

KAROLINA RYMARCZYK

RELACJE MIĘDZY OSOBOWOŚCIOWYMI
CZYNNIKAMI RYZYKA CHOROÓB SOMATYCZNYCH
ORAZ ZASOBAMI ZDROWIA W KONTEKŚCIE
KOŁOWEGO MODELU METACECH OSOBOWOŚCI



RELACJE MIĘDZY OSOBOWOŚCIOWYMI
CZYNNIKAMI RYZYKA CHOROÓB SOMATYCZNYCH
ORAZ ZASOBAMI ZDROWIA W KONTEKŚCIE
KOŁOWEGO MODELU METACECH OSOBOWOŚCI

Karolina Rymarczyk

RELACJE MIĘDZY OSOBOWOŚCIOWYMI
CZYNNIKAMI RYZYKA CHOROÓB SOMATYCZNYCH
ORAZ ZASOBAMI ZDROWIA W KONTEKŚCIE
KOŁOWEGO MODELU METACECH OSOBOWOŚCI



Karolina Rymarczyk  <https://orcid.org/0000-0002-0240-1284>

Relacje między osobowościowymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych oraz zasobami zdrowia
w kontekście Kołowego Modelu Metacech Osobowości

Recenzenci:

dr hab. Małgorzata A. Basińska, prof. uczelni (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy)

dr hab. Michał Ziarko, prof. uczelni (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu)

Projekt okładki:

Justyna Harasimczuk

Ilustracja na okładce:

ravamotiondesign.com

Korekta językowa:

Zespół Redakcyjny

Skład i łamanie:

Studio DTP Academicon | Mira Zyśko

dtp@academicon.pl, dtp.academicon.pl



Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0

Treść licencji jest dostępna na stronie: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri, 2022

www.LiberiLibri.pl

ISBN: 978-83-63487-58-4

DOI: 10.47943/lib.9788363487584

*Janowi Ciecuchowi,
Wyjątkowemu Nauczycielowi,
w podziękowaniu za naukową opiekę,
inspirację, poświęcony czas, każdą rozmowę i lekcję
oraz za wszystko, czego nie da się ująć słowami*

Spis treści

Wprowadzenie	11
Rozdział 1.	
Wzory zachowania A, C, D jako osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych	15
1.1. Terminologia	17
1.2. Wzór A zachowania	19
1.2.1. Charakterystyka	19
1.2.2. Narzędzia	19
1.2.3. Wyniki badań	23
1.3. Wzór C zachowania	25
1.3.1. Charakterystyka	25
1.3.2. Narzędzia	25
1.3.3. Wyniki badań	27
1.4. Wzór D zachowania	31
1.4.1. Charakterystyka	31
1.4.2. Narzędzia	32
1.4.3. Wyniki badań	32
1.5. Relacje między wzorami zachowania A, C, D	36
Rozdział 2.	
Wzór B zachowania i inne konstrukty opisujące zasoby zdrowia	37
2.1. Wzór B zachowania	40
2.1.1. Charakterystyka	40
2.1.2. Narzędzia	41
2.2. Prężność ego – kontrola ego	42
2.2.1. Charakterystyka	42
2.2.2. Narzędzia	42
2.2.3. Wyniki badań	43

2.3. Dyspozycyjny optymizm	44
2.3.1. Charakterystyka	44
2.3.2. Narzędzia	45
2.3.3. Wyniki badań	45
2.4. Samoocena	47
2.4.1. Charakterystyka	47
2.4.2. Narzędzia	47
2.4.3. Wyniki badań	48
2.5. Satysfakcja z życia	48
2.5.1. Charakterystyka	48
2.5.2. Narzędzia	49
2.5.3. Wyniki badań	49
2.6. Orientacja pozytywna	49
2.6.1. Charakterystyka	49
2.6.2. Narzędzia	50
2.6.3. Wyniki badań	50
2.7. Poczucie własnej skuteczności	51
2.7.1. Charakterystyka	51
2.7.2. Narzędzia	52
2.7.3. Wyniki badań	52
2.8. Nadzieja	53
2.8.1. Charakterystyka	53
2.8.2. Narzędzia	54
2.8.3. Wyniki badań	55
2.9. Poczucie koherencji	56
2.9.1. Charakterystyka	56
2.9.2. Narzędzia	56
2.9.3. Wyniki badań	57
2.10. Poczucie sensu życia – postawy życiowe	58
2.10.1. Charakterystyka	58
2.10.2. Narzędzia	59
2.10.3. Wyniki badań	61
2.11. W kierunku syntezy zasobów zdrowia	61

Rozdział 3.

Relacje pomiędzy czynnikami ryzyka chorób somatycznych i zasobami zdrowia oraz ich osobowościowy kontekst	63
3.1. Wzajemne relacje między czynnikami ryzyka chorób somatycznych oraz zasobami zdrowia	65
3.2. Cechy osobowości jako kontekst czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów zdrowia – pierwsze próby porządkowania relacji	68
3.2.1. Kontekst struktury osobowości	68
3.2.2. Pierwsze modele relacji między cechami osobowości a czynnikami ryzyka chorób somatycznych i zasobami zdrowia	68
3.2.3. Empiryczne relacje czynników ryzyka z cechami osobowości	71
3.2.4. Empiryczne relacje zasobów zdrowia z cechami osobowości	74
3.3. Ogólny Czynnik Osobowości jako kontekst zasobów zdrowia	79

Rozdział 4.

Kołowy Model Metacech Osobowości (CPM) i jego integracyjny potencjał	81
--	----

Rozdział 5.

Przykład wykorzystania CPM w zakresie osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych: rekonceptualizacja wzoru C zachowania	99
---	----

Rozdział 6.

Problem badań własnych: wykorzystanie CPM do integracji osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów zdrowia	109
6.1. Lokalizacja w CPM osobowościowych czynników ryzyka (hipotezy 1.1, 1.2 i 1.3)	112
6.2. Lokalizacja w CPM zasobów zdrowia (hipoteza 2)	113
6.3. Relacje między czynnikami ryzyka i zasobami zdrowia, czyli integracyjne konsekwencje hipotez 1 oraz 2	114
6.4. Powiązania czynników ryzyka z chorobami i dolegliwościami somatycznymi (hipoteza 3)	116

Rozdział 7.	
Metoda	119
7.1. Narzędzia	121
7.1.1. Osobowość	121
7.1.2. Osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych	121
7.1.3. Zasoby zdrowia	123
7.1.4. Stan zdrowia	125
7.2. Procedura badania	126
7.3. Osoby badane	126
7.4. Analizy statystyczne	128
Rozdział 8.	
Wyniki	131
8.1. Statystyki opisowe	133
8.2. Struktura zasobów zdrowia	139
8.3. Empiryczna lokalizacja osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia w CPM	141
8.3.1. Wzór A zachowania	142
8.3.2. Wzór C zachowania	144
8.3.3. Wzór D zachowania	145
8.3.4. Wzór B zachowania (zasoby zdrowia)	147
8.3.5. Weryfikacja zgodności teoretycznej i empirycznej lokalizacji wzorów zachowania A, B, C, D w CPM	150
8.4. Dolegliwości i choroby w kontekście wzorów zachowania	152
8.4.1. Występowanie chorób somatycznych	152
8.4.2. Występowanie dolegliwości somatycznych	155
Rozdział 9.	
Dyskusja	159
Bibliografia	171
Załączniki	199
Część A – Wyniki badań: porównania międzygrupowe	201
Część B – Wyniki badań: analizy kołowe	209

Wprowadzenie

Niniejsza praca dotyczy relacji między osobowościowymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych a zasobami zdrowia, zintegrowanymi w ramach układu odniesienia oferowanego przez Kołowy Model Metacech Osobowości (Strus i Ciecuch, 2017; Strus i in., 2014). Osobowościowe czynniki ryzyka oraz zasoby zdrowia to różne psychologiczne właściwości i mechanizmy z obszaru szeroko rozumianej osobowości (takie jak cechy osobowości, mechanizmy motywacyjno-emocjonalne czy zachowania zdrowotne), istotne dla zachowania zdrowia lub wystąpienia chorób somatycznych (por. Denollet i in., 1995; Eysenck, 1985, 1994; Friedman i Rosenman, 1959; Šmigelskas, 2017; Willison, 2017).

W literaturze funkcjonują różne ujęcia całościowej struktury osobowości, porządkujące zmienne opisujące osobowość. Do najbardziej popularnych należą: (1) trzypoziomowy model osobowości McAdamsa (1994, 1995; McAdams i Pals, 2006) oraz (2) Pięcioczynnikowa Teoria Osobowości (*Five-Factor Theory* [FFT]) McCrae i Costy (Costa Jr i McCrae, 1994; McCrae i Costa Jr, 2003), będąca rozszerzeniem Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości (*Five-Factor Model* [FFM]; Goldberg, 1999; McCrae i Costa Jr, 2003). Te dwa dominujące podejścia – McAdamsa (1995) oraz McCrae i Costy (2003) – w podobny sposób przedstawiają dwa pierwsze poziomy struktury osobowości: podstawowe tendencje/dyspozycje oraz charakterystyczne przystosowania. Pierwszy z nich to biologicznie uwarunkowane, stabilne w czasie i pozbawione kontekstu cechy osobowości, do których należą: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie/intelekt, ugodowość i sumienność. Drugi poziom określa bardziej szczegółowe właściwości motywacyjne, społeczno-poznawcze i rozwojowe, kontekstualizowane w czasie, sytuacjach i rolach społecznych; wzorce w zakresie myślenia, uczuć i zachowania zgodne z cechami osobowości.

Na fundamencie FFM wyrósł Dwuczynnikowy Model Osobowości (*Two-Factor Model* [TFM]; Ciecuch i Strus, 2017; DeYoung i in., 2002), który opisuje

osobowość na podstawie dwóch czynników wyższego rzędu (*higher-order factors*) – alfy/stabilności (wspólna wariancja ugodowości, sumienności i niskiej neurotyczności) oraz bety/plastyczności (wspólna wariancja ekstrawersji i otwartości). To podejście zostało rozszerzone i wykorzystane przez Strusa i in. (2014) do opisu struktury osobowości za pomocą ośmiu metacech tworzących strukturę kołową (*circumplex*). Zaproponowany Kołowy Model Metacech Osobowości (*Circumplex of Personality Metatraits* [CPM]; Strus i in., 2014) opiera się nie tylko na TFM (DeYoung i in., 2002), ale pozwala na szeroko zakrojoną integrację z wieloma innymi konstruktami w psychologii, a w niniejszej pracy został przyjęty jako swego rodzaju matryca teoretyczna służąca do ukazania wzajemnych zależności między osobowościowymi czynnikami ryzyka a (osobowościowymi) zasobami zdrowia.

CPM został już wykorzystany do ukazania relacji między różnymi zaburzeniami psychicznymi oraz między zaburzeniami psychicznymi a zdrowiem psychicznym (Rogoza i in., 2019; Strus i Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta i Ciecuch, 2021; Zawadzki, 2016, 2017). Niniejsza praca wpisuje się w tę tradycję badań i wykorzystuje wspomniany model do analizy osobowościowych zasobów zdrowia i czynników ryzyka chorób somatycznych.

W literaturze opisywane są różne rodzaje osobowości związane z chorobami somatycznymi. Wyróżnia się typy osobowości A, C i D (zwane także wzorami zachowania), uznawane za predyktory chorób somatycznych (Denollet i in., 1995; Friedman i Rosenman, 1959; Greer i Morris, 1975). Charakterystyka każdego z nich oraz terminologia zostały przedstawione w rozdziale 1 – *Wzory zachowania A, C, D jako osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych*.

Poza wyróżnieniem osobowościowych czynników ryzyka (konstruktów związanych z chorobami somatycznymi) w literaturze podejmowane są także próby identyfikacji osobowościowych zasobów zdrowia, rozumianych jako właściwości osobowości sprzyjające zdrowiu somatycznemu (por. Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010) i nazywanych czasem zasobami osobistymi lub psychospołecznymi (Hobfoll, 2002; Ziarko i Sęk, 2015). Ogólnie mówiąc, są to zasoby, które pomagają jednostce w radzeniu sobie z wymaganiami otoczenia, trudnymi sytuacjami, przeżywanymi emocjami, a które mogą mieć znaczenie ochronne przed pogorszeniem stanu zdrowia i w efekcie – przed wystąpieniem choroby (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Ze zbioru takich konstruktów w niniejszej pracy wybrano te, które (1) są nazywane w psychologii zasobami zdrowia i są często przedmiotem badań (np. Begley i in., 2000; Branscum i in., 2014; Brouwer-Goossensen i in., 2018; Caprara i in., 2019; Halama, 2010; Jafari i in., 2010; James i in., 2019; Krause, 2009; Lee i in., 1993; Mohan i Singh, 2016; Pallant i Lae, 2002; Pietrzyk

i Lizińczyk, 2015; Thakur, 2018) oraz (2) posiadają dobrą psychometrycznie operacjonalizację (np. Dzwonkowska i in., 2008; Juczyński, 2012; Klamut, 2010; Letzring i in., 2005; Łaguna i in., 2011; Łaguna i in., 2005; Trzebiński i Zięba, 2003). W wyniku zastosowania tych kryteriów, w pracy uwzględniono następujące konstrukty uznawane w literaturze za zasoby zdrowia: (1) wzór B zachowania, (2) prężność ego – kontrola ego, (3) dyspozycyjny optymizm, (4) samoocena, (5) satysfakcja z życia, (6) orientacja pozytywna, (7) poczucie własnej skuteczności, (8) nadzieja, (9) poczucie koherencji, (10) poczucie sensu życia. Każdy z wymienionych zasobów zdrowia został omówiony w rozdziale 2 – *Wzór B zachowania i inne konstrukty opisujące zasoby zdrowia*.

Należy podkreślić, że zarówno konstrukty opisujące zasoby zdrowia, jak i konstrukty opisujące czynniki ryzyka, powstawały niezależnie od siebie, w różnych modelach, często o genezie raczej klinicznej niż naukowej, czego konsekwencją są rozbieżności w powiązaniach między nimi, pomijane dotychczas w systematycznych badaniach na poziomie teoretycznym i empirycznym. Narzuca się zatem pytanie: czy możliwy jest jeden spójny model teoretyczny, który integrowałby zarówno osobowościowe zasoby zdrowia, jak i czynniki ryzyka?

Celem badań przeprowadzonych w ramach niniejszej pracy jest udzielenie odpowiedzi na powyższe pytanie. CPM (Strus i Ciecuch, 2017, 2021; Strus i in., 2014) jest tu traktowany jako matryca czy układ odniesienia, który pozwoli wyjaśnić wzajemne zależności między różnymi osobowościowymi czynnikami ryzyka a zasobami zdrowia. Taka integracja czynników ryzyka chorób somatycznych i zasobów zdrowia w jednym modelu teoretycznym może stanowić punkt wyjścia do przyszłych badań klinicznych. Można mieć nadzieję, że dopracowanie teoretyczne tych konstruktów będzie mogło w przyszłych badaniach wyjaśnić niespójności w dotychczasowych wynikach empirycznych, dotyczących związków tych konstruktów z występowaniem chorób.

ROZDZIAŁ 1

Wzory zachowania A, C, D
jako osobowościowe czynniki
ryzyka chorób somatycznych

Czy osobowość może zwiększać ryzyko wystąpienia chorób somatycznych? Odpowiedzi na to pytanie poszukiwano od dawna (Blanchard i Abell, 2019; Denollet i in., 1995; Dolińska-Zygmunt, 2001b; Friedman i Rosenman, 1959; Greer i Morris, 1975; Haze, 2017; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008b; Šmigelskas, 2017; Willison, 2017; Wrześniewski, 2008), a pierwszej – twierdzącej i systematycznej – udzielili 60 lat temu Friedman i Rosenman (1959).

Początkowe badania, w których poszukiwano odpowiedzi na pytanie o osobowościowe uwarunkowania chorób somatycznych, polegały na obserwacji osób ze zdiagnozowaną chorobą somatyczną. Celem tych obserwacji było znalezienie specyficznych zachowań właściwych dla pacjentów cierpiących na daną chorobę. Uważano, że określony sposób zachowania, charakterystyczny dla osób dotkniętych daną chorobą, mógł być jednym z istotnych czynników jej wystąpienia. Na podstawie szeregu takich obserwacji i badań wyodrębniono pewne typy osobowości, zwane też wzorami zachowania, które związane były z występowaniem określonych chorób: typ A osobowości/wzór A zachowania – związany z chorobą wieńcową (Friedman i Rosenman, 1959); typ B osobowości/wzór B zachowania – związany z brakiem predyspozycji do określonych chorób (Friedman i Rosenman, 1959); typ C osobowości/wzór C zachowania – związany z chorobą nowotworową (Greer i Morris, 1975) oraz typ D osobowości/wzór D zachowania – związany z chorobami układu krążenia (Denollet i in., 1995).

Cztery typy osobowości, jako mające związek z chorobami somatycznymi (A, C, D) lub ich brakiem (B), nie powstały jako jedna spójna koncepcja, ale były konceptualizowane i operacjonalizowane w kolejnych latach przez różnych autorów, głównie na podstawie wyodrębnienia ateoretycznych wskaźników z obserwowanego zachowania pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami. Poniżej wspomniane konstrukty zostaną omówione, a także zidentyfikowane zostaną główne problemy z nimi związane. W kolejnych częściach pracy zostanie zaproponowana ich teoretyczna integracja, która zostanie poddana empirycznej weryfikacji w kontekście strukturalistycznego podejścia do osobowości.

1.1. Terminologia

W literaturze stosowane są różne określenia dla osobowościowych uwarunkowań chorób somatycznych, z których najczęstsze to: wzór zachowania (*behavior*

pattern; Friedman i Rosenman, 1959) oraz typ osobowości (*personality type*; Denollet i in., 1995).

Terminy *wzór zachowania* oraz *typ osobowości* stosowane są zamiennie, zwłaszcza w przypadku wzorów/typów A i B (np. Steca i in., 2016). Z kolei dla C i D używa się głównie pojęcia *typ osobowości* (np. Bozo i in., 2014; Horwood i in., 2015), choć dla typu D osobowości można również spotkać określenie *osobowość stresowa* (*distressed personality*; Denollet i in., 1995). W literaturze występuje także określenie *styl życia*, zwłaszcza w kontekście typu A osobowości/wzoru A zachowania (por. Dolińska-Zygmunt, 2001b; Jenkins i in., 1974; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010); pojawiają się jednak sugestie, że jest to pojęcie znacznie szersze od *typu osobowości* czy *wzoru zachowania* i dotyczy ujętego całościowo indywidualnego sposobu życia człowieka (Sęk, 2005).

W niniejszej pracy przyjęto, że *typ osobowości* nie jest odpowiednim terminem z powodu istnienia innego, mocno zakorzenionego znaczenia tego terminu, występującego w psychologii osobowości, a związanego z badaniami wykorzystującymi FFM (McCrae i Costa Jr, 2003; Strus, Cybis i in., 2021a, 2021b), gdzie typy osobowości są identyfikowane jako określone konfiguracje pięciu czynników osobowości (Strelau, 2015; por. Alessandri i in., 2014). Najczęściej wyróżniane są trzy następujące typy: odporny (*resilient*), niedostatecznie kontrolujący się (*undercontrolled*) i nadmiernie kontrolujący się (*overcontrolled*; Alessandri i in., 2014; Asendorpf i in., 2001; van den Akker i in., 2013; Zawadzki i Strelau, 2003a, 2003b), choć nierzadko wyróżnia się także typ czwarty: nieodporny (*non-resilient*; Strus i in., 2014; Strus, Cybis i in., 2021a, 2021b). W odróżnieniu jednak od wzorów/typów A, B, C, D, typy osobowości FFM nie mają (przynajmniej pierwotnie czy *explicite* definicyjnie) przypisanego określonego znaczenia psychosomatycznego (skłonności do chorób somatycznych).

W niniejszej pracy zdecydowano się na stosowanie terminu *wzór zachowania* dla omawianych konstruktów, ponieważ (1) to właśnie obserwowane zachowanie było podstawą ich wyróżniania, (2) *typ osobowości* ma inne znaczenie, dobrze ugruntowane w psychologii osobowości, a (3) *styl życia* jest używany rzadziej i ma dużo szersze znaczenie. *Wzór zachowania* będzie tu rozumiany jako określony zbiór powtarzających się zachowań/reakcji jednostki na wymagania stawiane przez otoczenie w podobnych sytuacjach. Niemniej takie rozumienie, a także stabilność owych zachowań/reakcji jednostki w czasie, uzasadniają traktowanie wzorów zachowania jako zmiennych osobowościowych.

1.2. Wzór A zachowania

1.2.1. Charakterystyka

Friedman i Rosenman (1959) na podstawie badań nad uwarunkowaniami zachorowalności na chorobę wieńcową zauważyli, że oprócz poziomu cholesterolu i prowadzonej diety istotne okazały się również czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak presja zawodowa czy stres w pracy. Na podstawie obserwacji zachowań ludzi i zmiany tych zachowań pod wpływem stresu zaproponowali konstrukt wieńcowego wzoru zachowania (*coronary prone behavior pattern*), zwanego również typem A zachowania (*type A behavior*) lub wzorem zachowania typu A (*type A behavior pattern*; por. Jenkins i in., 1974; Rosenman, 1986; Tylka, 1999). Wraz z propozycją wzoru A zachowania został – jako jego przeciwieństwo – wyróżniony również wzór B zachowania (Friedman i Rosenman, 1959), który zostanie szczegółowo omówiony w rozdziale poświęconym zasobom zdrowia (rozdział 2 – *Wzór B zachowania i inne konstrukty opisujące zasoby zdrowia*).

Osoby reprezentujące wzór A zachowania charakteryzowały się intensywnym, trwałym napędem do osiągnięcia osobiście wybranych, ale zazwyczaj słabo zdefiniowanych celów, wysoką skłonnością i chęcią konkurowania, uporczywym pragnieniem uznania i awansu, ciągłym zaangażowaniem w wiele różnorodnych funkcji stale poddawanych restrykcjom czasowym i terminom, skłonnością do przyspieszania tempa wykonywania wielu czynności fizycznych lub umysłowych, nadzwyczajną czujnością umysłową i fizyczną, a także agresywnością i wrogością (Jenkins i in., 1974; Rosenman, 1986; Śmigelskas, 2017; zob. tabela 1). W literaturze można znaleźć również inne cechy przypisywane wzorowi A zachowania, nie zawsze spójne z wymienionymi powyżej, np. Koradia i Mathur (2017) uznali za charakterystyczne dla wzoru A zachowania również towarzyskość, wrażliwość i proaktywność. Ponadto Keltikangas-Järvinen i Räikkönen (1989) wskazywały, że u adolescentów wybrane elementy wzoru A zachowania mogą pełnić rolę ochronną. Można jednak mieć wątpliwości, czy ten ochronny wzór A nie jest jakąś dość daleką idącą modyfikacją zawartości treściowej klasycznego wzoru A zachowania. W literaturze podkreślane jest jednak znaczenie wrogości, agresywności czy niecierpliwości dla wzoru A.

1.2.2. Narzędzia

Do pomiaru wzoru A zachowania w badaniach wykorzystywano wywiad ustrukturalizowany (*Structured Interview*; Rosenman, 1978; Rosenman i in., 1964), kwestionariusz JAS (*Jenkins Activity Survey*; Jenkins i in., 1967), *Skalę*

Bortnera (*Bortner Rating Scale*; Bortner, 1969) oraz *Skalę typu A-Framingham* (*Framingham Type A Behavior Scale* [FTAB]; Haynes i in., 1978).

Pierwszym stosowanym narzędziem był wywiad ustrukturalizowany (Rosenman, 1977, 1978; Rosenman i in., 1964), początkowo nierejestrowany, a później nagrywany na wideo i szczegółowo analizowany. Celem wywiadu było poznanie sposobu reagowania osoby badanej w różnych sytuacjach i sprawdzenie, czy występują zachowania przypisane do wzoru A zachowania. Niektóre pytania były zadawane w taki sposób, aby sprowokować reakcje typowe dla wzoru A, np. powoli lub niepewnie, co prowokowało osoby charakteryzujące się wzorem A do przerywania pytania i udzielenia zamierzonej odpowiedzi (Matthews i in., 1982). Kluczowe, poza wypowiedziami, były zachowania osoby badanej w trakcie wywiadu (Heszen i Sęk, 2012; Matthews i in., 1982; Rhodewalt i in., 1991; Śmigelskas, 2017). Wypowiedzi punktowano na podstawie specjalnego klucza do oceny pięciu komponentów: (1) głośna i wybuchowa mowa (*loud and explosive speech*); (2) gwałtowna i przyspieszona mowa (*rapid and accelerated speech*); (3) opóźniona odpowiedź (*response latency*); (4) wrogość (*hostility*); (5) rywalizacja o kontrolę nad wywiadem (*competition for control of interview*). Każdą odpowiedź na dane pytanie (np. *Co sądzisz o stanie w kolejkach: w banku, supermarkecie?*) oceniano na skali od 1 do 5, przy czym 1 oznaczało niskie nasilenie wzorca (np. *Nie, nigdy nie jestem niecierpliwy*), 5 wskazywało na jego wysokie nasilenie (np. *Zawsze niecierpliwie się, stojąc w kolejce; Nienawidzę kolejek*; Dembroski i in., 1978). Na podstawie uzyskanych wysokich wskaźników wnioskowano o wzorze A, a na podstawie niskich – o wzorze B zachowania. Porównanie zachowań charakterystycznych dla obu wzorów podczas badania przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Obserwowalna charakterystyka wzoru A i wzoru B zachowania (na podstawie Rosenman, 1977; Tylka, 1999) podczas wywiadu prowokującego zachowania charakterystyczne dla wzorów

Wzór A zachowania	Wzór B zachowania
Energia, czujność, pewność siebie, częste westchnienia, głównie podczas rozmów o pracy (inne niż westchnienia osoby depresyjnej); częste występowanie wrogości, głównie w stosunku do rozmówcy lub poruszanego tematu.	Odprężenie, uprzejmość, rzadkie westchnienia (wyjątkiem jest stan „hiperwentylacji” i niepokoju), brak wrogości lub jedynie rzadkie jej wystąpienie.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

Wzór A zachowania	Wzór B zachowania
Mocne chwytanie dłoni, żwawy sposób chodzenia, zaciskanie pięści lub wskazywanie palcem na rozmówcę w celu podkreślenia swojej wypowiedzi.	Delikatne chwytanie dłoni, umiarkowany sposób chodzenia, nieużywanie zaciśniętej pięści, niewskazywanie palcem na rozmówcę w celu podkreślenia swojej wypowiedzi.
Głośne, energiczne, zwięzłe, szybkie, wybuchowe, gwałtowne wypowiadanie się, krótkie odpowiedzi, przyspieszenie mówienia, zwłaszcza pod koniec długiego zdania, używanie słów wyrażających przysięgę.	Łagodne, wolne, monotonne wypowiadanie się o niskim napięciu bez nadmiernego przyspieszania, długie odpowiedzi, prawie monotony tok mowy.
Przerywanie rozmówcy w wypowiedzi, urywanie wypowiedzi, ponaglanie, często jednowyrazowe odpowiadanie, tzw. wykrzykniki.	Rzadkie przerywanie rozmówcy w wypowiedzi, nieurywanie wypowiedzi, nieponaglanie rozmówcy, niestosowanie jednowyrazowych odpowiedzi.
Gwałtowne reagowanie na pytania dotyczące przeszkód w wykonywaniu pracy.	Brak gwałtownego reagowania na pytania dotyczące przeszkód w wykonywaniu pracy.

Kolejnym narzędziem stosowanym do diagnozy wzoru A zachowania był JAS (Jenkins i in., 1967), umożliwiający pomiar następujących trzech czynników: silny napęd (*hard driving/competitive*), zaangażowanie w pracę (*job involvement*), szybkość i brak cierpliwości (*speed and impatience*; Jenkins i in., 1974). Matthews i in. (1982) wykazali, że narzędzie JAS i wywiad ustrukturalizowany Rosenmana nie były narzędziami mierzącymi dokładnie to samo zjawisko. Korelacje między wynikami uzyskanymi w wywiadzie ustrukturalizowanym Rosenmana oraz JAS były niskie, co sugerowało, że narzędzia mierzą aspekty wprawdzie powiązane, ale jednak dość niezależne od siebie. Wspólne źródło wariacji dla wywiadu ustrukturalizowanego Rosenmana i narzędzia JAS stanowiły raportowane przez badanego napęd, wrogość, rywalizacja i poziom energii. Unikalną wariację w wywiadzie ustrukturalizowanym Rosenmana stanowiły charakterystyczne elementy mowy badanych, natomiast w JAS była nią presja czasu oszacowana przez badanych w samoopisie (Matthews i in., 1982). Brak wysokiego skorelowania wyników mógł wynikać z tego, że wywiad był pomiarem behawioralnym (obserwacja przez badającego realnych reakcji osoby badanej na zadane pytanie w trakcie wywiadu i ich rejestracja), natomiast JAS stanowił narzędzie samoopisowe (choć wzorowane na wywiadzie). W związku z tym narzędzia te mogły mierzyć różne komponenty wzoru A zachowania (MacDougall i in., 1979).

Narzędziem kwestionariuszowym stosowanym do pomiaru wzoru A zachowania była również *Skala Bortnera* (1969). Narzędzie składało się z 14 pozycji. Każdą pozycję tworzyła para dwóch przymiotników lub fraz umieszczonych na biegunach jednej osi. Osoba badana udzielała odpowiedzi, wskazując punkt na linii odpowiednio bliżej lewej lub prawej strony. Na jednym biegunie charakteryzowany był wzór A zachowania, a na drugim – wzór B zachowania (Bortner, 1969). Jednak właściwości psychometryczne tego narzędzia okazały się niezadowalające i po przeprowadzeniu szczegółowych analiz nie rekomendowano go do dalszych badań w takiej formie (Bucik i Brenk, 1997; Edwards i in., 1990).

Stosunkowo najmłodszym narzędziem do pomiaru wzoru A zachowania jest *Skala typu A-Framingham*, która powstała w ramach badań *Framingham Heart Study* (Haynes i in., 1978). Na początku wykorzystywano 300-stwierdzeniowy kwestionariusz z 20 skalami, przygotowany w oparciu o wywiad ustrukturalizowany. W późniejszym czasie z kwestionariusza usunięto pozycje niespełniające przyjętych kryteriów psychometrycznych (dotyczących głównie spójności wewnętrznej) i radykalnie skrócono. Ostatecznie krótka wersja skali zawiera 10 pozycji (Perlman i in., 1984). Narzędzie zostało zaadaptowane do polskich warunków przez Juczyńskiego (1999). *Skala typu A-Framingham* jest podzielona na trzy części: (1) pierwsze pięć pozycji kwestionariuszowych dotyczy cech osoby badanej, (2) kolejne cztery dotyczą jej odczuć pod koniec przeciętnego dnia, (3) ostatnia odnosi się do presji czasu. W polskich badaniach wyodrębniono dwa czynniki *Skali typu A-Framingham*: pośpiech i rywalizację (Juczyński, 2012). Narzędzie zawiera dwie skale odpowiedzi: (1) dla pierwszych pięciu pozycji jest to czterostopniowa skala odpowiedzi od *zdecydowanie tak* do *zdecydowanie nie* z przypisanymi wagami (1; 0,67; 0,33; 0), (2) dla kolejnych pięciu pozycji – dwustopniowa skala z odpowiedziami *tak* i *nie* z przypisanymi wagami 1 i 0. Ogólny wynik skali jest średnią arytmetyczną ze wszystkich odpowiedzi z uwzględnieniem przypisanych im wag. Alfa Cronbacha polskiej wersji narzędzia w badaniach adaptacyjnych wyniosła 0,62 (Juczyński, 2012), co sugeruje niezbyt wysoką spójność wewnętrzną. Może to być spowodowane m.in. faktem, że niektóre pozycje zawierają dość różne komponenty, do których trudno się łącznie odnieść na skali odpowiedzi (np. *Jestem zapracowany lub dominujący*).

W literaturze można również znaleźć inne narzędzia, mniej znane, do pomiaru wzoru A zachowania: (1) 6-stwierdzeniowa *Skala do oceny typu A zachowania* (Perlman i in., 1984); (2) 17-stwierdzeniowa skala Mahajan i Rastogi (2011); (3) 24-stwierdzeniowa skala Erden i in. (2013). Nie są to jednak narzędzia tak znane i rozpowszechnione, jak *Skala typu A-Framingham* i w związku z tym stosowane są dość rzadko.

1.2.3. Wyniki badań

Na podstawie badań prowadzonych w latach 50–80. XX wieku wzór A był uznawany za czynnik ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej oraz choroby niedokrwiennej serca. Badania były realizowane głównie przez dwa zespoły: *Western Collaborative Group Study* (WCGS; Brand i in., 1976; Jenkins i in., 1974; Rosenman i in., 1976) i *Framingham Heart Study* (FHS; Haynes i in., 1978). Badania zespołu WCGS prowadzone były przez 8,5 roku w grupie 3154 mężczyzn w wieku 39–59 lat i bez objawów choroby wieńcowej na początku badań. Okazało się, że w ciągu 8,5 roku trwania obserwacji choroba wieńcowa wystąpiła u 257 mężczyzn (co stanowiło 8% badanej grupy), przy czym 178 z nich charakteryzowało się wzorem A zachowania, a 79 mężczyzn wzorem B (Brand i in., 1976; Rosenman i in., 1975, 1976). Badania ujawniły zatem, że wzór A zachowania rzeczywiście wykazywał silny związek predykcyjny z wystąpieniem choroby wieńcowej, a związku tego nie można było wytłumaczyć powiązaniem wzorca A zachowania z innymi czynnikami ryzyka (m.in. z występowaniem choroby wieńcowej w rodzinie, cukrzycą, paleniem papierosów, ciśnieniem krwi, poziomem cholesterolu; Rosenman i in., 1975).

Z kolei badania zespołu FHS prowadzone były w grupie 1822 kobiet i mężczyzn (860 osób przejawiających wzór A zachowania) w wieku 45–77 lat. Wyniki badań wskazywały, że wzór A zachowania i tłumiona wrogość stanowiły niezależne czynniki choroby wieńcowej. W przypadku tego badania choroba wieńcowa wystąpiła u 145 osób, co również stanowiło 8% całej badanej grupy. Okazało się, że osoby, które zachorowały, uzyskały wyższe wyniki na skali do pomiaru wzoru A zachowania niż osoby zdrowe, przy czym zależność ta była bardziej wyraźna u kobiet niż u mężczyzn (Haynes i in., 1978). Wyniki uzyskane przez oba zespoły, WCGS (Brand i in., 1976; Jenkins i in., 1974; Rosenman i in., 1976) oraz FHS (Haynes i in., 1978), ugruntowały tezę o znaczeniu wzoru A zachowania dla występowania choroby wieńcowej.

Jednak późniejsze badania dotyczące wzoru A zachowania coraz rzadziej potwierdzały jego związek z chorobą wieńcową. Jednym z przykładów są pięcioletnie badania prowadzone nad psychospołecznymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej we Francji i Irlandii Północnej (Sykes i in., 2002) w grupie 10 593 mężczyzn w wieku 50–59 lat. Wykazały one, że wzór A i inne czynniki psychospołeczne nie przewidywały choroby wieńcowej. Badania realizowane w Japonii również nie potwierdziły związku wzoru A zachowania z występowaniem choroby wieńcowej (Ikeda i in., 2008).

Myrtek (2001) przeprowadził metaanalizę uwzględniającą badania z lat 60–90. XX wieku, której celem było sprawdzenie związku wzoru A zachowania z chorobą wieńcową. Z 559 badań zostało wybranych 25 spełniających następujące kryteria: (1) badania prospektywne (badania tych samych osób przez dłuższy okres, polegające na pomiarze nasilenia wzoru A zachowania, zmian w tym zakresie wraz z upływem czasu oraz ewentualnego wystąpienia choroby wieńcowej u osób badanych) oraz (2) najdłuższy okres obserwacji pacjentów w przypadku publikacji dotyczących tych samych badań. Metaanalizy dotyczyły wzoru A zachowania ocenianego na podstawie wywiadu ustrukturalizowanego (12 328 osób), kwestionariuszy (61 998 osób) lub wywiadu i kwestionariuszy (74 326 osób). Biorąc pod uwagę wszystkie badania razem (wywiad ustrukturalizowany i kwestionariusze), nie zaobserwowano istotnego związku między wzorem A zachowania a chorobą wieńcową ($R = 0,003$; $p = 0,213$; $n = 74\ 326$; gdzie R oznacza wielkość efektu dla populacji, liczoną jako średnia ważona wszystkich współczynników korelacji). Wyłączenie badań zespołu WCGS na osobach zdrowych dało wynik bliski zeru ($R = -0,001$; $p = 0,442$; $n = 71\ 172$). Wyniki badań Myrteka (2001) nie potwierdziły zatem istotnego znaczenia wzoru A zachowania w rozwoju choroby wieńcowej. Badania podjęte później przez innych badaczy również nie wykazały związku wzoru A zachowania ze zwiększoną śmiertelnością (Petticrew i in., 2012; Šmigelskas i in., 2015).

Jedną z przyczyn takich rezultatów mogła być różna operacjonalizacja wzoru A w badaniach uwzględnionych w metaanalizie. Najczęściej używane były narzędzia dedykowane dla wzoru A zachowania, m.in. JAS (Jenkins i in., 1967), wywiad ustrukturalizowany Rosenmana (1978; Rosenman i in., 1964), *Skala Bortnera* (Bortner, 1969) czy *Skala typu A-Framingham* (Haynes i in., 1978), ale wykorzystywano także inne narzędzia, w tym służące do pomiaru osobowości. Schaubroeck i in. (1994) posłużyli się *Inwentarzem osobowości Eysencka* (*Eysenck Personality Inventory* [EPI]; Bodling i in., 2018), Leon i in. (1988) wykorzystali wybrane skale *Minnesockiego wielowymiarowego inwentarza osobowości* (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory* [MMPI]; Hathaway i Mckinley, 1940), a Kawachi i in. (1998) zastosowali nową wersję dla dorosłych *Minnesockiego wielowymiarowego inwentarza osobowości-2* (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* [MMPI-2]; Butcher, 2010).

Różnorodność wykorzystywanych narzędzi, ich zróżnicowane właściwości psychometryczne, a także różna (mniej lub bardziej trafna) operacjonalizacja wzoru A zachowania mogły mieć duże znaczenie w pojawiających się rozbieżnościach w wynikach badań. Warto dodać, że różnorodność narzędzi

czasem była wzmacniana brakiem spójności samej definicji wzoru A zachowania, co zostanie jeszcze podjęte w rozdziale 3 – *Relacje pomiędzy czynnikami ryzyka chorób somatycznych i zasobami zdrowia oraz ich osobowościowy kontekst*.

1.3. Wzór C zachowania

1.3.1. Charakterystyka

Kolejny konstrukt, który uznawany był za czynnik ryzyka chorób somatycznych – w tym przypadku głównie nowotworowych – to wzór C zachowania. Został on wprowadzony do literatury przez Greera i Morris (1975), choć jego autorstwo jest czasem przypisywane Kissenowi i Eysenckowi (1962). Faktem jest, że kluczowe badania Greera i Morris (1975) były replikacją badań Kissena i Eysencka (1962). Greer i Morris (1975) przeprowadzili badania w grupie kobiet z rakiem piersi i wykazali współwystępowanie choroby nowotworowej z pewnym wzorcem zachowania, związanym z nieprawidłową ekspresją emocji, który później nazwali typem C zachowania (Morris i Greer, 1980, za: Greer i Watson, 1985). Scharakteryzowali oni pacjentów z rakiem jako spokojnych, poświęcających się i zewnętrznie opanowanych, przy czym to opanowanie było efektem tłumienia emocji, zwłaszcza złości.

W późniejszej literaturze można znaleźć dość rozbudowane opisy wzoru C zachowania. Osoby przejawiające ten wzór charakteryzowane były jako pasywne, spokojne, niezdolne do pomocy sobie, silnie skupione na innych ludziach oraz niezdolne do wyrażania (ekspresji) własnych emocji, bezkonfliktowe, samopoświęcające się (Bozo i in., 2014; Dolińska-Zygmunt, 2001a; Eysenck, 1994; Kurrass, 2004; Lysaker i in., 2014; Ogden, 2007; Temoshok, 1987), niezdolne do radzenia sobie z własnymi reakcjami psychologicznymi, uległe, patologicznie życzliwe i ugodowe, kooperatywne, nadmiernie cierpliwe (Habibi i in., 2015; Temoshok, 1987), nadmiernie kontrolujące emocje (Habibi i in., 2015; Lysaker i in., 2014) oraz uległe wobec autorytetów (Temoshok, 1987).

1.3.2. Narzędzia

Nie powstała dotychczas całościowa operacjonalizacja wzoru C zachowania, która znalazłaby zastosowanie w badaniach klinicznych, dlatego w badaniach prowadzonych nad tym konstruktem w grupie osób z chorobami nowotworowymi wykorzystywano pomiar różnych zmiennych psychologicznych związanych z zaprezentowaną powyżej charakterystyką wzoru C. Przegląd wyników badań

przedstawiony w kolejnym podrozdziale dotyczy zatem weryfikacji roli wzoru C zachowania, mierzonego różnymi narzędziami, jako czynnika ryzyka chorób nowotworowych.

Badania Schwarza i Geyera (1984) uwzględniały charakterystyki demograficzne, przypadek nowotworu w rodzinie, występowanie poważnych stresujących wydarzeń życiowych oraz kontrolę działania w sytuacji stresowej, jaką jest choroba (Kuhl, 1980, za: Schwarz i Geyer, 1984). Morris i in. (1981) stosowali metodę wywiadu ustrukturyzowanego, przy pomocy którego pytali pacjentów o częstotliwość ekspresji uczuć, poczucie nieszczęścia wyrażane przez płacz lub gniew i związane z nim przejawy utraty kontroli, np. krzyki lub przemoc wobec przedmiotów i ludzi (z płaczem lub bez niego), a dodatkowo dokonywali pomiaru cech osobowości i lęku jako stanu i cechy. Lehto i in. (2006) wykorzystywali narzędzia do pomiaru radzenia sobie z chorobą, ekspresji emocjonalnej, ekspresji złości, postrzeganego wsparcia społecznego, symptomów depresyjnych, poziomu stresu związanego z innymi wydarzeniami życiowymi oraz jakości życia. Bozo i in. (2014) prowadzili badania wśród pacjentów z rakiem piersi przy wykorzystaniu narzędzi do pomiaru jakości życia (*Multidimensional Quality of Life Scale-Cancer 2* [MQOLS-CA2]; Padilla, 1992, za: Bozo i in., 2014), postrzeganego wsparcia społecznego (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support* [MSPSS]; Zimet i in., 1988) samopoświęcenia i braku ekspresji emocjonalnej (Kurrass, 2004).

Prowadzone badania dotyczyły również pojedynczych zmiennych, które mogły być istotne dla wystąpienia choroby nowotworowej, a które były związane z elementami wzoru C zachowania, m.in. (1) jakości życia (Epplein i in., 2011), przy wykorzystaniu 74-stwierdzeniowego *General Quality of Life Inventory-74* (Li i in., 1995, za: Epplein i in., 2011); (2) dobrostanu (Coyne i in., 2007), przy zastosowaniu funkcjonalnej oceny terapii raka (*Functional Assessment of Cancer Therapy-General* [FACT-G]; Weitzner i in., 1995); (3) czynników zdrowia psychicznego (Archer i in., 2015), przy wykorzystaniu *General Health Questionnaire* (GHQ-30; Goldberg i Hillier, 1979); (4) radzenia sobie ze stresem (Reynolds i in., 2000), za pomocą *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman i Lazarus, 1980) oraz (5) psychologicznego obciążenia pracą i poziomu kontroli do zarządzania obciążeniem pracą, przy wykorzystaniu *Job Content Questionnaire* (Karasek i Theorell, 1990, za: Schernhammer i in., 2004).

