesów poznawczych, które wydają się pełnić kluczową rolę w przetwarzaniu traumy. Możliwa jest także sytuacja, że uczestnicząca w badaniu młodzież wykorzystywała skuteczne strategie radzenia sobie z doświadczoną sytuacją. Nie można także wykluczyć sytuacji, że to rodzice ponoszą większe koszty psychiczne związane z wypadkiem dziecka i być może to u nich występują silniejsze objawy PTSD niż u ich dzieci. Płeć badanych nastolatków i czas, jaki upłynął od wypadku nie wpływają na nasilenie objawów PTSD. Wiek badanych okazał się powiązany z poziomem tych symptomów - młodszy (poniżej 15 roku życia) ujawniają nieco niższe ich nasilenie.

Uzyskane wyniki badań wskazały na brak związku wsparcia otrzymywanego od rodziców z nasileniem PTSD w badanej grupie nastolatków, którzy doświadczyli zdarzenia

traumatycznego. Wydaje się to dość zaskakujące, ponieważ większość dostępnych w literaturze danych potwierdza istnienie takiego związku, zwłaszcza w odniesieniu do dorosłych [32]. Może to wynikać m. in. z niejednoznaczności samego pojęcia, jakim jest wsparcie społeczne [15], jego typami (sposzregane, otrzymywane), rodzajami (wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne), czy źródłami (wskazującymi, kto jest nadawcą wsparcia). Być może w przypadku młodzieży większe znaczenie dla łagodzenia skutków traumy mają inne źródła wsparcia, w tym wsparcie pozyskiwane od rówieśników. Byłoby to zgodne z twierdzeniem Kruger [6], że doświadczenie traumy przez dziecko może pociągać za sobą izolowanie się od rodziny, a to zmniejszałoby możliwości pozyskiwania wsparcia. Jest także możliwe, że wsparcie społeczne jest w większym stopniu powiązane z innymi negatywnymi skutkami doświadczonej traumy, np. z objawami depresji. Zdają się na to wskazywać wyniki badań uzyskane wśród młodych ludzi, którzy doświadczyli traumy w związku z działaniami wojennymi na terenie byłej Jugosławii [33]. Podobne wyniki, wskazujące na silniejsze powiązania wsparcia społecznego z objawami depresji niż objawami PTSD uzyskano w grupie nastolatków i młodych dorosłych – bośniackich uchodźców [34].

Dostępne w literaturze dane wskazują na ograniczoną rolę wsparcia jako bufora, chroniącego przed negatywnymi skutkami traumy wśród osób dorosłych. Przykładem są wyniki badań uzyskane wśród powodźian uzyskane przez Kaniastego [35]. Buforującej roli wsparcia nie potwierdziły również analizy wyników badań przeprowadzonych wśród nastolatków, którzy byli ofiarami powodzi [23]. Być może, jak sugeruje Kaniasty [36], większe znaczenie należy przypisać wsparciu negatywnemu, które przejawia się negatywnymi reakcjami osób wspierających, jako czynnikowi sprzyjającemu pojawianiu się symptomów PTSD niż wsparciu pozytywnemu jako czynnikowi chroniącemu przed ich pojawianiem się.

Należy pamiętać, że wpływ wsparcia rodzicielskiego na ponoszone przez dzieci skutki traumatycznych zdarzeń zależy od wielu czynników, związanych zarówno z doświadczoną sytuacją, w tym poziomem zagrożenia zdrowia i życia, czy czasem, jaki upłynął od zdarzenia, jak i od jakości wcześniejszych relacji między rodzicami a dziećmi, czy osobniczymi właściwościami rodziców, jak i ich dzieci.

Uzyskane rezultaty badań wykazały słaby związek spostrzeganych postaw rodzicielskich z poziomem objawów PTSD. Jedyne postawa nadmiernych wymagań matki okazała się istotnie powiązana z ogólnym wynikiem Skali Wpływu Zdarzeń. Istotne powiązania stwierdzono także między postawą nadmiernego ochraniania ze strony matki a nasileniem objawów pobudzenia i unikania. Obydwie postawy, które zaliczane są do