Narzędziem stosowanym do pomiaru wzoru C zachowania bywa również *Skala kontroli emocjonalnej* (*Courtauld Emotional Control Scale* [CECS]; Watson i Greer, 1983), składająca się z trzech podskal: kontroli gniewu, kontroli lęku i kontroli depresji. Narzędzie to zostało zaadaptowane do warunków polskich

(Juczyński, 2012). Nie jest to wprawdzie całościowa operacjonalizacja wzoru C zachowania, ale w szczególności skala kontroli gniewu może być traktowana jako pomiar jednej składowej tego konstruktu.

W literaturze funkcjonuje również narzędzie do pomiaru nie tyle czynników ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej, co sposobów radzenia sobie z nią: kwestionariusz *Mental Adjustment to Cancer* (MAC; Watson i in., 1988). Składa się on z 40 pozycji kwestionariuszowych dotyczących pięciu stylów radzenia sobie z chorobą: (1) duch walki (*fighting spirit*); (2) bezradność/beznadziejność (*hopelessness/helplessness*); (3) zaabsorbowanie lękowe (*anxious preoccupation*); (4) fatalizm (*fatalism*); (5) unikanie (*avoidance*; Schnoll i in., 1998; Watson i in., 1999). Skrócona polska wersja tego narzędzia *Mini-MAC* składa się z 29 pozycji kwestionariuszowych i zawiera cztery strategie radzenia sobie z chorobą: (1) zaabsorbowanie lękowe; (2) duch walki; (3) bezradność-beznadziejność; (4) pozytywne przewartościowanie (Juczyński, 2012).

1.3.3. Wyniki badań

Autorzy konstruktu – Greer i Morris (1975) – przeprowadzili badania w grupie 160 kobiet przyjętych do szpitala w celu wykonania biopsji guza piersi. Badania były realizowane przy wykorzystaniu wywiadu ustrukturalizowanego oraz standardowych testów na dzień przed operacją, bez znajomości wstępnej diagnozy. W grupie 69 kobiet został wykryty rak piersi, a wśród 91 kobiet stwierdzono łagodną chorobę sutka. Badania psychologiczne pokazały istotne związki między diagnozą raka piersi a nieprawidłowym uwalnianiem emocji, zwłaszcza skrajnym tłumieniem gniewu. Kolejne badania Greera i in. (1979), prowadzone w grupie 69 kobiet w okresie 3 miesięcy i 5 lat po operacji wykazały, że dłuższy czas bez nawrotów choroby był częstszy u kobiet, które początkowo reagowały na chorobę przez zaprzeczenie lub miały w sobie ducha walki, niż u kobiet, które reagowały poczuciem bezradności i beznadziejności.

Wymienione powyżej badania osób chorych na nowotwory prowadzone były często na niewielkich próbach lub z krótkim okresem obserwacji, dlatego Watson i in. (1999) postanowili powtórzyć badanie Greera i in. (1979) na dużej próbie z uwzględnieniem szeregu restrykcyjnych warunków metodologicznych. Między innymi wzięto pod uwagę wcześniejszą reakcję psychologiczną kobiet na chorobę (odpowiedź na otwarte pytanie dotyczące natury choroby i wpływu na dalsze życie pacjenta), kontrolowano znane predyktory choroby oraz relacje pomiędzy mierzonymi zmiennymi (przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej, kontrolę emocji, poziom lęku i depresji). Pomiaru dokonywano

od 4 do 12 tygodni oraz 12 miesięcy po postawieniu diagnozy, przy obserwacji trwającej minimum 5 lat od rozpoczęcia badania. W przebadanej grupie 578 kobiet, 395 kobiet nie miało nawrotu choroby, 50 kobiet miało nawrót choroby, a 133 kobiety zmarły w ciągu 5-letniej obserwacji. Okazało się, że wysoki poziom depresji istotnie zwiększał ryzyko zgonu w ciągu 5 lat obserwacji, a poczucie bezzadności i beznadziejności wiązało się ze zwiększonym ryzykiem zgonu lub nawrotu choroby w ciągu 5 lat obserwacji.

Kolejne badania prowadzone nad psychosomatyką chorób nowotworowych wskazywały, że różne czynniki psychologiczne mogą sprzyjać wystąpieniu nowotworu i śmiertelności z powodu choroby (Garssen i Goodkin, 1999; Lehto i in., 2006; Reynolds i in., 2000). Garssen i Goodkin (1999) poddali metaanalizie 38 prospektywnych badań nad znaczeniem czynników psychologicznych w powstawaniu i rozwoju chorób nowotworowych. Ujawniła ona, że niski poziom wsparcia społecznego, tendencja do bezzadności i represja negatywnych emocji były istotne w rozwoju choroby nowotworowej. Reynolds i in. (2000) skupili się w swoich badaniach na związku między strategią radzenia sobie z chorobą a przeżywalnością w ciągu 8–9 lat od postawionej diagnozy. Badania z udziałem 847 kobiet wykazały, że strategie zorientowane na emocjach pozytywnie wiązały się z przeżyciem, a szczególnie istotna była ekspresja emocji. Niski poziom ekspresji emocji i postrzeganego wsparcia emocjonalnego wiązały się z przeżyciem negatywnie. W badaniu Lehto i in. (2006), prowadzonym w grupie 102 pacjentów poniżej 72 roku życia z rakiem piersi w okresie 3–4 miesięcy po diagnozie, wykazano, że tłumienie emocji (*emotional defensiveness*), unikowe radzenie sobie (*behavioural-escape coping*) i – co zaskakujące – wysoki poziom postrzeganego wsparcia społecznego stanowiły czynniki ryzyka choroby, a chemioterapia, wysoki poziom edukacji oraz reagowanie na chorobę z dystansem stanowiły czynniki ochronne. Ten zaskakujący wynik dotyczący postrzeganego silnego wsparcia społecznego jako czynnika ryzyka choroby Lehto i in. (2006) wyjaśniają powiązaniem z nim wyższym poziomem tłumienia emocji, zwłaszcza złości, brakiem ekspresji negatywnych emocji i niedostrzeganiem własnych potrzeb i uczuć.

Literatura na temat roli wzoru C dla chorób nowotworowych nie pozwala jednak na sformułowanie jednoznacznych konkluzji. Dostępne są bowiem również takie wyniki, które nie potwierdzają istotnego związku wzoru C zachowania z występowaniem choroby nowotworowej. Jedne z pierwszych badań, które przyniosły takie wyniki, prowadzone były w grupie 83 kobiet z nowotworem piersi (Schwarz i Geyer, 1984). Wywiad został przeprowadzony przed operacją

i dotyczył kontroli działania jako wskaźnika reakcji na stres oraz zawierał pytania dotyczące oczekiwanej diagnozy. Większość czynników psychospołecznych (m.in. charakterystyki demograficzne, występowanie poważnych stresujących wydarzeń życiowych), a także kontrola działania nie wykazały istotnych związków z występowaniem nowotworu. Również kontrola działania nie różnicowała pacjentów z nowotworem i bez nowotworu. Zdaniem Schwarza i Geyera (1984), owe fałszyfikujące wyniki można wyjaśnić na trzy sposoby: (1) konstrukt osobowości podatnej na nowotwór nie ma potwierdzenia w badaniach empirycznych; (2) kontrola działania nie jest istotnym elementem specyfiki osobowości podatnej na nowotwór; (3) narzędzie do pomiaru kontroli działania może być zbyt wrażliwe na uwarunkowania sytuacyjne (a nie osobowościowe).

Badania Phillips i in. (2008) prowadzone w grupie 708 kobiet przed 60 rokiem życia w odstępie 11 miesięcy od postawionej diagnozy raka piersi również pokazały, że nie ma istotnego związku między zmiennymi psychospołecznymi (lęk, depresja, radzenie sobie, wsparcie społeczne) a śmiertelnością wśród kobiet chorych na raka piersi. W badaniu Schernhammer i in. (2004), prowadzonym przez 8 lat w grupie 37 562 zarejestrowanych pielęgniarek w Stanach Zjednoczonych, napięcie w pracy nie było związane ze wzrostem ryzyka raka piersi. Z kolei badania Archer i in. (2015) prowadzone przez 17 lat w grupie 6983 osób wykazały brak związku między przewlekłymi objawami depresyjnymi a wystąpieniem nowotworu. Wśród osób, u których pojawiły się nowe objawy depresyjne, współczynnik ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej był wyższy w ciągu pierwszych 9 lat obserwacji, ale już w kolejnych latach związek ten słabł i przestał być istotny statystycznie (Archer i in., 2015).

McKenna i in. (1999) przeprowadzili metaanalizę uwzględniającą badania od 1975 do 1996 roku, w których poddano weryfikacji najczęściej testowane hipotezy dotyczące psychospołecznych czynników przyczyniających się do wystąpienia raka piersi, będących zarazem konstruktami powiązаныmi ze wzorem C zachowania lub elementami go współtworzącymi: (1) zwiększonym uczuciem lęku i depresji; (2) niekorzystnym środowiskiem rodzinnym (brakiem wsparcia w dzieciństwie); (3) nasilonym unikaniem konfliktów; (4) stosowaniem mechanizmów zaprzeczania i represji; (5) trudnościami z wyrażaniem gniewu i urazy; (6) nasileniem ekstrawersji (szerzej o tym zaskakującym wyniku będzie mowa w rozdziale 3 – *Relacje pomiędzy czynnikami ryzyka chorób somatycznych i zasobami zdrowia oraz ich osobowościowy kontekst*); (7) doświadczeniem znacznej liczby dotkliwych stresujących wydarzeń życiowych; (8) oddzieleniem od ważnej dla pacjenta osoby lub utratą bliskiej relacji emocjonalnej. Ze 108 artykułów

wybrano 46 spełniających następujące kryteria: (1) artykuł prezentował empiryczną weryfikację jednej z wyżej wymienionych hipotez; (2) w badaniu włączona była grupa kontrolna (pacjenci z łagodną chorobą piersi lub osoby zdrowe, lub kombinacja tych grup); (3) istniała możliwość oszacowania siły efektu na podstawie przedstawionych wyników. Za odrębne badanie uznano każdą próbę, a nie poszczególne artykuły. W grupie pacjentów z rakiem piersi średnia liczba osób wyniosła $N = 84$, a średnia wieku $M = 53$, natomiast w grupie kontrolnej średnia liczba osób wyniosła $N = 374$, a średnia wieku $M = 45$. Dla każdej składowej wzoru C, uwzględnionej w analizowanych badaniach, oszacowano siłę efektu g Hedgesa (Hedges i Olkin, 1985), czyli liczbę odchyłeń standardowych, o które przeciętna osoba należąca do grupy z rakiem piersi różni się od przeciętnej osoby z grupy kontrolnej w zakresie danej zmiennej. W tabeli 2 przedstawiono średnie miary siły efektu dla wyszczególnionych kategorii uzyskane w przeprowadzonej metaanalizie.

Tabela 2

Średnie wielkości efektu związku elementów wzoru C z rozwojem raka piersi

Kategoria	N	M	SD	95% CI	<i>Fail-safe N</i>
Lęk/depresja	21	0,08	0,34	−0,06–0,22	–
Środowisko dzieciństwa	10	0,12	0,23	−0,02–0,26	–
Unikanie konfliktów	6	0,19	0,14	0,08–0,30	15
Zaprzeczanie/represja	15	0,38	0,35	0,20–0,56	218
Ekspresja gniewu	10	0,21	0,36	−0,01–0,43	–
Ekstrawersja	8	−0,04	0,11	−0,12–0,04	–
Separacja/strata	16	0,29	0,42	0,08–0,50	190
Stresujące wydarzenia życiowe	12	0,25	0,30	0,08–0,42	78

Adnotacja. N – liczba badań dotyczących danej kategorii; M – średnia wielkości efektu dla danej kategorii; SD – odchylenie standardowe; CI – przedział ufności; *Fail-safe N* – liczba niepublikowanych, nieistotnych badań, które musiałyby istnieć, aby uzyskana wartość prawdopodobieństwa została uznana za nieistotną ($p > 0,05$); wyniki istotne wskazuje przedział ufności, który nie zawiera zera (wyniki pogrubione).

Metaanaliza wykazała, że cztery czynniki psychospołeczne z ośmiu były istotnie powiązane z rozwojem raka piersi. Największy efekt uzyskano w kategorii zaprzeczanie/represja ($M = 0,38$; $p < 0,05$), a następnie: separacja/strata ($M = 0,29$; $p < 0,05$), stresujące wydarzenia życiowe ($M = 0,25$; $p < 0,05$) i styl

unikający konfliktów ($M = 0,19$; $p < 0,05$). Średnie miary wielkości efektu nie były jednak wysokie i stanowiły jedynie dolną granicę wyników przeciętnych.

Obecne w literaturze charakterystyki wzoru C zachowania nie zawsze były spójne wewnętrznie i nie tworzyły precyzyjnie określonej całości. Mogło to wynikać z praktykowanego dotychczas podejścia polegającego na znajdowaniu ateoretycznych wskaźników osobowościowych choroby nowotworowej poprzez obserwację pacjentów i poszukiwanie specyficznych cech charakteryzujących tę grupę chorych. W związku z tym w literaturze raportowanych było wiele rozbieżności w wynikach badań dotyczących znaczenia wzoru C zachowania w przewidywaniu chorób nowotworowych. Stosunkowo rozbudowana, a zarazem nie zawsze jednoznaczna charakterystyka wzoru C zachowania utrudniała jego operacjonalizację, czego konsekwencją jest szereg badań nad wybranymi zmiennymi składającymi się na wzór C i brak całościowej operacjonalizacji konstruktów. Wydaje się zatem, że potrzebna jest nie tylko nowa, całościowa operacjonalizacja wzoru C zachowania, ale również rekonceptualizacja tego konstruktów, która stanowić będzie podstawę operacjonalizacji. Zadanie to zostało podjęte w ramach niniejszej pracy, a jego wstępne wyniki przedstawione zostały w rozdziale 5 – *Przykład wykorzystania CPM w zakresie osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych: rekonceptualizacja wzoru C zachowania*.

1.4. Wzór D zachowania

1.4.1. Charakterystyka

Wzór D zachowania, zwany osobowością stresową (*distressed personality type*) został wprowadzony do literatury przez Denolleta i in. (1995). Konstrukty ten składa się z dwóch aspektów: negatywnej emocjonalności (*negative affectivity*) i hamowania społecznego (*social inhibition*; Denollet, 1998). Negatywna emocjonalność oznacza tendencję do doświadczania negatywnych emocji i wyraża się w dysforii, zamartwianiu się oraz irytacji; z kolei hamowanie społeczne oznacza tendencję do powstrzymywania ekspresji negatywnych emocji i zachowań związanych z tymi emocjami w interakcjach społecznych, a wyraża się w dyskomforcie, skrytości i braku równowagi społecznej (Denollet, 1998, 2005; Willison, 2017). Wzór D zachowania definiowany jest przez kombinację wysokiego nasilenia obu tych aspektów (Denollet, 2005; Denollet i van Heck, 2001; Kupper i Denollet, 2014; Willison, 2017).

Osoby z nasilonym wzorcem D wyróżniają się zatem pesymistycznym sposobem patrzenia na świat, obniżonym samopoczuciem, tendencją do zamartwiania

się i odczuwania napięcia, obwiniania się oraz niską skłonnością do dzielenia się emocjami. Osoby te przejawiają większą skłonność do występowania depresji, odczuwają trudności w spostrzeganiu i korzystaniu ze wsparcia społecznego, zwykle czują się wyczerpane, a ich poczucie własnej wartości jest na niskim poziomie (Denollet, 2005; Denollet i van Heck, 2001; Willison, 2017). Warto zauważyć, że pojawiają się w literaturze również inne definicje wzoru D. Willison (2017) charakteryzuje osoby ze wzorem D zachowania jako bezpośrednie, zdecydowane i/lub dominujące, wybierające kierowanie ludźmi, a nie podążanie za kimś, bardzo pewne siebie, przedsiębiorcze, podejmujące ryzyko i/lub rozwiązujące problemy. Definicja ta zdecydowanie odbiega od dotychczas znanej definicji wzoru D zachowania i wykazuje podobieństwo do charakterystyki wzoru A zachowania.

1.4.2. Narzędzia

Do pomiaru wzoru D zachowania wykorzystywana jest zwykle 16-stwierdzeniowa *Skala typu D (Type-D Scale-16 [DS16]; Denollet, 1998)*, choć stosowana była również wersja 24-stwierdzeniowa (De Fruyt i Denollet, 2002). Ostatecznie narzędzie DS16 zostało skrócone do 14 pozycji kwestionariuszowych, a ich treść uległa częściowej zmianie, aby precyzyjniej oddać teoretyczny zakres obu aspektów wzoru D zachowania (Denollet, 2005). Każda z tych wersji składa się z dwóch podskal: negatywnej emocjonalności (*negative affectivity [NA]*) oraz hamowania społecznego (*social inhibition [SI]*). Narzędzie zostało zaadaptowane do warunków polskich przez Ogińską-Bulik, Juczyńskiego i Denolleta (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012).

1.4.3. Wyniki badań

Wzorowi D zachowania przypisywana była rola predyktora chorób układu krążenia. Denollet i in. (1995) przeprowadzili badanie wśród 105 mężczyzn w przedziale wiekowym 45–60 lat, którzy przeżyli zawał w ciągu ostatnich dwóch miesięcy. Pacjentów obserwowano od 2 do 5 lat w celu określenia czynników związanych z późniejszą śmiertelnością. W czasie obserwacji zmarło 15 pacjentów (14% całej grupy), z czego 11 osób zmarło w wyniku chorób sercowych, a 4 – chorób nowotworowych niezdiagnozowanych na początku badania. W tej grupie 73% zmarłych przejawiało wzór D zachowania. Całkowita śmiertelność w przypadku osób ze wzorem D zachowania ($n = 28$) była 8-krotnie wyższa niż w przypadku pozostałych grup ($n = 77$). Po wyeliminowaniu z dalszych analiz wyników osób zmarłych w następstwie choroby nowo-

tworowej ($n = 4$), śmiertelność w wyniku chorób sercowych ($n = 24$) u osób ze wzorem D zachowania była nadal 6-krotnie wyższa niż w przypadku pozostałych grup. Pacjenci ze wzorem D zachowania wykazywali tendencję do jednoczesnego odczuwania niepokoju i zahamowania ekspresji emocji. Niska tolerancja wysiłku, wystąpienie zawału, palenie tytoniu oraz wiek również były istotnie związane ze śmiertelnością. Ponadto spośród czynników psychospołecznych, doświadczenie silniejszego stresu, brak wsparcia społecznego, wyższa depresyjność, nasilenie objawów somatycznych oraz stosowanie benzodiazepin także były powiązane ze śmiertelnością po zawale serca. W kolejnym badaniu Denolleta (1998) w grupie pacjentów z chorobą niedokrwinną serca (3–6 tygodni po zawale serca, wszczepieniu bajpasów lub angioplastyce wieńcowej), pacjenci ze wzorem D zachowania przejawiali wysoki poziom negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego. Co więcej, wzór D zachowania był związany z depresyjnością i objawami depresji, stresem, niską samooceną, niezadowoleniem z życia i niskim pozytywnym afektem. W grupie 734 pacjentów z nadciśnieniem Denollet (2000) potwierdził, że występuje u nich silna negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne. W badaniu w grupie 3813 uczestników (2508 z populacji ogólnej, 573 pacjentów z chorobą wieńcową, 732 pacjentów z nadciśnieniem) Denollet (2005) wykazał, że 1027 badanych (28%) zostało zaklasyfikowanych do wzoru D zachowania. W badanej grupie wzór D zachowania częściej występował u pacjentów z nadciśnieniem (53%) oraz chorobą wieńcową (28%), w porównaniu z osobami z populacji ogólnej (21%).

Występowanie wzoru D zachowania wydaje się mieć znaczenie także dla postrzeganego wsparcia społecznego czy zachowań zdrowotnych (*health behaviors*) u pacjentów z chorobą wieńcową. Ginting i in. (2016) dowiedli, że pacjenci z tą chorobą, należący do wzoru D zachowania (28%), wykazywali więcej niezdrowych i mniej zdrowotnych zachowań oraz słabiej postrzegali wsparcie społeczne, niż osoby nienależące do wzoru D zachowania. Również Kwon i Kang (2018) pokazali, że pacjenci z chorobą wieńcową charakteryzujący się wzorem D zachowania (29%) przejawiali mało zachowań zdrowotnych oraz negatywnie postrzegali chorobę. Badania Saleem i in. (2016), prowadzone w grupie 100 pacjentów kardiologicznych i grupie 100 osób zdrowych, wykazały, że zarówno wzór A zachowania ($F = 72,43$; $p < 0,051$), jak i wzór D zachowania ($F = 91,46$; $p < 0,003$) były istotnymi predyktorami choroby wieńcowej. Wzór D zachowania był jednak silniejszym predyktorem jej występowania i wyjaśniał 66% zmienności, podczas gdy wzór A zachowania wyjaśniał 35% zmienności występowania tej choroby (Saleem i in., 2016).

Grande i in. (2012) przeprowadzili metaanalizę badań dotyczących związku wzoru D zachowania z rokowaniem pacjentów z chorobami układu krążenia ($N = 5341$), w której potwierdzili istotne znaczenie wzoru D zachowania dla rozwoju chorób sercowo-naczyniowych. Ze 195 publikacji wybrano 14 artykułów (12 badań) spełniających następujące kryteria: (1) były to badania prospektywne; (2) narzędzie wykorzystane w badaniach musiało służyć do pomiaru wzoru D zachowania oraz uwzględniać dwuwymiarową strukturę konstruktu (nie mogły to być wyłącznie zmienne socjodemograficzne, biologiczne czy inne zmienne psychologiczne nieobejmujące całości wzoru D; w związku z tym nie włączono do metaanalizy np. takich badań, w których pomiar dotyczył wyłącznie hamowania społecznego).

Efekt wzoru D zachowania na rokowanie pacjentów kardiologicznych został przedstawiony przez Grande i in. (2012) przy wykorzystaniu dwóch wskaźników: (1) ilorazu szans (*odds ratio* [OR]; stosunek prawdopodobieństwa, że wynik będzie obecny przy występowaniu wzoru D zachowania, w porównaniu do prawdopodobieństwa obecności wyniku w przypadku braku występowania tego wzoru; Szumilas, 2010) oraz (2) skorygowanego współczynnika ryzyka (*adjusted hazard ratios* [HRadj]; stosunek wskaźników ryzyka pomiędzy grupą eksperymentalną i grupą kontrolną podczas całego czasu trwania badania; Barraclough i in., 2011). Zastosowano odpowiednie przedziały ufności (*confidence intervals* [95% CI]), w celu precyzyjnego oszacowania efektu. Wartości OR lub HRadj osiągające wartość powyżej 1,0 oznaczają ujemne skorelowanie wzoru D zachowania z rokowaniem pacjentów kardiologicznych. Wyniki badań wykazały, że iloraz szans (OR) dotyczący związku pomiędzy wzorem D zachowania a śmiertelnością lub łącznym wskaźnikiem śmiertelności sercowej i zawałem mięśnia sercowego bez zgonu wyniósł od 5,02 [2,47–10,21] do 1,54 [1,26–1,89] dla modelu efektów stałych, 2,28 [1,43–3,62] dla modelu losowego, a OR odnoszący się do związku między wzorem D a rokowaniem pacjentów z uwzględnieniem innych czynników ryzyka wyniósł 2,24 [1,37–3,66]. Wyniki wskazują na istotne ujemne skorelowanie nasilenia wzoru D zachowania z rokowaniem pacjentów kardiologicznych. Jednakże na przestrzeni lat występuje tendencja spadkowa tego związku (Grande i in., 2012).

Z drugiej strony znaczenie wzoru D dla chorób kardiologicznych nie jest tak jednoznaczne, jak to przedstawiają powyżej cytowane badania, a w literaturze znajduje się również wiele doniesień podważających hipotezę o zachodzeniu tego związku. W badaniach Jeona i in. (2017), przeprowadzanych w grupie pacjentów kardiologicznych z napadowym (*paroxysmal*) lub trwałym (*persistent*) migota-

niem przedsionków (*atrial fibrillation*), zbadano związek wzoru D zachowania ze stabilnością rytmu zatokowego po ablacji cewnikowej o częstotliwości radiowej (*radiofrequency catheter ablation*). Pacjenci ze wzorem D zachowania charakteryzowali się wyższym nasileniem depresji, lęku i niższym poziomem jakości życia, ale nie różnili się żadnymi zmiennymi kardiologicznymi w porównaniu z pacjentami, którzy nie przejawiali wzoru D zachowania. Badania Namavar i Haque (2014) prowadzone w Emiratach Arabskich w grupie 90 pacjentów kardiologicznych i 90-osobowej grupie kontrolnej również nie potwierdziły zachodzenia istotnego związku wzoru D zachowania z występowaniem choroby wieńcowej.

Warto zwrócić uwagę, że choć badania prowadzone nad wzorem A zachowania i wzorem D zachowania dotyczą chorób serca, to stosowane są różne określenia tych chorób, m.in. choroby układu krążenia, choroby sercowo-naczyniowe, choroba niedokrwienna serca, choroba wieńcowa, dusznica bolesna. Wymienione jednostki chorobowe należą do jednego większego zbioru chorób układu krążenia. Pojawia się zatem wątpliwość co do tego, jaka relacja wiąże wspomniane dwa wzory, skoro tak różne od siebie konstrukty uznawano za czynniki ryzyka chorób serca. Dodatkowo istotnym mankamentem badań nad wzorem D był fakt, że prowadzono je głównie w grupach pacjentów kardiologicznych; nie wiadomo zatem, jak te osoby zachowywały się przed chorobą (czy też jaka była ich osobowość lub przedchorobowy wzór zachowania). W związku z tym stwierdzenie, że wzór D zachowania stanowi istotny czynnik ryzyka chorób układu krążenia może być nieuzasadnione, ponieważ badania nad wzorem D zachowania w grupie pacjentów kardiologicznych mogą mówić raczej o rozwoju choroby, jej skutkach lub psychologicznych objawach towarzyszących czy też rokowaniach na przeżycie, a nie o przyczynie choroby czy czynniku ryzyka (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008b). Pojawiają się również głosy wskazujące na szerszą psychosomatyczną rolę wzoru D. Na przykład Gawda (2016) uważa, że wzór D może wyjaśniać wiele innych problemów zdrowotnych, nie tylko choroby układu krążenia.

Niezależnie od powyższych zastrzeżeń można stwierdzić, że wzór D zachowania jest konstruktem, którego psychosomatyczne znaczenie potwierdzono empirycznie. W przeciwieństwie do wzoru C, istnieje powszechnie używane narzędzie do pomiaru wzoru D zachowania (Denollet, 2005). Zarazem jednak psychologiczna treść wzoru D, a w szczególności jego związek z innymi wzorami zachowania oraz natura relacji z chorobami układu krążenia wymagają dalszych prac teoretycznych i empirycznych.

1.5. Relacje między wzorami zachowania A, C, D

Przedstawione wzory zachowania budziły i budzą zainteresowanie wielu badaczy w kontekście związków czy możliwości przewidywania chorób somatycznych. Wzory te, choć były wprowadzane do psychologii zupełnie niezależnie od siebie, są wzajemnie powiązane. Zarazem jednak relacje między nimi, zarówno na poziomie empirycznym, jak i teoretycznym, nie były dotąd przedmiotem systematycznych badań. Ponadto niejasny charakter tych relacji, brak spójnego nazewnictwa oraz omówione powyżej problemy natury konceptualizacyjnej i operacjonalizacyjnej utrudniają ułożenie wzorów w szerszej rozumianej strukturze osobowości. Być może niejednoznaczność wyników badań na temat roli wzorów A, C i D w przewidywaniu chorób somatycznych jest również pochodną tych niejasności. Innymi słowy, jeśli konstrukty teoretyczne nie są dostatecznie precyzyjnie zdefiniowane (co zarazem przekłada się na słabość operacjonalizacji, która w efekcie musi być obciążona dużym błędem pomiaru), to wyniki badań klinicznych, poszukujących związków tych konstruktyw z wystąpieniem lub przebiegiem choroby – muszą być niejednoznaczne.

W związku z tym ważne jest uporządkowanie i doprecyzowanie relacji między wzorami A, C i D zachowania, z uwzględnieniem wzoru B, będącego wzorem zasobów zdrowia. Takie teoretyczne uporządkowanie powinno się odbyć na gruncie aktualnej wiedzy o strukturze osobowości. W następnym rozdziale zostanie omówiony wzór B i inne konstrukty uważane za zasoby zdrowia, natomiast w kolejnych – relacje pomiędzy nimi a czynnikami ryzyka stanowiącymi wzory zachowania A, C i D.

ROZDZIAŁ 2

Wzór B zachowania
i inne konstrukty opisujące
zasoby zdrowia

Poza poszukiwaniem charakterystyk osobowościowych, które sprzyjają wystąpieniu chorób somatycznych, obecne są w literaturze również próby znalezienia tych właściwości osobowości, które mają korzystne znaczenie dla zdrowia oraz jego utrzymania (Marshall i in., 1994). Rozwój badań nad takimi pozytywnymi osobowościowymi charakterystykami i mechanizmami funkcjonowania człowieka może mieć też praktyczne konsekwencje – może mianowicie zostać wykorzystane do poprawy jakości życia zarówno w aspekcie psychologicznym, jak i somatycznym (Proyer, 2017; Seligman i Csikszentmihalyi, 2000; zob. Boehm, 2021; Boehm i Kubzansky, 2012; Kushlev i in., 2020; Martín-María i in., 2017).

Jako zasoby zdrowia w niniejszej pracy zostały wybrane z literatury przedmiotu te konstrukty, które (1) wprost są nazywane w psychologii zasobami zdrowia i są często przedmiotem badań oraz (2) posiadają dobrą psychometrycznie operacjonalizację (Begley i in., 2000; Branscum i in., 2014; Brouwer-Goossensen i in., 2018; Caprara i in., 2019; Dzwonkowska i in., 2008; Halama, 2010; Jafari i in., 2010; James i in., 2019; Klamut, 2010; Krause, 2009; Lee i in., 1993; Letzring i in., 2005; Łaguna i in., 2011; Łaguna i in., 2005; Mohan i Singh, 2016; Pallant i Lae, 2002; Pietrzyk i Lizińczyk, 2015; Thakur, 2018; Trzebiński i Zięba, 2003). Przyjmując powyższe kryteria, wybrano dziesięć konstruktów:

- (1) wzór B zachowania (Haze, 2017),
- (2) prężność ego – kontrola ego (Block, 1971; Letzring i in., 2005),
- (3) dyspozycyjny optymizm (Scheier i Carver, 1985, 1992),
- (4) samoocena (Rosenberg, 1965),
- (5) satysfakcja z życia (Diener i in., 1985),
- (6) orientacja pozytywna (Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Eisenberg i in., 2012; Caprara i Steca, 2005),
- (7) poczucie własnej skuteczności (Jerusalem i Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1998),
- (8) nadzieja (Erikson, 2002; Łaguna i in., 2005; Snyder, 2002; Trzebiński i Zięba, 2003),
- (9) poczucie koherencji (Antonovsky, 1993, 2005),
- (10) poczucie sensu życia (Klamut, 2010; Reker i Peacock, 1981).

Podobny zestaw zaproponowali Ogińska-Bulik i Juczyński (2010), którzy podkreślali znaczenie dla utrzymywania zdrowia takich zmiennych, jak: poczucie koherencji, optymizm, samoocena, poczucie własnej skuteczności, prężność. Ich zestaw został w niniejszej pracy rozszerzony o dodatkowe konstrukty, które są

związane z wymienionymi powyżej i które również pojawiają się w literaturze. W szczególności przedstawiony zestaw zasobów zdrowia został wzbogacony o (1) nadzieję na sukces (Łaguna i in., 2005; Snyder, 2002) korespondującą z optymizmem, (2) nadzieję podstawową (Trzebiński i Zięba, 2003) wykazującą teoretyczne podobieństwo do poczucia koherencji, (3) satysfakcję z życia kluczową dla dobrego samopoczucia (Juczyński, 2012), (4) orientację pozytywną (por. Caprara, 2009) łączącą w sobie optymizm, samoocenę i satysfakcję z życia oraz (5) poczucie sensu życia (Klamut, 2010), które może mieć znaczenie chroniące przed pogorszeniem stanu zdrowia (por. Brassai i in., 2011). W efekcie przygotowano łączny zestaw dziesięciu zasobów zdrowia, których charakterystyka zostanie omówiona poniżej.

Warto zaznaczyć, że zasoby zdrowia można traktować dwojako: (1) jako zasoby zabezpieczające przed chorobą, zmniejszające ryzyko jej wystąpienia oraz (2) zasoby ułatwiające powrót do zdrowia w sytuacji, gdy choroba wystąpi. Zgodnie z Heszen i Sęk (2012) nie ma zgodności co do samego definiowania zasobów, ale przyjmuje się, że zasoby obejmują właściwości, które korzystnie oddziałują na procesy radzenia sobie z wymaganiami życia. Ogińska-Bulik i Juczyński (2010) w swojej książce poświęcili cały rozdział właściwościom osobowości sprzyjającym zdrowiu, w ramach którego opisują różnego rodzaju – jak to nazywają – *składniki osobowościowe* (s. 147) i traktują je jako *zasoby czy potencjały zdrowia* (s. 147). Do grupy zasobów zaliczają oni różne konstrukty psychologiczne, w większości tożsame z tymi, których pomiaru dokonano w niniejszej pracy. Przyjęto zatem (głównie na podstawie Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego, 2010), że zasoby zdrowia stanowią właśnie taki katalog różnych właściwości sprzyjających zdrowiu i wspierających w powrocie do zdrowia.

Poniżej zostały opisane wyniki badań dotyczące obu aspektów wyróżnionych zasobów zdrowia. Należy jednak podkreślić, że wiele z przedstawionych poniżej badań ma charakter korelacyjny, zatem trudno na tej podstawie stwierdzić zachodzenie związku przyczynowo-skutkowego między zasobami zdrowia a samym zdrowiem.

2.1. Wzór B zachowania

2.1.1. Charakterystyka

Wraz ze wzorem A zachowania został wyodrębniony wzór B zachowania, zwykle uznawany za jego przeciwieństwo (Friedman i Rosenman, 1959; Śmigalskas, 2017; Tylka, 1999), dlatego też pojawia się on w literaturze przy okazji prowadzenia badań nad wzorem A (Hanif i Sultan, 2011; Haze, 2017; Koradia

i Mathur, 2017; Mahajan i Rastogi, 2011; Rogowska, 2014). Osoby charakteryzujące się wzorem B zachowania były uważane za bardziej zrelaksowane, niefrasobliwe, rzeczywiście usatysfakcjonowane oraz mniej skoncentrowane na osiągnięciach i nieustannym zaspokajaniu własnych potrzeb. Czasem w literaturze konstrukt ten traktowano nie tylko jako brak zachowań typowych dla wzoru A zachowania, ale także inny styl radzenia sobie, charakteryzujący się brakiem pośpiechu, niecierpliwości i wrogich reakcji (Mahajan i Rastogi, 2011).

Wyróżnienie wzoru B zachowania jako przeciwieństwa wzoru A jest jednak dość problematyczne. Jeśli osoby o wzorze A zachowania charakteryzowane były jako ambitne, o wysokim poziomie kompetencji, towarzyskie czy pracowite, to przeciwieństwo mogłoby oznaczać, że osoby charakteryzujące się wzorem B – przeciwnym do wzoru A – nie są ambitne, charakteryzują się raczej niskim poziomem kompetencji, unikają towarzystwa i leniwie wykonują swoją pracę. Mimo to charakterystyka wzoru B zachowania występująca w literaturze jest inna, choć nie zawsze wewnętrznie spójna czy jednoznaczna. Z jednej bowiem strony wzór B zachowania opisuje rzeczywiście pewne elementy przeciwne do zachowań charakterystycznych dla wzoru A. Przykładem mogą być obserwowalne powolność i monotonia, właściwe dla wzoru B (zob. tabela 1 w rozdziale 1 – *Wzory zachowania A, C, D jako osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych*), które istotnie są przeciwieństwem napędu i pośpiechu typowych dla wzoru A. Z drugiej jednak strony wzór B charakteryzowany jest jako zasób zdrowia czy osobowość zdrowa, zatem powinien on stanowić przeciwieństwo nie tylko wzoru A, ale również innych wzorów zachowania omawianych w poprzednim rozdziale (wzory C i D). W tym świetle powolność i monotonię trudno uznać za objawy zdrowia.

2.1.2. Narzędzia

Autorzy konstruktu (Friedman i Rosenman, 1959) nie opracowali odrębnego narzędzia do mierzenia wzoru B zachowania. Wzór B zwykle identyfikowano i mierzono za pomocą tych samych narzędzi, które były wykorzystywane do pomiaru wzoru A zachowania, jako niskie nasilenie wzoru A (Haze, 2017). W literaturze można jednak znaleźć także propozycję narzędzia, którego konstrukcja wskazuje na wzór B zachowania. Jest to *Skala wzoru zachowania typu A/B* (*Type A/B Behavioral Pattern Scales*; Dhar i Jain, 2001; Mahajan i Rastogi, 2011) składająca się z 17 pozycji kwestionariuszowych dla wzoru A i 16 pozycji kwestionariuszowych dla wzoru B. Wydaje się jednak – biorąc pod uwagę problemy wskazane powyżej (znaczenie przeciwieństwa oraz rozbieżność między charak-

terystyką funkcjonowania osoby zdrowej a wskaźnikami wzoru B zachowania, które – jako przeciwieństwo wzoru A – wcale nie muszą być wskaźnikiem zdrowego funkcjonowania) – że potrzebne są propozycje rekonceptualizacji i nowej operacjonalizacji wzoru B. Takie propozycje jednak dotychczas w literaturze nie pojawiły się. Z drugiej strony wskazane wyżej inne konstrukty, identyfikowane w literaturze jako zasoby zdrowia, można uznać za elementy czy aspekty szeroko rozumianego wzoru B zachowania, w pewnym sensie opisujące jego psychologiczną treść. Konstrukty te zostaną omówione w kolejnych podrozdziałach.

2.2. Prężność ego – kontrola ego

2.2.1. Charakterystyka

Prężność ego (*ego-resiliency*) i kontrola ego (*ego-control*) to konstrukty wprowadzone przez Blocków (Block i Block, 1980) jako główne charakterystyki osobowości opisujące i wyjaśniające procesy motywacyjne, emocjonalne oraz zachowanie człowieka (Letzring i in., 2005; Zawadzki i Strelau, 2003a, 2003b). Kontrola ego dotyczy hamowania swoich impulsów vs. wyrażania ich, a prężność ego odpowiada za dostosowanie poziomu kontroli ego do sytuacji, w której znajduje się jednostka. Osoby z wysokim poziomem kontroli ego silnie kontrolują swoje impulsy, nawet jeśli sytuacja tego nie wymaga. Osoby z niskim poziomem kontroli ego nie kontrolują swoich impulsów, wyrażają je bez względu na sytuację, w jakiej się znajdują. Wysokie nasilenie kontroli ego jest zbliżone do wzoru C zachowania, a niskie nasilenie – do wzoru A zachowania. Osoby o wysokiej prężności są zdolne do dostosowania, czy też kontrolowanej realizacji swoich impulsów, w zależności od sytuacji (Block i Block, 1980; Letzring i in., 2005). W związku z powyższym prężność ego można uznać za zasób zdrowia.

W literaturze można również spotkać się z określeniem *resilience*, które nie oznacza cechowej charakterystyki osobowości (*resiliency*), ale dynamiczny proces pozytywnej adaptacji jednostki w kontekście doświadczanych trudności/przeciwności (Luthar i in., 2000). O *resilience* można mówić wówczas, gdy osoba po trudnych doświadczeniach i przeciwnościach losu wraca do równowagi i następuje u niej osiągnięcie pozytywnej adaptacji (Luthar i in., 2000).

2.2.2. Narzędzia

Do pomiaru kontroli ego służy 37-stwierdzeniowa *Skala niedostatecznej kontroli ego* (*Ego-Undercontrol Scale* [EUS]; Letzring i in., 2005), w której wysoki wynik świadczy o braku kontroli impulsów, co zbliżone jest do wzoru A zachowania.

Do pomiaru prężności ego można wykorzystać 14-stwierdzeniową *Skalę prężności ego* (*Ego-Resiliency Scale* [ERS]; Letzring i in., 2005), zaadaptowaną do warunków polskich przez Kaczmarską (2011). W literaturze dostępna jest również skrócona wersja *Skali prężności ego*, składająca się z 10 pozycji kwestionariuszowych (Alessandri, Vecchione i in., 2012), w której wyodrębniono dwa czynniki: optymalną regulację (*optimal regulation*) i otwartość na doświadczenia życiowe (*openness to life experience*).

W Polsce funkcjonują jeszcze dwa inne narzędzia do pomiaru prężności ego. Pierwsze z nich opracowali Ogińska-Bulik i Juczyński (2008a). Jest to *Skala pomiaru prężności* (SPP-25). Składa się z 25 pozycji kwestionariuszowych i mierzy pięć czynników: (1) wytrwałość i determinację w działaniu; (2) otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; (3) kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancję negatywnych emocji; (4) tolerancję na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; (5) optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Ogińska-Bulik i Juczyński (2008a), opracowując tę skalę, przyjęli koncepcję Blocka (1971), przy czym traktowali prężność jako właściwość osobowości szczególnie istotną w radzeniu sobie z wydarzeniami traumatycznymi oraz z codziennym stresem (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008a). W związku z tym można uznać, że podstawą SPP-25 jest próba połączenia ze sobą procesu radzenia sobie w trudnych sytuacjach, a więc pozytywnej adaptacji (*resilience*), z prężnością ego (*resiliency*), jako względnie trwałą charakterystyką osobowości.

Drugim polskim narzędziem do pomiaru prężności ego jest *Kwestionariusz oceny prężności* (KOP-26) opracowany przez Gąsiora i in. (2016). Prężność w tej operacjonalizacji traktowana jest nie tylko jako właściwość osobowości, ale także jako efekt procesów odpornościowych, które mogą być wyjaśniane przez osobiste i społeczne kompetencje oraz relacje rodzinne. KOP-26 składa się z 26 pozycji kwestionariuszowych podzielonych na trzy skale: relacje rodzinne, kompetencje osobiste, kompetencje społeczne.

2.2.3. Wyniki badań

Prężność (*resiliency*) jako właściwość osobowości była przedmiotem badań związanych głównie ze zdrowiem psychicznym (np. Harpøth i in., 2020; Huey i Weisz, 1997; Milioni i in., 2016), choć istnieją również badania znaczenia tego konstruktu dla zdrowia fizycznego (Kaczmarska i in., 2011; Manne i in., 2015; Nath i Pradhan, 2012). Nath i Pradhan (2012) wykazali, że prężność ego była istotnie pozytywnie związana z dobrostanem, pozytywnym afektem oraz zdrowiem

fizycznym. W badaniu Manne i in. (2015) w grupie kobiet ze zdiagnozowanym nowotworem natury ginekologicznej sprawdzono związki między prężnością ego a jakością życia oraz zweryfikowano określone strategie radzenia sobie (wyrażanie pozytywnych emocji, pozytywne przewartościowanie, pielęgnowanie poczucia spokoju i sensu życia), które stosowały pacjentki z dużą prężnością, aby utrzymać wysoką jakość życia. Zgodnie z oczekiwaniami wyższy poziom prężności ego był pozytywnie związany z wyższą jakością życia. Ponadto w modelu mediacyjnym strategie radzenia sobie istotnie pozytywnie mediowały relację prężności z jakością życia. W polskich badaniach nad prężnością ego Kaczmarek i in. (2011) okazało się, że prężność ego (autor nazywa ten konstrukt *sprężystością psychiczną*) była powiązana z (1) pozytywną emocjonalnością i oceną stresu traktowanego jako wyzwanie zorientowane na aktywność (grupa niekliniczna) oraz (2) satysfakcją z życia dzięki pozytywnemu przewartościowaniu jako strategii radzenia sobie (grupa kliniczna). Ponadto prężność ego hamowała odczuwanie beznadziejności i bezradności w grupie osób z chorobami przewlekłymi (cukrzyca, reumatoidalne zapalenie stawów, nowotwór).

W przypadku badań nad zdrowiem fizycznym dominuje jednak ujęcie prężności (*resilience*) jako procesu pozytywnej adaptacji do doświadczanych trudności (np. Shamaskin-Garroway i in., 2016; Terrill i in., 2016). Shamaskin-Garroway i in. (2016) wykazali, że u pacjentów z chorobą Parkinsona prężność była silnie negatywnie związana z niemotorycznymi symptomami charakterystycznymi dla tej choroby, które dotyczyły takich domen, jak: przewód pokarmowy, drogi moczowe, funkcje seksualne, układ sercowo-naczyniowy, apatia/uwaga/pamięć, omamy/urojenia, depresja/lęk/anhedonia, sen/zmęczenie, ból i inne (np. podwójne widzenie). Terrill i in. (2016) przeprowadzili badanie nad rolą prężności w grupie osób starzejących się z długotrwałą niepełnosprawnością fizyczną związaną z dystrofią mięśniową, stwardnieniem rozsianym, zespołem post-polio lub urazem rdzenia kręgowego. Okazało się, że prężność wiązała się nie tylko z wyższą jakością życia oraz z niższym poziomem depresji, ale również z mniejszym odczuwanym bólem i ze słabszym odczuwaniem zmęczenia.

2.3. Dyspozycyjny optymizm

2.3.1. Charakterystyka

Konstrukt dyspozycyjnego optymizmu (*dispositional optimism*) został zaproponowany przez Scheiera i Carvera (1985, 1992) i jest rozumiany jako zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych wydarzeń w przyszłości oraz przekonanie,

że wydarzenia niepomysłne będą zdarzały się sporadycznie lub wcale (Juczyński, 2012; Scheier i Carver, 1992, 2018). Dyspozycyjny optymizm charakteryzowano w oparciu o teorię samoregulacji zachowania (Carver i Scheier, 1981). Zgodnie z nią ludzie podejmują wysiłki, aby osiągnąć to, co według nich jest możliwe do osiągnięcia, a nie inwestują wysiłku w to, czego w ich własnym przekonaniu nie mogą osiągnąć (Scheier i Carver, 2018). Scheier i Carver (1985, 1992) prowadzili badania nad skutkami takich oczekiwań w różnych sytuacjach. Uznali, że oczekiwania co do możliwości owych osiągnięć mają charakter bardziej ogólny, są względnie stabilne w czasie i podobne w różnych sytuacjach (pozytywne lub negatywne oczekiwania zwykle nie ograniczają się do określonego zachowania i sytuacji, ale powtarzają się w różnych sytuacjach). Oczekiwania te mieszczą się w zakresie dyspozycyjnego optymizmu, który Scheier i Carver (1992) traktują jako względnie stałą charakterystykę osobowości.

2.3.2. Narzędzia

Do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu Scheier i Carver (1985) opracowali *Test orientacji życiowej* (*Life Orientation Test-Revised* [LOT-R]). Narzędzie w ostatecznej wersji składa się z 10 pozycji kwestionariuszowych, z czego charakter diagnostyczny ma tylko sześć z nich, a pozostałe cztery posiadają charakter buforowy. LOT-R został zaadaptowany do warunków polskich przez Poprawę i Juczyńskiego (Juczyński, 1999, 2012).

2.3.3. Wyniki badań

Już w pierwszych badaniach nad dyspozycyjnym optymizmem Scheier i Carver (1985) wykazali ujemny związek optymizmu z doświadczanymi negatywnymi objawami fizycznymi. Badania przeprowadzono w grupie studentów cztery tygodnie przed zakończeniem semestru oraz w ostatni dzień na uczelni. Poza dyspozycyjnym optymizmem i zmiennymi psychologicznymi dokonano pomiaru 39 różnych negatywnych objawów fizycznych (np. zawroty głowy, niewyraźne widzenie, bóle mięśni, zmęczenie). Optymizm istotnie negatywnie korelował z dolegliwościami fizycznymi w każdym z dwóch pomiarów. Ponadto okazało się, że osobom z wyższym poziomem optymizmu doświadczane objawy fizyczne w trakcie obserwacji przeszkadzały w mniejszym stopniu niż osobom, które cechował niższy poziom optymizmu. Dodatkowo optymizm był związany pozytywnie z samooceną, wewnętrznym ułożeniem kontroli, a negatywnie z depresją, dostrzeganym stresem i bezradnością (Scheier i Carver, 1985).

W późniejszych latach przeprowadzono kilka dużych badań epidemiologicznych, w których uwzględniono znaczenie dyspozycyjnego optymizmu dla zdrowia. Tindle i in. (2009) zrealizowali epidemiologiczne badanie w grupie ponad 95 000 kobiet w przedziale wiekowym od 50 do 79 lat. W momencie rozpoczęcia badania kobiety były zdrowe (w szczególności nie stwierdzono u nich występowania nowotworu i choroby niedokrwiennej serca) i obserwowane od 8 lat. Dokonano pomiaru optymizmu, cynicznej wrogości oraz zmiennych socjodemograficznych, historii chorobowej, statusu socjoekonomicznego, osobistych nawyków (np. nadużywanie alkoholu, palenie papierosów czy ćwiczenia fizyczne). Badania dowiodły, że optymizm był związany ze zmniejszoną częstotliwością występowania choroby wieńcowej, a także z mniejszą śmiertelnością w wyniku tej choroby oraz innych chorób, natomiast cyniczna wrogość wiązała się ze zwiększonym ryzykiem śmiertelności spowodowanej chorobami i śmiertelności związanej z nowotworem. Kolejne epidemiologiczne badanie zostało przeprowadzone przez Kim i in. (2017) w grupie 70 021 pielęgniarek uczestniczących w trwającym od 1976 roku *Nurses' Health Study*. Wyniki wykazały, że wysoki poziom optymizmu był związany z niższym ryzykiem śmiertelności w wyniku chorób nowotworowych, układu krążenia, mózgu, układu oddechowego, a także z niższym ryzykiem ogólnej śmiertelności spowodowanej chorobami (choroba serca, udar mózgu, choroba układu oddechowego, infekcja, nowotwór płuc, nowotwór piersi, nowotwór jelita grubego, nowotwór jajnika). Ponadto Kim i in. (2017) dokonali także porównania kobiet najbardziej optymistycznych z najmniej optymistycznymi (po wykluczeniu kobiet z diagnozą nowotworową i z chorobami układu krążenia). Wyniki pokazały, że u kobiet najbardziej optymistycznych ryzyko śmiertelności z jakiegokolwiek przyczyny było o 36% niższe niż u kobiet najmniej optymistycznych (Kim i in., 2017). Kolejne analizy danych w ramach *Nurses' Health Study* zostały przeprowadzone w grupie ponad 33 326 kobiet, u których nie stwierdzono żadnych poważnych chorób przewlekłych na początku badania (James i in., 2019). Sprawdzano, czy optymizm jest powiązany ze zdrowym starzeniem się (*healthy aging*). W 2004 roku dokonano pomiaru optymizmu, a 8 lat później – oceny zdrowego starzenia się. Przyjęto, że na zdrowe starzenie składają się: (1) brak poważnych chorób przewlekłych; (2) brak subiektywnego upośledzenia pamięci; (3) nienaruszone funkcje fizyczne oraz (4) przeżycie w okresie obserwacji. Do dalszych analiz, po zastosowaniu kryteriów zdrowego starzenia się, wykorzystano dane 6823 kobiet. Po uwzględnieniu zmiennych demograficznych i występowania depresji, prawdopodobieństwo zdrowego starzenia się kobiet najbardziej optymistycznych było 23% wyższe niż u kobiet najmniej optymistycznych.

Podsumowując, można powiedzieć, że wyniki raportowane w literaturze potwierdzają prozdrowotne znaczenie optymizmu. Optymizm pomaga w utrzymywaniu zdrowia, w szczególności w starszym wieku. Jak się okazuje, oczekiwanie pozytywnych wydarzeń, charakterystyczne dla dyspozycyjnego optymizmu, ma na tyle silne znaczenie, że w przypadku wystąpienia choroby pomaga w radzeniu sobie z nią, przyczyniając się nawet do zmniejszenia prawdopodobieństwa śmierci w jej wyniku.

2.4. Samoocena

2.4.1. Charakterystyka

Samoocena (*self-esteem*) jest definiowana przez Rosenberga (1965) jako pozytywna lub negatywna świadoma postawa wobec siebie, związana z emocjami odczuwanymi względem Ja i poznawczymi sądami na swój temat (Dzwonkowska i in., 2008; Rosenberg, 1965). Rosenberg (1965) nazywa samoocenę postawą (*attitude*), choć wskazuje tylko dwa elementy tej postawy: emocje i poznanie. Wysoki poziom samooceny oznacza zadowolenie z siebie i przekonanie, że jest się wystarczająco dobrym, wartościowym człowiekiem, a niski – niezadowolenie z siebie i przekonanie, że nie jest się wystarczająco dobrym i wartościowym człowiekiem (Dzwonkowska i in., 2008; Łaguna i in., 2007; Rosenberg, 1965). Warto dodać, że samoocena nie jest synonimem pewności siebie, która bardziej odpowiada ocenie własnych kompetencji i umiejętności w konkretnych działaniach lub zgeneralizowanemu przekonaniu na ich temat (Crocker i Major, 1989).

Angielskie określenie *self-esteem* jest różnie tłumaczone na język polski. W polskiej adaptacji kwestionariusza do pomiaru *self-esteem* w ujęciu Rosenberga (1965) pojawia się termin *samoocena* (Dzwonkowska i in., 2008). Jednak *self-esteem* jest również tłumaczone jako *poczucie własnej wartości* (np. Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Warto mieć na uwadze, że poczucie własnej wartości mogłoby stanowić polskie tłumaczenie *self-worth* (np. Crocker i Major, 1989). W niniejszej pracy *self-esteem* będzie zatem tłumaczone za Dzwonkowską i in. (2008) jako *samoocena*.

2.4.2. Narzędzia

Najbardziej znanym i najczęściej stosowanym w badaniach narzędziem do pomiaru samooceny jest *Skala samooceny Rosenberga* (*Self-Eesteem Scale* [SES]; Rosenberg, 1989). Skala składa się z 10 pozycji kwestionariuszowych, które odnoszą się do własnych przekonań o sobie. Narzędzie zostało zaadaptowane do warunków polskich przez Dzwonkowską i in. (2008).

2.4.3. Wyniki badań

Stinson i in. (2008) zaproponowali model zdrowia oparty na więziach społecznych (*self-and-social-bonds model of health*), w którym istotną rolę odgrywała właśnie samoocena. Zakładali, że jakość więzi społecznych i poziom samooceny będą negatywnie związane z problemami zdrowotnymi, a więc osoby z niską samooceną i słabą jakością więzi społecznych będą doświadczać więcej problemów zdrowotnych niż osoby z wysoką samooceną oraz silnymi więziami społecznymi. Wyniki badań (Stinson i in., 2008) potwierdziły te oczekiwania. Ponadto Stinson i in. (2008) wskazali, że gwałtowne zmiany w jakości więzi społecznych, określone na podstawie poziomu doświadczanego stresu interpersonalnego w relacjach z rodziną, przyjaciółmi i partnerem oraz liczby przyjaciół na studiach i poza studiami, istotnie mediowały relację pomiędzy samooceną i problemami zdrowotnymi, przyczyniając się do nasilenia problemów zdrowotnych. Christie-Mizell i in. (2010) wykazali, że samoocena była istotnie negatywnie związana z problemami zdrowia fizycznego (np. z artretyzmem lub reumatyzmem, wrzodami, nowotworem, nadciśnieniem, cukrzycą, problemami z wątrobą, problemami z nerkami, udarem, problemami z krążeniem, anemią sierpowatą i problemami z sercem). Należy oczywiście pamiętać, że są to badania korelacyjne, zatem można stwierdzić jedynie współwystępowanie powyższych zmiennych, a nie ich związek przyczynowy.

2.5. Satysfakcja z życia

2.5.1. Charakterystyka

Satysfakcję z życia można zdefiniować jako globalną i świadomą poznawczą ocenę własnego życia. Innymi słowy, jest to poziom zadowolenia z życia, wynikający z porównania okoliczności życiowych z własnymi standardami oceny (Pavot i Diener, 1993). Satysfakcja z życia stanowi poznawczy komponent subiektywnego dobrostanu (*subjective well-being*; Andrews i Withey, 1976, za: Diener, 1984). Poza komponentem poznawczym, subiektywny dobrostan uwzględnia też komponent emocjonalny zawierający pozytywny i negatywny afekt (Diener i in., 1985). Zdaniem Pavota i Dienera (1993) wspomniane komponenty subiektywnego dobrostanu nie są całkowicie niezależne, choć różnią się od siebie, a ich oddzielny pomiar może dostarczyć nowych informacji. Ocena afektu (komponent emocjonalny) obejmuje reakcje emocjonalne na konkretne sytuacje i doświadczenia życiowe, a ocena satysfakcji z życia (komponent poznawczy) odzwierciedla globalne (ogólne) zadowolenie z życia bez rozdzielania

na konkretne doświadczenia (np. w sferze zawodowej i osobistej; Pavot i Diener, 1993). W związku z tym globalna ocena zadowolenia z życia mierzona jest właśnie na poziomie ogólnej właściwości, obejmującej aspekt poznawczy i emocjonalny (Pavot i Diener, 1993).

2.5.2. Narzędzia

Do pomiaru satysfakcji z życia Diener i in. (1985) opracowali *Skalę satysfakcji z życia* (*Satisfaction with Life Scale* [SWLS]). Narzędzie składa się z pięciu pozycji kwestionariuszowych, a wynik wskazuje poziom ogólnego zadowolenia z życia. Narzędzie zostało zaadaptowane do warunków polskich przez Juczyńskiego (1999, 2012).

2.5.3. Wyniki badań

Baumann i in. (2017) badali zależności między zmianami zachodzącymi w ramach sercowo-naczyniowych czynników ryzyka (nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, cukrzyca, otyłość, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu) a czynnikami społeczno-ekonomicznymi i satysfakcją w grupie pacjentów z chorobami układu krążenia (dusznica bolesna, zawał mięśnia sercowego, bajpasy) poddanych angiografii tętnic wieńcowych (*coronary angiography*). Stwierdzone zmiany w cukrzycy, otyłości i aktywności fizycznej (Baumann i in., 2017) oraz wystąpienie dusznicy bolesnej i hipercholesterolemii (Baumann i in., 2015) były istotnie powiązane z niskim poziomem satysfakcji z życia. McDonnell i in. (2011) prowadzili badania w grupie pacjentów po hospitalizacji w wyniku choroby wieńcowej i wykazali związek aktywności fizycznej z satysfakcją z życia u pacjentów z chorobami sercowymi i innymi objawami. Oznacza to, z jednej strony, że aktywność fizyczna jest zależna od poziomu satysfakcji z życia, zatem im wyższy poziom satysfakcji z życia, tym większa aktywność fizyczna. Z drugiej strony aktywność fizyczna również może oddziaływać na poziom satysfakcji z życia.

2.6. Orientacja pozytywna

2.6.1. Charakterystyka

Orientacja pozytywna jest konstruktem zaproponowanym przez Caprara i in. (Caprara, 2009; Caprara i Steca, 2005). Jest ona definiowana jako podstawowa predyspozycja do pozytywnego ukierunkowania na życie, przyszłość i samego siebie, a więc także pozytywnego myślenia o różnych domenach życia (Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Trommsdorff i in., 2012; Caprara i in., 2010;

Łaguna i in., 2011). Orientacja pozytywna stanowi czynnik wyższego rzędu, składający się z optymizmu, samooceny i satysfakcji z życia – trzech zmiennych silnie wiążących się empirycznie oraz teoretycznie (Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Trommsdorff i in., 2012; Caprara i in., 2010; Łaguna i in., 2011). We wcześniejszych badaniach Caprara i Stecy (2005) orientacja pozytywna (*positive orientation*) była nazwana pozytywnym myśleniem (*positive thinking*), a w późniejszych badaniach (Caprara, Alessandri, Eisenberg i in., 2012) – pozytywnością (*positivity*). Autorzy zrezygnowali ze stosowania terminu *pozytywne myślenie*, ponieważ termin *myślenie* zbyt silnie akcentuje komponent poznawczy, w związku z czym pomija inne komponenty wspólne dla optymizmu, samooceny i satysfakcji z życia (Caprara i in., 2010). W niniejszej pracy stosowany będzie więc termin *orientacja pozytywna*.

2.6.2. Narzędzia

Orientację pozytywną można mierzyć, wykorzystując trzy niezależne narzędzia do pomiaru optymizmu, samooceny i satysfakcji z życia, a następnie wyliczając wynik ogólny jako czynnik wyższego rzędu (Grice, 2001). W tym podejściu Alessandri, Caprara i Tisak (2012) wykorzystali narzędzie do pomiaru orientacji pozytywnej, które składało się z 21 pozycji kwestionariuszowych (6 pozycji – *Test orientacji życiowej* (Scheier i Carver, 1985); 10 pozycji – *Skala samooceny Rosenberga* (Rosenberg, 1989); 5 pozycji – *Skala satysfakcji z życia* (Diener i in., 1985). W celu stworzenia osobnego pomiaru, który byłby krótki, ale uwzględniający wszystkie wymienione treści, Caprara i in. (Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Eisenberg i in., 2012) zaproponowali nową 8-stwierdzeniową *Skalę orientacji pozytywnej* (*Positive Orientation Scale* [POS]). Nie zawiera ona pozycji kwestionariuszowych wprost zapożyczonych z narzędzi do pomiaru optymizmu, samooceny i satysfakcji z życia, ale podobne konstrukcyjnie i znaczeniowo. Łaguna i in. (2011) zaadaptowali *Skalę orientacji pozytywnej* do warunków polskich.

2.6.3. Wyniki badań

Punktem wyjścia dla wprowadzenia konstruktów orientacji pozytywnej do literatury były wysokie dodatnie korelacje między optymizmem, samooceną i satysfakcją z życia, na podstawie których wyodrębniono czynnik wyższego rzędu (Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Eisenberg i in., 2012; Caprara i Steca, 2005). Okazało się, że orientacja pozytywna może być wskaźnikiem lepiej wyjaśniającym zdrowie fizyczne niż jej składowe. Wyniki badań Alessandri, Caprara i in. (2012) nad optymalnym funkcjonowaniem wykazały, że orientacja pozytywna

jako odrębna skala wyjaśniała 18% zmienności zdrowia fizycznego. Była ponadto silniej związana ze zdrowiem fizycznym, a także z pozytywnym i negatywnym afektem, niż oddzielnie wprowadzone do modelu: optymizm, samoocena i satysfakcja z życia. W innych badaniach Caprara i in. (2010), prowadzonych w grupie dorosłych (Włochy) i adolescentów (Kanada), orientacja pozytywna również wykazała istotne i pozytywne związki ze zdrowiem fizycznym, a także z pozytywnym afektem, jakością relacji rodzinnych, relacji z partnerem i relacji z przyjaciółmi. U adolescentów zaobserwowano także silniejszy niż u dorosłych związek orientacji pozytywnej ze zdrowiem.

Caprara i in. (2016) przeprowadzili badania w grupie pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem (płuca, jelita grubego, piersi), bezpośrednio po rozpoznaniu i rok później, w celu zbadania podłużnych związków między orientacją pozytywną a funkcjonowaniem fizycznym i psychicznym. Stwierdzono, że orientacja pozytywna była istotnie negatywnie związana z zaburzeniem funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, poznawczego i społecznego bezpośrednio po rozpoznaniu choroby. Również rok po rozpoznaniu nowotworu orientacja pozytywna była istotnie negatywnie związana ze wszystkimi mierzonymi dysfunkcjami (fizycznymi, emocjonalnymi, poznawczymi, społecznymi, związanymi z rolą). Okazało się, że orientacja pozytywna wyjaśniała 4% zmienności zaburzeń funkcjonowania bezpośrednio po rozpoznaniu, a 25% zmienności rok później. Może to oznaczać, że orientacja pozytywna pomaga wzmacniać wysiłki pacjentów związane z radzeniem sobie z chorobami, m.in. poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich, korzystanie z dostępnego wsparcia i wykorzystywanie strategii poznawczych, które pozwalają im radzić sobie z chorobą (Caprara i in., 2016).

2.7. Poczucie własnej skuteczności

2.7.1. Charakterystyka

Termin poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*) został wprowadzony przez Bandurę w ramach teorii społeczno-poznawczej, w której wyróżnia się trzy rodzaje oczekiwań kierujących zachowaniem człowieka: oczekiwania dotyczące sytuacji, wyniku i własnej skuteczności (Bandura, 1977, 1997; Conner, 2001). Bandura (1977) odróżnia więc oczekiwanie dotyczące wyniku od oczekiwań dotyczących własnej skuteczności. Oczekiwanie wyniku dotyczy oszacowania, czy dane zachowanie przyczyni się do osiągnięcia zakładanych rezultatów, a więc dotyczy możliwych konsekwencji (pozytywnych i negatywnych) działania w danej sytuacji. Natomiast oczekiwana skuteczność jest przekonaniem o zdolności osiągnięcia

określonych rezultatów w danej sytuacji dzięki określonym zachowaniom, a więc dotyczy osobistej kontroli działania lub sprawczości (Bandura, 1977; Schwarzer, 1998; Sutton, 2015). Bandura (1977) wyróżnia cztery źródła poczucia własnej skuteczności: (1) własne osiągnięcia (*performance accomplishments*); (2) pośrednie doświadczenia (*vicarious experience*) – obserwacja działań innych ludzi osiągających sukces; (3) werbalna perswazja (*verbal persuasion*) – sugestie i sądy innych ludzi wzmacniające poczucie własnej skuteczności; (4) pobudzenie emocjonalne (*emotional arousal*) – sposób doświadczania i interpretacji pobudzenia emocjonalnego. Od tych czynników zależy poziom poczucia własnej skuteczności, które określa ogólne przekonanie jednostki dotyczące jej skuteczności w osiągnięciu zamierzonego celu w trudnej sytuacji (Bandura, 1977, 2010; Jerusalem i Schwarzer, 1992; Juczyński, 2000, 2012).

2.7.2. Narzędzia

Do pomiaru poczucia własnej skuteczności Jerusalem i Schwarzer (1992; Schwarzer, 1998) opracowali *Skalę uogólnionej własnej skuteczności* (*Generalized Self-Efficacy Scale* [GSES]). Narzędzie składa się z 10 pozycji kwestionariuszowych (jak wynika z pracy Schwarzer (1998), wcześniej narzędzie składało się z 20 pozycji kwestionariuszowych, ale zostało zredukowane do 10 pozycji). Skala GSES nie służy do pomiaru poczucia własnej skuteczności w specyficznych sytuacjach, ale do pomiaru uogólnionego poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Skala GSES została zaadaptowana do warunków polskich przez Juczyńskiego we współpracy z autorami narzędzia (Juczyński, 2012). Poczucie własnej skuteczności można mierzyć również u dzieci dzięki opracowanej przez Juczyńskiego (2012) *Skali kompetencji osobistej* (KompOs). Określenia *własna skuteczność* i *kompetencja osobista* Juczyński (2012) traktuje jako synonimy. Skala KompOs składa się z 12 pozycji kwestionariuszowych, podzielonych według dwóch podskal (siła i wytrwałość) po sześć pozycji kwestionariuszowych, z których połowa (trzy pozycje) została sformułowana pozytywnie, a druga połowa (kolejne trzy) – negatywnie.

2.7.3. Wyniki badań

Brouwer-Goossensen i in. (2018) przeprowadzili badania w grupie pacjentów z przemijającym atakiem niedokrwiennym (*transient ischemic attack*) lub udarem niedokrwiennym (*ischemic stroke*) dotyczące związku między poczuciem własnej skuteczności a zmianami zachowania związanymi ze zdrowiem (*health-related behaviour change*). Pokazały one, że poczucie własnej skuteczności wiązało się

ze zmianą na lepsze różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Axelsson i in. (2013) przeprowadzili badanie nad rolą poczucia własnej skuteczności jako mediatora w relacji cech osobowości i jakości życia związanej ze zdrowiem (*health-related quality of life*) w grupie osób przewlekle chorych (m.in. na astmę, niewydolność serca, nadciśnienie, zawał serca, udar mózgu, cukrzycę, depresję, reumatoidalne zapalenie stawów). Poczucie własnej skuteczności było istotnie pozytywnie związane ze zdrowiem zarówno fizycznym, jak i psychicznym. Ponadto w badaniu Pietrzyk i Lizińczyka (2015) poczucie własnej skuteczności wraz z nadzieją podstawową istotnie wyjaśniały kontrolę bólu i radzenie sobie z nim u pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej w trakcie paliatywnej chemioterapii.

Banik i in. (2018) przeprowadzili metaanalizę związków poczucia własnej skuteczności z jakością życia u osób z chorobami układu krążenia. Do analiz wykorzystano 17 badań obejmujących 18 prób spełniających następujące kryteria włączenia: (1) jakość życia związana ze zdrowiem i poczucie własnej skuteczności były mierzone w badaniach poprzecznych; (2) wyniki badań zawierały współczynniki korelacji (r -Pearsona) jakości życia związanej ze zdrowiem i poczuciem własnej skuteczności lub inne statystyki, które można przekształcić we współczynniki korelacji (np. iloraz szans; *odds ratio*); (3) badania były przeprowadzone wśród pacjentów lub osób leczonych ambulatoryjnie, u których zdiagnozowano choroby układu krążenia; (4) badania przedstawiały oryginalne wyniki i zostały opublikowane w anglojęzycznych czasopismach. Autorzy metaanalizy potwierdzili, że wyższy poziom poczucia własnej skuteczności był związany z lepszą jakością życia w grupie osób z chorobami układu krążenia. Silniejszy związek jakości życia z poczuciem własnej skuteczności uzyskano, gdy jakość życia była mierzona w sposób ogólny, a poczucie własnej skuteczności w sposób ogólny lub specyficzny (miary poczucia własnej skuteczności odnosiły się do ogólnej aktywności fizycznej, chodzenia lub ćwiczeń).

2.8. Nadzieja

2.8.1. Charakterystyka

W literaturze psychologicznej najczęściej wyróżnia się dwa rodzaje nadziei, które w polskiej literaturze określane są jako: (1) nadzieja na sukces (Snyder, 2002; Snyder i in., 1991) i (2) nadzieja podstawowa (Erikson, 2002). Nadzieja (*hope*) w rozumieniu Snydera (tłumaczona w języku polskim jako *nadzieja na sukces*; Łaguna i in., 2005) jest pozytywnym poznawczo-motywacyjnym stanem opartym

na dwóch wzajemnie powiązanych ze sobą przekonaniach. Pierwsze przekonanie określa posiadanie sprawczości (*agency*) i dotyczy możliwości odniesienia sukcesu (Snyder i in., 1991). Drugie przekonanie określa dostępność skutecznych ścieżek (*pathways*) działania i odnosi się do zdolności znajdowania czy generowania pomyslnych planów (ścieżek) realizacji danych celów (Snyder i in., 1991). W polskiej adaptacji Łaguna i in. (2005) przetłumaczyli *agency* jako przekonanie o posiadaniu silnej woli, a *pathways* jako przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań.

Drugim rodzajem nadziei wyróżnianym w literaturze jest nadzieja w ujęciu Eriksona (2002), która odnosić się ma do dwóch ogólnych przekonań na temat świata, tj. do przekonania, że świat jest (1) uporządkowany i sensowny (*order and meaning*), oraz że jest (2) przyjazny i przychylny (*positiveness*) ludziom (Trzebiński i Zięba, 2003, 2004). Ten rodzaj nadziei Trzebiński i Zięba (2003) określają jako *nadzieję podstawową* (*basic hope*) także w swoich anglojęzycznych publikacjach (Trzebiński i Zięba, 2004), wprowadzając to rozróżnienie terminologiczne w celu odróżnienia nadziei podstawowej (w ujęciu Eriksona) od nadziei w ujęciu Snydera (2002; tłumaczonej na język polski jako *nadzieja na sukces*; Łaguna i in., 2005), a także w celu odróżnienia nadziei podstawowej od potocznego wyrażania nadziei w oczekiwaniu na pomyslnie zdarzenia (por. Trzebiński i Zięba, 2003).

2.8.2. Narzędzia

Do pomiaru nadziei na sukces Snyder i in. (Snyder i in., 1997; Snyder i in., 1991) opracowali *Kwestionariusz nadziei* (*Hope Scale*). Narzędzie składa się z 12 pozycji kwestionariuszowych, wśród których osiem ma znaczenie diagnostyczne, a pozostałe cztery – znaczenie buforowe. Cztery pozycje kwestionariuszowe z puli diagnostycznych odnoszą się do przekonania o posiadaniu silnej woli (*agency*), a kolejne cztery odnoszą się do przekonania o umiejętności znajdowania rozwiązań (*pathways*). W kolejnej wersji narzędzia (Snyder i in., 1997) dokonano zmiany skali odpowiedzi z czterostopniowej na ośmiostopniową. *Kwestionariusz nadziei* z ośmiostopniową skalą odpowiedzi został zaadaptowany do warunków polskich przez Łagunę i in. (2005) z nazwą przetłumaczoną zgodnie z powyższymi wyjaśnieniami jako *Kwestionariusz nadziei na sukces*. Snyder i in. (1997) opracowali także skalę do pomiaru nadziei u dzieci (*Children's Hope Scale*), która składa się z sześciu pozycji kwestionariuszowych. Trzy pozycje dotyczą przekonań o posiadaniu silnej woli, a następne trzy – przekonań o umiejętności znajdowania rozwiązań. W przypadku kwestionariusza dla dzieci została zastosowana sześciostopniowa skala odpowiedzi (Snyder i in., 1997).

Do pomiaru nadziei podstawowej Trzebiński i Zięba (2003) opracowali *Kwestionariusz nadziei podstawowej* (*Basic Hope Inventory* [BHI-12]; Trzebiński i Zięba, 2004). Narzędzie składa się z 12 pozycji kwestionariuszowych, z czego dziewięć to pozycje diagnostyczne, a trzy – buforowe. Na podstawie analizy czynnikowej wyodrębniono dwa czynniki: (1) przychyłność świata oraz (2) porządek i sensowność świata. Wysoki wynik uzyskany w kwestionariuszu świadczy o wysokim poziomie nadziei podstawowej, a więc o przekonaniu, że świat jest uporządkowany i sensowny oraz ogólnie przychylny ludziom (Trzebiński i Zięba, 2003, 2004).

2.8.3. Wyniki badań

Trzebiński (2001, za: Trzebiński i Zięba, 2003) przeprowadził badanie, w którym dokonał pomiaru somatycznych objawów napięcia lękowego (m.in. bólu głowy, trudności z zasypianiem, braku apetytu) oraz nadziei podstawowej. Wyniki wykazały, że nadzieja podstawowa istotnie ujemnie wiązała się z nasileniem objawów somatycznych napięcia lękowego. Kelsey i in. (2011) przeprowadzili badanie nad powiązaniem nadziei, indeksem masy ciała (BMI) i zdrowiem wśród kobiet uczestniczących w projekcie HOPE Works (*Health, Opportunities, Partnerships, and Empowerment Works*). Badani oceniali własne zdrowie na skali jako: doskonałe, bardzo dobre, dobre, zadowalające lub złe. Nadzieja na sukces okazała się istotnie pozytywnie związana z oceną zdrowia, a także była istotnie negatywnie związana z BMI. Kobiety, które ujawniły wyższe wyniki w zakresie nadziei na sukces miały lepszą samoocenę zdrowia, a kobiety, które deklarowały niższe wyniki w zakresie nadziei posiadały wyższą wagę ciała.

Jafari i in. (2010) przeprowadzili badanie w grupie pacjentów z nowotworem nad związkami nadziei na sukces z duchowym dobrostanem i satysfakcją z życia. Wyniki wykazały, że nadzieja istotnie pozytywnie korelowała z satysfakcją z życia oraz z duchowym dobrostanem. Ponadto w modelu regresji nadzieja i duchowy dobrostan były istotnymi predyktorami satysfakcji z życia i wyjaśniały 40% zmienności tej zmiennej. Nadzieję i duchowy dobrostan można zatem uznać za znaczące czynniki w radzeniu sobie z chorobą nowotworową i utrzymaniu zadowolenia z życia. Shen i in. (2020) przeprowadzili badania nad jakością życia i rolą nadziei, poczucia własnej skuteczności i wsparcia społecznego wśród chińskich pacjentek z nowotworem piersi. Wszystkie te zmienne wyjaśniały 56,2% zmienności jakości życia u pacjentek. Nadzieja stanowi zatem jeden z kilku istotnych czynników, który wzmacnia jakość życia u pacjentek z nowotworem piersi. Pietrzyk i Lizińczyk (2015) przeprowadzili badanie nad związkiem nadziei

podstawowej z poczuciem własnej skuteczności, kontrolą bólu i radzeniem sobie z bólem u pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej w trakcie paliatywnej chemioterapii. Nadzieja podstawowa i poczucie własnej skuteczności istotnie wyjaśniały kontrolę bólu i radzenie sobie z nim u pacjentów, co oznaczało, że silniejsza nadzieja podstawowa i poczucie własnej skuteczności były pozytywnie związane z silniejszą kontrolą bólu i lepszym radzeniem sobie z nim w większości stosowanych strategii.

2.9. Poczucie koherencji

2.9.1. Charakterystyka

Poczucie koherencji jest głównym konstruktem w salutogenetycznym podejściu do zdrowia Antonovsky'ego (2005). Model salutogenezy skupia się na czynnikach wspierających utrzymanie zdrowia, a nie na leczeniu choroby. Poczucie koherencji jest definiowane jako globalna orientacja człowieka określająca stopień, w jakim ma on dominujące, trwałe (choć dynamiczne) poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (Antonovsky, 2005). Te trzy wyróżnione elementy zostały określone kolejno jako: (1) poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*), (2) poczucie zaradności – sterowalności (*manageability*), (3) poczucie sensowności (*meaningfulness*). W tym ujęciu nie ulega wątpliwości, że aby skutecznie radzić sobie z wymaganiami stawianymi przez otoczenie, potrzebne jest silne poczucie koherencji. Nie jest ono tarczą ochronną przed doświadczaniem trudnych i negatywnych wydarzeń, ale może jednak pomóc w skonfrontowaniu się z tym doświadczeniem i podjęciu prób poradzenia sobie z nim (por. Antonovsky, 2005).

2.9.2. Narzędzia

Do pomiaru poczucia koherencji Antonovsky (1993, 2005) opracował *Kwestionariusz orientacji życiowej* (*Sense of Coherence Scale* [SOC-29]). Narzędzie składa się z 29 pozycji. Na podstawie uzyskanych wyników można określić wynik ogólny poczucia koherencji oraz poziom jego trzech składowych: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności. W literaturze sugeruje się jednak uwzględnienie wyłącznie ogólnego wyniku, ponieważ analizy czynnikowe nie potwierdziły wyodrębnienia trzech składowych poczucia

koherencji jako niezależnych aspektów (Zwoliński, 2000). Dostępna jest także 13-stwierdzeniowa wersja narzędzia, choć jej właściwości psychometryczne okazały się słabsze od wersji 29-stwierdzeniowej (Antonovsky, 1993). Narzędzia zostały zaadaptowane do warunków polskich (Koniarek i in., 1993; Zwoliński i in., 2001, za: Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Warto dodać, że ostatnio Bachem i Maercker (2018) zaproponowali nową konceptualizację i kwestionariusz do pomiaru poczucia koherencji. Narzędzie to składa się z 13 pozycji kwestionariuszowych i w tym wypadku analiza czynnikowa potwierdziła strukturę trzech składowych poczucia koherencji. W literaturze sugerowana jest jednak także dwuskładowa struktura poczucia koherencji mierzonego za pomocą 13-stwierdzeniowej wersji kwestionariusza, wynikająca z często uzyskiwanego silnego związku poczucia zrozumiałości z poczuciem zaradności (Grevenstein i in., 2016).

2.9.3. Wyniki badań

Geulayov i in. (2015) przeprowadzili 22-letnie badania longitudinalne nad poczuciem koherencji w grupie mężczyzn z nietolerancją glukozy, otyłością i nadciśnieniem tętniczym. Przy kontrolowaniu wskaźników socjodemograficznych (wiek, stan cywilny, pochodzenie, status socjoekonomiczny i zawodowy, liczba pokoi w gospodarstwie domowym, wyznanie), palenia papierosów i zachorowalności (m.in. na chorobę wieńcową, cukrzycę, nowotwór, nadciśnienie tętnicze) uzyskano silny związek między poczuciem koherencji a ogólną śmiertelnością w ciągu 22 lat. Wysoki poziom poczucia koherencji wiązał się z 34-procentowym zmniejszeniem śmiertelności. Surtees i in. (2003) zrealizowali prospektywne badanie nad powiązaniami poczucia koherencji z ryzykiem śmiertelności w wyniku choroby. Silne poczucie koherencji wiązało się z 30-procentowym zmniejszeniem ogólnej śmiertelności na różne choroby przewlekłe, w tym również choroby układu krążenia i nowotwory. Uzyskany związek był podobny dla obu płci, poza brakiem związku poczucia koherencji ze śmiertelnością w wyniku nowotworu u kobiet. Eriksson i Lindström (2006) dokonali syntezy empirycznych doniesień dotyczących poczucia koherencji i jego powiązań ze zdrowiem fizycznym i psychicznym. W analizach uwzględnili 458 badań naukowych z lat 1992–2003 i 13 prac doktorskich. Poczucie koherencji było silnie powiązane z postrzeganym zdrowiem, a w szczególności ze zdrowiem psychicznym. Eriksson i Lindström (2006) zaznaczają, że poczucie koherencji może różnie oddziaływać na różne aspekty zdrowia, przy czym jest silniej związane ze zdrowiem psychicznym niż ze zdrowiem fizycznym (Eriksson i Lindström, 2006).

Poczucie koherencji okazuje się być istotne dla zachowania zdrowia czy powrotu do zdrowia, ale ma także znaczenie dla utrzymania dobrostanu w trakcie choroby. Krok i Kleszczewska-Albińska (2019) przeprowadzili badanie w grupie pacjentów z chorobą wieńcową, poddawanych interwencjom medycznym na oddziale kardiologii, w którym uzyskali znaczące zależności pomiędzy poczuciem koherencji a psychologicznym dobrostanem, przy czym poczucie własnej skuteczności było istotnym mediatorem w relacji poczucia koherencji i psychologicznego dobrostanu. Z kolei badania von Humboldt i in. (2015), dotyczące predyktorów subiektywnego dobrostanu zostały przeprowadzone w grupie 1258 osób starszych. Dokonano pomiaru charakterystyk związanych ze zdrowiem (czas wolny, aktywność fizyczna, ostatnie choroby, postrzegane zdrowie, leki), poczucia koherencji, subiektywnego dobrostanu, stylu życia i czynników socjodemograficznych (wiek, płeć, stan cywilny, gospodarstwo domowe, status zawodowy, poziom wykształcenia, wsparcie społeczne, warunki życia). Poczucie koherencji było jednym z istotnych predyktorów subiektywnego dobrostanu (razem z innymi czynnikami wyjaśniały aż 83% jego zmienności).

2.10. Poczucie sensu życia – postawy życiowe

2.10.1. Charakterystyka

W literaturze można spotkać się z różnym rozumieniem sensu życia. Klamut (2010) przedstawia różne sposoby opisywania sensu życia: (1) sens wewnętrzny „definitywny”, związany z percepcją, a następnie z subiektywnym wartościowaniem wydarzeń życiowych i obiektów (Reker i Chamberlain, 2000, za: Klamut, 2010); (2) sens egzystencjalny związany z całym życiem, a więc nadawany własnemu życiu dzięki realizowaniu ważnych dla siebie celów i wydarzeń życiowych (Reker i Chamberlain, 2000, za: Klamut, 2010); (3) sens ontologiczny związany z rozumieniem życia jako życia, czyli odrębnego zjawiska, które posiada każda istota żywa; (4) sens psychologiczny związany z indywidualnym doświadczaniem i przeżywaniem życia (Frankl, 1984; Klamut, 2010; Popielski, 1993). Jednym z częściej wykorzystywanych ujęć sensu życia jest propozycja Frankla, który w swoim modelu wyróżnia trzy poziomy funkcjonowania człowieka – biologiczny (podstawowe funkcje biologiczne), psychologiczny (potrzeby, dążenia, uczucia, relacje) i duchowy (poznawcze i etyczne odniesienia, cele i plany życiowe; za: Klamut, 2010). W takim rozróżnieniu poczucie sensu życia jest charakterystyczne dla poziomu duchowego.

Z innego punktu widzenia Klamut (2010) przedstawia ujęcie sensu życia z dwóch perspektyw: funkcjonalnej i strukturalnej. Perspektywa funkcjonalna sensu życia obejmuje kategorię potrzeby, czyli potrzebę sensu życia jako siłę napędową do podejmowania aktywności przez człowieka oraz kategorię poczucia (poczucie sensu), czyli doświadczenia sensu dzięki realizowanym celom i przyjętym wartościom (Frankl, 1984). Perspektywa strukturalna została zrealizowana w postaci modelu sensu życia Reker i Wonga (1988), który uwzględnia trzy komponenty: poznawczy, motywacyjny i emocjonalny. Doświadczenie sensu życia, zgodnie z modelem Reker i Wonga (1988), jest możliwe poprzez (1) wartościowanie życiowych doświadczeń dzięki własnym przekonaniom i doświadczeniom; (2) podejmowanie aktywności w celu realizacji postawionych celów; (3) emocje związane z realizacją celów. Na podstawie tak ujętego sensu życia – jako odniesienia do własnego życia przez pryzmat myśli, emocji i zachowań – Reker (1992, za: Klamut, 2010) wyróżnił sześć podstawowych postaw życiowych, które były podstawą opracowanego narzędzia pomiaru: (1) celowość – posiadanie celów w życiu, (2) spójność wewnętrzna – poczucie tożsamości, rozumienie własnego świata, (3) akceptacja śmierci – zrozumienie przemijania ludzkiego życia, (4) pustka egzystencjalna – brak sensu życia, (np. rezygnacja, ucieczka od życia), (5) kontrola życia – wolność i odpowiedzialność, (6) poszukiwanie celów – samorozwój.

2.10.2. Narzędzia

Do pomiaru sensu życia oraz motywacji do poszukiwania sensu życia i celu Reker i Peacock (1981) opracowali *Kwestionariusz postaw życiowych* (*Life Attitude Profile* [LAP]). Narzędzie początkowo składało się z 56 pozycji kwestionariuszowych, które tworzyły siedem skal: (1) cele życiowe, (2) woła sensu, (3) sens przyszłości, (4) akceptacja śmierci, (5) pustka egzystencjalna, (6) kontrola życia, (7) poszukiwanie celów. Ze względu na różne interkorelacje i problemy w potwierdzeniu trafności teoretycznej, Reker (1992, za: Klamut, 2010) dokonał rewizji narzędzia, które odtąd składało się z 48 pozycji kwestionariuszowych tworzących sześć skal prostych i dwie skale złożone. Skale proste to: (1) cel – posiadanie celów życiowych czy misji w życiu oraz poczucie ukierunkowania z przeszłości w przyszłość, (2) spójność wewnętrzna – logicznie zintegrowane oraz spójne analitycznie i intuicyjnie rozumienie siebie, innych i życia w ogólności, (3) akceptacja śmierci – brak lęku wobec śmierci i akceptacja śmierci jako naturalnego aspektu życia, (4) pustka egzystencjalna – poziom niedostatku sensu w życiu, brak celów i ukierunkowania w życiu, (5) kontrola życia – poziom spostrzegania

wolności do podejmowania wszelkich życiowych decyzji, przyjmowania osobowej odpowiedzialności oraz wewnętrznej kontroli zdarzeń życiowych, (6) poszukiwanie celów – pragnienie wyjścia z rutyny życia, odrzucenia schematów życiowych, poszukiwania nowych i zróżnicowanych doświadczeń. Skale złożone to: (1) wskaźnik osobowego sensu (na podstawie skal celu i spójności wewnętrznej), (2) ogólny wskaźnik równowagi postaw życiowych (na podstawie wszystkich skal prostych). Narzędzie zostało zaadaptowane do warunków polskich przez Klamuta (2010), który odtworzył strukturę narzędzia, zachowując sześć skal prostych i dwie skale złożone.