negatywnych wychowawczo, zmniejszają nasilenie objawów PTSD u badanych nastolatków. Wynik ten może być pewnym zaskoczeniem, gdyż należało raczej oczekiwać większego znaczenia postaw określanych jako pozytywne wychowawczo, tj. postawy akceptacji czy autonomii, zarówno ze strony matki, jak i ojca. Jakie są możliwe wyjaśnienia zaistniałej sytuacji? Obydwie postawy, zarówno nadmiernie wymagająca, jak nadmiernie ochraniająca wiążą się z dużą koncentracją rodzica na dziecku. Postawa nadmiernych wymagań wobec dziecka jest powiązana z dużymi oczekiwaniami rodziców co do osiągnięć dziecka, a także pewnego rodzaju surowością w ocenie niedociągnięć. Przejawianie takiej postawy przez matkę może stanowić dla dziecka istotny czynnik motywujący je do samodzielnego radzenia sobie z negatywnymi wydarzeniami i w ten sposób zmniejszać ponoszone przez nie negatywne konsekwencje.

Z kolei postawa nadmiernego ochraniańia, którą charakteryzuje przejawianie ze strony rodziców nadmiernej troski o dziecko, kontrola i częsta ingerencja w przebieg wydarzeń, z jednej strony może opóźniać dojrzałość emocjonalną dziecka, wywoływać zależność od rodzica, brak inicjatywy czy uległość, ale z drugiej strony – ciepło rodzica, poświęcana dziecku uwaga, mogą służyć kształtowaniu jego poczucia bezpieczeństwa i ufności, a w konsekwencji przyczynić się do zmniejszenia nasilenia negatywnych objawów traumy. Byłoby to zgodne z założeniami Janoff-Bulman [37], która podkreśla, iż zapewnienie dziecku, które doświadczyło sytuacji traumatycznej poczucia bezpieczeństwa, opieki, otaczanie go szczególną troską sprzyja odbudowywaniu zniszczonych schematów poznawczych i zrekonstruowaniu nowej wizji świata, a to zmniejsza poczucie dystresu. Co więcej, postawy nadmiernych wymagań oraz ochraniająca matki były dodatnio powiązane z występowaniem pozytywnych skutków traumy u ich dzieci, ujawnianych w postaci potraumatycznego wzrostu [38].

Pozostaje to jednak w pewnej sprzeczności z wynikami badań australijskich, w których wykazano, że nadopiekuńczość rodziców jest czynnikiem zwiększającym nasilenie objawów PTSD u nastolatków, którzy doświadczyli katastrofy naturalnej, jaką był pożar buszu [19] oraz wynikami polskich badań, przeprowadzonych w grupie młodzieży dotkniętej katastrofą powodzi [23]. Wskazuje to więc, że związek między spostrzeganymi postawami rodzicielskimi a negatywnymi skutkami zdarzeń traumatycznych jest bardziej złożony. Doświadczenie traumy mogło wpłynąć zarówno na spostrzeganie przez dzieci postaw rodziców, jak i postawy faktycznie przez rodziców przejawiane. Doświadczenie wypadku przez dzieci było także z pewnością doświadczeniem traumatycznym dla ich rodziców. Mogło to modyfikować oddziaływania rodziców wobec swojego potomstwa, wpływając w