Do pomiaru poczucia sensu życia jest także wykorzystywana *Skala sensu życia* (*Purpose in Life Test* [PIL]) Crumbaugh i Maholicka (1964), która została zaadaptowana do warunków polskich przez Płużek (Popielski, 1987). Narzędzie składa się z trzech części: (1) część A zawiera 20 pozycji kwestionariuszowych z siedmiostopniową skalą odpowiedzi z krańcami opisanymi w różny sposób dla poszczególnych pozycji, np. *Zazwyczaj jestem: 1 – zupełnie rozbity(a); 7 – pełen(a) życia i entuzjazmu; W życiu: 1 – nie mam żadnych celów i do niczego nie dążę; 7 – mam bardzo wyraźne cele i dążenia*; (2) część B zawiera 13 zdań niedokończonych dotyczących poczucia sensu życia oraz (3) część C zawiera jedną wypowiedź otwartą dotyczącą celów życiowych, ambicji, nadziei, planów na przyszłość, źródeł sensu (w przeszłości) i motywacji (w przyszłości; zob. Davies i in., 2014; Życińska i Januszek, 2011). Ze względu na to, że tylko część A stanowi charakter ilościowy, jest ona najczęściej wykorzystywana w badaniach, podczas gdy części B i C stanowią charakter jakościowy i mogą stanowić wsparcie w procesie terapeutycznym (Davies i in., 2014; Życińska i Januszek, 2011). W literaturze dostępna jest także *Skala poszukiwania celów noetycznych* (*Seeking of Noetic Goals Test* [SONG]) Crumbaugh (1977), która służy już nie tyle do pomiaru poczucia sensu w życiu, ale do pomiaru siły motywacji, aby to poczucie sensu w życiu znaleźć. Skalę tworzy 20 pozycji, w której zastosowano siedmiostopniową skalę odpowiedzi. Ponadto Popielski (1993) przedstawił inne narzędzia pomiaru poczucia sensu życia, np. 100-stwierdzeniowy *Test Noo-dynamiki* służący do pomiaru doznań, doświadczeń, dążeń i odniesień ludzkiej egzystencji w kontekście noetycznego wymiaru osobowości, *Listę Noo-psychosomatyki* uwzględniającą 52 skargi dotyczące fizycznych, psychicznych i noetycznych wymiarów egzystencji czy *Skalę preferencji wartości* służącą do określenia hierarchii wartości spośród możliwych 21 wartości.

2.10.3. Wyniki badań

W badaniu Krause'a (2009) sprawdzano powiązania sensu życia ze śmiertelnością w starszym wieku (powyżej 65 lat). Przeprowadzono badania longitudinalne z sześcioma pomiarami (od 1992 do 2007). Krause (2009) wykazał w nich, że osoby badane o silnym poczuciu sensu życia rzadziej umierały w trakcie okresu obserwacji niż osoby, których nie cechowało silne poczucie sensu życia. Ponadto badani, którzy mieli silne poczucie sensu życia, oceniali swoje zdrowie fizyczne bardziej korzystnie i byli zwykle w lepszej kondycji fizycznej (niższy poziom ograniczeń w funkcjonowaniu). Zdrowie fizyczne okazało się istotnym mediatorem w relacji sensu życia ze śmiertelnością w trakcie obserwacji (po uwzględnieniu zdrowia fizycznego w modelu sens życia przestał być istotnie związany ze śmiertelnością, ale nadal był związany ze zdrowiem). Krok i Telka (2018) w badaniu nad posiadanym i poszukiwanym sensem życia oraz ich związkami z postrzeganiem choroby, prowadzonym w grupie pacjentów z nowotworem przewodu pokarmowego, wykazali, że posiadanie sensu życia było negatywnie związane z postrzeganiem choroby jako przeszkodę/stratę (choroba jest postrzegana w kontekście trudności i kosztów dotyczących aktualnego funkcjonowania) i krzywdę (choroba jest losowym wydarzeniem życiowym, które jest niesprawiedliwe i szkodliwe), a pozytywnie związane z postrzeganiem choroby jako zysku (posiadanie korzyści wynikających z choroby), wyzwania (stopień postrzegania choroby jako sytuacji trudnej, z którą należy walczyć) czy wartości (choroba jest traktowana jako coś wartościowego i pożytecznego; Krok i Telka, 2018).

2.11. W kierunku syntezy zasobów zdrowia

Powyżej przedstawiono szereg konstruktów osobowościowych, funkcjonujących w literaturze jako zasoby zdrowia. Omówiono dziesięć uznanych za najważniejsze konstruktów z tego obszaru, jednak w literaturze można znaleźć wiele innych, mniej znanych, co jeszcze bardziej skłania do postawienia pytania o relacje między nimi. Pytanie to nie jest nowe; na przykład Marshall i in. (1994) wskazywali, że mało uwagi poświęca się syntezie wielu konstruktów osobowościowych, mogących wyjaśniać różnice w zdrowiu somatycznym. Niniejsza praca w kolejnych rozdziałach w systematyczny sposób podejmuje ten wątek.

ROZDZIAŁ 3

Relacje pomiędzy
czynnikami ryzyka
chorób somatycznych
i zasobami zdrowia
oraz ich
osobowościowy kontekst

3.1. Wzajemne relacje między czynnikami ryzyka chorób somatycznych oraz zasobami zdrowia

Relacje między poszczególnymi osobowościowymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych (wzory zachowania A, C, D) są niejednoznaczne i problematyczne. Jak już wspomniano, były one wprowadzane do literatury jako kolejne szczegółowe propozycje konstruktów wyjaśniających występowanie różnych chorób somatycznych. Nie powstały one zatem w ramach żadnej spójnej koncepcji, w związku z czym nie tworzą spójnego katalogu czynników, w ramach którego byłyby systematycznie wyróżnione z uwzględnieniem precyzyjnie ujętych podobieństw, różnic i wzajemnych relacji. Poniżej zostaną wskazane główne problemy wynikające z takiej sytuacji.

Wśród przedstawionych wzorów zachowania, dwa wprowadzone do literatury jako pierwsze, czyli wzór A i wzór B zachowania, były traktowane jako przeciwieństwo. Podczas realizowanych badań i klasyfikowania określonych zachowań do wzoru A, zidentyfikowano również grupę zachowań przeciwnych, które przypisano do wzoru B (Haze, 2017; Koradia i Mathur, 2017; Mahajan i Rastogi, 2011; Rosenman i Friedman, 1959; Tylka, 1999). Efekt takiej klasyfikacji wzbudza jednak wątpliwości. Po pierwsze, obserwowane zachowania wzoru B (zob. tabela 1 w rozdziale 1 – *Wzory zachowania A, C, D jako osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych*) świadczą raczej o monotonii i powolności (jako przeciwieństwach zachowań wzoru A) niż o żywoci i energii, które powinny charakteryzować osobowość zdrową (por. Bleidorn i in., 2020; Haze, 2017), a więc taką, którą wzór B zachowania miałby opisywać. Po drugie, wzór B zachowania, rozumiany jako osobowość zdrowa, powinien stanowić przeciwieństwo nie tylko wzoru A, ale również innych wzorów opisujących podatność na choroby somatyczne, a zatem także wzorów zachowania C i D.

Dodatkowo sprawę komplikuje fakt, że również wzór C zachowania bywa uważany za przeciwieństwo wzoru A (Dolińska-Zygmunt, 2001b; Lehto i in., 2006). W zakresie charakterystyki wzoru A zachowania wskazuje się brak kontroli ekspresji emocji, agresywność i wrogość (Jenkins i in., 1974; Rosenman, 1986; Šmigelskas, 2017) jako przeciwieństwo wzoru C, obejmującego tendencję do unikania negatywnych emocji związanych z innymi ludźmi oraz dużą kontrolę i małą ekspresję gniewu (Dolińska-Zygmunt, 2001b; Lehto i in., 2006; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Relacje między wzorem A i D też są dość problematyczne. Dzięki charakterystykom i prowadzonym badaniom można zauważyć związek tych wzorów z próbą wyjaśniania podatności na choroby sercowe (Saleem i in., 2016). Pomimo różnic między wzorem A i D, można odnotować także pewne podobieństwa między nimi w kontekście występowania emocji gniewu i wrogości, podatności na stres, a także oporu przed wsparciem społecznym. Zatem osoby wykazujące wzór A (1) doświadczają silnych emocji gniewu oraz wrogości i przejawiają je na zewnątrz; (2) są bardziej podatne na stres ze względu na stawiane sobie cele i ciągle dążenie do osiągnięć (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Rosenman i Friedman, 1959; Šmigelskas, 2017). Natomiast osoby wykazujące wzór D (1) świadomie powstrzymują się przed ekspresją emocji gniewu i wrogości, które – choć mogą być równie silne, jak we wzorze A zachowania – nie są ujawniane w obecności innych osób; (2) są podatne na stres, ale jego źródło jest inne – pochodzi on raczej z obawy przed kontaktami z innymi ludźmi (Denollet, 2005; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Willison, 2017). Niektóre wskaźniki charakteryzujące wzory A i D są więc podobne, ale ich psychologiczne mechanizmy zupełnie różne, a zarazem oba wzorce mają być związane z chorobami serca.

Podobnie zniuansowane różnice występują między wzorami zachowania C i D. W tym zestawieniu kluczowa jest skłonność do nieujawniania emocji. Dla wzoru C zachowania charakterystyczna jest ich represja, co wiąże się z niską świadomością przeżywanych emocji, natomiast dla wzoru D zachowania charakterystyczne jest świadome powstrzymywanie się od wyrażania – jednak świadomie odczuwanych – emocji z obawy przed dezaprobatą i odrzuceniem (Lehto i in., 2006; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Willison, 2017). Obserwowalny efekt obu tych procesów jest dość zbliżony, choć mechanizmy psychologiczne zupełnie różne.

Okazuje się, że w przypadku zasobów zdrowia można zaobserwować podobne problemy do występujących między osobowościowymi czynnikami ryzyka. W literaturze opisywanych jest wiele różnych zasobów zdrowia, których charakterystyki częściowo się ze sobą pokrywają, mimo że powstały w ramach różnych ujęć teoretycznych. Występują także różne operacjonalizacje tych samych lub podobnych konstruktów. W literaturze zwraca się uwagę na ten fakt i sugeruje konieczność ich spójnej organizacji w ramach jednego modelu (np. Tweed i in., 2021).

Nie ma wątpliwości, że zasoby zdrowia są ze sobą powiązane. Są to konstrukty dotyczące pozytywnych aspektów życia lub oczekiwania tych pozytywów. Pierwszym przykładem – już zweryfikowanym empirycznie – jest powiązanie

ze sobą optymizmu, samooceny i satysfakcji z życia. Te zmienne wykazywały silne interkorelacje, czego efektem było wyróżnienie czynnika wyższego rzędu – orientacji pozytywnej (Caprara, 2009; Łaguna i in., 2011). Ale takich powiązań jest wiele między omówionymi powyżej konstruktami.

Analizując definicję nadziei na sukces oraz dyspozycyjnego optymizmu – można dostrzec podobieństwo w oczekiwaniu pozytywnych zdarzeń czy realizacji celów. Są wprawdzie różnice między tymi konstruktami, ale nie wydają się one kluczowe dla ich istoty. W szczególności tym, co te konstrukty różni, jest rodzaj sytuacji, której dotyczy oczekiwanie pozytywnych zdarzeń. Nadzieja na sukces polega na konkretnych oczekiwaniach w sytuacjach kontrolowanych, a optymizm – na konkretnych oczekiwaniach w sytuacjach niekontrolowanych (Shanahan i in., 2020). Niemniej jednak konstrukty te są teoretycznie dość bliskie.

Kolejnym zasobem sprzyjającym zdrowiu, powiązanych z innymi, jest poczucie koherencji, pozytywnie związane z satysfakcją z życia, optymizmem, samooceną, pozytywnym afektem i dobrostanem (Krok, 2015; Pallant i Lae, 2002). Konstruktem zbliżonym do poczucia koherencji, który odnosi się do rozumienia świata, znaczenia własnego życia i celowości własnych działań, jest poczucie sensu życia, wiążące się z satysfakcją z życia, szczęściem i pozytywnym afektem (Park i in., 2010) oraz z optymizmem (Kealy i in., 2020). Uwagę zwraca również podobieństwo poczucia koherencji do nadziei podstawowej. Konstrukty te już w samej definicji odnoszą się do postrzegania świata jako uporządkowanego i sensownego. Inną parą podobnych konstruktów jest poczucie własnej skuteczności oraz nadzieja na sukces (poza wspomnianym wcześniej optymizmem), które dotyczą spełnienia zamierzonych celów. Daleko idące podobieństwa pomiędzy powyżej omawianymi zasobami zdrowia identyfikowane są też empirycznie. Oto w longitudinalnym badaniu trwającym 10 lat (w okresie przechodzenia z okresu dojrzewania do wczesnej dorosłości) orientacja pozytywna dość dobrze przewidywała późniejszą prężność ego (Miloni i in., 2016).

Zasoby zdrowia są zatem powiązane ze sobą nie tylko ze względu na ich znaczenie dla zdrowia, co przedstawiono w rozdziale 2 – *Wzór B zachowania i inne konstrukty opisujące zasoby zdrowia*, ale także z uwagi na podobieństwo treściowe. Niemniej konstrukty te różnie rozkładają akcenty i w odmienny sposób ujmują poszczególne aspekty życia człowieka nie tylko w kontekście zdrowia, ale także ogólnego funkcjonowania psychologicznego. Różnice w zakresie teoretycznym wyróżnionych konstruktów oraz wzajemne powiązania między nimi mogą też sugerować ich hierarchiczną strukturę. Przez analogię do konstruktu orientacji

pozytywnej, która była wynikiem wysokich korelacji optymizmu, samooceny i satysfakcji z życia (np. Alessandri, Caprara i in., 2012; Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Trommsdorff i in., 2012) można wnioskować, że w przypadku zasobów zdrowia także będzie możliwe wyodrębnienie bardziej ogólnych czynników, co zostanie zweryfikowane w części empirycznej pracy.

W literaturze pojawiają się pewne propozycje uporządkowania wzajemnych relacji między wzorami zachowania a zasobami zdrowia w jednym modelu, zwykle wykorzystujące FFT McCrae i Costy (2003). Takie pierwsze próby porządkowania wzorów zachowania i zasobów zdrowia w tym kontekście zostaną omówione poniżej.

3.2. Cechy osobowości jako kontekst czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów zdrowia – pierwsze próby porządkowania relacji

3.2.1. Kontekst struktury osobowości

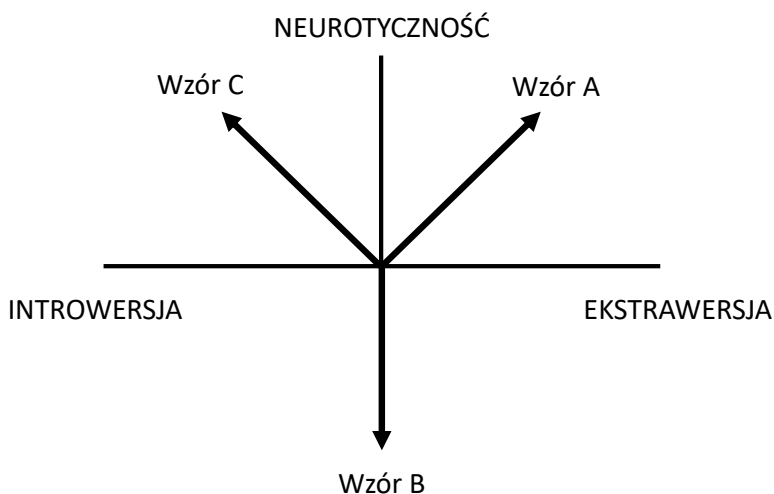
Próby porządkowania relacji między osobowościowymi czynnikami ryzyka a zasobami zdrowia przeprowadzone z perspektywy osobowościowej powinny odbywać się w układzie odniesienia szerszego ujęcia osobowości. Takim dogodnym ujęciem może być właśnie FFT McCrae i Costy (2003), zgodnie z którym na osobowość składają się trzy warstwy: (1) podstawowe tendencje (*basic tendencies*), (2) charakterystyczne przystosowania (*characteristic adaptations*) oraz (3) obraz siebie (*self-concept*). Podstawowe tendencje to pięć podstawowych cech osobowości, do których należą: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość/intelekt, ugodowość, sumienność (John i Srivastava, 1999; McCrae i Costa Jr, 2003). Charakterystyczne przystosowania zawierają wzorce w zakresie myślenia, uczuć i zachowania, ukształtowane na bazie podstawowych tendencji, ale już w konkretnym kontekście, w jakim człowiek rozwija się i żyje. W tym obszarze osobowości mogą też znajdować się osobowościowe czynniki ryzyka i zasoby zdrowia.

3.2.2. Pierwsze modele relacji między cechami osobowości a czynnikami ryzyka chorób somatycznych i zasobami zdrowia

Pierwszą próbą systematycznego opisu relacji między wzorami zachowania a cechami osobowości jest propozycja Eysencka (1991). Wzory zachowania A, B i C zostały w niej systematycznie powiązane z cechami neurotyczności i ekstrawersji, co zostało przedstawione na rysunku 1.

Rysunek 1

Hipotetyczne relacje pomiędzy wzorami A, B, C oraz cechami ekstrawersji i neurotyczności (na podstawie Eysenck, 1991)



Eysenck (1991) założył, że osobowość skłonna do choroby wieńcowej (wzór A zachowania) jest związana z neurotycznością i ekstrawersją, osobowość skłonna do nowotworów (wzór C zachowania) – z neurotycznością i introwersją, a osobowość predestynująca do zdrowia somatycznego (wzór B zachowania) jest opisywana przez wysoką stabilność emocjonalną (niską neurotyczność) oraz średni wynik na wymiarze ekstrawersja-introwersja (zależności te zaprezentowano na rysunku 1). Eysenck (1991) używał określenia *typ osobowości*, ale w niniejszej pracy konsekwentnie jest używany termin *wzór zachowania* (zgodnie z wyjaśnieniami na temat używanych pojęć w podrozdziale 1.1. *Terminologia* w rozdziale 1 – *Wzory zachowania A, C, D jako osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych*).

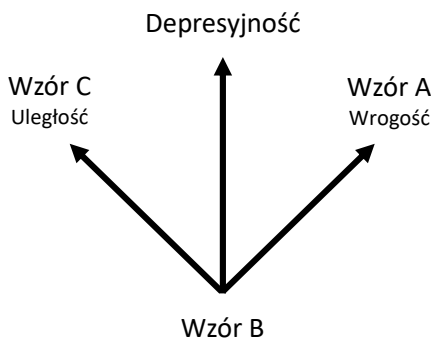
Mimo teoretycznej elegancji propozycji Eysencka (1991), uzyskiwane wyniki badań nie zawsze potwierdzały zaproponowany przez niego model, a czasem nawet zaprzeczały przedstawionym na grafie hipotetycznym relacjom. Za przykład można podać jedno z pierwszych badań Eysencka podjęte we współpracy z Kissenem (1962), w których występowanie nowotworu było związane z niskim poziomem neurotyczności w grupie mężczyzn z nowotworem płuc, podczas gdy zaprezentowany na rysunku 1 układ sugeruje wysoką neurotyczność. Eysenck (1985) omawiał także badania, w których to raczej niski poziom neurotyczności (np. Morris i in., 1981) lub wysoki poziom ekstrawersji (czyli dokładnie odwrotnie

niż wynikałoby to z rysunku 1) były istotnie związane z występowaniem choroby nowotworowej (np. Coppen i Metcalfe, 1963; Hagnell, 1966). Związek niskiej neurotyczności z nowotworem próbowano tłumaczyć możliwą represją emocji, która może występować przy niskiej neurotyczności (Eysenck, 1991). Natomiast negatywny związek introwersji z nowotworem Eysenck (1985) wyjaśniał silniejszym układem immunologicznym u osób introwertycznych.

Drugą propozycją systematycznego ułożenia w strukturze osobowości wzorów zachowania jako osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych (nowotworu płuca i zawału serca) jest model zaproponowany przez Zawadzkiego (Zawadzki, 2001; Zawadzki i Radzikowska, 2006). Model ten opiera się na propozycji Eysencka (1991), przedstawionej na rysunku 1, ale zawiera istotne nowe elementy. Zawadzki (2001) – zgodnie z prezentacją na rysunku 2 – założył, że głównym i wspólnym osobowościowym czynnikiem ryzyka nowotworu płuca i zawału serca jest depresyjność, natomiast (1) specyficznym czynnikiem ryzyka zawału serca (Zawadzki, 2001) lub choroby wieńcowej (Zawadzki i Radzikowska, 2006) jest wrogość – składowa wzoru A zachowania, podczas gdy (2) specyficznym czynnikiem ryzyka nowotworu płuca jest uległość – składowa wzoru C zachowania. Wymienione osobowościowe czynniki ryzyka chorób są w opozycji do osobowości niezwiązanej z chorobami – wzoru B zachowania. Zawadzki (2001; Zawadzki i Radzikowska, 2006) używa terminu *typ osobowości*, a na określenie wzoru B zachowania stosuje określenie *zdrowa osobowość*. Ponieważ w niniejszej pracy stosowane jest wyłącznie określenie *wzór zachowania*, rysunek 2 został zmodyfikowany zgodnie z przyjętą terminologią.

Rysunek 2

Hipotetyczny model osobowościowych czynników ryzyka nowotworu płuca i zawału serca/choroby wieńcowej (na podstawie Zawadzki, 2001; Zawadzki i Radzikowska, 2006)



Zawadzki i Radzikowska (2006) podjęli próbę weryfikacji osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych. Opracowali *Inwentarz wzorów osobowości*, który uwzględniał trzy skale odpowiadające czynnikom ryzyka: depresyjność, wrogość i uległość. Badania zostały przeprowadzone w grupie podstawowej oraz – w celu weryfikacji wewnętrznej struktury narzędzia – w grupie dodatkowej. Wyniki w obu grupach w nieco inny sposób przedstawiały uzyskane zależności. Uwzględniając całą próbę okazało się, że (1) depresyjność istotnie różnicowała grupę osób chorych i zdrowych, niezależnie od specyfiki choroby i nie różnicowała dwóch grup osób chorych; (2) wrogość różnicowała osoby z chorobą wieńcową i osoby zdrowe, osoby z nowotworem płuc i osoby zdrowe oraz nie różnicowała dwóch grup osób chorych; (3) uległość różnicowała grupę osób z nowotworem płuc i osób zdrowych, dwie grupy osób chorych oraz osoby z chorobą wieńcową i osoby zdrowe. Wprawdzie uzyskane wyniki nie potwierdziły w całości zaproponowanego teoretycznego modelu zależności oraz mocy predykcyjnej uległości i wrogości dla objawów kardiologicznych i onkologicznych, niemniej propozycja ta jest istotnym krokiem w próbach ułożenia wzorów zachowania w szerszym kontekście osobowościowym i zawiera wiele cennych sugestii i obserwacji.

Poszukując źródeł osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych, Zawadzki (2001) zidentyfikował również temperament jako ich możliwe źródło. Na podstawie przeprowadzonych badań wykazał, że reaktywność emocjonalna z Regulacyjnej Teorii Temperamentu Strelaua (2006) może warunkować depresyjność (wspólny czynnik dla nowotworu płuca i zawału serca), a aktywność z tej samej teorii temperamentu może odpowiadać za czynniki specyficzne chorób, czyli wrogość (wysoka aktywność) i uległość (niska aktywność). Zawadzki (2001) podkreślił, że bezpośrednimi czynnikami ryzyka chorób somatycznych są depresyjność, wrogość, uległość, natomiast temperament może oddziaływać pośrednio na chorobę dzięki kształtowaniu tych właściwości.

3.2.3. Empiryczne relacje czynników ryzyka z cechami osobowości

Oprócz omówionych powyżej propozycji, w literaturze znajduje się wiele wyników badań empirycznych dotyczących związków wzorów zachowania z cechami osobowości wyróżnionymi w FFM (Goldberg, 1999; McCrae i Costa Jr, 2003), zwanym też modelem Wielkiej Piątki, opisującym podstawowe dyspozycje wyróżnione w FFT (McCrae i Costa Jr, 2003). Wyniki te układają się w dość spójny obraz zależności.

W zakresie eksploracji związków wzoru A z cechami osobowości w badaniach Hicksa i Mehty (2018) wykorzystano narzędzie do pomiaru osobowości z zasobów

IPIP (*International Personality Item Pool*; Goldberg, 1999) zawierające 20 pozycji kwestionariuszowych, natomiast do pomiaru wzoru A zachowania wykorzystano *Skalę typu A-Framingham*. Wyniki wskazały, że wzór A zachowania istotnie korelował z ekstrawersją, ale również raczej z otwartością na doświadczenia niż z neurotycznością (Hicks i Mehta, 2018). Bruck i Allen (2003) wykorzystali zrewidowaną wersję kwestionariusza JAS (*Jenkins Activity Scale*; Spence i in., 1987) do pomiaru wzoru A zachowania, która uwzględnia aspekt dążenia do osiągnięć (*achievement strivings*) oraz niecierpliwość-drażliwość (*impatience-irritability*), a także kwestionariusz NEO-FFI (*NEO Five-Factor Inventory*; Costa Jr i McCrae, 1992), służący do pomiaru pięciu cech osobowości. Aspekt dążenia do osiągnięć był istotnie pozytywnie związany z sumiennością, ekstrawersją i otwartością. Aspekt niecierpliwości-drażliwości był natomiast istotnie pozytywnie związany z neurotycznością oraz istotnie negatywnie związany z ugodowością. W polskim badaniu Zawadzki i Strelau (2014) wykorzystali *Inwentarz typu A zachowania* Wrześniewskiego (1990, za: Zawadzki, Strelau, 2014) do pomiaru wzoru A zachowania oraz kwestionariusz NEO-FFI (Costa Jr i McCrae, 1992) do pomiaru pięciu cech osobowości. Wzór A zachowania był istotnie pozytywnie związany z ekstrawersją i otwartością oraz istotnie negatywnie związany z ugodowością.

Jeśli chodzi o wzór C zachowania, częściej badano osobowość pacjentów nowotworowych niż bezpośrednie związki cech osobowości z tym konstruktem. Metaanaliza przeprowadzona przez Jokelę i in. (2014) wykazała jednak brak istotnego związku między cechami osobowości z modelu FFM a występowaniem nowotworów ujmowanych łącznie oraz określonych dla danego miejsca w ciele (płuca, okrężnicy, piersi, prostaty, skóry, a także białaczki/chłoniaka) uwzględnionych w analizie. Cechy osobowości w tej metaanalizie nie były również istotnie związane z umieralnością w wyniku nowotworu. Zawadzki i Strelau (2014) w badaniu nad walidacją ogólnego czynnika osobowości na podstawie cech osobowości FFM sprawdzali także związki tych cech z behawioralnymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych, w tym choroby nowotworowej. Typ reagowania na stres związany z chorobą nowotworową był istotnie pozytywnie związany z neurotycznością oraz negatywnie z ekstrawersją, otwartością i sumiennością, a submisyjność – czynnik ryzyka choroby nowotworowej wskazywany przez Eysencka (1991) – była istotnie pozytywnie związana z neurotycznością i ugodowością oraz negatywnie z ekstrawersją i otwartością (Zawadzki i Strelau, 2014). Wprawdzie nie jest to badanie, w którym wzór C zachowania był mierzony

bezpośrednio, ale jego wyniki mogą wskazywać kierunek możliwych korelacji tego wzoru z cechami osobowości FFM.

Wzór D zachowania nie został uwzględniony na wykresie Eysencka (1991), ale w badaniach empirycznych wykazano jego istotne związki z wybranymi cechami FFM (De Fruyt i Denollet, 2002; Horwood i in., 2015). Badania De Fruyta i Denolleta (2002) przeprowadzone zostały przy użyciu dwóch narzędzi do pomiaru wzoru D zachowania, DS16 i DS24, oraz inwentarza do pomiaru osobowości NEO-FFI (Costa Jr i McCrae, 1992). Negatywna emocjonalność w dwóch narzędziach do pomiaru wzoru D zachowania wskazuje na wysoki pozytywny związek z neurotycznością, a hamowanie społeczne wskazuje na wysoki negatywny związek z ekstrawersją.

Podobne badania przeprowadziła Horwood i in. (2015), jednak przy użyciu nieco innych narzędzi. Do pomiaru wzoru D zachowania wykorzystano 14-stwierdzeniową wersję narzędzia (Denollet, 2005), a do pomiaru osobowości – 240-stwierdzeniowy inwentarz NEO-PI-R (*NEO Personality Inventory Revised*; Costa Jr i McCrae, 1992). W tych badaniach również uzyskano wysoką dodatnią korelację negatywnej emocjonalności z neurotycznością i wysoką ujemną korelację hamowania społecznego z ekstrawersją. Należy podkreślić, że kontekst osobowościowy wzoru D – nieprzewidywany przez Eysencka (1991) – jest taki, jaki przewidywany był przez Eysencka (1991) dla wzoru C. Dodatkowo w niektórych badaniach także ugodowość i sumienność ujawniły dość wysokie ujemne związki ze wzorem D.

Współczynniki korelacji z omówionych powyżej badań znajdują się w tabeli 3.

Tabela 3

Korelacje między cechami FFM a wymiarami wzorów zachowania A i D

	Neurotyczność	Ekstrawersja	Otwartość	Ugodowość	Sumienność
WZÓRA					
Hicks i Mehta, 2018, pomiar wzoru A za pomocą <i>Skali typu A-Framingham</i>					
Wzór A	0,11	0,17**	0,11*	–0,06	–0,06
Bruck i Allen, 2003, pomiar wzoru A za pomocą kwestionariusza JAS					
Dążenie do osiągnięć	–0,09	0,21**	0,16*	–0,01	0,60**
Niecierpliwość-drażliwość	0,28**	0,06	–0,05	–0,17*	0,03
Zawadzki i Strelau, 2014, pomiar wzoru A za pomocą <i>Inwentarza typu A zachowania</i>					
Wzór A	0,07	0,33*	0,15*	–0,40*	0,08

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

	Neurotyczność	Ekstrawersja	Otwartość	Ugodowość	Sumienność
WZÓR D					
De Fruyt i Denollet, 2002, pomiar typu D za pomocą DS16 i DS24					
Negatywna emocjonalność (16)	0,68***	−0,42***	−0,04	−0,42***	−0,43***
Hamowanie społeczne (16)	0,49***	−0,52***	−0,23*	−0,14	−0,38***
Negatywna emocjonalność (24)	0,74***	−0,35***	−0,02	−0,37***	−0,38***
Hamowanie społeczne (24)	0,50***	−0,61***	−0,12	−0,24**	−0,40***
Horwood i in., 2015, pomiar typu D za pomocą DS14					
Negatywna emocjonalność	0,75**	−0,46**	−0,05	−0,35**	−0,32**
Hamowanie społeczne	0,59**	−0,73**	−0,20**	−0,25**	−0,25**
Wzór D	0,76**	−0,67**	−0,14	−0,33**	−0,32**
Sajadinejad i in., 2012, pomiar wzoru D za pomocą DS14					
Negatywna emocjonalność	0,78**	−0,52**	−0,05	−0,51**	−0,19*
Hamowanie społeczne	0,47**	−0,57**	−0,16	−0,30**	−0,34**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.2.4. Empiryczne relacje zasobów zdrowia z cechami osobowości

W celu systematycznego opisu zasobów zdrowia z perspektywy osobowościowej, podobnie jak w przypadku osobowościowych czynników ryzyka, pomocna może być analiza relacji tych zasobów z cechami osobowości FFM (McCrae i Costa Jr, 2003). Wykorzystanie tego samego układu odniesienia dla czynników ryzyka i zasobów zdrowia ułatwi systematyczne ukazanie relacji między nimi. Poniżej zostały przedstawione wyniki dotychczasowych badań empirycznych dotyczących relacji zasobów zdrowia z cechami FFM.

Prężność ego okazała się związana pozytywnie z ekstrawersją, ugodowością, sumiennością i otwartością, a negatywnie – z neurotycznością (Alessandri, Vecchione i in., 2012; Huey i Weisz, 1997; Letzring i in., 2005). Kontrola ego w swym biegunie niedostatecznej kontroli impulsów (bliska wzorowi A zachowania) była pozytywnie związana z ekstrawersją, a negatywnie z ugodowością, sumiennością i neurotycznością (Huey i Weisz, 1997). W badaniach Gramzowa i in. (2004) kontrola ego rozumiana jako niedostateczna kontrola (czyli bliska

wzorowi A zachowania) była pozytywnie związana z ekstrawersją i otwartością, a negatywnie z ugodowością i sumiennością.

Sharpe i in. (2011) zweryfikowali związki cech osobowości FFM i dyspozycyjnego optymizmu. Do pomiaru optymizmu wykorzystali trzy kwestionariusze (*Life Orientation Test* [LOT]; *Worldview Personality Inventory Optimism–Pessimism Scale* [WVPI-OP]; *International Personality Item Pool Optimism Scale* [IPIP-OP]), a do pomiaru cech osobowości – pięć kwestionariuszy (NEO-PI-R; NEO-FFI; *Big-Five Factor Markers* [BFM]; *Ten Item Personality Inventory* [TIPI]; *International Personality Item Pool Big Five Domain Scales* [IPIP-BFD]). Optymizm okazał się pozytywnie związany z ekstrawersją, ugodowością, sumiennością i otwartością (intelektem), a negatywnie z neurotycznością, przy czym związek z neurotycznością i ekstrawersją był najsilniejszy (Sharpe i in., 2011).

W badaniu nad samooceną i cechami osobowości FFM (McCrae i Costa Jr, 2003), samoocena okazała się dodatnio związana z czynnikami wyższego rzędu – stabilnością (obejmującą stabilność emocjonalną, ugodowość, sumiennność) i plastycznością (zawierającą ekstrawersję, otwartość; Erdle i in., 2009). Z kolei satysfakcja z życia była związana pozytywnie z ekstrawersją, sumiennością, ugodowością i w niewielkim stopniu z otwartością, a negatywnie z neurotycznością (Grevenstein i Bluemke, 2015).

Orientacja pozytywna jako wynik w skali przeznaczonej do jej pomiaru wykazywała istotny negatywny związek z neurotycznością oraz istotny pozytywny związek z ekstrawersją i sumiennością. W przypadku związków pozytywnej orientacji traktowanej jako wynik czynnikowy (wyliczony na podstawie wyników w skali optymizmu, samooceny i satysfakcji z życia) wspomniane korelacje z cechami osobowości okazały się silniejsze, a dodatkowo wystąpiła korelacja orientacji pozytywnej z otwartością (Miciuk i in., 2016).

W próbie polskiej poczucie własnej skuteczności było istotnie pozytywnie związane z ekstrawersją, otwartością i sumiennością oraz negatywnie z neurotycznością (Zięba i in., 2018). Nie były to jednak silne związki. W innych badaniach – w szwedzkiej grupie (Axelsson i in., 2013) – poczucie własnej skuteczności było także pozytywnie związane z ekstrawersją, otwartością i sumiennością oraz negatywnie z neurotycznością. Poza otwartością przedstawione związki były znacznie silniejsze niż te uzyskane w grupie polskiej.

Nadzieja na sukces okazała się istotnie negatywnie związana z neurotycznością oraz istotnie pozytywnie związana z ekstrawersją i sumiennością (Halama, 2010; Łaguna i in., 2005). Nadzieja podstawowa była istotnie pozytywnie związana z otwartością, ekstrawersją i sumiennością (Trzebiński i Zięba, 2004).

Grevenstein i Bluemke (2015) wykazali, że poczucie koherencji było istotnie pozytywnie związane z ekstrawersją, sumiennością, ugodowością i – najslabiej – z otwartością oraz istotnie negatywnie z neurotycznością. Zbliżone zależności pomiędzy poczuciem koherencji a cechami osobowości FFM uzyskano także w badaniach Kase i in. (2018) oraz Hochwäldera (2012).

Poczucie sensu w życiu było istotnie negatywnie związane z neurotycznością, a istotnie pozytywnie z ekstrawersją, ugodowością (silniej z aspektem altruizmu) i sumiennością. Natomiast poszukiwanie sensu życia wiązało się istotnie pozytywnie z neurotycznością (silniej z aspektem lęku) oraz z otwartością (silniej z aspektem idei; Steger i in., 2008).

W tabeli 4 przedstawiono podsumowanie relacji między zasobami zdrowia a cechami osobowości FFM (McCrae i Costa Jr, 2003), które opisano powyżej.

Tabela 4

Korelacje między cechami FFM a zasobami zdrowia

	Neurotyczność	Ekstrawersja	Otwartość	Ugodowość	Sumiennność
Prężność ego (Alessandri, Vecchione i in., 2012) ^a					
Hiszpania	-0,37**	0,44**	0,30**	0,24**	0,34**
Włochy	-0,37**	0,36**	0,43**	0,20**	0,27**
Stany Zjednoczone	-0,38**	0,41**	0,42**	0,31**	0,30**
Prężność ego (Huey i Weisz, 1997)					
	-0,75***	0,26**	0,47***	0,59***	0,64***
Prężność ego (Letzring i in., 2005)					
Kobiety	-0,37*	0,57*	0,70*	0,39*	0,43*
Mężczyźni	0,04	0,45*	0,46*	0,18	0,16
Prężność ego (Gramzow i in., 2004)					
	-0,48***	0,42***	0,20**	0,33***	0,27***
Kontrola ego (Huey i Weisz, 1997)					
	-0,23*	0,79***	-0,03	-0,64***	-0,48***
Kontrola ego (Gramzow i in., 2004)					
	0,00	0,50***	0,28***	-0,17*	-0,24***

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

	Neurotyczność	Ekstrawersja	Otwartość	Ugodowość	Sumienność
Kontrola ego (Letzring i in., 2005)					
Kobiety	0,26*	0,19	0,24*	-0,21*	-0,25*
Mężczyźni	0,28*	0,48*	0,39*	-0,36*	-0,28*
Optymizm (Sharpe i in., 2011)					
	-0,57**	0,48**	0,16**	0,32**	0,38**
Samoocena (Erdle i in., 2009) ^a					
	-0,48***	0,40***	0,18***	0,13***	0,26**
Satysfakcja z życia (Grevenstein i Bluemke, 2015)					
	-0,31**	0,27**	0,05*	0,19**	0,25**
Orientacja pozytywna (Miciuk i in., 2016)					
	-0,53**	0,57**	0,12	0,05	0,33*
Poczucie własnej skuteczności (Zięba i in., 2018)					
	-0,30***	0,32***	0,22**	0,13	0,35***
Poczucie własnej skuteczności (Axelsson i in., 2013)					
	-0,57***	0,43***	0,13***	0,02	0,53***
Nadzieja na sukces (Halama, 2010)					
	-0,29**	0,38**	0,08	-0,06	0,37**
Nadzieja podstawowa (Trzebiński i Zięba, 2004)					
	-0,06	0,29**	0,34***	brak danych	0,28**
Poczucie koherencji (Grevenstein i Bluemke, 2015)					
	-0,52**	0,32**	0,07**	0,30**	0,33**
Poczucie koherencji (Kase i in., 2018)					
	-0,47**	0,36**	0,27**	0,29**	0,29**
Poczucie koherencji (Hochwälder, 2012) ^a					
	-0,56*	0,37*	0,06	0,18*	0,37*
Sens życia (Steger i in., 2008)					
Obecność	-0,35***	0,25***	0,02	0,21***	0,34***
Poszukiwanie	0,18***	0,00	0,20***	0,10	0,00

^aW badaniu prężności ego (Alessandri, Vecchione i in., 2012), samooceny (Erdle i in., 2009) i poczucia koherencji (Hochwälder, 2012) była mierzona stabilność emocjonalna, która jest odwrotnością neurotyczności. Przy tych wynikach zmieniono znak, aby w tabeli przedstawić dane o poziomie neurotyczności.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Na podstawie zaprezentowanych wyników zarysował się spójny obraz pozytywnych powiązań zasobów zdrowia z ekstrawersją, otwartością, ugodowością i sumiennością oraz ich negatywny związek z neurotycznością. Obraz ten znalazł swoje potwierdzenie również w badaniach prowadzonych na aspektach (cechach niższego rzędu) FFM Bleidorn i in. (2020), w których zdrową osobowość najlepiej charakteryzowały otwartość na uczucia (aspekt otwartości), emocjonalność pozytywna (ekstrawersja), prostolinijność (ugodowość) i niski poziom wszystkich aspektów neurotyczności.

Podsumowanie empirycznych związków osobowościowych czynników ryzyka oraz zasobów zdrowia z cechami osobowości FFM (Costa Jr i McCrae, 1992) zostało przedstawione w tabeli 5.

Tabela 5

Podsumowanie związków czynników ryzyka (wzory zachowania A, C, D) oraz zasobów zdrowia (wzór B zachowania/inne zasoby zdrowia) z cechami osobowości FFM

	Wzór A zachowania	Wzór C zachowania	Wzór D zachowania	Wzór B zachowania/inne zasoby zdrowia
Neurotyczność	+	+	+	–
Ekstrawersja	+	–	–	+
Otwartość	+	–	–	+
Ugodowość	–	+	–	+
Sumienność	+	–	–	+

Adnotacja. + oznacza dodatni związek; – oznacza ujemny związek.

Warto zwrócić uwagę, że zasoby zdrowia o takim profilu związków z FFM (N–, E+, O+, U+, S+) można potraktować jako odwrotność cechowego podłoża wzoru D zachowania, który zawiera najbardziej nieadaptacyjny zestaw cech osobowości (N+, E–, O–, U–, S–). Ponadto warto zauważyć, że zasoby zdrowia oraz wzór D stanowią bieguny tzw. Ogólnego Czynnika Osobowości (*General Factor of Personality* [GFP]; Musek, 2007, 2017).

3.3. Ogólny Czynnik Osobowości jako kontekst zasobów zdrowia

Zasoby zdrowia stanowią grupę konstruktów związanych ze zdrową, zrównoważoną osobowością, która w przeciwieństwie do wzorów A, C i D wiąże się raczej ujemnie z chorobami somatycznymi (Haze, 2017). Uzyskane w badaniach empirycznych wyniki dotyczące związków cech FFM (McCrae i Costa Jr, 2003) z zasobami zdrowia przedstawione w tabeli 4 tworzą kompozycję cech osobowości, jaką można zaobserwować w GFP zaproponowanym przez Muska (2007, 2017). GFP, zwany także Wielką Jedyneką (*Big One*), jest definiowany jako podstawowa dyspozycja osobowościowa, która integruje najbardziej ogólne wymiary osobowości, tworząc ich najbardziej adaptacyjną konstelację (Musek, 2007, 2017).

Propozycja Muska (2007, 2017) pojawiła się w nurcie badań nad czynnikami wyższego rzędu (*higher-order factors*), budowanymi przez podstawowe cechy FFM, które – jak się okazało – były systematycznie skorelowane. Takie stwierdzone empirycznie korelacje podważyły tezę o ortogonalności (niezależności) wymiarów FFM. W tym nurcie badań Digman (1997), na podstawie uzyskanych korelacji cech FFM, wyróżnił dwa czynniki wyższego rzędu: (1) alfę (socjalizację) jako wspólną wariancję neurotyczności, ugodowości i sumienności oraz (2) betę (samorealizację) jako wspólną wariancję ekstrawersji i otwartości. Czynniki wyższego rzędu (metacechy) zaproponowane przez Digmana (1997) zostały zreplikowane i zreinterpretowane przez DeYounga i in. (2002). Alfa została nazwana stabilnością, a beta – plastycznością. Ponadto pojawiły się w literaturze sugestie o biologicznym podłożu alfy i bety. DeYoung (2006; DeYoung i in., 2002) twierdził, że alfa/stabilność jest związana z funkcjonowaniem systemu serotonergicznego, a beta/plastyczność z funkcjonowaniem systemu dopaminergicznego. Ze względu na otrzymywane w niektórych badaniach korelacje pomiędzy alfą i betą, poszukiwano ponad nimi kolejnego czynnika wyższego rzędu (Musek, 2007; Rushton i Irwing, 2008). Efektem tych poszukiwań było wyróżnienie GFP (Musek, 2007).

GFP, jako czynnik na najwyższym poziomie hierarchicznej struktury osobowości, odpowiada za wspólną wariancję alfy/stabilności oraz bety/plastyczności i jest związany z wieloma pozytywnymi i adaptacyjnymi zmiennymi psychologicznymi, w tym m.in. pozytywnie z emocjonalnością pozytywną, szczęściem, jakością życia, motywacją, dobrostanem, satysfakcją z życia, samooceną, zdrowiem psychicznym, radzeniem sobie, inteligencją społeczną i emocjonalną, empatią, duchowością, religijnością, mądrością, wartościami, oraz negatywnie z psycho-

patologią, wypaleniem i ciemną triadą osobowości (Musek, 2017). Rushton i in. (2008; Rushton i Irwing, 2011), odnosząc się do teorii ewolucji Darwina i socjobiologii Wilsona, wskazywali kluczowe znaczenie GFP w procesie reprodukcyjnym, w którym większy sukces reprodukcyjny osiągały osoby o cechach pożądanych społecznie, czyli osoby m.in. prospołeczne, otwarte, sumienne, towarzyskie, ugodowe i stabilne emocjonalnie, co składa się na charakterystykę GFP.

W badaniu nad ogólnym czynnikiem osobowości w grupie polskiej Zawadzki i Strelau (2014) dokonali wyodrębnienia ogólnego czynnika osobowości na podstawie uzyskanych wyników kwestionariusza osobowości NEO-FFI w czterech próbach i sprawdzili związki GFP z piętnastoma zmiennymi kryterialnymi, w tym z behawioralnymi czynnikami chorób somatycznych (choroba wieńcowa, nowotwór), w których uwzględniono (1) typy reagowania na stres; (2) wzór A zachowania; (3) wrogość, depresyjność i submisyjność jako potencjalne osobowościowe wskaźniki ryzyka chorób somatycznych. GFP był istotnie negatywnie związany z wrogością oraz (najsilniej) z depresyjnością. Zgodnie z postulatami Zawadzkiego (Zawadzki i Radzikowska, 2006) wrogość traktowana była jako specyficzny czynnik ryzyka choroby wieńcowej, a depresyjność stanowiła czynnik wspólny dla ryzyka choroby wieńcowej oraz choroby nowotworowej.

W książce podsumowującej odkrycie i badania nad GFP Musek (2017) podkreślał jego silne podłoże biologiczne, odnosząc się do teorii ewolucji i wyników badań z zakresu genetyki i neuronauki. Musek (2017) wykazywał znaczenie cech pożądanych społecznie, które są kształtowane genetycznie i dziedziczone, i które ponadto wiążą się z mechanizmami neuronalnymi, wpływającymi na aktywność dwóch układów neurofizjologicznych – serotoninerгіcznego i dopaminergicznego. Ponadto Musek (2017) podkreślił znaczenie cech osobowości (takich jak stabilność emocjonalna, sumienność, otwartość, ekstrawersja, ugodowość) dla utrzymania zdrowego stylu życia i dojrzałego radzenia sobie z (przewlekłymi) chorobami.

GFP jest dyspozycją osobowościową, która integruje najbardziej ogólne osobowościowe wymiary i stanowi konfigurację najbardziej funkcjonalnych cech osobowości. GFP wyrósł na podstawie doniesień o wzajemnym skorelowaniu czynników wyższego rzędu – alfy i bety (Musek, 2007, 2017). Innym modelem wyrastającym z tego nurtu jest CPM (Strus i in., 2014), który również przedstawia strukturę osobowości w postaci modelu czynników wyższego rzędu, ale bazuje na dowodach braku substancjalnej korelacji pomiędzy alfa i beta. W niniejszej pracy przyjęto CPM jako główną matrycę precyzyjnego opisanie relacji między osobowościowymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych i zasobami zdrowia.

ROZDZIAŁ 4

Kołowy Model Metacech Osobowości (CPM) i jego integracyjny potencjał

CPM (Strus i in., 2014) wyrósł z tradycji badań nad modelem FFM (McCrae i Costa Jr, 2003) i przedstawia strukturę osobowości w postaci kołowej (*circumplex*).

FFM, pomimo że był uznawany za dominujące ujęcie w cechowej psychologii osobowości, wzbudzał wiele wątpliwości dotyczących m.in. liczby podstawowych wymiarów (Ashton i in., 2009; De Raad, 2009; Lee i Ashton, 2008; Saucier, 2008), założenia o ortogonalności wymiarów (DeYoung i in., 2002; Digman, 1997) czy integrującego potencjału (McAdams, 1992). W świetle tych wątpliwości najpierw Digman (1997) zaproponował, a później DeYoung i in. (2002) dokonali reinterpretacji i replikacji dwóch czynników wyższego rzędu ponad FFM – alfy/stabilności i bety/plastyczności. Wprawdzie ostateczność tego rozwiązania także była kwestionowana ze względu na dodatnie korelacje pomiędzy dwoma czynnikami wyższego rzędu (Musek, 2007; Rushton i Irwing, 2008), czego efektem była propozycja GFP (Musek, 2007, 2017) przedstawiona w poprzednim rozdziale, ale dzisiaj dominuje teza, że ogólny czynnik GFP jest efektem metody (nie osobowości), czyli efektem tendencyjnych odpowiedzi udzielanych przez osoby badane głównie w wyniku aprobaty społecznej (DeYoung, 2006; Strus i in., 2014). Kluczowe badanie dowodzące raczej metodologicznej niż osobowościowej natury GFP przeprowadził DeYoung (2006). Wykorzystał procedurę wielu cech, wielu informatorów, wielu narzędzi (*multi-trait, multi-informant, multi-instrument*) polegającą na tym, że osoby badane oceniane były za pomocą dwóch narzędzi do pomiaru cech osobowości FFM – *Big Five Inventory* oraz *Mini-Markers* – a każda osoba badana oceniana była w sumie przez czterech informatorów (oprócz samoopisu trzy inne osoby, dobrze znające osobę badaną, wypełniały oba kwestionariusze w wersji szacowania przez obserwatora). W ten sposób zebrano po cztery pomiary cech osobowości każdej osoby badanej. Wyniki badania potwierdziły istnienie czynników wyższego rzędu – alfy/stabilności i bety/plastyczności, a zarazem wykazały, że uzyskiwane korelacje między alfą i betą są efektem metody (występują głównie w samoopisie lub u pojedynczego obserwatora), i że w związku z tym alfę i betę należy uznać za wymiary ortogonalne (DeYoung, 2006).

Strus i in. (2014) kontynuowali tradycję opisu struktury osobowości na poziomie czynników wyższego rzędu (DeYoung i in., 2002), a zarazem uwzględnili głosy krytyczne skierowane w stronę GFP (Musek, 2017). W efekcie zaproponowali model osobowości CPM, w którym czynniki wyższego rzędu (metacechy) – alfa,

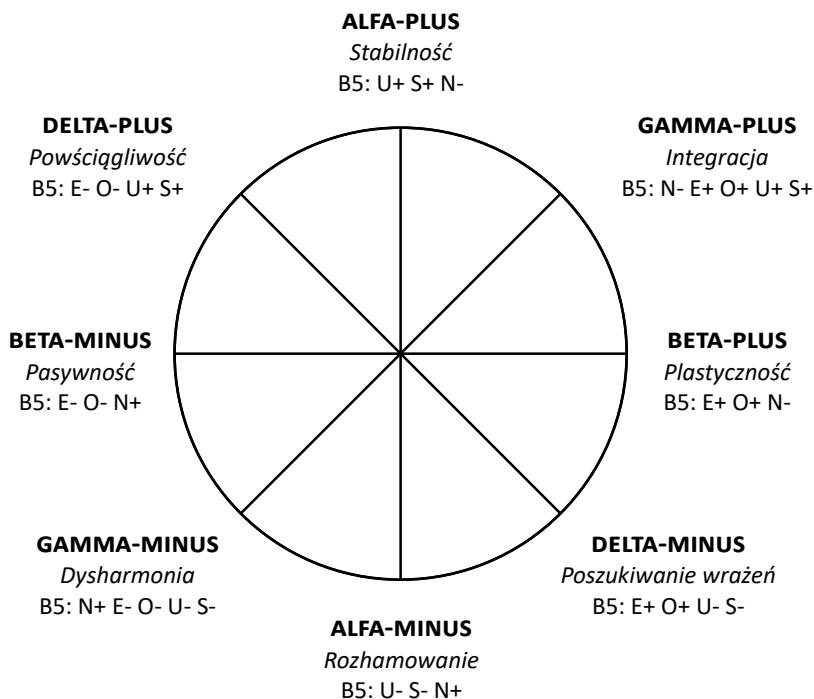
beta oraz zreinterpretowany GFP – tworzą strukturę kołową (*circumplex*). CPM stanowi rozszerzenie TFM (Cieciuch i Strus, 2017; DeYoung i in., 2002; Digman, 1997), w którym struktura osobowości jest opisywana za pomocą dwóch ortogonalnych czynników wyższego rzędu (metacech) – alfy/stabilności i bety/plastyczności. W tym układzie Strus i in. (2014) wyróżniają jeszcze wymiar gammy/integracji, która stanowi reinterpretację ogólnego czynnika osobowości (GFP; Musek, 2007, 2017) – w CPM traktowanego jako wymiar z tego samego poziomu organizacji osobowości, a nie czynnik (naj)wyższego rzędu – oraz delty/powściągliwości, będącej nową propozycją autorów modelu, która dopełniła strukturę kołową. Od samego początku – w ramach każdej metacechy wyróżniono dwa bieguny, których psychologiczna treść nie jest sprowadzalna do wzajemnych przeciwieństw, a każdy z biegunów był definiowany osobno, ponieważ zawierały one nową jakość psychologiczną (Strus i in., 2014). Strus i in. (2014) bardzo obrazowo wyjaśnili te zależności, odnosząc się do prostego porównania zimy i lata, w którym zima to nie tylko brak lata (np. wysokiej temperatury), ale też nowa jakość, np. w postaci śniegu. Należy jednak podkreślić, że generalnie metacechy w CPM nie są definiowane przez cechy osobowości FFM. Metacechy były definiowane przez cechy FFM w literaturze przed powstaniem CPM (np. DeYoung i in., 2002; Digman, 1997), gdy w hierarchicznej strukturze osobowości były lokalizowane nad cechami osobowości FFM i w zasadzie były sprowadzalne do wspólnej wariancji cechy. Takie rozumienie metacech pojawiało się częściowo w pierwszym artykule, wprowadzającym CPM (Strus i in., 2014), który był artykułem teoretycznym. W miarę rozwoju CPM znaczenie metacech zostało doprecyzowane i powstało osobne narzędzie pomiaru, niezależne od pomiaru cech z FFM. W konsekwencji, w obecnym kształcie CPM metacechy są w zasadzie zupełnie nową jakością psychologiczną, niesprowadzalną do cech FFM, choć z nimi powiązaną. Warto zresztą dodać, że w przypadku niektórych cech osobowości FFM ta nowa jakość (wartość dodana) przeciwnego bieguna też może się pojawiać, np. niska ekstrawersja to nie tylko brak wysokiej ekstrawersji, ale też nowa jakość, którą niesie ze sobą introwersja. W CPM taki zabieg identyfikowania nowych jakości został systematycznie przeprowadzony w zakresie wszystkich par przeciwnych metacech. Ponadto Strus i Cieciuch (2021) wykazali ostatnio, że metacechy mogą być też charakteryzowane konstelacją cech HEXACO, co oczywiście również nie oznacza, że ta konstelacja jest definicją metacech. Co ciekawe, Strus i in. (2022) wykazali, że metacechy gamma i delta można zinterpretować jako podstawowe wymiary temperamentu, Skimina i in. (2022) wykazali, że metacechy gamma i delta mogą być podstawą modelu samo-

regulacji, a Ciecuch i Strus (2021) wykazali, że dodatnie bieguny metacech mogą być podstawą modelu kompetencji osobowościowych. Wszystkie te modele mogły powstać dlatego, że metacechy ujawniły nowe treści, niesprowadzalne do cech FFM. Jednak, ponieważ CPM jest modelem jeszcze stosunkowo nowym, cechy osobowości FFM są czasem zapisywane przy metacechach, żeby powiązać je z tradycją badań nad FFM. Nie służą one jednak do precyzyjnego definiowania metacech.

Aktualna wersja modelu (Strus i Ciecuch, 2021), zmodyfikowana po serii badań, przedstawiona została na rysunku 3, a szczegółowa charakterystyka metacech osobowości została zawarta w tabeli 6. Z uwagi na fakt, że CPM wyrósł z tradycji badań nad FFM (McCrae i Costa Jr, 2003), na rysunku 3 dla każdej metacechy została przypisana odpowiednia konfiguracja cech FFM.

Rysunek 3

Kołowy Model Metacech Osobowości (na podstawie Strus i Ciecuch, 2021)



Adnotacja. B5 = cechy osobowości FFM: N – neurotyczność; E – ekstrawersja; O – otwartość na doświadczenie/intelekt; U – ugodowość; S – sumienność. + oznacza dodatni biegun cechy; – oznacza ujemny biegun cechy.

Tabela 6

Charakterystyka metacech i przypisana im konfiguracja cech FFM (Cieciuch i Strus, 2020)

Metacecha	Konfiguracja FFM	Znaczenie
Delta-plus (powściągliwość)	E–, O–, U+, S+ (N_0)	Niski poziom emocjonalności (zarówno negatywnej, jak i pozytywnej); wysoka kontrola zachowania; skrupulatność i tendencje perfekcjonistyczne, a także skromność, konwencjonalność i silne dostosowanie społeczne.
Alfa-plus (stabilność)	N–, U+, S+ (E_0 , O_0)	Stabilność funkcjonowania w sferze emocjonalnej, motywacyjnej i społecznej wyrażająca się w ogólnej tendencji do adaptacji społecznej, etycznej postawie wobec świata, życzliwości i spokoju oraz zdolności do odrzucania gratyfikacji, pracowitości, wytrwałości.
Gamma-plus (integracja)	N–, E+, O+, U+, S+	Dobrostan; serdeczny i prospołeczny stosunek do ludzi; równowaga i harmonia zarówno intra-jak i interpersonalna; pogoda ducha i otwartość na świat w całym jego bogactwie, a jednocześnie wytrzymałość i efektywność w realizacji ważnych celów.
Beta-plus (plastyczność)	N–, E+, O+ (U_0 , S_0)	Poznawcza i behawioralna otwartość na zmiany i zaangażowanie w nowe doświadczenia; tendencja do eksplorowania, pewność siebie a także inicjatywa i inwencja w relacjach społecznych; entuzjazm oraz orientacja na rozwój osobisty.
Delta-minus (poszukiwanie wrażeń)	E+, O+, U–, S– (N_0)	Szeroko rozumiana impulsywność; wysoka labilność emocjonalna; poszukiwanie stymulacji i podejmowanie ryzyka; tendencje hedonistyczne oraz skłonność do dominowania i ekspansywność w relacjach międzyludzkich.
Alfa-minus (rozhamowanie)	N+, U–, S– (E_0 , O_0)	Wysoki poziom tendencji antyspołecznych, których podłożem jest niezrównoważenie, niska tolerancja na frustrację, agresywność i antagonizm w stosunku do ludzi, norm i zobowiązań społecznych.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

Metacecha	Konfiguracja FFM	Znaczenie
Gamma-minus (dysharmonia)	N+, E-, O-, U-, S-	Niedostępność (nieufność, chłód, dystans) w relacjach interpersonalnych; negatywna emocjonalność i niskie poczucie własnej wartości; depresyjność, pesymizm i skłonność do problemów psychicznych.
Beta-minus (pasywność)	N+, E-, O- (U ₀ , S ₀)	Nieśmiałość, submisyjność i zależność w relacjach interpersonalnych; bierność oraz zahamowanie behawioralne i poznawcze; pewien rodzaj apatii i stagnacji oraz skłonność do anhedonii.

Adnotacja. N – neurotyczność; E – ekstrawersja; O – otwartość na doświadczenie; U – ugodowość; S – sumienność. + oznacza wysokie nasilenie cechy; – oznacza niskie nasilenie cechy; 0 oznacza średnie nasilenie cechy.

Jak zostało wykazane teoretycznie (Strus i in., 2014) oraz potwierdzone empirycznie (Strus i Ciecuch, 2017), CPM tworzy przestrzeń, która integruje wiele modeli temperamentu, osobowości, emocji, motywacji, zdrowia i dobrostanu. Ponadto CPM może być traktowany jako narzędzie porządkowania konstruktywów w innych obszarach (np. Ciecuch i Topolewska, 2017; Rogoza i in., 2019; Zawadzki, 2016, 2017).

Strus i Ciecuch (2017) przeprowadzili empiryczną weryfikację CPM (Strus i in., 2014) oraz potwierdzili jego potencjał syntetyzujący różne psychologiczne modele i konstrukty. Pierwszym krokiem było opracowanie narzędzia do pomiaru metacech osobowości. Wcześniej dwie metacechy – alfa i beta – bywały szacowane na podstawie wspólnej wariancji cech FFM (McCrae i Costa Jr, 2003), ale jak się okazało – ten sposób dostarczał dość niejednoznacznych wyników (por. Zawadzki i Strelau, 2014). Dopiero bezpośredni pomiar metacech, precyzyjnie zredefiniowanych, pozwolił empirycznie zweryfikować integracyjny potencjał CPM.

Przy wykorzystaniu konfirmacyjnej analizy czynnikowej Strus i Ciecuch (2017) uzyskali model pomiarowy dobrze dopasowany do danych z ośmioma czynnikami (metacechami). Następnie dzięki procedurze analitycznej Procrustes potwierdzili empiryczną lokalizację metacech w układzie kołowym. Procedura ta polega na porównaniu zakładanej teoretycznie lokalizacji metacech z ich rzeczywistą lokalizacją empiryczną (por. opis w rozdziale 7 – *Metoda*). W celu

Adnotacja.

..... **Brązowa linia** – Interpersonalne Koło Wigginsa (1995): PA (*Assured-Dominant*) – pewny siebie-dominujący; BC (*Arrogant-Calculating*) – arogancki-wyrachowany; DE (*Cold-Hearted*) – zimny-nieczuły; FG (*Aloof-Introverted*) – powściągliwy-introwertywny; HI (*Unassured-Submissive*) – niezdeterminowany-uległy; JK (*Unassuming-Ingenuous*) – niezrozumiały-szczery; LM (*Warm-Agreeable*) – ciepły-zgodny; NO (*Gregarious-Extraverted*) – towarzyski-ekstrawertywny.

..... **Fioletowa linia** – model wartości Schwartz (2012): TCH (*Tradition-Conformity-Humility*) – tradycja-przystosowanie-pokora; BE (*Benevolence*) – życzliwość; UN (*Universalism*) – uniwersalizm; SD (*Self-direction*) – kierowanie sobą; SHA (*Stimulation-Hedonism-Achievement*) – stymulacja-hedonizm-osiągnięcia; PO (*Power*) – władza; FAC (*Face*) – prestiż; SE (*Security*) – bezpieczeństwo.

..... **Czerwona linia** – Kołowy model afektu (Yik, 2009): P (*Pleasant*) – przyjemność; P/A (*Pleasant/Activated*) – przyjemność-aktywacja; A/P (*Activated/Pleasant*) – aktywacja-przyjemność; A (*Activated*) – aktywacja; A/U (*Activated/Unpleasant*) – aktywacja-nieprzyjemność; U/A (*Unpleasant/Activated*) – nieprzyjemność-aktywacja; U (*Unpleasant*) – nieprzyjemność; U/D (*Unpleasant/Deactivated*) – nieprzyjemność-dezaktywacja; D/U (*Deactivated/Unpleasant*) – dezaktywacja-nieprzyjemność; D (*Deactivated*) – dezaktywacja; D/P (*Deactivated/Pleasant*) – dezaktywacja-przyjemność; P/D (*Pleasant/Deactivated*) – przyjemność-dezaktywacja.

..... **Różowa linia** – pozytywny afekt oraz negatywny afekt (Watson i Tellegen, 1985).

..... **Pomarańczowa linia** – WB (*well-being*) – dobrostan; Con (*conformity*) – konformizm; MHP – problemy zdrowia psychicznego (*mental health problems*).

..... **Czarna linia** – Psychot (*Psychoticism*) – psychotyzm; Imp (*Impulsiveness*) – impulsywność; Vent (*Venturesomeness*) – skłonność do ryzyka (Eysenck i Eysenck, 2006).

..... **Szara linia** – wymiary temperamentu: lęk, oparty o BIS (*Behavioral Inhibition System*) – Behawioralny System Hamowania oraz impulsywność, oparta o BAS (*Behavioral Approach System*) – Behawioralny System Aktywacji (Gray, 1991, 1994).

..... **Żółta linia** – Model spektrum narcyzmu (*Narcissism Spectrum Model*; NSM; Rogoza i in., 2022) – IZ (*Isolation*) – izolacja; WR (*Vulnerable*) – wrażliwy; RY (*Rivalry*) – rywalizacja; PO (*Admiration*) – podziw.

..... **Ciemnoniebieska linia** – Patologiczna Wielka Piątka – DSM-5 (Strus, Łakuta i Ciecuch, 2021) – IZ (*Detachment*) – izolacja; NA (*Negative Affectivity*) – negatywny afekt; AN (*Antagonism*) – antagonizm; PS (*Psychoticism*) – psychotyzm; RO (*Disinhibition*) – rozhamowanie.

..... **Jasnoniebieska linia** – Patologiczna Wielka Piątka – ICD-11 (Strus, Łakuta i Ciecuch, 2021) – AN (*Anankastia*) – anankastyczność; IZ (*Detachment*) – izolacja; NA (*Negative Affectivity*) – negatywny afekt; DY (*Dissociality*) – dyssocjalność; RO (*Disinhibition*) – rozhamowanie.

..... **Ciemnozielona linia** – Wielka Dwójka – kwestionariuszowa (Strus i Ciecuch, 2019) – SSR (*Social Self-Regulation*) – społeczna samoregulacja; DY (*Dynamism*) – dynamizm.

..... **Jasnozielona linia** – Wielka Dwójka – lekсыkalna (Strus i Ciecuch, 2019) – ST (*Stability*) – stabilność; PL (*Plasticity*) – plastyczność.

Wyniki potwierdziły możliwości syntezy różnych modeli i konstruktów psychologicznych w kołowej przestrzeni CPM. Ta integracja daje możliwości przewidywania różnych zachowań, stanów emocjonalnych, preferencji wartości, samopoczucia czy skłonności do problemów psychopatologicznych na podstawie metacech osobowości. Warto podkreślić, że CPM nie wchłania innych modeli, traktując je jako redundantne w psychologii, ale raczej wyjaśnia relacje między nimi i porządkuje wyróżniane w nich konstrukty. W ten sposób CPM może pomóc w rozwijaniu i udoskonalaniu innych modeli.

Przykładem wykorzystania możliwości matrycy CPM było uporządkowanie typologii osobowości uwzględniającej najpierw trzy, a później cztery typy osobowości (wspomniane w rozdziale 1 – *Wzory zachowania A, C, D jako osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych*, podrozdział 1.1. *Terminologia* w celu odróżnienia znaczenia *typu osobowości* od *wzoru zachowania*). Podstawę teoretyczną typologii osobowości stanowiła teoria samoregulacji Blocków (Block i Block, 1980), w ramach której zostały wyróżnione dwa wymiary osobowości: prężność ego (*ego-resiliency*) i kontrola ego (*ego-control*; zob. Zawadzki i Strelau, 2003a, 2003b). Prężność ego określa umiejętność elastycznego reagowania w sytuacjach stresowych, konflikcie czy niepewności. Jest powiązana z kompetencjami jednostki, społeczną inteligencją i radzeniem sobie (Alessandri i in., 2014; Block i Kremen, 1996; Schnabel i in., 2002; Strelau, 2015). Kontrola ego jest definiowana jako tendencja jednostki do ograniczania i kontroli motywacyjnych i emocjonalnych impulsów. Powiązana jest z introwersją-ekstrawersją, refleksyjnością-impulsywnością, internalizacją-eksternalizacją oraz odraczaniem gratyfikacji (Alessandri i in., 2014; Block i Kremen, 1996; Schnabel i in., 2002; Strelau, 2015). Kombinacja tych wymiarów umożliwiła wyodrębnienie trzech typów osobowości: odpornego (*resilient*), z wysoką prężnością ego oraz dwóch typów z niską prężnością ego, ponieważ w takiej sytuacji kluczowa staje się według Blocków (Block i Block, 1980) kontrola ego: niedostatecznie kontrolującego się (*undercontrolled*) i nadmiernie kontrolującego się (*overcontrolled*).

Przez wiele lat badacze (por. Alessandri i in., 2014; Donnellan i Robins, 2010; Zawadzki i Strelau, 2003a) poszukiwali podstawowych typów osobowości, stanowiących najczęściej występujące konfiguracje cech FFM (McCrae i Costa Jr, 2003) i odpowiadających typom Blocków (Block i Block, 1980). Typ odporny charakteryzował się niską neurotycznością i wysokim nasileniem pozostałych wymiarów (N–, E+, O+, U+, S+); typ nadmiernie kontrolujący się stanowiła konfiguracja wysokiej neurotyczności i niskiego poziomu pozostałych cech, zatem

przeciwnie do typu odpornego (N+, E-, O-, U-, S-); typ niedostatecznie kontrolujący się stanowiła konfiguracja wysokiej neurotyczności, ekstrawersji i otwartości oraz niskiej ugodowości i sumienności (N+, E+, O+, U-, S-; por. Alessandri i in., 2014; Asendorpf i in., 2001; van den Akker i in., 2013; Zawadzki i Strelau, 2003a, 2003b). Prowadzone badania nad replikacją tych typów osobowości nie zawsze dawały jednak trzy typowe rozwiązania. Co ciekawe, w niektórych badaniach uzyskiwano cztery typy osobowości (Barbaranelli, 2002; Gramzow i in., 2004; Grumm i von Collani, 2009; Herzberg i Roth, 2006; Rammstedt i in., 2004), przy czym ten czwarty – charakteryzowany przez niską neurotyczność, ekstrawersję i otwartość oraz wysoką ugodowość i sumienność (N-, E-, O-, U+, S+) – zdawał się być w opozycji do typu niedostatecznie kontrolującego się.

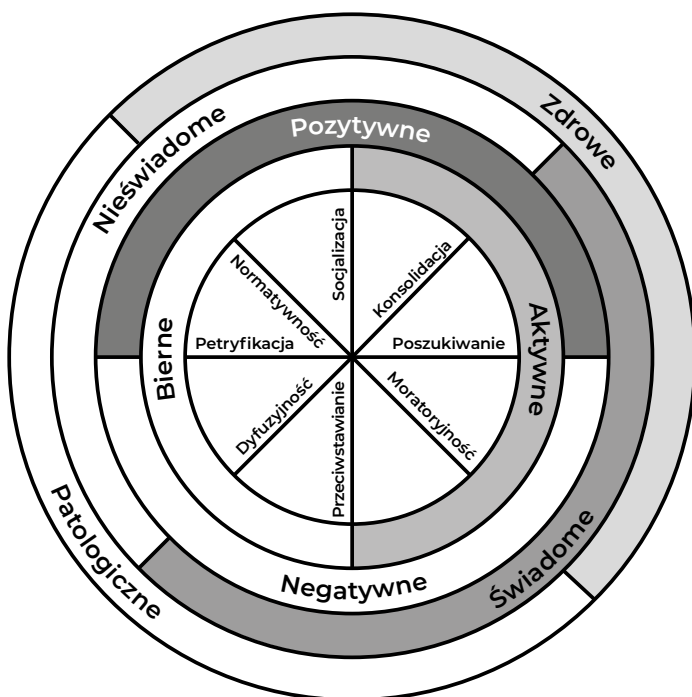
W tej sytuacji Strus, Cybis i in. (2021a) wykorzystali matrycę CPM do integracji typów osobowości i metacech osobowości. Rozwiązanie z czterema typami osobowości postulowane w literaturze precyzyjnie pokryło bieguny dwóch metacech – gammy i delty, których konfiguracja cech FFM dokładnie odpowiada właśnie czterem typom osobowości. Tym samym typ osobowości będący w opozycji do typu niedostatecznie kontrolującego się został nazwany typem nadmiernie kontrolującym się, a dotychczasowy typ nadmiernie kontrolujący się, którego nasilenie cech osobowości stało w opozycji do typu odpornego nazwano typem nieodpornym (Strus, Cybis i in., 2021a). Postulowane przez Strusa, Cybis i in. (2021a) dopasowanie czterech typów osobowości do metacech CPM zostało empirycznie zweryfikowane w szeroko zakrojonych badaniach z udziałem łącznie 4430 osób badanych przy wykorzystaniu 11 różnych kwestionariuszy do pomiaru cech FFM (Strus, Cybis i in., 2021b). Wyniki wykazały, że konfiguracje uzyskiwanych empirycznie typów osobowości niemal w zdecydowanej większości przypadków były zgodne z metacechami osobowości CPM: (1) gamma-plus/integracja – typ odporny (N-, E+, O+, U+, S+); (2) gamma-minus/dysharmonia – typ nieodporny (N+, E-, O-, U-, S-); (3) delta-plus/powściągliwość – typ nadmiernie kontrolujący się (N-, E-, O-, U+, S+); (4) delta-minus/poszukiwanie wrażeń – typ niedostatecznie kontrolujący się (N+, E+, O+, U-, S-; Strus, Cybis i in., 2021b).

Podobne strukturalne podejście wykorzystali Cieciuch i Topolewska (2017) do opracowania Kołowego Modelu Sposobów Formowania Tożsamości (*Circumplex of Identity Formation Modes*), który stanowi integrację różnych koncepcji opisujących kształtowanie tożsamości w tradycji Eriksona-Marci (Erikson, 1968; Marcia, 1966, 1980). Cieciuch i Topolewska (2017) – stosując ten sam sposób myślenia, który doprowadził Strusa i in. (2014; Strus i Cieciuch, 2017)

do CPM – zaproponowali rozwiązanie szeregu problemów w psychologii tożsamości i wyróżnili osiem sposobów kształtowania się tożsamości, które zostały przedstawione na rysunku 5.

Rysunek 5

Kołowy Model Sposobów Formowania Tożsamości (Cieciuch i Topolewska, 2017)



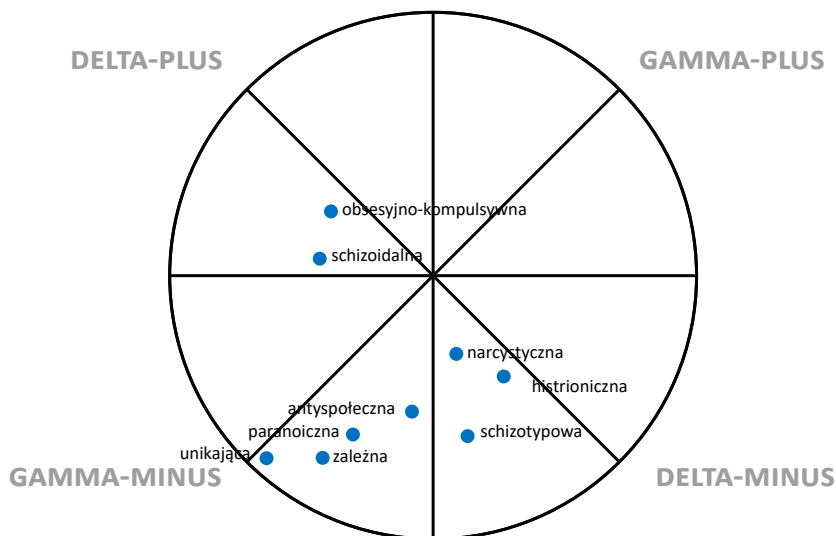
Źródło: „Kołowy Model Sposobów Kształtowania się Tożsamości: założenia teoretyczne i empiryczna weryfikacja”, E. Topolewska-Siedzik i J. Cieciuch, 2020, *Psychologia Rozwojowa*, 25(3), s. 20 (<https://doi.org/10.4467/20843879PR.20.016.13153>). CC BY NC ND 4.0.

Z kolei Rogoza i in. (2019), już w ramach CPM, przedstawili integrację różnych ujęć narcyzmu – dotychczas badanych w różnych tradycjach – wielkościowego, wrażliwego, kolektywnego i komunalnego. Empiryczne ułożenie narcystycznych zmiennych potwierdziło ich teoretyczne lokalizacje (poza narcyzmem kolektywnym). Badania Rogoży i in. (2019) potwierdziły syntetyzujący potencjał CPM, a także jego użyteczność w propozycji rekonceptualizacji konstruktów opisujących subkliniczny narcyzm (narcyzm jako cecha a nie jako zaburzenie).

Zawadzki (2016) podjął próbę uporządkowania zaburzeń osobowości w macierzy CPM (Strus i in., 2014). W tym celu wykorzystał zebrane dane dotyczące cech osobowości mierzonych kwestionariuszem NEO-FFI oraz dane dotyczące zaburzeń osobowości mierzone *Kwestionariuszem przekonań* (*Personality Belief Questionnaire*). Zawadzki (2016) wyodrębnił metacechy na podstawie pomiaru cech z modelu FFM, zatem z perspektywy CPM pomiar metacech był obarczony sporym błędem – a mimo to kategorie zaburzeń osobowości ulokowały się w przestrzeni CPM w teoretycznie spójny sposób, od delty-minus do delty-plus. Empiryczna lokalizacja zaburzeń osobowości w badaniach Zawadzkiego (2016) została zilustrowana na rysunku 6.

Rysunek 6

Empiryczna lokalizacja kategorii zaburzeń osobowości (na podstawie Zawadzki, 2016)

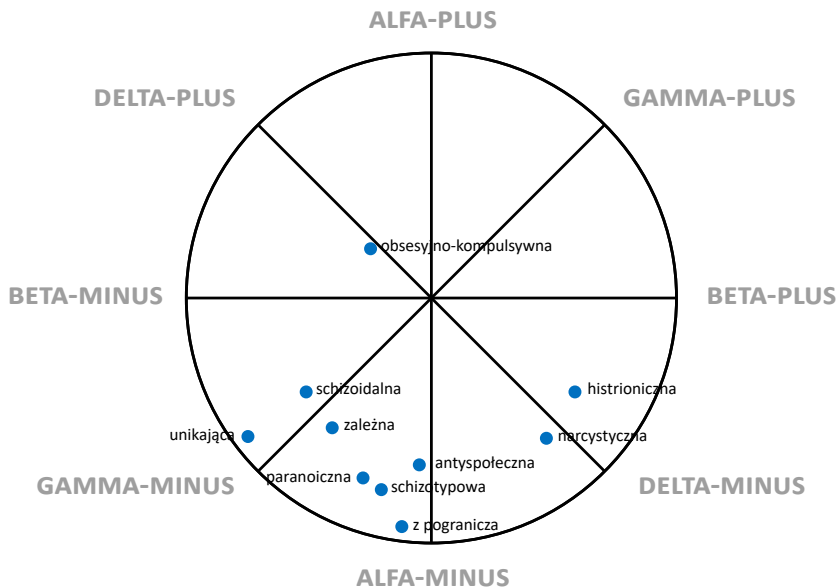


Zaburzenia osobowości ulokowały się poniżej linii delty w obszarze od delty-minus do delty-plus, co potwierdza rolę delty jako granicy pomiędzy zdrowiem a zaburzeniem, choć Zawadzki (2016) oczekiwał, że zaburzenia ulokują się w obszarze pomiędzy deltą-minus a gammą-minus. W kolejnym badaniu Zawadzki (2017) ponownie podjął próbę lokalizacji kategorii zaburzeń osobowości w CPM (Strus i in., 2014). Pakiet narzędzi wykorzystanych do pomiaru został posze-

rzony o kwestionariusz ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego służący do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM-IV – SCID-II oraz kwestionariusz TALEIA-400A (*Test for Axial Evaluation and Interview for Clinical, Personnel, and Guidance Applications*; Boncori, 2007, za: Zawadzki, 2017), który mierzy kategorie zaburzeń psychicznych i zaburzenia osobowości zgodnie z DSM-IV i ICD-10. Metacechy zostały wyodrębnione na podstawie cech FFM tak, jak w poprzednim, przywołanym powyżej badaniu tego autora (Zawadzki, 2016). Przy wykorzystaniu skalowania wielowymiarowego Zawadzki (2017) zweryfikował relacje między metacechami osobowości a zaburzeniami osobowości, a uzyskane przez niego lokalizacje kategorii zaburzeń w CPM zostały zilustrowane na rysunku 7.

Rysunek 7

Empiryczna lokalizacja zaburzeń osobowości (na podstawie Zawadzki, 2017)



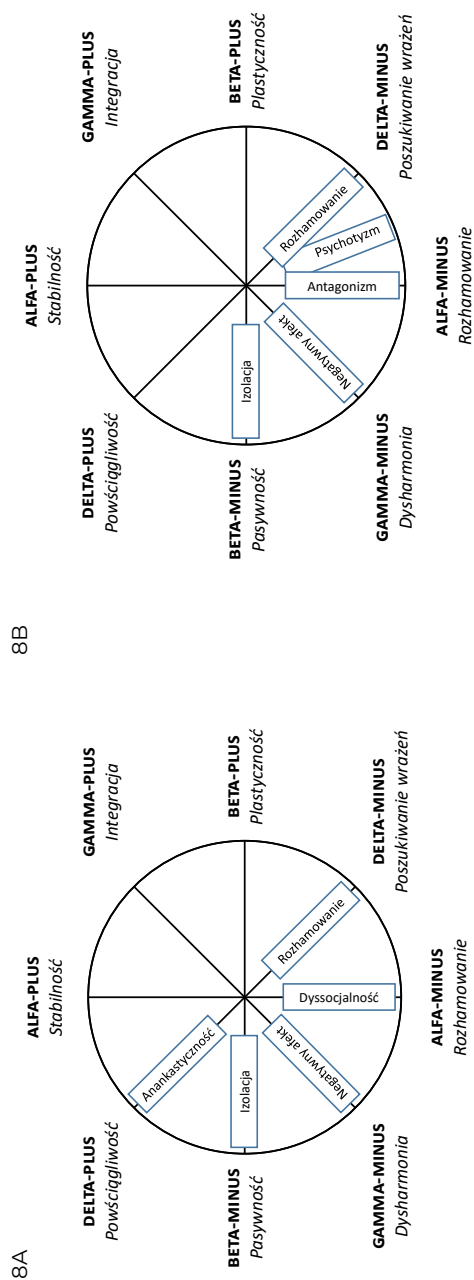
Niemal wszystkie zaburzenia osobowości (z wyjątkiem osobowości histryonicznej) ułożyły się empirycznie w obszarze między deltą-minus a deltą-plus, co ponownie potwierdziło znaczenie delty jako linii oddzielającej zdrowie od psychopatologii.

Z kolei Strus, Łakuta i Ciecuch (2021) wykorzystali CPM do określenia, która z klasyfikacji – ICD-11 czy DSM-5 – trafniej i precyzyjniej opisuje obszar zaburzeń osobowości. Każda z tych klasyfikacji wprowadziła model zaburzeń uwzględniający pięć głównych wymiarów, zwany Patologiczną Wielką Piątką. Odpowiednikiem neurotyczności w obu modelach jest negatywny afekt, (niskiej) ekstrawersji – izolacja, (niskiej) sumienności – rozhamowanie, (niskiej) ugodowości – antagonizm w DSM-5 i dyssocjalność w ICD-11. Oba modele różnią się jednak wyraźnie w zakresie piątej cechy – w modelu DSM-5 jest to psychotyzm jako odpowiednik (wysokiej) otwartości na doświadczenie, a w modelu ICD-11 jest nią anankastyczność jako odpowiednik (wysokiej) sumienności. Zatem model ICD-11 nie posiada odpowiedników wszystkich cech z FFM (brakuje w nim otwartości na doświadczenie), a w przypadku jednej z cech – sumienności – wyróżnia aż dwa patologiczne warianty: rozhamowanie jako niską sumiennność i anankastyczność jako wysoką sumiennność.

Mogłoby się wydawać, że model DSM-5 – jako jednoznaczna paralela FFM – jest bardziej elegancki i strukturalnie lepszy. Jak wykazali Strus, Łakuta i Ciecuch (2021), jest jednak odwrotnie. Na podstawie zarówno teoretycznej, jak i empirycznej lokalizacji w przestrzeni CPM patologicznych wymiarów osobowości tych dwóch klasyfikacji, stwierdzili oni przewagę klasyfikacji ICD-11, która spójnie pokrywa całą paletę patologicznych wymiarów osobowości, czego nie robi model DSM-5. Ilustrację tej analizy zaprezentowano na rysunku 8.

Rysunek 8

Lokalizacja patologicznych wymiarów osobowości według DSM-5 i ICD-11 w przestrzeni CPM (na podstawie Strus, Łakuta i Ciecich, 2021)



Adnotacja. 8A – klasyfikacja zaburzeń osobowości ICD-11; 8B – klasyfikacja zaburzeń osobowości DSM-5 (Strus, Łakuta i Ciecich, 2021).

Wymiary Patologicznej Wielkiej Piątki w klasyfikacji ICD-11 obejmowały zatem cały obszar patologii osobowości od delty-minus/poszukiwania wrażeń do delty-plus/powściągliwości, co po raz kolejny potwierdziło znaczenie linii delty jako granicy między zdrowiem a patologią (por. Strus i Ciecuch, 2017; Zawadzki, 2016, 2017). Tę granicę zdrowia-patologii w badaniach Strusa, Łakuty i Ciecucha (2021) stanowiły odpowiednio rozhamowanie i anankastyczność.

Na podstawie wszystkich zaprezentowanych wyżej badań, przeprowadzonych z użyciem CPM w różnych obszarach psychologii, wydaje się zasadnym oczekiwać, że wykorzystanie CPM pozwoli na lokalizację w jego przestrzeni również osobowościowych czynników ryzyka – wzorów zachowania A, C i D oraz zasobów zdrowia. Owa lokalizacja pozwoliłaby na rozwiązanie związanych z nimi, a wskazanych wyżej problemów strukturalnych, na określenie wzajemnych relacji występujących między nimi oraz na ich integrację.