ten sposób na ich sposoby radzenia sobie z traumą i ponoszone konsekwencje. Należy także zwrócić uwagę, że postawy rodzicielskie odgrywają większą rolę we wcześniejszych etapach rozwoju człowieka. Ponadto na zachowania dziecka wpływa także spójność prezentowanych przez rodziców postaw rodzicielskich. Dziecko poddane oddziaływaniu różnych systemów wychowawczych ze strony matki i ojca nie rozwija poczucia stabilności i bezpieczeństwa, uczy się funkcjonowania w zmiennych i nie zawsze przewidywalnych warunkach, co może mieć znaczenie dla wystąpienia zarówno negatywnych, jak i pozytywnych zmian po traumie. Słaby związek między funkcjonowaniem rodzinnym a nasileniem PTSD u młodzieży sugeruje także, że być może ważniejszą rolę dla konsekwencji doświadczanego stresu o charakterze traumatycznym pełnią właściwości podmiotowe jednostki niż środowisko rodzinne. Wskazuje to na potrzebę dalszych badań tym zakresie.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Ujawnione przez badaną młodzież symptomy, składające się na zespół stresu pourazowego miały charakter subiektywny. Nie ma więc pewności, że one rzeczywiście wystąpiły, zwłaszcza, że wykorzystane narzędzie, jakim jest Skala Wpływu Zdarzeń zostało opracowane dla dorosłych⁶. Zwiększenie wiarygodności subiektywnie ocenianych objawów wymagałoby oceny innych osób, dobrze znających dziecko, przede wszystkim rodziców. Nie analizowano także wpływu negatywnych konsekwencji ponoszonych przez rodziców na poziom PTSD u ich dzieci. Wydaje się to ważne, gdyż jak wynika z przeglądu badań amerykańskich [39] rodzice dzieci, które przeżyły wypadek drogowy ujawniają objawy PTSD i nasilenie tych symptomów jest dodatnio powiązane z poziomem objawów PTSD u ich dzieci. Na uzyskane wyniki badań mogła rzutować także niezbyt liczna populacja badanych. Ponadto, badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny na orzekanie o istnieniu związków przyczynowo-skutkowych. Pomimo przedstawionych ograniczeń przedstawione wyniki badań wnoszą nowe treści w zakres związku między funkcjonowaniem w rodzinie a negatywnymi skutkami doświadczonych zdarzeń traumatycznych u młodzieży. Mogą być także przydatne w praktyce.

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

- Doświadczenie zdarzenia traumatycznego, jakim jest uczestnictwo w wypadku drogowym pociąga za sobą występowanie negatywnych skutków, w postaci objawów

⁶ Skala Wpływu Zdarzeń w wersji dla dorosłych była wykorzystywana do oceny nasilenia objawów PTSD u młodzieży w badaniach zagranicznych. W Polsce podjęto prace nad adaptacją Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń dla dzieci i młodzieży.

stresu pourazowego – 47,3% badanych ujawniło średnie lub wysokie nasilenie objawów PTSD.

- Wsparcie społeczne nie było powiązane z nasileniem objawów PTSD w badanej grupie młodzieży.
- Spośród analizowanych postaw rodzicielskich jedynie postawa nadmiernych wymagań okazała się predyktorem nasilenia objawów PTSD.
- W badaniach mających na celu poszukiwanie predyktorów PTSD wśród młodzieży wskazane jest uwzględnienie podmiotowych właściwości jednostki.

Piśmiennictwo

1. Alisic E, van der Schoot TA, van Ginkel JR, Kleber RJ. *Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reaction, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample*. J Clin Psychiat, 2008; 69(9): 1455-1461.
2. Dąbkowska M. *Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2006; 4(6): 161-164.
3. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR i wsp *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2010; 49: 414-430.
4. Ogińska-Bulik N. *Doświadczanie sytuacji traumatycznych a zjawisko potraumatycznego rozwoju u młodzieży*. Psychologia Rozwojowa, 2010; 15(3): 33-42.
5. Copeland W, Keeler G, Angold AJ, Castello EJ. *Posttraumatic stress without trauma in children*. Am J Psych, 2010; 167(9): 1059-1065.
6. Kruger A. *Pierwsza pomoc dla pokrzywdzonych dzieci*. Wydawnictwo WAM, 2009, Kraków.
7. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń*. Psychiatria, 2009; 6(1): 15-25.
8. Lis-Turlejska M. *Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie*, W: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M. red. *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia*. Wyd. Naukowe Scholar, 2009, Warszawa, s. 15-33.
9. Ogińska-Bulik N. *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Wyd. Difin, 2013, Warszawa.
10. Dąbkowska M. *Zespół stresu pourazowego u dzieci*. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2002; 2(4): 251-254.
11. Bokszczanin A. *PTSD symptoms in children and adolescents 28 months after a flood: Age and gender differences*. J Trauma Stress, 2007; 20(3): 347-351.
12. Bryant RA, Harvey AG, Guthrie RM, Moulds ML. *A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. J Abnorm Psychol, 2000; 109: 341-344.
13. Stuber ML, Shemesh E, Saxe G. *Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2003; 12: 195-209.