ROZDZIAŁ 5

Przykład wykorzystania CPM
w zakresie osobowościowych
czynników ryzyka
chorób somatycznych:
rekonceptualizacja
wzoru C zachowania

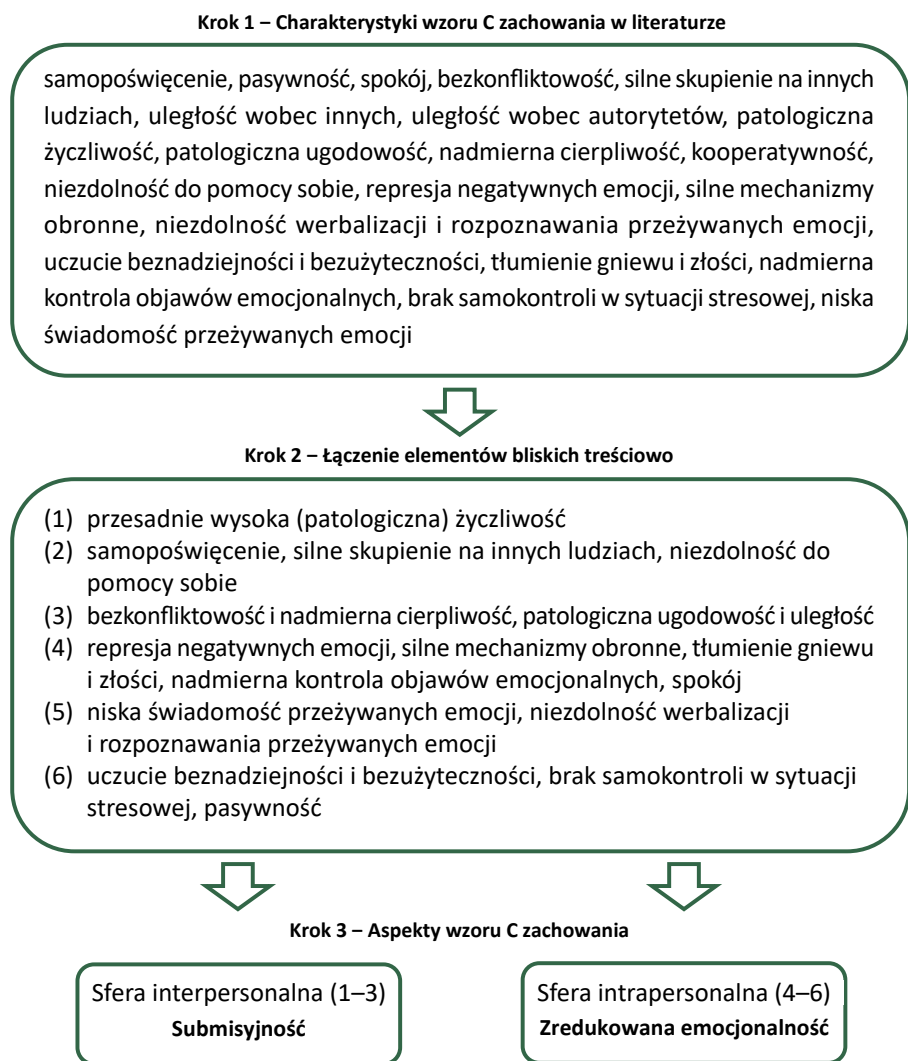
W tym rozdziale zostanie przedstawiona propozycja wykorzystania CPM jako matrycy teoretycznej w obszarze osobowościowych czynników ryzyka. Mianowicie omówiony będzie proces rekonceptualizacji i operacjonalizacji wzoru C zachowania, dokonany za pomocą CPM przez Rymarczyk i in. (2020).

Przedstawione w rozdziale 1 – *Wzory zachowania A, C, D jako osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych* badania na temat wzoru C zachowania jako istotnego predyktora występowania choroby nowotworowej dostarczyły generalnie bardzo niekonkluzywnych wyników. Jedną z głównych przyczyn tego stanu rzeczy wydają się być problemy konceptualizacyjne i pomiarowe wzoru C. W literaturze znajduje się wiele charakterystyk wzoru C zachowania, które nie tworzą spójnego obrazu, a na pewno domagają się uporządkowania. Z kolei niejasności odnośnie do zakresu charakterystyk wzoru C uniemożliwiały jego spójną i całościową operacjonalizację. Być może dlatego dotychczasowe badania dotyczyły jedynie wybranych aspektów wzoru C, a brakowało całościowego ujęcia i operacjonalizacji. W związku z tym punktem wyjścia propozycji Rymarczyk i in. (2020) była najpierw rekonceptualizacja wzoru C zachowania, uwzględniająca jego charakterystyki obecne w literaturze z uwzględnieniem aktualnej wiedzy o strukturze osobowości, a dopiero w kolejnym kroku – opracowanie jego operacjonalizacji.

Rekonceptualizacja wzoru C zachowania przez Rymarczyk i in. (2020) została przeprowadzona w czterech krokach. W pierwszym kroku przygotowana została lista charakterystyk wzoru C, jakie pojawiały się w literaturze; w drugim połączone zostały ze sobą elementy bliskie treściowo, co pozwoliło zredukować listę charakterystyk z kroku pierwszego; w trzecim podzielono uzyskane elementy na dwie główne kategorie, tworzące aspekty wzoru C zachowania. Kroki 1–3 zostały szczegółowo opisane na rysunku 9.

Rysunek 9

Rekonstrukcja zawartości treściowej wzoru C zachowania (kroki 1–3)

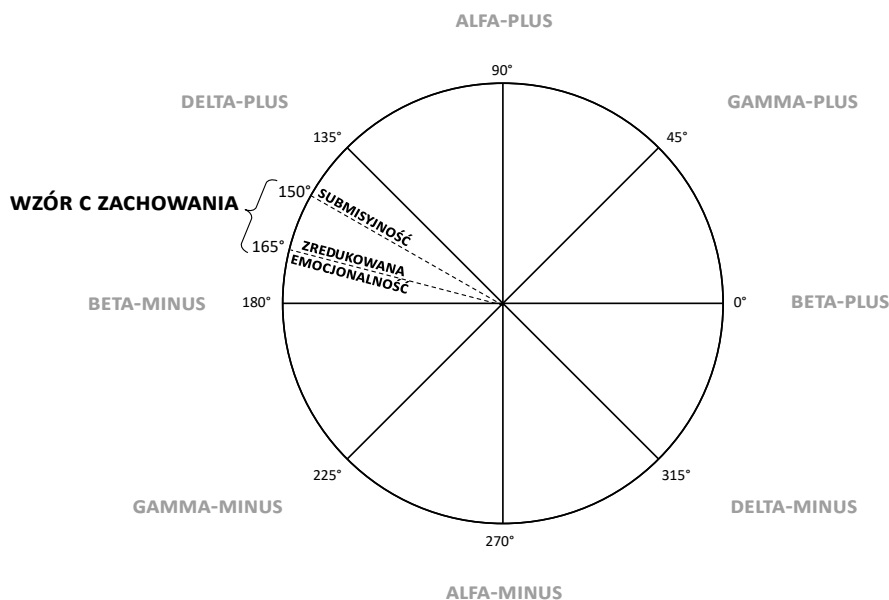


W czwartym kroku – uzyskana we wcześniejszych etapach charakterystyka wzoru C została powiązana z wiedzą na temat struktury osobowości. W szczególności przeanalizowano charakterystyki wzoru C z punktu widzenia CPM (Strus i Ciecuch, 2017; Strus i in., 2014) jako zewnętrznego układu odniesienia.

Wydaje się bowiem, że charakterystyki osobowości, które CPM zawiera pomiędzy deltą-plus a betą-minus – a więc wysoka kontrola zachowania, tendencja do dostosowywania się, konwencjonalizm, konformizm i submisyjność w relacjach interpersonalnych, jak również stłumiona emocjonalność (zarówno negatywna, jak i pozytywna), zahamowanie, apatyczność i bierność – szczególnie silnie korespondują z właściwościami przypisywanymi wzorowi C zachowania (zob. Ciecuch i Strus 2020; Strus i Ciecuch, 2017). Na rysunku 10 ułożono wyróżnione aspekty wzoru C między dwiema metacechami: deltą-plus/powściągliwością (bezkonfliktowość, nadmierna cierpliwość, uległość i dostosowywanie się w relacjach z ludźmi) oraz betą-minus/pasywnością (pasywność, bezradność i beznadziejność, niska samoświadomość; zob. tabela 6).

Rysunek 10

Teoretyczna lokalizacja wzoru C zachowania i jego aspektów w przestrzeni CPM (krok 4)



Wzór C zachowania w proponowanym przez Rymarczyk i in. (2020) ujęciu składa się zatem z dwóch aspektów: submisyjność (*submissiveness*), odpowiadająca sferze interpersonalnej oraz zredukowana emocjonalność (*restricted affectivity*), odpowiadająca sferze intrapersonalnej. Submisyjność i zredukowana emocjonal-

ność zawierają elementy wspólne z obiema wspomnianymi wyżej metacechami osobowości, jednak submisyjność jest bliższa delcie-plus/powściągliwości, podczas gdy zredukowana emocjonalność – bliższa becie-minus/pasywności. Submisyjność wyraża się w patologicznej ugodowości, uległości i życzliwości wobec innych, bezkrytycznym dostosowywaniu się do nich, zależności, nadmiernej cierpliwości, bezkonfliktowości i nieumiejętności odmawiania, a nawet – w skrajnym skupianiu się na innych ludziach i poświęcaniu się dla nich kosztem własnych potrzeb. Zredukowana emocjonalność z kolei wyraża się w represji i tłumieniu negatywnych emocji (szczególnie gniewu), niskiej świadomości przeżywanych uczuć, niezdolności ich rozpoznawania, nazywania i wyrażania, anhedonii, a także pasywności, bierności oraz bezzadności w obliczu przeciwności.

Badanie weryfikujące lokalizację tak zdefiniowanego wzoru C zachowania w CPM zostało przeprowadzone w grupie 232 osób w wieku od 18 do 70 lat ($M = 29,4$; $SD = 9,0$). Mężczyźni stanowili 54,3% badanej grupy ($n = 126$). Do pomiaru metacech osobowości wykorzystano *Kwestionariusz metacech osobowości w wersji skróconej* (*Circumplex of Personality Metatraits Questionnaire–Short Form* [CPM-Q-SF]; Strus i Ciecuch, 2021). Do pomiaru wzoru C zachowania wykorzystano natomiast nowo opracowane narzędzie składające się z 44 pozycji kwestionariuszowych (szczegółowa charakterystyka obu narzędzi znajduje się w rozdziale 7 – *Metoda*). Spójność wewnętrzna zredukowanej emocjonalności, mierzona alfą Cronbacha, wyniosła 0,79, a spójność wewnętrzna submisyjności, mierzona w ten sam sposób, wyniosła 0,85, co można uznać za wartości zadowalające. Model pomiarowy kwestionariusza służącego do pomiaru wzoru C zachowania w kategoryjnej konfirmacyjnej analizie czynnikowej (po wprowadzeniu siedmiu korelacji błędów między pozycjami kwestionariuszowymi o zbliżonym znaczeniu) uzyskał akceptowalne wskaźniki dopasowania ($\chi^2 = 353,6$; $df = 162$; RMSEA = 0,071 [0,061–0,082]; CFI = 0,927; WRMR = 1,06). Korelacja między zmiennymi latentnymi wyniosła 0,66. Ładunki czynnikowe kwestionariusza do pomiaru wzoru C zachowania przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7

Ładunki czynnikowe w confirmacyjnej analizie czynnikowej kwestionariusza do pomiaru wzoru C zachowania (Rymarczyk i in., 2020)

	Zredukowana emocjonalność	Submisyjność
Przez całe życie nie wyrażałem/am swoich silnych emocji.	0,66	
Kiedy coś idzie nie tak, po prostu godzę się z tym.	0,60	
Prawdę mówiąc, w zasadzie nigdy nie odczuwam gniewu.	0,58	
W sytuacji trudnej zwykle poddaję się biegowi zdarzeń.	0,56	
W zasadzie nigdy nie zastanawiam się nad tym, co odczuwam.	0,57	
Tak naprawdę to nikt nie jest w stanie mnie rozzłościć.	0,53	
Kiedy życie nie układa się po mojej myśli, uznaję, że po prostu tak musi być.	0,52	
Właściwie to nic nie jest w stanie wyprowadzić mnie z równowagi.	0,47	
Jeśli spotka mnie coś złego, w ogóle o tym nie myślę.	0,43	
Nieważne jak jest mi źle, nie okazuję tego. ^a	0,39	
Uważam, że moim obowiązkiem jest przedkładać potrzeby innych ponad własne.		0,77
W sytuacjach konfliktowych zawsze się podporządkowuję i ulegam innym.		0,70
Jestem w stanie wszystko zaakceptować, nawet jeśli mi to nie odpowiada.		0,66
Nie umiem odmawiać innym.		0,61
Nawet, jeśli coś mi nie odpowiada, nie mówię o tym.		0,63
W każdej chwili, jestem gotów/gotowa zrezygnować z własnych planów dla dobra innych.		0,61
Zawsze zgadzam się z ważnymi dla mnie osobami, bo wiem, że mają rację.		0,61
Staram się za wszelką cenę odpowiadać na potrzeby innych, niezależnie od tego, jak się czuję.		0,60
Niezależnie od sytuacji, czekam na swoją kolej.		0,59
Robię co mogę, aby unikać konfliktów z innymi. ^b		0,55

^a Proponowana przez Rymarczyk i in. (2020) modyfikacja do użycia w przyszłych badaniach: Nieważne, jak się czuję – nie okazuję tego.

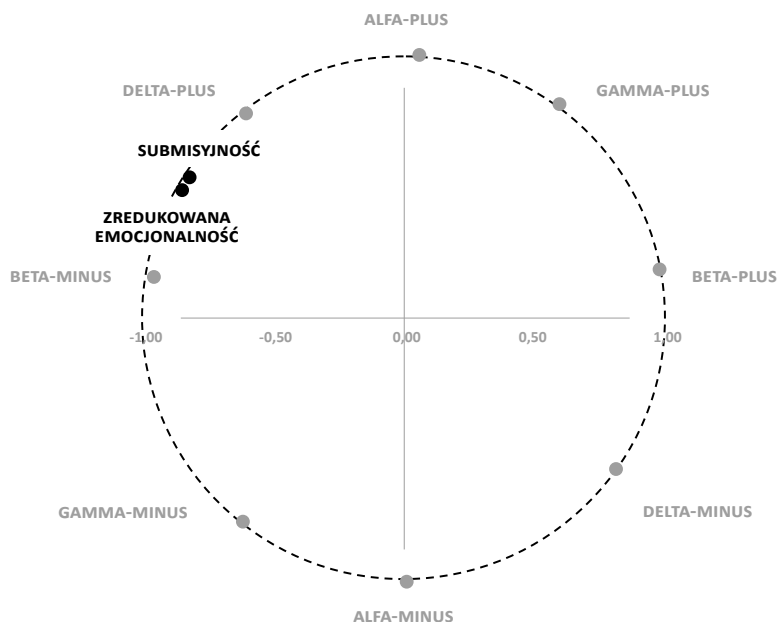
^b Proponowana przez Rymarczyk i in. (2020) modyfikacja do użycia w przyszłych badaniach: Robię, co mogę, aby za wszelką cenę unikać konfliktów z innymi.

Przy wykorzystaniu procedury Procrustes (Schönemann, 1966) dokonano porównania teoretycznej lokalizacji aspektów wzoru C (submisyjność w punkcie 150° , a zredukowana emocjonalność w punkcie 165°) z rzeczywistą lokalizacją empiryczną.

Współczynnik kongruencji (*congruence coefficient*) empirycznej lokalizacji wzoru C i jego dwóch aspektów z lokalizacją zakładaną teoretycznie wyniósł (1) dla wzoru C zachowania 0,99; (2) dla submisyjności 1,00; (3) dla zredukowanej emocjonalności 0,97. Uzyskane wartości potwierdziły bardzo wysoką zgodność, ponieważ progiem bardzo wysokiej kongruencji macierzy teoretycznej (*target matrix*) z empiryczną (*obtained matrix*) jest wartość 0,95. Na rysunku 11 zilustrowano uzyskaną lokalizację empiryczną aspektów wzoru C zachowania w przestrzeni CPM.

Rysunek 11

Empiryczna lokalizacja aspektów wzoru C zachowania w przestrzeni CPM (na podstawie Rymarczyk i in., 2020)



Zgodnie z oczekiwaniami oba aspekty wzoru C ułożyły się blisko siebie w obszarze pomiędzy deltą-plus/powściągliwością a betą-minus/pasywnością, w miejscach przewidzianych teoretycznie – o czym świadczą uzyskane bardzo wysokie współczynniki kongruencji. Jednak mimo wypracowania wysokich współczynników, oba aspekty wzoru C zachowania ułożyły się bardzo blisko siebie i nieco bliżej niż oczekiwano. Zgodnie z rysunkiem 10 oczekiwano bowiem, że aspekty równomiernie ułożą się co 15 stopni między betą-minus/pasywnością a deltą-plus/powściągliwością, podczas gdy empirycznie oba aspekty ułożyły się w zasadzie pośrodku (czyli w miejscu przewidywanej lokalizacji całego wzoru C) pomiędzy betą-minus/pasywnością a deltą-plus/powściągliwością – submisyjność w punkcie 147,52 stopni, natomiast zredukowana emocjonalność w punkcie 150,76 stopni. Okazało się też, że R^2 (0,17 dla obu aspektów) jest stosunkowo niewielkie, co oznacza, że metacechy wyróżnione w CPM nie wyjaśniają zbyt dużej wariancji wzoru C. Wynik ten oznacza (zresztą zgodnie z oczekiwaniami), że wzór C zachowania nie jest redukowalny do metacech osobowości, choć lokuje się dość precyzyjnie w przestrzeni przez nie wyznaczonej.

ROZDZIAŁ 6

Problem badań własnych:
wykorzystanie CPM
do integracji
osobowościowych czynników
ryzyka chorób somatycznych
oraz zasobów zdrowia

CPM jako zewnętrzny układ odniesienia, syntetyzujący różne modele z zakresu psychologii osobowości (Strus i Ciecuch, 2017) może być traktowany jako narzędzie testowania i doprecyzowania konstruktów w innych obszarach psychologii. Przykładem takiego doprecyzowania może być: (1) integracja różnych ujęć narcyzmu w ramach CPM, dokonana przez Rogożę i in. (2019), (2) integracja zaburzeń osobowości autorstwa Zawadzkiego (2016, 2017), (3) synteza różnych modeli z obszaru kształtowania tożsamości, dokonana przez Ciecucha i Topolewską (2017; chociaż przy zastosowaniu raczej specyficznego dla CPM sposobu myślenia niż samego modelu) oraz (4) rozstrzygnięcie sporu, która Patologiczna Wielka Piątka jest bardziej uzasadniona – proponowana przez DSM-5 czy postulowana przez ICD-11 (Strus, Łakuta i Ciecuch, 2021). Wspomniane przykłady zostały szerzej opisane w rozdziale 4 – *Kołowy Model Metacech Osobowości (CPM) i jego integracyjny potencjał*. Skoro zatem – jak się okazało – CPM może być skutecznie wykorzystywany jako matryca integrująca i porządkująca różne konstrukty teoretyczne, pojawia się pytanie o możliwość wykorzystania tej matrycy do uporządkowania relacji między czynnikami ryzyka chorób somatycznych a zasobami zdrowia, czyli relacji między wzorami zachowania A, B, C i D a konstruktami pokrewnymi. Zaprezentowane wcześniej charakterystyki osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia oraz empiryczne związki z cechami osobowości sugerują taką możliwość.

Zgodnie z dotychczasową literaturą (Strus i Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta i Ciecuch, 2021; Zawadzki, 2016, 2017) wymiar delty stanowi linię oddzielającą zdrowie i dobrostan od zaburzeń psychicznych lub ryzyka ich wystąpienia. Z perspektywy przedstawionej w poprzednich rozdziałach charakterystyki wzorów A, C, D oraz ich związków z cechami osobowości, delta wydaje się być też linią problemów psychosomatycznych, co pozwala postulować lokalizację osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych poniżej jej linii, a zasoby zdrowia powyżej.

6.1. Lokalizacja w CPM osobowościowych czynników ryzyka (hipotezy 1.1, 1.2 i 1.3)

Charakterystyka osobowości zawarta w przestrzeni pomiędzy deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń a alfą-minus/rozhamowaniem – obejmująca impulsywność, poszukiwanie stymulacji i podejmowanie ryzyka, agresywność i antagonizm w stosunku do ludzi, niską tolerancję na frustrację i skłonność do dominowania (zob. tabela 6) – odpowiada charakterystykom przypisywanym wzorowi A zachowania. Na tej podstawie sformułowano hipotezę 1.1.

Hipoteza 1.1. Wzór A zachowania lokuje się między deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń a alfą-minus/rozhamowaniem.

W przypadku wzoru C zachowania – jego pole treściowe koresponduje z charakterystykami osobowości, które zawierają się w przestrzeni pomiędzy deltą-plus/powściągliwością a betą-minus/pasywnością. Oznacza to wysoką kontrolę zachowania, tendencję do dostosowywania się, konwencjonalizm, konformizm, submisyjność i zależność w relacjach interpersonalnych, a także stłumioną emocjonalność (zarówno negatywną, jak i pozytywną), zahamowanie, apatyczność, bierność i skłonność do anhedonii (zob. tabela 6) – co zostało omówione w rozdziale 5 – *Przykład wykorzystania CPM w zakresie osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych: rekonceptualizacja wzoru C zachowania*. Na tej podstawie sformułowano hipotezę 1.2.

Hipoteza 1.2. Wzór C zachowania lokuje się między deltą-plus/powściągliwością a betą-minus/pasywnością.

Zasadność hipotez 1.1 oraz 1.2 prawie w całości wspierają relacje wzorów A i C z cechami FFM, omówione w podrozdziale 3.2.3. *Empiryczne relacje czynników ryzyka z cechami osobowości*. Jedynym wyjątkiem jest pozytywny związek sumienności ze wzorem A i negatywny ze wzorem C, podczas gdy sumienność, jako składowa alfy-plus/stabilności, powinna wiązać się pozytywnie ze wzorem C i negatywnie ze wzorem A. Takie wyniki uzyskiwane w badaniach z FFM mogą być konsekwencją okoliczności, że we wzorze A występują ciągłe dążenie do osiągnięć oraz angażowanie się w liczne i różnorodne funkcje, ale wynika to raczej z potrzeby uznania i awansu, a stawiane cele są z reguły słabo zdefiniowane (por. Śmigelskas, 2017). Natomiast sumienność w FFM charakteryzuje wysoki poziom kompetencji, organizacji, obowiązkowości, porządku, samodyscypliny i dążenia do osiągnięć (McCrae i Costa Jr, 2003), co może być bliższe znaczeniowo skali dążenia do osiągnięć wykorzystanej przez Bruck i Allen (2003), odnoszącej się do pracowitości, aktywności i poważnego traktowania swojej pracy.

Wśród właściwości osobowości, które zawierają się w obszarze gammy-minus/dysharmonii – negatywna emocjonalność, depresyjność, pesymizm, niedostępność i dystans w relacjach międzyludzkich (zob. tabela 6) odpowiadają charakterystykom przypisywanym wzorowi D zachowania. Zgodnie z tym sformułowano hipotezę 1.3.

Hipoteza 1.3. Wzór D lokuje się w obszarze gammy-minus/dysharmonii.

Teoretyczna lokalizacja wszystkich uwzględnionych czynników ryzyka chorób somatycznych została przedstawiona na rysunku 12.

6.2. Lokalizacja w CPM zasobów zdrowia (hipoteza 2)

Definicja gammy-plus/integracji zawarta w tabeli 6 w rozdziale 4 – *Kołowy Model Metacech Osobowości (CPM) i jego integracyjny potencjał* wyraźnie wiąże się z opisem wzoru B zachowania oraz konstruktami, które w rozdziale 2 – *Wzór B zachowania i inne konstrukty opisujące zasoby zdrowia* uznano za ściśle z nim związane i stanowiące zasoby zdrowia. Przykładem mogą być takie elementy definicji gammy-plus/integracji, jak: dobrostan, harmonia inter- i intrapersonalna, pogoda ducha i otwartość na świat czy efektywność w realizacji ważnych celów (zob. tabela 6). Ponadto także w charakterystykach alfy-plus/stabilności – odnoszących się do tendencji do adaptacji społecznej, stabilności funkcjonowania (w sferze emocjonalnej, społecznej i motywacyjnej), wytrwałości i spokoju – a także w charakterystykach bety-plus/plastyczności – w zakresie m.in. tendencji do eksplorowania i inwencji, pewności siebie, entuzjazmu oraz orientacji na rozwój osobisty – można dostrzec powiązania ze wzorem B zachowania. Na tej podstawie sformułowano hipotezę 2.

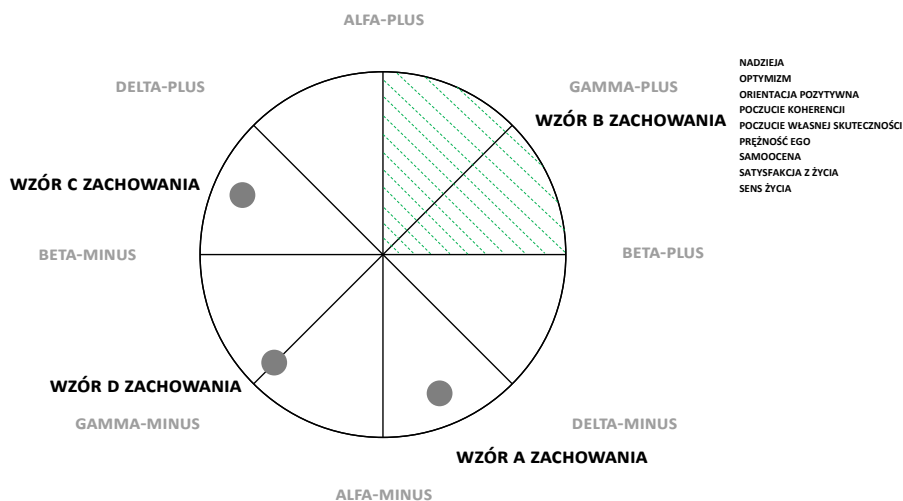
Hipoteza 2. Wzór B zachowania lokuje się w obszarze gammy-plus/integracji pomiędzy alfą-plus/stabilnością i betą-plus/plastycznością.

Ponadto zostanie także zweryfikowana struktura zasobów zdrowia sugerowana w rozdziale 3 – *Relacje pomiędzy czynnikami ryzyka chorób somatycznych i zasobami zdrowia oraz ich osobowościowy kontekst*. W tym celu przeprowadzona będzie analiza czynnikowa grupująca zasoby zdrowia. Jeśli analiza wyodrębni znaczące teoretycznie czynniki, można oczekiwać, że zasoby zdrowia podzielą się na grupy: (1) powiązane ze stabilnym i adaptacyjnym funkcjonowaniem – ułożone między gammą-plus/integracją a alfą-plus/stabilnością; (2) powiązane z entuzjazmem, energią i skutecznością w działaniu, czyli ułożone między gammą-plus/integracją a betą-plus/plastycznością.

Na rysunku 12 przedstawiono teoretyczną lokalizację wzoru B zachowania oraz zaznaczono przestrzeń CPM, w której jest możliwe ulokowanie zasobów zdrowia.

Rysunek 12

Teoretyczna lokalizacja czynników ryzyka stanowiących wzory zachowania A, C i D oraz wzoru B zachowania (zasobów zdrowia)



6.3. Relacje między czynnikami ryzyka i zasobami zdrowia, czyli integracyjne konsekwencje hipotez 1 oraz 2

Relacje zmiennych w modelach kołowych (*circumplex*) są jasno określone – zmienne ulokowane na osiach przecinających się pod kątem 90° są ortogonalne, czyli wzajemnie od siebie niezależne. Zmienne ulokowane na osiach przecinających się pod mniejszym kątem są ze sobą skorelowane dodatnio – przy czym związek jest tym większy, im kąt przecięcia mniejszy – a zmienne położone w przestrzeni kołowej w relacji kąta rozwartego ($> 90^\circ$) są powiązane ujemnie. Zmienne ulokowane na przeciwległych biegunach danego wymiaru są przeciwstawne; nie są one jednak nigdy sprowadzalne do prostych przeciwności, ponieważ każdy z biegunów zawiera właściwą sobie treść psychologiczną, której nie zawiera przeciwny biegun danej metacechy (por. Strus i in., 2014). Niemniej

wysokie nasilenie zmiennych przeciwstawnych w modelu kołowym raczej nie współwystępuje u jednej osoby.

Kategoria przeciwieństw wzorów zachowania jest szczególnie ważna, bo – jak przedstawiono we wcześniejszych rozdziałach pracy – takie przeciwieństwa były postulowane pomiędzy wzorem A i B (por. Friedman i Rosenman, 1959) oraz wzorem A i C (por. Dolińska-Zygmunt, 2001b; Lehto i in., 2006). Dzięki teoretycznej lokalizacji wzorów zachowania w przestrzeni CPM możliwa jest weryfikacja oczekiwanych przeciwieństw określonych wzorów oraz innych relacji między wzorami.

Jak widać na rysunku 12 – wzór B zachowania, traktowany jako osobowość niezwiązana z podatnością na choroby (a właściwie związana ujemnie), lokuje się po jednej stronie wymiaru delty, podczas gdy wzory A, C i D – lokują się po jej drugiej stronie. Zarazem lokalizacja przedstawiona na rysunku 12 i omówiona powyżej pokazuje, że pełnym przeciwieństwem wzoru B jest wzór D zachowania. Te dwa konstrukty leżą na przeciwnych biegunkach metacechy gamma, wskazując z jednej strony na wysoki poziom dobrostanu i na zasoby zdrowia (wzór B zlokalizowany w okolicy gammy-plus/integracji), a z drugiej – na silne negatywne emocje i predyspozycje do choroby (wzór D zlokalizowany w okolicy gammy-minus/dysharmonii). Zarazem można zaobserwować pewne przeciwieństwa wzoru B do wzorów A i C, które są położone poniżej linii delty. Przeciwieństwo wzoru B zachowania i wzoru C zachowania polega na występujących we wzorze C problemach w wyrażaniu własnych emocji (zwłaszcza tych trudnych), uległości, nadmiernej cierpliwości i patologicznej ugodowości, co utrudnia dostrzeganie własnych potrzeb. Charakterystyki te we wzorze B raczej nie występują, a wręcz można dostrzec w nim właściwości przeciwstawne, tj. harmonię, odpężenie, kontakt z własnymi emocjami oraz zadbanie o własne potrzeby. Analogicznie przeciwnym do wzoru B zachowania jest wzór A zachowania. W tej relacji kluczowe są impulsywność, wrogość, agresywność, silna motywacja osiągnięć i rywalizacja, które zawierają się we wzorze A zachowania, podczas gdy we wzorze B zauważyć można charakterystyki zgoła przeciwne – mniejszą koncentrację na osiągnięciach i uznaniu, satysfakcję z życia i wykonywanej pracy, harmonię ze światem, relaks i odpężenie.

Ulokowanie wzorów A, C i D w matrycy CPM pozwala również dość precyzyjnie określić podobieństwa i różnice między nimi. Na pozycjach najbardziej przeciwnych leżą wzory A i C. Wzór A, umiejscowiony poniżej delty-minus/poszukiwania wrażeń, charakteryzuje się chęcią dominowania, agresywnością, wrogością, rywalizacją, pragnieniem uznania i awansu, brakiem kontroli nad

reakcjami emocjonalnymi, a wzór C, ulokowany poniżej delty-plus/powściągliwości, charakteryzuje się uległością, pasywnością, silnym skupieniem na innych osobach i poświęcaniem się im, nadmierną życzliwością i ugodowością oraz nadmierną kontrolą emocji prowadzącą wręcz do ich represji (tłumienia). Wzory C i A są zatem najbardziej zróżnicowanymi wzorami, w związku z czym raczej niemożliwe jest ich współwystępowanie u jednej osoby. Wzór D różni się od C i A, choć są to już tego rodzaju różnice, które nie wykluczają współwystępowania. Podobieństwa pomiędzy wzorami C i D polegają na obecnej w obu wzorach wysokiej kontroli emocji, przy czym we wzorze D wspomniana kontrola dotyczy zasadniczo wyrażania emocji w sytuacjach społecznych, natomiast we wzorze C przyjmuje tak całościową i skrajną postać, że oznacza represję i tłumienie, wskutek czego jednostka w ogóle nie uświadamia sobie swoich przeżyć i nie odczuwa emocji (szczególnie gniewu). W związku z tym we wzorze D występuje tendencja do zamartwiania się, lęku, dyskomfortu, skrytości, braku równowagi społecznej i świadomego powstrzymywania się od ekspresji emocji w interakcjach społecznych z obawy przed odrzuceniem, podczas gdy we wzorze C występuje brak świadomości przeżywanych emocji i ich represja oraz nadmierna koncentracja na potrzebach innych ludzi z poświęcaniem się dla nich. Podobieństwo pomiędzy wzorami D i A polega na tym, że w obu występują silne emocje negatywne, ale we wzorze D są to głównie emocje internalizacyjne (np. lęk, depresja, poczucie niższości), natomiast we wzorze A – emocje eksternalizacyjne (nadmierny napęd, frustracja, irytacja i gniew). W związku z tym we wzorze D występuje tendencja do świadomej kontroli (ekspresji) emocji w interakcjach społecznych – głównie z obawy przed odrzuceniem – a także skrytość i depresyjność, podczas gdy we wzorze A występuje impulsywność, wrogość, ekspansywność w relacjach, brak kontroli ekspresji emocji – głównie negatywnych.

6.4. Powiązania czynników ryzyka z chorobami i dolegliwościami somatycznymi (hipoteza 3)

W związku z postulowanymi w literaturze powiązaniami osobowościowych czynników ryzyka z różnymi chorobami somatycznymi zdecydowano się również na weryfikację tego aspektu. Różne właściwości wzorów zachowania nie zawsze były powiązane z tą samą chorobą lub nie każda choroba w pełni obejmowała pełny obraz wzorów zachowania (np. Basińska, 2009), co wskazuje na niespecyficzną formę właściwości wzorów zachowania, które mogą występować u pacjentów z różnymi chorobami (por. Wrześniewski, 2008). Natomiast

CPM pozwala na opis całego obszaru chorobowego, dzięki czemu możliwa jest identyfikacja osobowościowych uwarunkowań podatności na różne choroby psychosomatyczne. W związku z tym przygotowano listę chorób traktowanych jako choroby psychosomatyczne lub cywilizacyjne oraz listę dolegliwości somatycznych w oparciu o klasyfikację Alexandra (1962) oraz uwzględniane w dotychczasowych badaniach naukowych objawy oraz choroby. Zgodnie z tym sformułowano hipotezę 3.

Hipoteza 3. Wzory zachowania wiążą się z wystąpieniem chorób i dolegliwości somatycznych.

W szczególności oczekiwano, że (a) wzory zachowania A, C i D są bardziej nasilone w grupach osób, w których dana choroba lub dolegliwość wystąpiła, a wzór B zachowania jest bardziej nasilony w grupach, w których dana choroba nie wystąpiła oraz (b) nasilenie wzorów A, C i D zachowania pozytywnie wiąże się z nasileniem dolegliwości somatycznych – przy czym najsilniejsze różnicowanie wystąpi w zakresie wzoru D zachowania, który ulokowany został w centrum gammy-minus/dysharmonii, a mniejsze różnicowanie w zakresie wzorów A i C.

Teoretyczne ulokowanie osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych i zasobów zdrowia w przestrzeni CPM na podstawie zawartości treściowych zarówno wzorów zachowania i zasobów, jak również metacech osobowości, pozwoliło na określenie wzajemnych relacji między konstruktami istotnymi z punktu widzenia zdrowia somatycznego, mianowicie podobieństw oraz przeciwieństw i różnic wynikających ze struktury kołowej przyjętego modelu. W ramach niniejszej pracy owe oczekiwane teoretycznie relacje zostaną zweryfikowane empirycznie.

ROZDZIAŁ 7

Metoda

7.1. Narzędzia

7.1.1. Osobowość

Metacechy osobowości. Do pomiaru metacech osobowości wykorzystano kwestionariusz CPM-Q-SF (Strus i Ciecuch, 2021). Składa się on z 72 stwierdzeń opisujących różne zachowania, uczucia, myśli i postawy ludzi. CPM-Q-SF mierzy osiem metacech wyróżnionych w ramach CPM: alfa-plus/stabilność, alfa-minus/rozhamowanie, beta-plus/plastyczność, beta-minus/pasywność, gamma-plus/integracja, gamma-minus/dysharmonia, delta-plus/powściągliwość, delta-minus/poszukiwanie wrażeń. Model został przedstawiony w rozdziale 4 – *Kołowy Model Metacech Osobowości (CPM) i jego integracyjny potencjał* na rysunku 3, a definicje metacech znajdują się w tabeli 6. Odpowiedzi są udzielane na pięciostopniowej skali Likerta od 1 (*całkowicie nie zgadzam się*) do 5 (*całkowicie zgadzam się*). Alfa Cronbacha skal w niniejszych badaniach wahała się od 0,71 do 0,87 (wszystkie współczynniki alfa Cronbacha dla skal mierzonych tym kwestionariuszem znajdują się w tabeli 9).

7.1.2. Osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych

Wzór A zachowania. Do pomiaru wzoru A zachowania wykorzystano *Skalę typu A-Framingham* (FTAB; Haynes i in., 1978; Juczyński, 2012). Skala składa się z 10 pozycji kwestionariuszowych, w ramach których pierwsze pięć dotyczy cech i właściwości typowych dla wzoru A, kolejne cztery odnoszą się do odczuć występujących pod koniec przeciętnego dnia, a ostatnia dotyczy presji czasu. W ramach narzędzia oprócz wyniku ogólnego można także wyliczyć wynik dla dwóch czynników: pośpiechu i rywalizacji. Odpowiedzi na pozycje kwestionariuszowe 1–5 są udzielane na czterostopniowej skali od 1 (*zdecydowanie tak*) do 0 (*zdecydowanie nie*) z przypisanymi wagami 1; 0,67; 0,33; 0 dla każdej odpowiedzi, a dla pozycji kwestionariuszowych 6–10 na dwustopniowej skali od 1 (*tak*) do 0 (*nie*) z przypisanymi wagami 1 i 0 dla każdej odpowiedzi. Ogólny wynik skali jest średnią arytmetyczną ze wszystkich odpowiedzi z uwzględnieniem przypisanych im wag. Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach dla wyniku ogólnego wyniosła 0,62 (czyli dokładnie tyle, ile wartość uzyskana przez Juczyńskiego, 2012), dla podskali pośpiechu 0,56, a dla podskali rywalizacji – jedynie 0,38.

Konstruktem zbliżonym do wzoru A zachowania jest kontrola ego, rozumiana ściślej jako niedostateczna kontrola ego. Do jej pomiaru wykorzystano

Skalę niedostatecznej kontroli ego (EUS; Letzring i in., 2005). Kwestionariusz ten służy do pomiaru niedostatecznej kontroli ego, korespondującej ze wzorem A zachowania i interpretowanej jako osobowościowy czynnik ryzyka – dlatego też informacja o jej pomiarze została zamieszczona w tym miejscu. Narzędzie składa się z 37 pozycji kwestionariuszowych, w którym wysoki wynik świadczy o braku kontroli impulsów. W niniejszych badaniach zastosowano wersję 25-stwierdzeniową przygotowaną przez Strusa, Rowińskiego i Ciecucha (2020). Odpowiedzi udzielane są na skali od 1 (*zdecydowanie nie zgadzam się*) do 4 (*zdecydowanie zgadzam się*). Alfa Cronbacha dla kontroli ego w niniejszych badaniach wyniosła 0,82. Drugi z kluczowych konstruktów teorii Blocków (Block i Block, 1980), czyli prężność ego jest uznawana za zasób zdrowia, stąd narzędzia zastosowane do jej pomiaru zostaną przedstawione w dalszej części pracy, dotyczącej zasobów zdrowia.

Wzór C zachowania. Do pomiaru wzoru C zachowania wykorzystano autorskie narzędzie Rymarczyk i in. (2020) – *Kwestionariusz wzoru C zachowania* (*Behavior Pattern C Questionnaire* [BPCQ]). Składa się on z 20 pozycji kwestionariuszowych opisujących różne zachowania, uczucia i myśli ludzi. Mierzy dwa aspekty: zredukowaną emocjonalność (10 pozycji kwestionariuszowych) oraz submisyjność (10 pozycji kwestionariuszowych). Odpowiedzi są udzielane na pięciostopniowej skali Likerta od 1 (*całkowicie nie trafnie mnie opisuje*) do 5 (*całkowicie trafnie mnie opisuje*). Na potrzeby obecnych badań wykorzystano zmodyfikowaną wersję narzędzia składającą się z 14 pozycji kwestionariuszowych. Ich selekcja została dokonana na podstawie analiz przeprowadzonych w ramach innych badań, tutaj nieraportowanych. Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła dla wyniku ogólnego 0,77, dla zredukowanej emocjonalności 0,67, dla submisyjności 0,75.

Silna, represyjna kontrola emocji została uznana za składową wzoru C zachowania, którego cechą charakterystyczną jest tłumienie emocji mogące wiązać się z chorobami psychosomatycznymi (Juczyński, 2012). Dlatego w niniejszych badaniach dokonano pomiaru tego konstruktu także za pomocą *Skali kontroli emocjonalnej* (CECS; Juczyński, 2012; Watson i Greer, 1983). Narzędzie składa się z 21 pozycji kwestionariuszowych i zawiera trzy podskale: kontrolę gniewu, kontrolę depresji i kontrolę lęku (zob. Juczyński, 2012). W narzędziu zastosowana została czterostopniowa skala od 1 (*prawie nigdy*) do 4 (*prawie zawsze*). Do analiz wykorzystano podskalę kontroli gniewu ze względu na jej powiązanie ze wzorem C zachowania. Dla kontroli gniewu alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła 0,89.

Wzór D zachowania. W celu pomiaru wzoru D zachowania wykorzystano *Skalę do pomiaru typu D* (DS14; Denollet, 2005; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Składa się ona z 14 pozycji kwestionariuszowych i zawiera dwie skale: negatywną emocjonalność i hamowanie społeczne. Dla skali oblicza się także wynik ogólny. Odpowiedzi udzielane są na pięciostopniowej skali Likerta od 0 (*falszywe*) do 4 (*prawdziwe*). Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła dla wyniku ogólnego 0,91, dla negatywnej emocjonalności 0,88, a dla hamowania społecznego 0,90.

7.1.3. Zasoby zdrowia

Prężność ego. Do pomiaru prężności ego wykorzystano dwa narzędzia. Pierwszym jest *Skala prężności ego* (ERS; Letzring i in., 2005), zaadaptowana do warunków polskich przez Kaczmarska (2011). Składa się z 14 pozycji kwestionariuszowych. Odpowiedzi są udzielane na czterostopniowej skali od 1 (*nie odnosi się w ogóle*) do 4 (*odnosi się bardzo mocno*). Alfa Cronbacha w tych badaniach wyniosła 0,79. Drugim narzędziem jest *Skala pomiaru prężności* (SPP-25; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008a), która zawiera pięć podskal: (1) wytrwałość i determinacja w działaniu, (2) otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, (3) kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, (4) tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania, (5) optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Narzędzie pozwala także na obliczenie ogólnego wskaźnika prężności ego. Odpowiedzi są udzielane na czterostopniowej skali od 0 (*zdecydowanie nie*) do 4 (*zdecydowanie tak*). Alfa Cronbacha skal w niniejszych badaniach wyniosła od 0,72 do 0,80, a dla wyniku ogólnego 0,93 (wszystkie współczynniki alfa Cronbacha dla skal mierzonych tym kwestionariuszem znajdują się w tabeli 11).

Dyspozycyjny optymizm. Do pomiaru optymizmu wykorzystano *Test orientacji życiowej* (LOT-R; Juczyński, 2012; Scheier i Carver, 1985; Scheier i in., 1994), który składa się z 10 pozycji kwestionariuszowych. W narzędziu zastosowano pięciostopniową skalę Likerta od 0 (*zdecydowanie nie odnosi się do mnie*) do 4 (*zdecydowanie odnosi się do mnie*). Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła 0,80.

Samooocena. Do pomiaru samooceny wykorzystano *Skalę samooceny* (SES; Dzwonkowska i in., 2008; Rosenberg, 1965), która składa się z 10 pozycji kwestionariuszowych. Odpowiedzi są udzielane na czterostopniowej skali od 1 (*zdecydowanie nie zgadzam się*) do 4 (*zdecydowanie zgadzam się*). Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła 0,89.

Satysfakcja z życia. Do pomiaru satysfakcji z życia wykorzystano *Skalę satysfakcji z życia* (SWLS; Diener i in., 1985; Juczyński, 2012), która składa się z pięciu pozycji kwestionariuszowych. Odpowiedzi udzielane są na siedmiostopniowej skali od 1 (*zupełnie nie zgadzam się*) do 7 (*całkowicie zgadzam się*). Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła 0,85.

Orientacja pozytywna. Do pomiaru orientacji pozytywnej wykorzystano *Skalę orientacji pozytywnej* (POS; Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Eisenberg i in., 2012; Łaguna i in., 2011), która składa się z ośmiu pozycji kwestionariuszowych. W narzędziu znajduje się pięciostopniowa skala Likerta od 1 (*zdecydowanie nie zgadzam się*) do 5 (*zdecydowanie zgadzam się*). Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła 0,89.

Orientacja pozytywna może być traktowana jako czynnik zbudowany z optymizmu, samooceny i satysfakcji z życia, jednak w niniejszej pracy dokonano pomiaru każdej z tych zmiennych osobno. Orientacja pozytywna nie została uwzględniona w analizie struktury zasobów zdrowia, ponieważ jej redundancja mogłaby generować artefakty (ze względu na nadreprezentację tej zmiennej). Natomiast w analizach, w których ta redundancja nie była zagrożeniem, wykorzystano zarówno orientację pozytywną, jak i czynniki ją budujące, wywodzące się z innych modeli (np. lokalizacja w przestrzeni CPM).

Poczucie własnej skuteczności. Do pomiaru poczucia własnej skuteczności wykorzystano *Skalę uogólnionej własnej skuteczności* (GSES; Jerusalem i Schwarzer, 1992; Juczyński, 2012), która składa się z 10 pozycji kwestionariuszowych. W narzędziu występuje czterostopniowa skala od 1 (*nie*) do 4 (*tak*). Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła 0,90.

Nadzieja na sukces. Do pomiaru nadziei na sukces wykorzystano *Kwestionariusz nadziei na sukces* (KNS; Łaguna i in., 2005; Snyder i in., 1997; Snyder i in., 1991). Narzędzie składa się z 12 pozycji kwestionariuszowych i zawiera dwie podskale: siłę woli (*agency*) i umiejętność znajdowania rozwiązań (*pathways*). W narzędziu zastosowano ośmiostopniową skalę od 1 (*zdecydowanie nieprawdziwe*) do 8 (*zdecydowanie prawdziwe*). Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła dla siły woli 0,86, dla umiejętności znajdowania rozwiązań 0,80, a dla wyniku ogólnego 0,88.

Nadzieja podstawowa. Do pomiaru nadziei podstawowej wykorzystano *Kwestionariusz nadziei podstawowej* (BHI-12; Trzebiński i Zięba, 2003), który składa się z 12 pozycji kwestionariuszowych. Odpowiedzi są udzielane na pięciostopniowej skali Likerta od 1 (*zdecydowanie nie zgadzam się*) do 5 (*zdecydowanie zgadzam się*). Alfa Cronbacha w niniejszych badaniach wyniosła 0,66.

Poczucie koherencji. Do pomiaru poczucia koherencji wykorzystano *Kwestionariusz orientacji życiowej* (SOC-29; Antonovsky, 1993), który składa się z 29 pozycji kwestionariuszowych. Narzędzie zawiera trzy skale: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności, poczucie sensowności. W narzędziu znajduje się siedmiostopniowa skala z krańcami opisanymi w różny sposób dla różnych pozycji kwestionariuszowych (np. 1. Gdy rozmawiasz z ludźmi, czy masz poczucie, że nie rozumieją Cię? *nigdy nie mam takiego poczucia – zawsze mam takie poczucie*; 8. Do tej pory w Twoim życiu: *nie było żadnych wyraźnych celów czy dążeń – były bardzo wyraźne cele czy dążenia*; 19. Czy miewasz mieszane uczucia i myśli? *bardzo często – bardzo rzadko lub nigdy*). Alfa Cronbacha skal w niniejszych badaniach wyniosła od 0,73 do 0,85 (wszystkie współczynniki alfa Cronbacha dla skal mierzonych tym kwestionariuszem znajdują się w tabeli 11).

Poczucie sensu życia. Do pomiaru poczucia sensu życia wykorzystano *Kwestionariusz postaw życiowych* (KPŻ; Klamut, 2010; Reker i Peacock, 1981). Narzędzie składa się z 48 pozycji kwestionariuszowych i zawiera sześć skal prostych: (1) cel, (2) spójność wewnętrzna, (3) akceptacja śmierci, (4) pustka egzystencjalna, (5) kontrola życia, (6) poszukiwanie celów oraz dwie skale złożone: (1) wskaźnik osobowego sensu (na podstawie skal celu i spójności wewnętrznej), (2) ogólny wskaźnik równowagi postaw życiowych (na podstawie wszystkich skal prostych). W narzędziu jest zawarta siedmiostopniowa skala od 1 (*całkowicie nieprawda*) do 7 (*całkowicie prawda*). Analizy w ramach niniejszej pracy uwzględniały tylko skale proste. Alfa Cronbacha skal prostych w niniejszych badaniach wyniosła od 0,69 do 0,8 (wszystkie współczynniki alfa Cronbacha dla skal mierzonych tym kwestionariuszem znajdują się w tabeli 11).

7.1.4. Stan zdrowia

Problemy zdrowotne. Do pomiaru problemów zdrowotnych wykorzystano ankietę własną, w której pytania dotyczyły ogólnego stanu zdrowia, odczuwanych dolegliwości oraz zdiagnozowanych chorób. Podstawowymi jednostkami chorobowymi uwzględnionymi w ankiecie były (1) choroby pacjentów uczestniczących w badaniach naukowych nad osobowościowymi czynnikami ryzyka oraz (2) tzw. święta siódemka (*holý seven*) Alexandra (1962) – węgierskiego lekarza, który wprowadził listę siedmiu chorób psychosomatycznych: nadciśnienie tętnicze, astmę, chorobę wrzodową, atopowe zapalenie skóry, wrzodziejące zapalenie jelit, nadczynność tarczycy i reumatoidalne zapalenie stawów. Lista dolegliwości obejmowała z kolei różne objawy okołochorobowe, które mogły współwystępować

z daną chorobą lub niezależnie od niej, m.in. w wyniku odczuwanego stresu, długotrwałej pracy czy nieodpowiedniej diety.

7.2. Procedura badania

Badania były prowadzone przy wykorzystaniu Uniwersyteckiego Systemu Badań Online na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Planowane było przeprowadzenie ich w wersji papier-olówek, ale ze względu na pandemię stało się to niemożliwe. W zrealizowaniu badań pomagali studenci psychologii, którzy rekrutowali uczestników spośród kręgu swoich znajomych, przyjaciół i dalekich krewnych. Link do badania był udostępniany na grupach w mediach społecznościowych (np. na Facebook'u). Link ten prowadził do rejestracji, w której od uczestników badania wymagany był tylko pseudonim oraz adres e-mail ze względu na zachowanie anonimowości badań. Po zakończeniu rejestracji system automatycznie wysyłał na podany adres e-mail indywidualny link do badania. Dostęp do bazy adresów e-mail w systemie nie był możliwy. Uczestnicy badania wypełniali kwestionariusze w wersji elektronicznej w dwóch sesjach z 10-dniową przerwą między nimi. W pierwszej sesji uwzględniono ankietę stanu zdrowia, kwestionariusz CPM-Q-SF (Strus i Ciecuch, 2021) oraz kwestionariusz BPCQ (Rymarczyk i in., 2020). W drugiej sesji – wszystkie pozostałe kwestionariusze. W badaniu nie żądano podania danych osobowych ani innych informacji, które mogłyby umożliwić identyfikację jego uczestników. Badanie zostało pozytywnie zaopiniowane przez Komisję Etyki i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (nr KEiB – 1/2019 z dn. 20.02.2019 oraz nr KEiB – 12/2020 z dn. 10.06.2020).

7.3. Osoby badane

W badaniu wzięło udział łącznie 579 osób w przedziale wiekowym 18–71 lat ($M = 28,85$; $SD = 10,4$). Kobiety ($n = 373$) stanowiły 64,4% badanej grupy. W pierwszej sesji badawczej uczestniczyło 579 osób, w drugiej 455. Informacje dotyczące wykształcenia osób badanych oraz ich miejsca zamieszkania przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8*Wykształcenie, miejsce zamieszkania, województwo osób badanych (N = 579)*

	<i>n</i>	%
Wykształcenie		
Podstawowe	7	1,2
Zawodowe	7	1,2
Średnie	102	17,6
Student lub niepełne wyższe	242	41,8
Wyższe	221	38,2
Miejsce zamieszkania		
Wieś	78	13,5
Miasto do 100 tys. mieszkańców	137	23,7
Miasto od 101 tys. do 500 tys. mieszkańców	88	15,2
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	276	47,7
Województwo		
Dolnośląskie	18	3,1
Kujawsko-pomorskie	17	2,9
Lubelskie	35	6,0
Lubuskie	2	0,3
Łódzkie	32	5,5
Małopolskie	11	1,9
Mazowieckie	352	60,8
Opolskie	1	0,2
Podkarpackie	13	2,2
Podlaskie	42	7,3
Pomorskie	11	1,9
Śląskie	12	2,1
Świętokrzyskie	12	2,1
Warmińsko-mazurskie	10	1,7
Wielkopolskie	7	1,2
Zachodniopomorskie	4	0,7

7.4. Analizy statystyczne

Hipotezy o lokalizacji konstruktów w CPM testowane były za pomocą 3-krokowej procedury, stosowanej przez Strusa i Ciecucha (2021) oraz zalecanej przez Rogożę i in. (2021), a dostępnej w programie R Studio. W pierwszym kroku weryfikowana jest kołowa struktura (*circumplex*) wykorzystywanego modelu w modelowaniu równań strukturalnych (*Structural Equation Modeling* [SEM]). W przypadku niniejszej pracy testowano strukturę wewnętrzną CPM (Strus i in., 2014). Dopasowanie modelu kołowego do danych (*fit*) oceniono na podstawie wskaźników dopasowania, w tym CFI (*Comparative Fit Index*), GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Przyjmuje się, że wskaźniki dopasowania są zadowalające dla wartości: CFI > 0,90; GFI > 0,90; AGFI > 0,85. Dla RMSEA przyjmowanym zwykle progiem jest < 0,08, ale zgodnie z analizami Browne i in. (2002), Pincusa i Gurtmana (2003) oraz rekomendacjami Rogoży i in. (2021) RMSEA nie jest odpowiednim wskaźnikiem oceny dopasowania modeli kołowych do danych, ponieważ jest obciążony błędem ze względu na wysokie korelacje bliskich sobie zmiennych. Dlatego w literaturze sugeruje się, że wartość RMSEA < 0,13 nie musi być interpretowana jako nieodpowiednie dopasowanie testowanego modelu do danych, jeśli pozostałe wskaźniki sygnalizują dobre dopasowanie (Pincus i Gurtman, 2003; Rogoza i in., 2021; Strus i Ciecuch, 2021).

Po uzyskaniu w pierwszym kroku wskaźników dopasowania potwierdzających strukturę kołową CPM, kolejnym (drugim) krokiem było testowanie możliwości lokalizacji osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów zdrowia, traktowanych jako zmienne zewnętrzne, w ramach tego modelu. W tym celu wykorzystano *Structural Summary Method* (SSM). Dzięki tej metodzie możliwa jest weryfikacja predykcji kołowego modelu, zgodnie z którym relacje między jakąś zmienną zewnętrzną (w tym wypadku osobowościowymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych oraz zasobami zdrowia) a zmiennymi z kołowego modelu (w tym wypadku metacechami osobowości z CPM) mają kształt sinusoidalny. Na tej podstawie SSM sprawdza wzór korelacji poszczególnych osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia z układem ośmiu metacech, modelując je względem funkcji cosinus (Strus i Ciecuch, 2021). Relacje czynników ryzyka oraz zasobów zdrowia z metacechami z CPM są interpretowane na podstawie czterech wskaźników (Rogoza i in., 2021):

(1) dopasowania modelu (*fit*; R^2), czyli stopnia, w którym obserwowalne dane pasują do krzywej cosinusowej, tj. stopnia dopasowania profili korelacji

osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych i zasobów zdrowia do matrycy CPM; wartości poniżej 0,70 oznaczają złe dopasowanie, między 0,70 a 0,80 akceptowalne, powyżej 0,80 dobre dopasowanie;

(2) amplitudy (*amplitude*; długość wektora), czyli odległości między średnią i najwyższą korelacją zmiennej zewnętrznej ze zmiennymi z modelu kołowego (w tym wypadku – między osobowościowymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych oraz zasobami zdrowia a metacechami CPM); jeśli wartość amplitudy wynosi $< 0,15$, to zmienna zewnętrzna (wybrany czynnik ryzyka lub zasób zdrowia) nie wiąże się wyraźnie z żadnymi metacechami, zatem nie ma wyraźnej lokalizacji w strukturze kołowej CPM (zwykle słabo koreluje ze wszystkimi metacechami, czyli jest ułożona blisko środka koła); jeśli wartość amplitudy wynosi $> 0,15$, to zmienna zewnętrzna jest silniej związana z jedną z metacech i posiada wyraźną lokalizację w strukturze kołowej;

(3) wysokości (*elevation*; średnia wszystkich wyników), czyli średniej korelacji między danym osobowościowym czynnikiem ryzyka lub zasobem zdrowia a wszystkimi metacechami z CPM, interpretowanej jako pochodna istniejącego w danej strukturze ogólnego czynnika; wartość powyżej 0,15 sugeruje jego obecność, co w przypadku CPM byłoby niezgodne z założeniami modelu;

(4) lokalizacji kątowej (*displacement*), czyli kąta, w którym krzywa cosinusowa osiąga najwyższą wartość (np. kąta najsilniejszego dopasowania danego czynnika ryzyka lub zasobu zdrowia do struktury CPM). Lokalizacja kątowa ukazuje empiryczne położenie zmiennej zewnętrznej w empirycznie odtworzonej przestrzeni CPM.

W trzecim kroku – po weryfikacji struktury kołowej CPM przy wykorzystaniu SEM (krok 1) oraz uzyskaniu lokalizacji osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia w CPM przy wykorzystaniu SSM (krok 2) – weryfikowana jest zgodność między przewidywanymi teoretycznie oraz uzyskanymi empirycznie lokalizacjami osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia w przestrzeni modelu CPM. W tym celu wykorzystano współczynnik kongruencji (*congruence coefficient*), który określa ilościowo stopień podobieństwa macierzy przewidywanej teoretycznie (*target matrix*) do uzyskanej (*obtained matrix*) dla całego rozwiązania (tj. całej macierzy) oraz dla każdej zmiennej osobno. Przyjmuje się, że współczynnik $> 0,85$ wskazuje akceptowalną zgodność, a $> 0,95$ bardzo dobrą zgodność (Barrett, 1986; Lorenzo-Seva i ten Berge, 2006; Rogoza i in., 2021; Strus i Ciecuch, 2021).

ROZDZIAŁ 8

Wyniki

8.1. Statystyki opisowe

Statystyki opisowe (M , SD , skośność, kurtoza, alfa Cronbacha) dla metacech osobowości, osobowościowych czynników ryzyka oraz zasobów zdrowia przedstawiono kolejno w tabelach 9–11. Z kolei w tabeli 12 zostały zaprezentowane współczynniki korelacji pomiędzy metaczechami osobowości a osobowościowymi czynnikami ryzyka i zasobami zdrowia.

Tabela 9

Statystyki opisowe dla metacech osobowości (N = 579)

	α	M	SD	S	K	S_c	K_c
Delta-plus/ powściągliwość	0,73	3,23	0,54	−0,25	0,11	−0,18	−0,13
Alfa-plus/ stabilność	0,71	3,73	0,49	−0,84	2,76	−0,26	0,10
Gamma-plus/ integracja	0,83	3,76	0,60	−0,62	0,98	−0,38	−0,09
Beta-plus/ plastyczność	0,76	3,58	0,58	−0,40	0,52	−0,23	−0,02
Delta-minus/ poszukiwanie wrażeń	0,76	2,81	0,63	0,11	−0,40	0,08	−0,33
Alfa-minus/ rozhamowanie	0,81	2,23	0,66	0,44	−0,14	0,38	−0,09
Gamma-minus/ dysharmonia	0,87	2,76	0,83	0,20	−0,63	0,21	−0,51
Beta-minus/ pasywność	0,74	2,51	0,58	0,17	−0,13	0,17	0,10

Adnotacja. S_c – skośność wskaźników scentrowanych; K_c – kurtoza wskaźników scentrowanych.

Na podstawie wartości skośności i kurtozy można stwierdzić, że dla większości metacech osobowości (tabela 9) rozkład nie odbiega od normalnego, ponieważ wartości mieszczą się w przedziale $<-1; 1>$. Wyjątek stanowi alfa-plus/stabilność, dla której rozkład ma charakter leptokurtyczny (zawiera więcej wyników skrajnych). W przypadku wyników scentrowanych, wskaźniki skośności i kurtozy wszystkich metacech mieszczą się w przedziale $<-1; 1>$. Współczynnik alfa Cronbacha dla każdej metacechy potwierdza rzetelność zastosowanego narzędzia na zadowalającym poziomie.

Tabela 10*Statystyki opisowe dla osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych*

	α	M	SD	S	K
Wzór A zachowania i niedostateczna kontrola ego ($N = 455$)					
FTAB – Pośpiech	0,56	0,62	0,22	–0,48	–0,45
FTAB – Rywalizacja	0,38	0,56	0,22	–0,17	–0,59
FTAB – Wynik ogólny	0,62	0,59	0,18	–0,22	–0,57
EUS – Niedostateczna kontrola ego	0,82	2,42	0,39	0,35	0,42
Wzór C zachowania ($N = 579$) i kontrola gniewu ($N = 455$)					
BPCQ – Zredukowana emocjonalność	0,67	2,44	0,62	0,22	–0,09
BPCQ – Submisyjność	0,75	2,89	0,67	–0,07	0,01
BPCQ – Wynik ogólny	0,77	2,67	0,53	0,06	0,01
CECS – Kontrola gniewu	0,89	2,43	0,83	0,07	–0,92
Wzór D zachowania ($N = 455$)					
DS14 – Negatywna emocjonalność	0,88	2,06	0,91	–0,08	–0,67
DS14 – Hamowanie społeczne	0,90	1,80	0,95	0,22	–0,70
DS14 – Wynik ogólny	0,91	1,93	0,80	0,03	–0,53

Adnotacja. FTAB – Skala typu A-Framingham; EUS – Skala niedostatecznej kontroli ego; BPCQ – Kwestionariusz wzoru C zachowania; CECS – Skala kontroli emocjonalnej; DS14 – Skala do pomiaru typu D.

Dla osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych (tabela 10) uzyskano rozkłady wyników nieodbiegające od normalnego (wartości skośności i kurtozy mieszczą się w przedziale $<-1; 1>$). Współczynnik alfa Cronbacha potwierdza rzetelność wszystkich zastosowanych kwestionariuszy i ich podskal poza kwestionariuszem FTAB, ale poziom rzetelności dla wyniku ogólnego tego kwestionariusza można ostatecznie uznać za akceptowalny $> 0,6$.

Wartości skośności i kurtozy dla zasobów zdrowia (tabela 11) mieszczą się w przedziale $<-1; 1>$, zatem potwierdzają rozkład wyników nieodbiegający od normalnego – z jednym wyjątkiem. Jest nim podskala otwartości z kwestionariusza SPP-25. Współczynnik alfa Cronbacha potwierdza rzetelność większości zastosowanych kwestionariuszy. Alfę Cronbacha poniżej 0,7 (choć ciągle powyżej 0,6) uzyskano dla kwestionariusza BHI-12 oraz podskali poszukiwania celów z kwestionariusza KPŻ.

Tabela 11*Statystyki opisowe dla zasobów zdrowia (N = 455)*

	α	M	SD	S	K
ERS – Prężność ego	0,79	2,85	0,46	–0,004	–0,34
SPP-25 – Wyttrwałość	0,75	3,33	0,73	–0,35	–0,25
SPP-25 – Otwartość	0,72	3,91	0,66	–0,84	1,49
SPP-25 – Kompetencje	0,78	3,41	0,77	–0,43	0,32
SPP-25 – Tolerancja	0,77	3,64	0,72	–0,64	0,44
SPP-25 – Optymizm	0,80	3,25	0,79	–0,24	0,01
SPP-25 – Wynik ogólny	0,93	3,51	0,63	–0,46	0,65
LOT-R – Dyspozycyjny optymizm	0,80	2,40	0,74	–0,39	–0,23
SES – Samoocena	0,89	2,86	0,58	–0,15	–0,47
SWLS – Satysfakcja z życia	0,85	3,97	1,18	–0,27	–0,68
POS – Orientacja pozytywna	0,89	3,41	0,77	–0,50	–0,05
GSES – Własna skuteczność	0,90	2,86	0,51	–0,42	0,75
KNS – Siła woli	0,86	5,12	1,43	–0,50	–0,10
KNS – Znajdowanie ścieżek	0,80	5,86	1,18	–0,49	–0,02
KNS – Wynik ogólny	0,88	5,49	1,18	–0,42	0,07
BHI-12 – Nadzieja podstawowa	0,66	3,31	0,58	–0,11	–0,02
SOC-29 – Zrozumiałość	0,73	3,71	0,77	0,22	0,15
SOC-29 – Zaradność	0,81	4,33	0,94	–0,17	–0,19
SOC-29 – Sensowność	0,85	4,72	1,09	–0,41	–0,24
KPŻ – Cel	0,75	4,41	1,22	–0,58	–0,26
KPŻ – Spójność	0,72	4,44	1,22	–0,36	–0,23
KPŻ – Kontrola	0,78	5,10	0,93	–0,53	0,63
KPŻ – Akceptacja	0,77	4,15	1,41	–0,32	–0,42
KPŻ – Pustka	0,80	3,88	1,00	0,09	–0,37
KPŻ – Poszukiwanie	0,69	4,84	0,94	–0,33	0,18

Adnotacja. ERS – Skala prężności ego; SPP-25 – Skala pomiaru prężności; LOT-R – Test orientacji życiowej; SES – Skala samooceny; SWLS – Skala satysfakcji z życia; POS – Skala orientacji pozytywnej; GSES – Skala uogólnionej własnej skuteczności; KNS – Kwestionariusz nadziei na sukces; BHI-12 – Kwestionariusz nadziei podstawowej; SOC-29 – Kwestionariusz orientacji życiowej; KPŻ – Kwestionariusz postaw życiowych.

Tabela 12*Korelacje między metacechami osobowości a osobowościowymi czynnikami ryzyka i zasobami zdrowia*

	Delta-plus Powszechność	Alfa-plus Stabilność ^a	Gamma-plus Integracja	Beta-plus Plastyeczność	Delta-minus Poszukiwanie wrażeń	Alfa-minus Rozhamowanie	Gamma-minus Dysharmonia	Beta-minus Pasywność
Wzór A zachowania i niedostateczna kontrola ego								
FTAB – Pośpiech	-0,09	-0,004	-0,09	0,09	0,20**	0,13**	0,21**	-0,03
FTAB – Rywalizacja	0,06	-0,01	-0,15**	0,05	0,05	0,13**	0,32**	0,05
FTAB – Wynik ogólny	-0,02	-0,01	-0,14**	0,08	0,15**	0,15**	0,31**	0,02
EUS – Niedostateczna kontrola ego	-0,60**	-0,27**	0,09	0,36**	0,67**	0,31**	0,01	-0,45**
Wzór C zachowania i kontrola gniewu								
BPCQ – Zredukowana emocjonalność	0,27**	0,04	-0,05	-0,18**	-0,03	-0,16**	0,03	0,31**
BPCQ – Submisyjność	0,30**	0,13**	-0,03	-0,20**	-0,15**	-0,23**	0,16**	0,30**
BPCQ – Wynik ogólny	0,34**	0,10*	-0,05	-0,23**	-0,11*	-0,23**	0,12**	0,37**
CECS – Kontrola gniewu	0,28**	0,03	-0,11*	-0,20**	-0,18**	-0,28**	0,10*	0,21**
Wzór D zachowania								
DS14 – Negatywna emocjonalność	-0,06	-0,26**	-0,55**	-0,21**	-0,09*	0,32**	0,75**	0,29**
DS14 – Hamowanie społeczne	0,18**	-0,20**	-0,48**	-0,43**	-0,32**	0,11*	0,52**	0,46**
DS14 – Wynik ogólny	0,08	-0,26**	-0,60**	-0,38**	-0,24**	0,25**	0,73**	0,44**
Zasoby zdrowia								
ERS – Prężność ego	-0,12*	0,30**	0,49**	0,57**	0,34**	-0,22**	-0,43**	-0,55**
SPP-25 – Wytrwałość	0,18**	0,47**	0,40**	0,32**	0,06	-0,12*	-0,44**	-0,27**
SPP-25 – Orwartość ^a	-0,11*	0,27**	0,55**	0,50**	0,28**	-0,19**	-0,49**	-0,55**
SPP-25 – Kompetencje	-0,04	0,34**	0,51**	0,45**	0,29**	-0,16**	-0,53**	-0,47**
SPP-25 – Tolerancja	-0,07	0,33**	0,61**	0,47**	0,24**	-0,20**	-0,55**	-0,48**
SPP-25 – Optymizm	-0,01	0,36**	0,58**	0,39**	0,23**	-0,15**	-0,54**	-0,39**
SPP-25 – Wynik ogólny	-0,01	0,42**	0,62**	0,49**	0,26**	-0,19**	-0,60**	-0,50**
LOT-R – Dyspozycyjny optymizm	-0,05	0,28**	0,65**	0,35**	0,14**	-0,29**	-0,64**	-0,40**

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

	Delta-plus Powszechność	Alfa-plus Stabilność ^a	Gamma-plus Integracja	Beta-plus Plastyeczność	Delta-minus Poszukiwanie wrażeń	Alfa-minus Rozchamowanie	Gamma-minus Dysharmonia	Beta-minus Pasywność
SES – Samoocena	0,04	0,35**	0,62**	0,30**	0,09	-0,23**	-0,72**	-0,33**
SWLS – Satisfakcja z życia	0,03	0,32**	0,55**	0,27**	0,07	-0,19**	-0,54**	-0,24**
POS – Orientacja pozytywna	0,02	0,35**	0,68**	0,35**	0,13**	-0,24**	-0,69**	-0,38**
GSES – Własna skuteczność	-0,02	0,38**	0,54**	0,46**	0,26**	-0,13**	-0,49**	-0,47**
KNS – Siła woli	0,02	0,42**	0,60**	0,41**	0,18**	-0,19**	-0,62**	-0,43**
KNS – Znajdowanie ścieżek	0,004	0,35**	0,45**	0,47**	0,18**	-0,18**	-0,41**	-0,44**
KNS – Wynik ogólny	0,01	0,43**	0,59**	0,49**	0,20**	-0,21**	-0,58**	-0,48**
BHI-12 – Nadzieja podstawowa	0,04	0,24**	0,51**	0,16**	0,01	-0,30**	-0,52**	-0,25**
SOC-29 – Zrozumiałość	0,18**	0,26**	0,34**	0,07	-0,04	-0,23**	-0,54**	-0,09
SOC-29 – Zaradność	0,04	0,31**	0,59**	0,28**	0,11*	-0,38**	-0,68**	-0,33**
SOC-29 – Sensowność	-0,03	0,36**	0,62**	0,38**	0,08	-0,29**	-0,66**	-0,45**
KPŻ – Cel	0,05	0,37**	0,60**	0,32**	0,13**	-0,18**	-0,61**	-0,37**
KPŻ – Spójność	0,09	0,39**	0,57**	0,27**	0,07	-0,25**	-0,63**	-0,32**
KPŻ – Kontrola	-0,01	0,34**	0,47**	0,32**	0,14**	-0,17**	-0,45**	-0,35**
KPŻ – Akceptacja	-0,002	0,04	0,09	0,09	0,14**	-0,05	-0,19**	-0,02
KPŻ – Pustka	-0,06	-0,30**	-0,41**	-0,19**	0,04	0,22**	0,55**	0,26**
KPŻ – Poszukiwanie	-0,28**	0,05	0,26**	0,50**	0,43**	0,03	-0,03	-0,50**

Adnotacja. FTAB – Skala typu *A-Framingham*; EUS – Skala niedostatecznej kontroli *ego*; BPCQ – Kwestionariusz wzoru *C zachowania*; CECS – Skala kontroli emocjonalnej; DS14 – Skala do pomiaru typu *D*; ERS – Skala prężności *ego*; SPP-25 – Skala pomiaru prężności; LOTR – Test orientacji życiowej; SES – Skala samooceny; SWLS – Skala satysfakcji z życia; POS – Skala orientacji pozytywnej; GSES – Skala uogólnionej własnej skuteczności; KNS – Kwestionariusz nadziei na sukces; BHI-12 – Kwestionariusz nadziei podstawowej; SOC-29 – Kwestionariusz orientacji życiowej; KPŻ – Kwestionariusz postaw życiowych.

^a Dla wskazanych zmiennych policzono także korelacje tau Kendalla ze względu na wartości skrajności i kurtozy powyżej przedziału <-1; 1>. Użyte skane wartości korelacji tau Kendalla dla tych zmiennych były niższe, co wynikało ze specyfiki stratyfiki, natomiast istotność i kierunek zależności były zbliżone z wynikami analizy *r*-Pearsona, dlatego w tabeli zestawiono wartości *r*-Pearsona.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (dwustronna).

Zgodnie z przewidywaniami wzór A zachowania jest związany z alfa-minus/rozhamowaniem i delta-minus/poszukiwaniem wrażeń, choć nie są to silne związki. Najsilniejsze z uzyskanych korelacji wzór A zachowania wykazuje z gamma-minus/dysharmonią. To przesunięcie w kierunku gammy-minus/dysharmonii, choć niezgodne z teoretyczną lokalizacją, nie musi zaskakiwać, ponieważ centrum problemów ze zdrowiem jest ulokowane właśnie tam. Jednak źródłem takich wyników może być także zastosowany kwestionariusz, którego właściwości psychometryczne są najsłabsze z zastosowanych narzędzi. Silne związki dodatnie z delta-minus/poszukiwaniem wrażeń i słabsze z alfa-minus/rozhamowaniem (choć także z beta-plus/plastycznością) wykazuje natomiast niedostateczna kontrola ego.

Zgodnie z przewidywaniami teoretycznymi wzór C zachowania i kontrola gniewu najsilniej (dodatnio) korelują z delta-plus/powściągliwością i beta-minus/pasywnością.

W przypadku wzoru D zachowania również uzyskano przewidywane najsilniejsze dodatnie związki z gamma-minus/dysharmonią. Można także zaobserwować dość wysokie związki tego wzoru (szczególnie hamowania społecznego) z beta-minus/pasywnością.

Z kolei zasoby zdrowia są, zgodnie z oczekiwaniami, najsilniej dodatnio związane z gamma-plus/integracją. Wystąpiły także umiarkowane, dodatnie korelacje o podobnej sile z alfa-plus/stabilnością i beta-plus/plastycznością. Jedyną ujemną korelację można zaobserwować w przypadku podskali pustki egzystencjalnej z kwestionariusza KPŻ, co wynika z faktu, że jest to skala odwrócona, czyli w przyjętej tu interpretacji – wskazuje na brak zasobów zdrowia.

8.2. Struktura zasobów zdrowia

Zgodnie z sugerowaną w rozdziale 3 – *Relacje pomiędzy czynnikami ryzyka chorób somatycznych i zasobami zdrowia oraz ich osobowościowy kontekst* oraz dopuszczoną w rozdziale 6 – *Problem badań własnych: wykorzystanie CPM do integracji osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów zdrowia* możliwością strukturalizacji zasobów zdrowia w grupy (czy czynniki wyższego rzędu) przeprowadzono analizy eksploracyjne w poszukiwaniu takiej struktury.

Zastosowano tzw. hierarchiczną eksploracyjną analizę czynnikową według metody Goldberga (2006), która polega na wyodrębnianiu czynników bardziej szczegółowych z czynników ogólnych uwzględnionych w analizie, a następnie korelowaniu czynników niższego rzędu z czynnikami wyższego rzędu. Wykres osypiska (rysunek 13) sugerował rozwiązanie dwuczynnikowe, z wyraźnie dominującym pierwszym czynnikiem. W związku z tym przeprowadzono dwie eksploracyjne analizy czynnikowe metodą osi głównych (rozwiązanie jedno- i dwuczynnikowe). Macierz dla rozwiązania jednoczynnikowego oraz czynników rotowanych metodą Varimax dla rozwiązania dwuczynnikowego przedstawiono w tabeli 13.

Rysunek 13

Wykres osypiska dla hierarchicznej struktury zasobów zdrowia

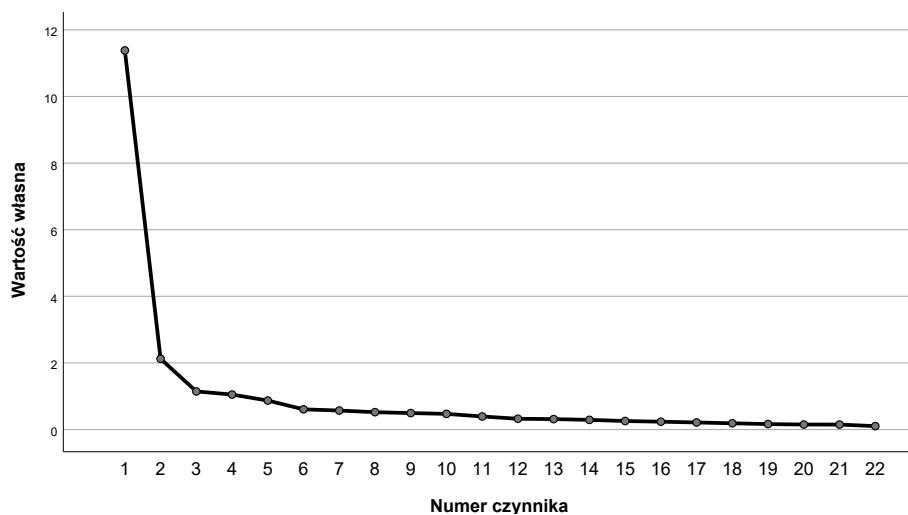


Tabela 13*Macierz czynników w rozwiązaniu jedno- i dwuczynnikowym zasobów zdrowia*

	Model 1-czynnikowy	Model 2-czynnikowy	
	1	1	2
KNS – Siła woli	0,843	0,628	0,560
KPŻ – Cel	0,830	0,755	0,410
SPP-25 – Tolerancja	0,824	0,440	0,739
SPP-25 – Optymizm	0,823	0,452	0,723
SPP-25 – Kompetencje	0,809	0,376	0,791
SOC-29 – Sensowność	0,807	0,763	0,370
KPŻ – Spójność	0,802	0,744	0,381
SES – Samoocena	0,799	0,758	0,364
GSES – Własna skuteczność	0,774	0,410	0,697
SOC-29 – Zaradność	0,769	0,712	0,366
SPP-25 – Otwartość	0,754	0,388	0,691
LOT-R – Dyspozycyjny optymizm	0,750	0,649	0,404
KPŻ – Kontrola	0,698	0,421	0,570
ERS – Prężność ego	0,692	0,254	0,751
KNS – Znajdowanie ścieżek	0,681	0,292	0,689
SWLS – Satysfakcja z życia	0,660	0,670	0,254
SPP-25 – Wytrwałość	0,636	0,385	0,517
BHI-12 – Nadzieja podstawowa	0,557	0,562	0,216
SOC-29 – Zrozumiałość	0,522	0,571	0,158
KPŻ – Poszukiwanie	0,297	–0,170	0,626
KPŻ – Akceptacja	0,224	0,109	0,210
KPŻ – Pustka	–0,539	–0,761	0,005

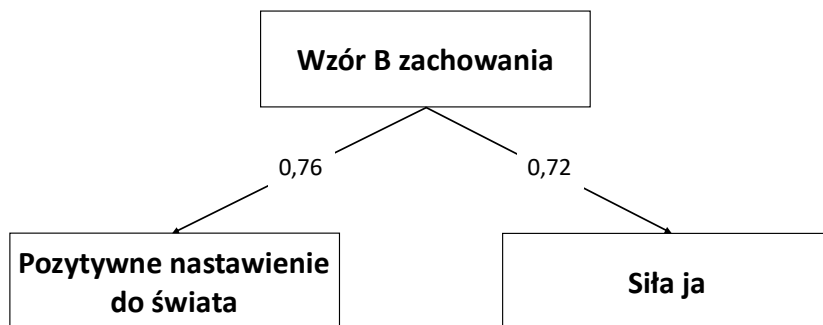
Adnotacja. ERS – Skala prężności ego; SPP-25 – Skala pomiaru prężności; LOT-R – Test orientacji życiowej; SES – Skala samooceny; SWLS – Skala satysfakcji z życia; GSES – Skala uogólnionej własnej skuteczności; KNS – Kwestionariusz nadziei na sukces; BHI-12 – Kwestionariusz nadziei podstawowej; SOC-29 – Kwestionariusz orientacji życiowej; KPŻ – Kwestionariusz postaw życiowych. Pogrubione wartości oznaczają większe ładunki na dany czynnik.

Graficzna prezentacja uzyskanego modelu wraz z wartościami korelacji między czynnikami została przedstawiona na rysunku 14. Wyniki tej analizy wskazują, że czynnik ogólny zasobów zdrowia (odpowiadający wzorowi B zachowania)

rozbija się na dwa czynniki. Pierwszy z nich był budowany przez sensowność, pustkę (ładowany ujemnie poziom niedostatku sensu w życiu), samoocenę, cel (posiadanie celów życiowych), spójność (spójne rozumienie siebie, innych i życia w ogólności), zaradność, satysfakcję z życia, dyspozycyjny optymizm, siłę woli (posiadanie silnej woli), zrozumiałość i nadzieję podstawową, który można nazwać *pozytywnym nastawieniem do świata*. Drugi czynnik z kolei był budowany przez kompetencje, prężność ego, tolerancję, optymizm, poczucie własnej skuteczności, otwartość, znajdowanie ścieżek (umiejętność znajdowania rozwiązań), poszukiwanie (pragnienie wyjścia z rutyny życia), kontrolę (spostrzeganie wolności do podejmowania życiowych decyzji), wytrwałość i akceptację (brak lęku wobec śmierci i jej akceptację), który można nazwać *siłą ja*.

Rysunek 14

Dwa poziomy w hierarchicznej strukturze zasobów zdrowia



Adnotacja. Liczby oznaczają korelacje między dwoma czynnikami niższego rzędu a czynnikiem głównym.

W dalszych analizach zostaną wykorzystane zarówno poszczególne zmienne z obszaru zasobów zdrowia, jak również uzyskane dwa główne czynniki.

8.3. Empiryczna lokalizacja osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia w CPM

W pierwszym kroku zweryfikowano kołową strukturę CPM przy wykorzystaniu modelowania równań strukturalnych. Analizę przeprowadzono dwukrotnie: (1) dla $N = 579$ oraz (2) dla $N = 455$, ze względu na różną liczebność grupy w dwóch sesjach badania. Dla $N = 579$ uzyskano następujące wartości wskaź-

ników dopasowania: $\chi^2(24) = 205,37$; $p < 0,001$; CFI = 0,912; GFI = 0,928; AGFI = 0,892; RMSEA = 0,114 [0,10–0,129]. Dla $N = 455$ uzyskano podobne wartości wskaźników dopasowania: $\chi^2(24) = 161,31$; $p < 0,001$; CFI = 0,915; GFI = 0,93; AGFI = 0,895; RMSEA = 0,112 [0,10–0,129]. Uzyskane w niniejszych badaniach wartości wskaźników CFI > 0,90 oraz RMSEA < 0,13, a także wartości pozostałych wskaźników potwierdzają strukturę kołową (*circumplex*) modelu CPM w zebranych danych (zob. Rogoza i in., 2021; Strus i Ciecuch, 2021).

Po pozytywnej weryfikacji struktury wewnętrznej CPM przystąpiono do testowania możliwości lokalizacji osobowościowych czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów zdrowia w CPM (krok 2). Wyniki SSM dla poszczególnych osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia zostały przedstawione poniżej.

8.3.1. Wzór A zachowania

Tabela 14 zestawia wskaźniki SSM dla zmiennych wzoru A zachowania oraz niedostatecznej kontroli ego, a ich graficzna prezentacja została zilustrowana na rysunku 15.

Tabela 14

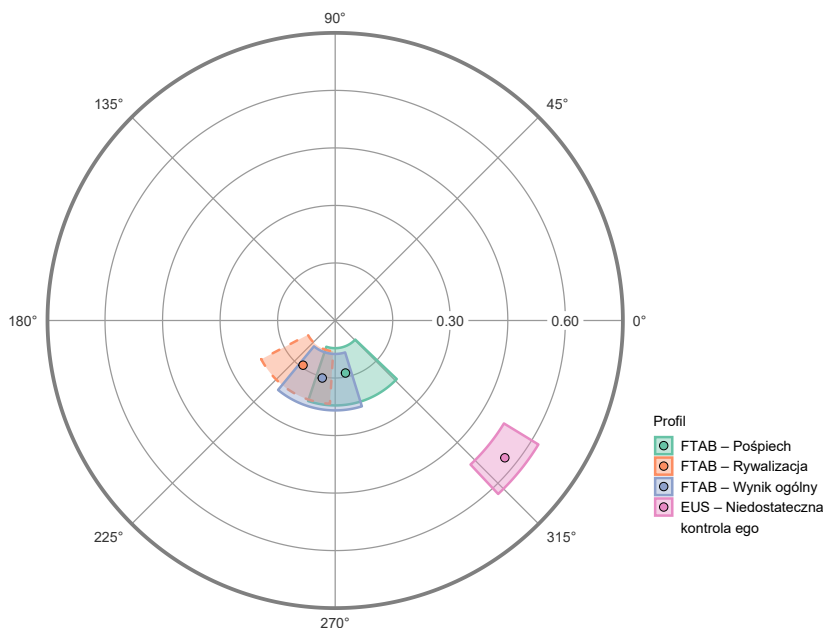
Wzór A zachowania – wskaźniki SSM dla Skali typu A-Framingham (FTAB) i Skali niedostatecznej kontroli ego (EUS)

	Wysokość	Długość wektora	Lokalizacja kątowa	R^2
FTAB – Pośpiech	0,05 (0,02; 0,09)	0,14 (0,07; 0,22)	281,1 (251,4; 316,4)	0,758
FTAB – Rywalizacja	0,06 (0,04; 0,09)	0,14 (0,08; 0,22)	234,3 (207,7; 266,4)	0,688
FTAB – Wynik ogólny	0,07 (0,04; 0,10)	0,15 (0,09; 0,23)	257,3 (230,6; 287,3)	0,711
EUS – Niedostateczna kontrola ego	0,01 (–0,01; 0,04)	0,57 (0,52; 0,62)	321,0 (313,2; 328,6)	0,975

Adnotacja. FTAB – Skala typu A-Framingham; EUS – Skala niedostatecznej kontroli ego; R^2 – współczynnik dopasowania.