14. Cryder C, Kilmer R, Tedeschi R, Calhoun L. *An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster*. Am J Orthopsychiatry, 2006; 76(1): 65-69.
15. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: Sęk H, Cieślak R. red. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, 2004, Warszawa, s. 11-28.
16. Hafstad G, Gil-Rivas V, Kilmer R, Raeder S. *Parental adjustment, family functioning, and posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents following a natural disaster*. Am J Orthopsychiatry 2010; 80: 248-257.
17. Devine K, Reed-Knight B, Loiselle K, Fenton N, Blount R. *Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach*. J Clin Psychol Med Settings 2010; 17: 340-348.
18. Vigna JF, Hernandez BC, Paasch V, Gordon AT, Kelley ML. *Positive adjustment in youth post-Katrina: The impact of child and maternal social support and coping*. W: Cherry K.E. red. Lifespan Perspectives on Natural Disasters, part 1, Springer, 2009; New York, s. 45-64.
19. McFarlane AC. *Family functioning and overprotection following a natural disaster: The longitudinal effects of posttraumatic morbidity*. Aust NZ J Psychiat, 1987; 21: 210-218.
20. Salami S. *Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents reactions to violence*. Asian Social Science, 2010; 6(12): 101-110.
21. Wu CH, Chen SH, Weng LJ, Wu YC. *Social relations and PTSD symptoms. A prospective study on earthquake-impacted adolescents in Taiwan*. J Trauma Stress, 2009; 22(5): 451-459.
22. Derivois D, Meriser GG, Cenat JM, Castelot V. *Symptoms of posttraumatic stress disorder and social support among children and adolescents after the 2010 Haitian earthquake*. J Loss Trauma: International Perspectives on Stress and Coping, 2014; 19(3): 202-212.
23. Bokszczanin A. *Parental support, family conflict, and overprotectiveness: Predicting PTSD symptoms 28 months after natural disaster*. Anxiety Stress Coping, 2008; 21: 325-335.
24. Ziemska M. *Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka*. W: Ziemska M. red. Rodzina i dziecko. PWN, 1986, Warszawa, s. 155-197 .
25. Ziemska M. *Postawy rodzicielskie*. Wiedza Powszechna, 2009, Warszawa.
26. Płopa M. *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Oficyna Wydawnicza Impuls, 2005, Kraków.
27. Valentino K, Berkowitz S, Stover CS. *Parenting behaviors and posttraumatic symptoms in relation to children's symptomatology following a traumatic event*. J Trauma Stress, 2010; 23: 403-407.
28. Meiser-Stedman R, Yule W, Dalgleish T, Smith P, Glucksman E. *The role of family in child and adolescents posttraumatic stress following attendance at an emergency department*. J Pediatr Psychol, 2006; 31(4), 397-402.
29. Kmiecik-Baran K. *Narzędzia do rozpoznawania zagrożeń społecznych w szkole*. Publikacja nr 4 z serii Młodzież i przemoc. Wyd. Przegląd Oświatowy; 2000, Gdańsk.
30. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N. *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Wyd. Difin, 2011, Warszawa.
31. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost*. Psychiatria, 2012; 9(1): 1-10.

32. Łuszczynska A. *Wsparcie społeczne a stres traumatyczny*. W: Sęk H, Cieślak R. red. *Wsparcie społeczne, stres a zdrowie*. PWN, 2004, Warszawa, s.190-205.
33. Durakowic-Belko E, Kulenovic A, Drapic R. *Determinants of posttraumatic adjustment in adolescents from Sarajevo who experienced war*. J Clin Psychol 2003, 59, 27-40.
34. Elklit A, Ostergard K, Lasgaard M, Palic S. *Social support, coping and posttraumatic stress symptoms in young refugees*. Quarterly J Rehabilitation Torture Victims Prev Torture, 2012; 22(1): 11-23.
35. Kaniasty K. *Kłęska żywiołowa czy katastrofa społeczna? Psychospołeczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*. GWP, 2003; Gdańsk.
36. Kaniasty K. *Social support and traumatic stress*. PTSD Research Quarterly, 2005; 16(2): 1-8.
37. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. Free Press, 1992, New York.
38. Ogińska-Bulik N, Zadworna-Cieślak M. *Percepcja postaw rodzicielskich a osobowy wzrost po traumie u dzieci i młodzieży – ofiar wypadków drogowych*. Psychologia Rozwojowa, 2013; 18(1): 57-68.
39. Brosbe MS, Hoefling K, Faust J. *Predicting Posttraumatic Stress Following Pediatric Injury: A systematic review*. J Pediatric Psychology. 2011; 36(6): 718-729.