Rysunek 15

Wzór A zachowania – lokalizacja Skali typu A-Framingham (FTAB) i Skali niedostatecznej kontroli ego (EUS) w przestrzeni CPM



Mimo że większość współczynników dopasowania dla wzoru A zachowania i kontroli ego można uznać za akceptowalne (0,70–0,80) lub dobre ($> 0,80$) dopasowanie modelu do danych, wzór A zachowania i jego podskale ułożyły się blisko środka CPM. Długość wektora dla pośpiechu i rywalizacji jest poniżej akceptowalnego progu ($< 0,15$), zatem zmienne te nie wiążą się wyraźnie z żadnymi metacechami i nie mają wyraźnej lokalizacji w przestrzeni CPM. Długość wektora dla wyniku ogólnego znajduje się na granicy akceptowalnej wartości, co wskazuje na powiązanie z jedną z metacech – alfą-minus/rozhamowaniem. W tabeli 14 i na rysunku 15 przedstawiona została także niedostateczna kontrola ego, która treściowo wiąże się ze wzorem A zachowania. Współczynniki dopasowania dla tej zmiennej potwierdzają dobre dopasowanie modelu do danych oraz wyraźne powiązanie z jedną metacechą – deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń. Niemniej lokalizacja tej zmiennej jest bliska delcie-minus/poszukiwaniu wrażeń (a nie obszarowi pomiędzy deltą-minus a alfą-minus), a nawet wykracza nieco poza linię delty w kierunku bety-plus/plastyczności (i tym samym obszaru zdrowia).

Uzyskane wartości wskaźników SSM oraz lokalizacji wzoru A zachowania w przestrzeni CPM są zatem niezgodne z oczekiwaniami wyrażonymi w hipotezie 1.1 (zob. rysunek 12). Oczekiwano, że wzór A zachowania ulokuje się między deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń (315°) a alfą-minus/rozhamowaniem (270°). Okazało się natomiast, że wzór A jest przesunięty w kierunku gammy-minus/dysharmonii, przy czym jego dopasowanie do CPM jest na granicy akceptowalności. Należy jednak dodać, że chociaż uzyskane dane są – precyzyjnie rzecz biorąc – niezgodne z hipotezą, to wyniki są stosunkowo bliskie oczekiwanym. Wzór A ulokował się bowiem wokół alfy-minus/rozhamowania, a nie pomiędzy alfą-minus/rozhamowaniem a deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń. Jest to zatem przesunięcie tylko o niewiele ponad 22,5 stopnia, czyli niezbyt duże. Zarazem jednak ulokowanie wzoru A blisko środka koła (czyli niska długość wektora) oznacza, że jego związki z metacechami są dość niskie. Kwestia ta zostanie podjęta w rozdziale 9 – *Dyskusja*, gdzie omówieniu poddane będą także wyniki analiz pozycji kwestionariuszowych *Skali typu A-Framingham* przeprowadzone w ramach weryfikacji hipotezy 3 w podrozdziale 8.4.1. *Występowanie chorób somatycznych*. Z kolei niedostateczna kontrola ego okazała się zmienną silnie powiązaną z CPM, chociaż również zrelokowaną w stosunku do oczekiwań (zob. rysunek 12), tyle że w przeciwnym kierunku – znalazła się bowiem blisko delty-minus, przekraczając granicę obszaru problemów psychologicznych.

8.3.2. Wzór C zachowania

W tabeli 15 przedstawiono wskaźniki SSM dla wzoru C zachowania oraz kontroli (tłumienia) gniewu, która treściowo wiąże się ze wzorem C zachowania. Na rysunku 16 została zilustrowana ich lokalizacja w przestrzeni CPM.

Tabela 15

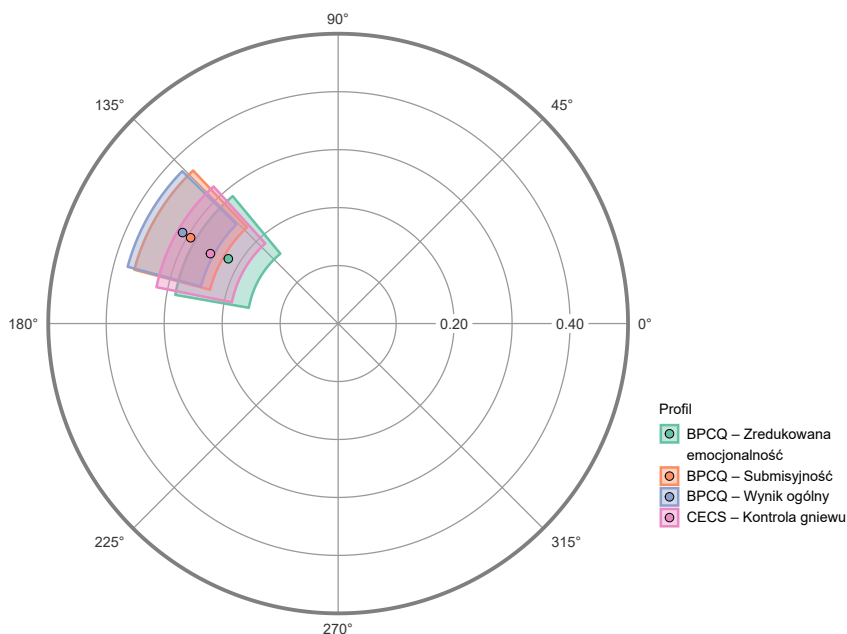
Wzór C zachowania – wskaźniki SSM dla Kwestionariusza wzoru C zachowania (BPCQ) i Skali kontroli emocjonalnej (CECS)

	Wysokość	Długość wektora	Lokalizacja kątowa	R^2
BPCQ – Zredukowana emocjonalność	0,05 (0,02; 0,08)	0,22 (0,16; 0,29)	149,5 (129,6; 170,0)	0,767
BPCQ – Submisyjność	0,03 (0,00; 0,06)	0,29 (0,23; 0,36)	149,8 (133,5; 165,2)	0,916
BPCQ – Wynik ogólny	0,05 (0,02; 0,08)	0,31 (0,25; 0,38)	149,7 (135,7; 164,9)	0,883
CECS – Kontrola gniewu	-0,02 (-0,05; 0,01)	0,25 (0,19; 0,32)	151,3 (132,3; 168,7)	0,864

Adnotacja. BPCQ – Kwestionariusz wzoru C zachowania; CECS – Skala kontroli emocjonalnej; R^2 – współczynnik dopasowania.

Rysunek 16

Wzór C zachowania – lokalizacja Kwestionariusza wzoru C zachowania (BPCQ) i Skali kontroli emocjonalnej (CECS) w przestrzeni CPM



W przypadku wzoru C zachowania uzyskano akceptowalne (0,70–0,80) lub dobre (> 0,80) dopasowanie modelu do danych. Długość wektora dla wszystkich zmiennych wskazuje na silniejsze powiązanie z jedną z metacech (> 0,15) – deltą-plus/powściągliwością i na wyraźną lokalizację w strukturze kołowej. Dla kontroli gniewu współczynniki dopasowania również są zadowalające.

Uzyskane wartości wskaźników SSM oraz lokalizacji wzoru C zachowania w przestrzeni CPM są zgodne z hipotezą 1.2 (zob. rysunek 12). Wzór C zachowania ułożył się między deltą-plus/powściągliwością (135°) a betą-minus/pasywnością (180°).

8.3.3. Wzór D zachowania

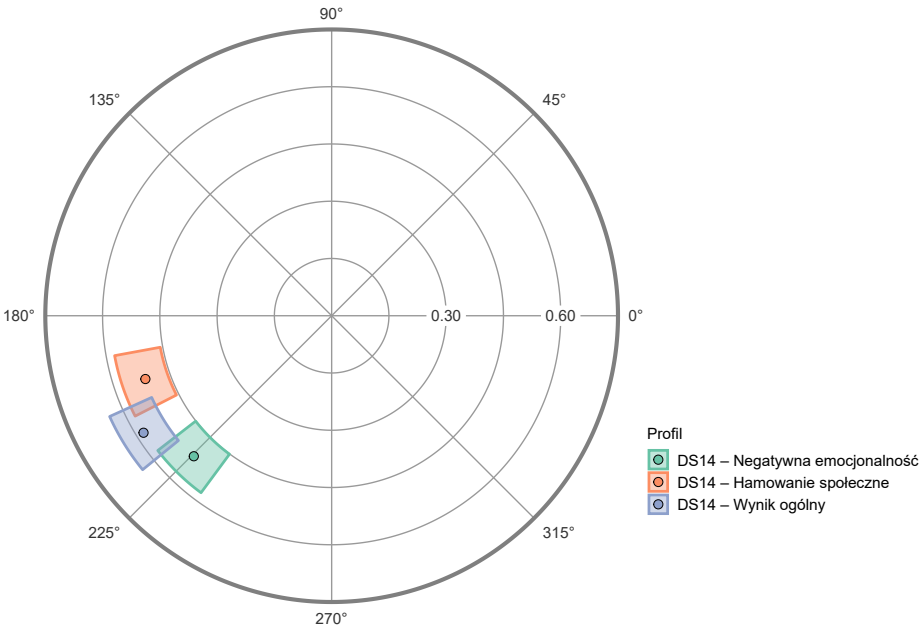
Wskaźniki SSM dla wzoru D zachowania zostały przedstawione w tabeli 16, a ich lokalizacja w przestrzeni CPM została zilustrowana na rysunku 17.

Tabela 16
Wzór D zachowania – wskaźniki SSM dla Skali do pomiaru typu D (DS14)

	Wysokość	Długość wektora	Lokalizacja kątowna	R^2
DS14 – Negatywna emocjonalność	0,02 (−0,01; 0,06)	0,52 (0,45; 0,58)	225,6 (217,8; 233,6)	0,910
DS14 – Hamowanie społeczne	−0,02 (−0,05; 0,01)	0,52 (0,46; 0,58)	198,8 (190,4; 207,1)	0,984
DS14 – Wynik ogólny	0,00 (−0,03; 0,04)	0,58 (0,51; 0,64)	211,9 (204,4; 219,2)	0,954

Adnotacja. DS14 – Skala do pomiaru typu D; R^2 – współczynnik dopasowania.

Rysunek 17
Wzór D zachowania – lokalizacja Skali do pomiaru typu D (DS14) w przestrzeni CPM



Wskaźniki SSM dla wzoru D zachowania potwierdzają dobre ($> 0,80$) dopasowanie modelu do danych. Długość wektora wskazuje na silne powiązanie z jedną z metacech ($> 0,15$) – dla wyniku ogólnego i negatywnej emocjonalności z gammą-minus/dysharmonią, a dla hamowania społecznego z betą-minus/pasywnością oraz wyraźną lokalizację w strukturze kołowej.

Uzyskane wartości wskaźników SSM oraz lokalizacji wzoru D zachowania w przestrzeni CPM, przedstawione na rysunku 17, są zgodne z oczekiwaniami wyrażonymi w hipotezie 1.3 (zob. rysunek 12). Wzór D zachowania ulokował się w obszarze gammy-minus/dysharmonii (225°), choć można także zaobserwować pewne jego przesunięcie, szczególnie aspektu hamowania społecznego, w kierunku bety-minus/pasywności.

8.3.4. Wzór B zachowania (zasoby zdrowia)

Wyniki SSM dla zasobów zdrowia zostały przedstawione w tabeli 17. Lokalizacja zasobów zdrowia została zobrazowana na rysunku 18.

Tabela 17

Wskaźniki SSM dla zasobów zdrowia

	Wysokość	Długość wektora	Lokalizacja kątowa	R^2
ERS – Prężność ego	0,05 (0,01; 0,08)	0,56 (0,50; 0,63)	22,1 (15,4; 28,5)	0,980
SPP-25 – Wytrwałość	0,08 (0,04; 0,11)	0,42 (0,35; 0,49)	49,1 (39,2; 59,7)	0,931
SPP-25 – Otwartość	0,03 (–0,01; 0,06)	0,56 (0,50; 0,62)	24,1 (17,3; 31,1)	0,990
SPP-25 – Kompetencje	0,05 (0,01; 0,08)	0,54 (0,46; 0,60)	27,9 (20,4; 35,9)	0,974
SPP-25 – Tolerancja	0,04 (0,01; 0,08)	0,57 (0,51; 0,63)	29,6 (22,8; 36,9)	0,991
SPP-25 – Optymizm	0,06 (0,02; 0,09)	0,52 (0,45; 0,58)	33,0 (25,2; 41,8)	0,973
LOT-R – Dyspozycyjny optymizm	0,01 (–0,03; 0,04)	0,56 (0,50; 0,62)	36,8 (29,5; 44,3)	0,971
SES – Samoocena	0,02 (–0,01; 0,04)	0,55 (0,48; 0,61)	42,8 (35,2; 50,2)	0,940
SWLS – Satysfakcja z życia	0,03 (0,01; 0,06)	0,45 (0,39; 0,52)	44,0 (35,2; 53,2)	0,954
POS – Orientacja pozytywna	0,03 (–0,01; 0,05)	0,58 (0,51; 0,64)	39,9 (33,0; 47,3)	0,959
GSES – Własna skuteczność	0,07 (0,04; 0,09)	0,53 (0,47; 0,60)	29,2 (21,2; 38,1)	0,978
KNS – Siła woli	0,05 (0,01; 0,08)	0,57 (0,50; 0,63)	36,7 (29,4; 44,1)	0,973
KNS – Znajdowanie ścieżek	0,05 (0,01; 0,09)	0,48 (0,41; 0,55)	31,8 (22,8; 41,0)	0,982
BHI-12 – Nadzieja podstawowa	–0,01 (–0,05; 0,02)	0,42 (0,36; 0,49)	49,2 (39,7; 59,0)	0,951
SOC-29 – Zrozumiałość	–0,01 (–0,05; 0,03)	0,35 (0,27; 0,43)	64,1 (53,3; 74,7)	0,869
SOC-29 – Zaradność	–0,01 (–0,05; 0,03)	0,55 (0,48; 0,61)	44,8 (38,0; 51,6)	0,958
SOC-29 – Sensowność	–0,00 (–0,04; 0,03)	0,58 (0,52; 0,64)	39,1 (32,6; 45,7)	0,986
KPŻ – Cel	0,04 (0,00; 0,07)	0,52 (0,45; 0,59)	39,8 (31,7; 48,1)	0,953
KPŻ – Spójność	0,02 (–0,02; 0,06)	0,52 (0,45; 0,59)	46,6 (38,5; 55,0)	0,957
KPŻ – Kontrola	0,04 (0,00; 0,07)	0,44 (0,37; 0,51)	36,6 (26,3; 46,2)	0,980

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

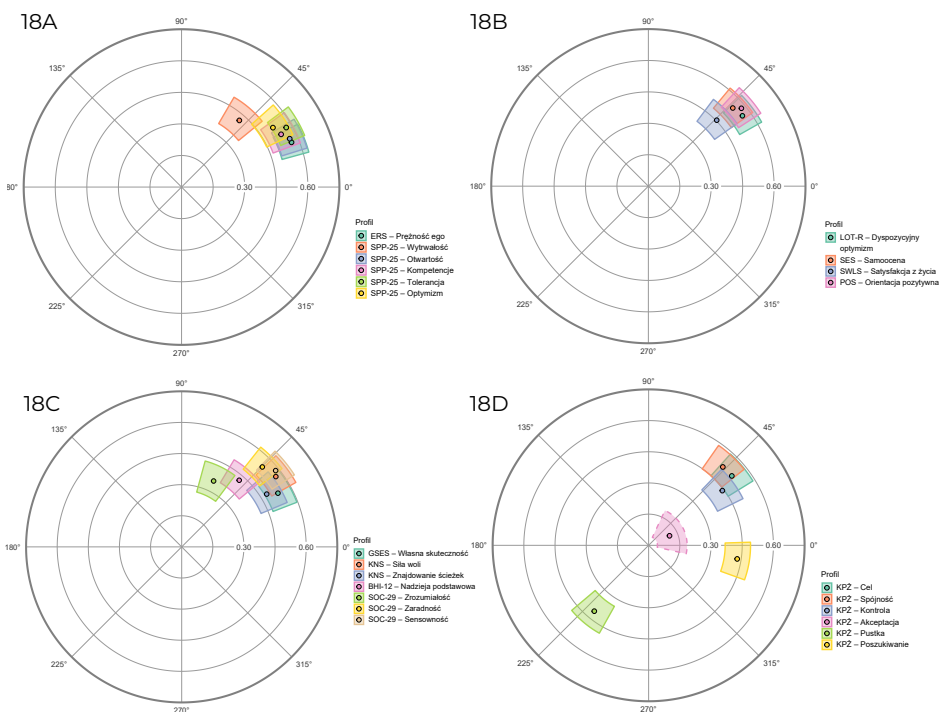
Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

	Wysokość	Długość wektora	Lokalizacja kątowa	R^2
KPŻ – Akceptacja	0,01 (–0,01; 0,04)	0,11 (0,04; 0,19)	24,5 (347,3; 64,9)	0,674
KPŻ – Pustka	0,01 (–0,01; 0,04)	0,41 (0,34; 0,48)	230,5 (220,2; 240,7)	0,953
KPŻ – Poszukiwanie	0,06 (0,03; 0,08)	0,43 (0,37; 0,49)	351,3 (340,2; 1,8)	0,922

Adnotacja. ERS – Skala prężności ego; SPP-25 – Skala pomiaru prężności; LOT-R – Test orientacji życiowej; SES – Skala samooceny; SWLS – Skala satysfakcji z życia; POS – Skala orientacji pozytywnej; GSES – Skala uogólnionej własnej skuteczności; KNS – Kwestionariusz nadziei na sukces; BHI-12 – Kwestionariusz nadziei podstawowej; SOC-29 – Kwestionariusz orientacji życiowej; Kwestionariusz postaw życiowych; R^2 – współczynnik dopasowania.

Rysunek 18

Lokalizacja zasobów zdrowia w przestrzeni CPM



Adnotacja. 18A – pomiar prężności ego (ERS i SPP-25); 18B – pomiar orientacji pozytywnej oraz jej składowych (POS, LOT-R, SES, SWLS); 18C – pomiar poczucia własnej skuteczności, nadziei i poczucia koherencji (GSES, KNS, BHI-12, SOC-29); 18D – pomiar postaw życiowych (KPŻ).

Współczynniki dopasowania w przypadku większości zmiennych przekraczają próg 0,90. Jedyny wyjątek stanowi podskala akceptacji (KPŻ), która jest źle dopasowana do modelu ($R^2 < 0,70$), a długość jej wektora ma wartość poniżej dopuszczalnego progu ($< 0,15$), zatem zmienna ta nie wiąże się wyraźnie z żadną metacechą i nie posiada wyraźnej lokalizacji w przestrzeni CPM. Długość wektora dla pozostałych zmiennych wskazuje na silne powiązanie każdej zmiennej z jedną z metacech ($> 0,15$) oraz wyraźną lokalizację w strukturze CPM. Jak można zaobserwować na rysunku 18, centrum zasobów zdrowia znajduje się wokół gammy-plus/integracji. Jedynie dwa wskaźniki zasobów zdrowia, mierzone KPŻ, ulokowały się w innym miejscu. W przypadku pustki (lokalizacja w obrębie gammy-minus/dysharmonii) wynik pozostaje w pełni zgodny z oczekiwaniami, ponieważ jest to skala pustki w życiu, czyli braku sensu w życiu. Z kolei poszukiwanie ulokowało się w pobliżu bety-plus/plastyczności, co także jest zasadniczo zgodne z oczekiwaniami (zob. rysunek 12) i wynika z psychologicznego znaczenia tego zasobu zdrowia.

Zgodnie z uzyskanym rozwiązaniem czynnikowym struktury zasobów zdrowia, przedstawionym w podrozdziale 8.2. *Struktura zasobów zdrowia*, SSM przeprowadzono także dla uzyskanych czynników. Wskaźniki SSM dla wzoru B zachowania zostały przedstawione w tabeli 18, a jego graficzna lokalizacja na rysunku 19.

Tabela 18

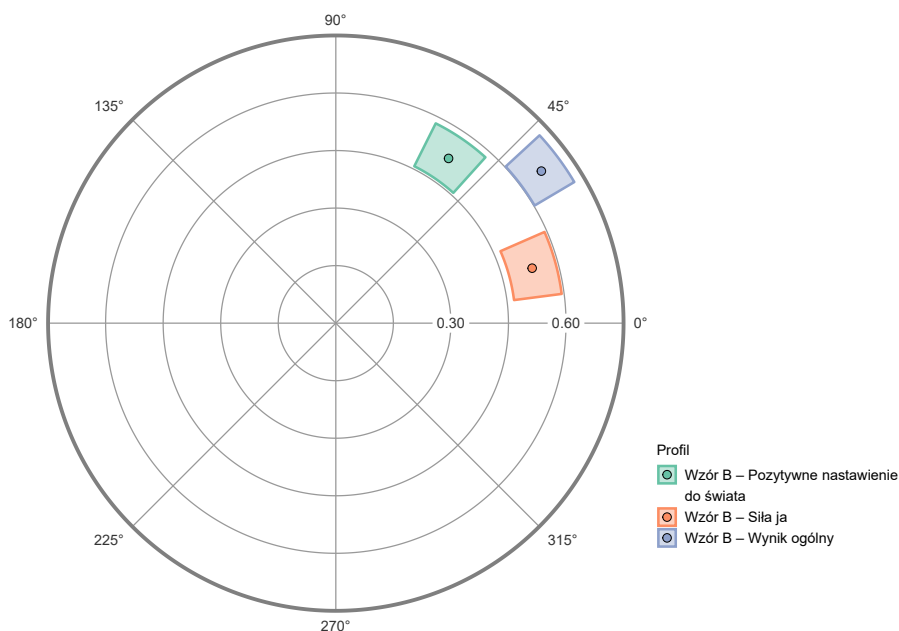
Wzór B zachowania – wskaźniki SSM dla wzoru B zachowania

	Wysokość	Długość wektora	Lokalizacja katowa	R^2
Wzór B – Pozytywne nastawienie do świata	-0,01 (-0,04; 0,02)	0,52 (0,46; 0,58)	55,6 (48,0; 63,4)	0,916
Wzór B – Siła ja	0,08 (0,04; 0,11)	0,53 (0,47; 0,59)	15,6 (7,4; 23,6)	0,973
Wzór B – Wynik ogólny	0,04 (-0,00; 0,07)	0,67 (0,60; 0,72)	36,5 (30,6; 42,7)	0,979

Adnotacja. R^2 – współczynnik dopasowania.

Rysunek 19

Wzór B zachowania – lokalizacja wzoru B zachowania w przestrzeni CPM



Wyniki SSM dla zasobów zdrowia w rozwiązaniu jedno- oraz dwuczynnikowym potwierdzają dobre dopasowanie do CPM. Współczynniki dopasowania przekraczają próg 0,90. Długość wektora dla zmiennych wskazuje na silne powiązanie każdej zmiennej z jedną z metacech ($> 0,15$) oraz wyraźną lokalizację w strukturze kołowej.

Uzyskane wyniki są zatem zgodne z hipotezą 2 (zob. rysunek 12). Wzór B zachowania ułożył się w obszarze gammy-plus/integracji pomiędzy alfą-plus/stabilnością i betą-plus/plastycznością. Z kolei uzyskane dwa czynniki zasobów zdrowia ułożyły się po obu stronach gammy-plus/integracji.

8.3.5. Weryfikacja zgodności teoretycznej i empirycznej lokalizacji wzorów zachowania A, B, C, D w CPM

W trzecim kroku zastosowanej procedury porównano zakładaną teoretycznie lokalizację czterech wzorów zachowania z ich uzyskaną lokalizacją empiryczną w CPM. W analizie tej wykorzystano wyłącznie bezpośredni pomiar wzorów A (mierzono go za pomocą *Skali typu A-Framingham*), C (mierzono go za pomocą *Kwestionariusza wzoru C zachowania*) i D (mierzono go za pomocą *Skali do po-*

miaru typu D) oraz ogólny czynnik wzoru B zachowania (wyliczony w analizie czynnikowej z 10 narzędzi omówionych w podrozdziale 7.1.3. *Zasoby zdrowia*), aby uniknąć nadreprezentacji przez niedostateczną kontrolę ego, kontrolę gniewu oraz liczny katalog zasobów zdrowia mierzonych oddzielnie. Przewidywaną teoretycznie macierz ładunków wzorów zachowania A, B, C i D otrzymano, przeliczając teoretycznie przewidywane kąty każdego wzoru na wartości sinus i cosinus. Macierz empiryczną uzyskano analogicznie – empiryczne lokalizacje katowe wzorów zachowania otrzymane w kroku 2 (średnia lokalizacja katowa dla wzorów zachowania) przeliczono na wartości sinus i cosinus. Ze względu na obserwowane przesunięcie wzoru A zachowania w kierunku alfy-minus/rozhamowania (rysunek 15), przetestowano dwie możliwe lokalizacje teoretyczne: (1) pomiędzy alfa-minus/rozhamowaniem i deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń na podstawie przesłanek teoretycznych oraz (2) bezpośrednio w centrum alfy-minus/rozhamowania zgodnie z wynikami uzyskanymi w kroku 2. W tabeli 19 przedstawiono przewidywane (teoretyczne) i uzyskane (empiryczne) macierze czynników z odpowiednimi kątami i współczynnikami kongruencji macierzy przewidywanej do macierzy uzyskanej.

Tabela 19

Macierz czynników przewidywanych i uzyskanych wraz z lokalizacją katową i współczynnikami kongruencji wzorów zachowania we wspólnej przestrzeni dwuczynnikowej

	Macierz teoretyczna			Macierz empiryczna			<i>k</i>
	Czynnik 1	Czynnik 2	θ^T	Czynnik 1	Czynnik 2	θ^E	
Wzór A zachowania	-0,92 (-1,00)	0,38 (0,00)	292,5 (270)	-0,98	-0,22	257,3	0,82 (0,98)
Wzór B zachowania	0,71	0,71	45	0,59	0,80	36,5	0,99
Wzór C zachowania	0,38	-0,92	157,5	0,50	-0,86	149,7	0,99
Wzór D zachowania	-0,71	-0,71	225	-0,53	-0,85	211,9	0,97
Ogólny współczynnik kongruencji							0,94 (0,98)

Adnotacja. θ^T – kąt teoretycznie przewidywany; θ^E – kąt empirycznie uzyskany (kąty w stopniach); Czynnik 1 – wartość sinus; Czynnik 2 – wartość cosinus; *k* – współczynnik kongruencji. Wartości podane w nawiasie dotyczą analizy, w której teoretyczna lokalizacja wzoru A zachowania znajduje się bezpośrednio w centrum alfy-minus/rozhamowania.

Ogólny współczynnik kongruencji przy założonej teoretycznej lokalizacji wzoru A zachowania pomiędzy alfa-minus/rozhamowaniem i deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń wyniósł 0,94, co ogólnie potwierdza oczekiwaną loka-

lizację całego zestawu wzorów zachowania w przestrzeni CPM. Współczynniki kongruencji uzyskane osobno dla wzorów B, C i D są wysokie ($> 0,95$), co z kolei potwierdza oczekiwane lokalizacje tych wzorów w przestrzeni CPM. Zatem hipotezy 1.2, 1.3 oraz 2 można uznać za potwierdzone. Jedynym wyjątkiem w tym obrazie jest wzór A, który uzyskał współczynnik kongruencji poniżej progu akceptowalności, co skutkuje brakiem podstaw do przyjęcia hipotezy 1.1.

Kiedy jednak testowi poddano lokalizację wzoru A zachowania bezpośrednio w centrum alfy-minus/rozhamowania, współczynnik kongruencji dla tej zmiennej wyniósł 0,98. Porównując zatem te dwa rozwiązania, różniące się jedynie zmianą teoretycznej lokalizacji wzoru A zachowania, należy stwierdzić, że choć w obu przypadkach wyniki są zadowalające, to drugie rozwiązanie uzyskało wyraźnie lepsze współczynniki kongruencji. Zgodnie z otrzymanymi wynikami w drugim kroku analiz, wzór A zachowania ulokował się w CPM w obszarze alfy-minus/rozhamowania, co ostatecznie potwierdził wysoki współczynnik kongruencji w kroku trzecim. Powyższe nie niweluje jednak problemów ze wzorem A omówionych w podrozdziale 8.3.1. *Wzór A zachowania* oraz w rozdziale 9 – *Dyskusja*. Podsumowując – wzór A lokuje się w okolicach miejsca zgodnego z oczekiwaniami (choć z przesunięciem w kierunku alfy-minus/rozhamowania), ale jego związek z metacechami i CPM jest ogólnie najslabszy.

8.4. Dolegliwości i choroby w kontekście wzorów zachowania

Aby zweryfikować hipotezę 3, przeanalizowano występowanie raportowanych chorób i dolegliwości w odniesieniu do każdego wzoru zachowania. W przypadku występowania chorób przeprowadzono analizy międzygrupowe (wystąpienie lub brak danej choroby), a w przypadku występowania dolegliwości mierzonych na pięciostopniowej skali – dokonano analizy korelacji danej dolegliwości (mierzonej pojedynczym stwierdzeniem) z każdym wzorem zachowania.

8.4.1. Występowanie chorób somatycznych

W tabeli 20 przedstawiono wyniki analiz międzygrupowych przeprowadzonych przy wykorzystaniu testu nieparametrycznego *U* Manna-Whitneya ze względu na brak spełnionego założenia o normalności rozkładów i równoliczności grup. W celu przejrzystości wyników w tabeli 20 zostały zawarte średnie wyników dla poszczególnych wzorów w zależności od choroby, a wyniki istotne zostały pogrubione. Szczegółowe wyniki *U* Manna-Whitneya stanowią tabelę A1 w sekcji *Załączniki*.

Tabela 20
Nasilenie wzorów zachowania w grupach osób chorych i zdrowych

Wzór A zachowania				Wzór C zachowania				Wzór D zachowania		Wzór B zachowania	
Pomiar wzoru A (FTAB)		Niedostateczna kontrola ego (EUS)		Pomiar wzoru C (BPCQ)		Kontrola gniewu (CECS)					
Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T
Zawał serca											
0,59	0,71	2,41	2,58	2,67	2,59	2,42	2,62	1,93	1,88	-0,002	0,05
Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca)											
0,59	0,68	2,41	2,54	2,67	2,69	2,42	2,59	1,93	1,95	0,0004	-0,01
Nadciśnienie tętnicze											
0,59	0,61	2,40	2,50	2,67	2,62	2,43	2,42	1,94	1,83	-0,01	0,08
Miażdżyca											
0,59	0,69	2,41	2,53	2,67	2,63	2,42	2,67	1,93	1,84	-0,002	0,04
Inne przewlekłe choroby układu krążenia											
0,59	0,64	2,42	2,43	2,67	2,63	2,42	2,55	1,93	1,92	0,004	-0,06
Choroba wrzodowa żołądka											
0,59	0,68	2,41	2,52	2,67	2,69	2,42	2,54	1,93	1,93	0,002	-0,04
Zapalne choroby jelita grubego											
0,59	0,65	2,41	2,47	2,66	2,72	2,42	2,59	1,93	1,86	-0,006	0,10
Inne przewlekłe choroby przewodu pokarmowego											
0,59	0,66	2,41	2,46	2,67	2,69	2,42	2,50	1,93	1,93	0,004	-0,04
Choroby autoimmunologiczne (np. choroba Hashimoto)											
0,59	0,63	2,42	2,42	2,67	2,68	2,42	2,52	1,91	2,05	0,01	-0,11
Nadczynność lub niedoczynność tarczycy											
0,59	0,62	2,42	2,42	2,67	2,65	2,43	2,47	1,90	2,10	0,02	-0,15
Cukrzyca											
0,59	0,62	2,41	2,52	2,66	2,77	2,42	2,57	1,93	1,84	0,003	-0,04

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

Wzór A zachowania		Wzór C zachowania				Wzór D zachowania		Wzór B zachowania	
Pomiar wzoru A (FTAB)	Niedostateczna kontrola ego (EUS)	Pomiar wzoru C (BPCQ)		Kontrola gniewu (CECS)					
Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T
Inne przewlekłe choroby endokrynologiczne									
0,59	0,63	2,41	2,47	2,67	2,63	2,42	2,61	1,91	2,03
Astma oskrzelowa									
0,59	0,62	2,41	2,47	2,66	2,69	2,40	2,65	1,93	1,91
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego									
0,59	0,65	2,41	2,47	2,67	2,70	2,43	2,51	1,93	1,97
Reumatoidalne zapalenie stawów									
0,59	0,65	2,41	2,50	2,66	2,78	2,43	2,55	1,93	1,92
Inne przewlekłe choroby układu mięśniowo-szkieletowego									
0,59	0,63	2,41	2,46	2,67	2,62	2,44	2,39	1,92	2,00
Atopowe zapalenie skóry									
0,59	0,64	2,41	2,49	2,67	2,63	2,42	2,54	1,91	2,07
Inne przewlekłe choroby skóry									
0,58	0,65	2,42	2,41	2,65	2,79	2,42	2,49	1,89	2,15
Nadwaga lub otyłość									
0,59	0,60	2,42	2,42	2,67	2,67	2,46	2,34	1,94	1,91
Zaburzenia odżywiania (np. anoreksja, bulimia)									
0,58	0,70	2,40	2,55	2,66	2,70	2,41	2,68	1,90	2,23
Alergie									
0,59	0,59	2,40	2,45	2,68	2,65	2,41	2,47	1,88	2,01
Nowotwór									
0,59	0,71	2,41	2,49	2,67	2,54	2,43	2,38	1,92	2,59

Adnotacja. Grupa N – grupa osób, u których nie wystąpiła dana choroba. Grupa T – grupa osób, u których wystąpiła dana choroba. Pogrubienie oznacza wyniki istotne dla $p < 0,05$.

Wyniki porównań międzygrupowych wykazały, że najczęstsze istotne różnicowanie występuje w przypadku wzoru A zachowania. Osoby, które deklarowały występowanie określonej choroby (zawału serca, choroby wieńcowej, miażdżycy, choroby wrzodowej żołądka, innych przewlekłych chorób układu pokarmowego, innych przewlekłych chorób skóry i zaburzeń odżywiania), miały istotnie wyższe nasilenie wzoru A mierzonego za pomocą *Skali typu A-Framingham*. W kontekście uzyskanych wyników dotyczących najmniej zgodnej z oczekiwaniami lokalizacji wzoru A zachowania w przestrzeni CPM, wyniki dotyczące najczęściej występujących różnic w zakresie wzoru A między osobami chorymi a zdrowymi mogą wydać się zaskakujące. Aby zidentyfikować komponent wzoru A, który jest odpowiedzialny za różnicowanie między osobami chorymi i zdrowymi, przeprowadzono porównania międzygrupowe na poziomie pozycji kwestionariuszowych. Wnioski z tych analiz przedstawiono w rozdziale 9 – *Dyskusja*.

Jeśli chodzi o inne wzory zachowania, wzór D istotnie różnicował wystąpienie innych przewlekłych chorób skóry, choroby nowotworowej oraz zaburzeń odżywiania, a tłumienie gniewu (komponent wzoru C) istotnie różnicował wystąpienie astmy oskrzelowej. We wszystkich przypadkach osoby raportujące wystąpienie danej choroby ujawniały wyższe nasilenie danego wzoru, z wyjątkiem wzoru B, który zgodnie z oczekiwaniami zaprezentował odwrotne zależności w przypadku kilku chorób (atopowego zapalenia skóry, innych przewlekłych chorób skóry i zaburzeń odżywiania).

8.4.2. Występowanie dolegliwości somatycznych

W tabeli 21 przedstawiono korelacje wzorów zachowania z występowaniem określonych dolegliwości. Ze względu na rozkłady zmiennych odbiegające od normalnego zastosowano korelację tau Kendalla.

Tabela 21
Związki pomiędzy dolegliwościami a wzorami zachowania

	Wzór A zachowania			Wzór C zachowania		Wzór D zachowania	Wzór B zachowania
	Pomiar wzoru A (FTAB)	Niedostateczna kontrola ego (EUS)	Pomiar wzoru C (BPCQ)	Kontrola gniewu (CECS)			
Ogólny stan zdrowia	-0,12**	-0,07	-0,03	0,04	-0,18**	0,23**	
Samopoczucie w ciągu ostatnich 6 miesięcy	-0,08*	-0,06	-0,003	0,01	-0,25**	0,28**	
Problemy z układem krążenia (np. wysokie ciśnienie lub kołatanie serca)	0,07	0,02	0,001	-0,03	0,15**	-0,12**	
Długotrwałe bóle głowy (np. migreny)	0,07	-0,01	-0,02	-0,02	0,14**	-0,13**	
Bóle w klatce piersiowej	0,13**	0,04	-0,003	-0,03	0,18**	-0,14**	
Uciążliwy kaszel lub długotrwałe bóle gardła	0,08*	0,04	-0,002	-0,03	0,08*	-0,02	
Bóle mięśniowe	0,13**	0,06	-0,03	-0,02	0,11**	-0,07*	
Bóle kostno-stawowe	0,04	0,04	-0,02	-0,10**	0,07*	-0,06	
Suchość w gardle	0,10**	0,02	-0,01	-0,06	0,13**	-0,11**	
Bóle w okolicach ramion, szyi i karku	0,10**	-0,003	-0,04	-0,03	0,13**	-0,13**	
Problemy z oddychaniem (np. duszności, nierównomierny oddech)	0,10**	0,02	0,01	-0,04	0,13**	-0,11**	
Podatność na infekcje (np. przeziębienie)	0,06	-0,03	-0,03	-0,04	0,07	-0,03	

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

	Wzór A zachowania		Wzór C zachowania		Wzór B zachowania	
	Pomiar wzoru A (FTAB)	Niedostateczna kontrola ego (EUS)	Pomiar wzoru C (BPCQ)	Kontrola gniewu (CECS)	Wzór D zachowania	Wzór B zachowania
Problemy żołądkowe/trawienne (np. zaparcia, biegunka, nudności, itp.)	0,13**	0,04	-0,02	-0,05	0,15**	-0,10**
Nerwobóle	0,13**	0,01	-0,06	-0,13**	0,16**	-0,15**
Wysypki lub inne problemy skórne	0,07*	0,004	0,000	0,05	0,12**	-0,10**
Nadmierne wypadanie włosów	0,07*	0,02	0,05	0,05	0,14**	-0,07*
Znaczne wahania wagi	0,11**	0,07	0,07*	0,01	0,11**	-0,09*
Zaburzenia snu	0,12**	0,05	-0,01	0,01	0,22**	-0,19**
Spadek libido	0,08*	-0,01	-0,03	-0,05	0,14**	-0,13**
Ataki lęku lub paniki	0,20**	-0,02	-0,01	-0,04	0,32**	-0,25**
Przemęczenie lub wyczerpanie	0,21**	0,01	-0,04	-0,08*	0,24**	-0,21**
Rozregulowanie cyklu miesięcznego (u kobiet)	0,04	0,03	0,02	0,04	0,09*	-0,12**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (dwustronna).

Analiza korelacji wykazała zakładane związki pomiędzy wybranymi dolegliwościami a danym wzorem zachowania. Wzory A i D korelują dodatnio z dolegliwościami, a wzór B – ujemnie. Przy czym, zgodnie z oczekiwaniami, najwięcej związków korelacyjnych (dotyczących nasilenia różnych dolegliwości) wykazano dla wzoru D, a – niezgodnie z oczekiwaniami – najwięcej różnic między grupami, u których wystąpiła choroba a grupami, u których ona nie wystąpiła – dla wzoru A (zob. poprzedni podrozdział). Wzór C zachowania na podstawie uzyskanych wyników nie wiązał się ani z wystąpieniem choroby, ani z nasileniem dolegliwości, a w niektórych przypadkach ujawnił wręcz odwrotną zależność (zob. bóle kostno-stawowe, nerwobóle, przemęczenie lub wyczerpanie). Uzyskane wyniki można potraktować jako wspierające w pewnym stopniu hipotezę 3, bowiem znaleziono szereg zależności między chorobami i dolegliwościami a wzorami zachowania, chociaż obraz tych zależności nie jest do końca klarowny i z pewnością takie analizy wymagają dalszych badań z uwzględnieniem grupy klinicznej.

ROZDZIAŁ 9

Dyskusja

Celem niniejszej pracy było udzielenie odpowiedzi na pytanie o możliwy spójny model teoretyczny, który integrowałby zarówno osobowościowe zasoby zdrowia, jak i różnorodne czynniki ryzyka chorób somatycznych. Przeprowadzono zatem (a) analizy teoretyczne odnoszące się do tych konstruktywów, ich wzajemnych relacji, powiązań z cechami osobowości oraz (b) badania i zaawansowane analizy statystyczne dotyczące lokalizacji osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia w przestrzeni CPM oraz ich powiązań z dolegliwościami i chorobami somatycznymi.

Osobowościowe czynniki ryzyka chorób somatycznych zwane wzorami zachowania A, C i D już od ponad 60 lat były przedmiotem wielu badań. Były one traktowane jako istotne czynniki chorób somatycznych: wzory A i D miały być podłożem chorób serca (Denollet i in., 1995; Friedman i Rosenman, 1959), natomiast wzór C uznany był za związany z chorobą nowotworową (Eysenck, 1994; Greer i Morris, 1975). Jednak dotychczasowe badania raportowane w literaturze nad wzorami zachowania A, C i D doprowadziły do niejednoznacznych wyników w zakresie ich związków z chorobami somatycznymi. Na podstawie obszernej analizy dostępnej literatury zostało w ramach niniejszej pracy omówionych kilka kluczowych problemów, które dotyczą (1) zastosowanej metody wyodrębniania tych elementów, które budują określone wzory zachowania, polegającej głównie na (ateoretycznej) obserwacji zachowań pacjentów; (2) braku spójnego modelu, w ramach którego wzory zachowania zostały wyróżnione, co ma swoje odzwierciedlenie w różnym zakresie konceptualizacyjnym każdego ze wzorów zachowania, a także w traktowaniu wzoru B wyłącznie jako przeciwieństwa wzoru A; (3) różnego zakresu operacjonalizacji wzorów zachowania, która uwzględniała różnorodne składowe danego konstruktu w zależności od narzędzia pomiaru (było to szczególnie widoczne we wzorach A i C); (4) psychometrycznych słabości narzędzi (np. do pomiaru wzoru A zachowania); (5) rozbieżności w wynikach dotyczących predykcyjnej roli wzorów zachowania A, C i D dla chorób somatycznych.

Również w przypadku zasobów zdrowia stwierdzono podobne problemy dotyczące (1) braku jednego spójnego modelu, w ramach którego wyodrębniono różne konstrukty opisujące osobowościowe zasoby zdrowia oraz (2) dużej liczby tych konstruktywów pozostających ze sobą w niejasnych relacjach. W przypadku samego wzoru B zachowania autorzy konstruktu – Friedman i Rosenman (1959)

– nie przygotowali odpowiedniej operacjonalizacji i narzędzia pomiaru. Wzór B był traktowany jako przeciwieństwo wzoru A, zatem niskie wyniki na skali do pomiaru wzoru A miały świadczyć o przejawianym wzorze B, rozumianym jako osobowość zdrowa. Wyjątek stanowiła *Skala Bortnera* (Bortner, 1969), która zawierała listę przeciwstawnych przymiotników, opisujących z jednej strony wzór A zachowania, a z drugiej – wzór B zachowania, jednak, z powodu słabych właściwości psychometrycznych, nie było to narzędzie rekomendowane do stosowania (por. Bucik i Brenk, 1997; Edwards i in., 1990).

Operacjonalizacja i narzędzia pomiaru są jednak zawsze pochodną modelu teoretycznego. Za główny problem badań nad czynnikami ryzyka i zasobami zdrowia można zatem uznać brak jednego spójnego modelu teoretycznego. Niniejsza praca stanowiła próbę zarysowania możliwości i wykonania pierwszego kroku w kierunku przezwyciężenia tego problemu.

W ramach wstępnych prac teoretycznych przeanalizowano związki pomiędzy osobowościowymi czynnikami ryzyka i zasobami zdrowia a cechami osobowości FFM (McCrae i Costa Jr, 2003) oraz modelami organizacji wzorów zachowania proponowanymi przez Eysencka (1991) i Zawadzkiego (2001). Biorąc pod uwagę te przesłanki o określonych powiązaniach osobowościowych czynników ryzyka i zasobów zdrowia z cechami osobowości, wykorzystano model CPM do rozwiązania głównego problemu, czyli problemu braku jednego modelu strukturalnego, całościowo ujmującego podstawowe czynniki ryzyka i zasoby zdrowia.

CPM stanowił w tych poszukiwaniach teoretyczną macierz podstawowych wymiarów osobowości. Procedurą, jaką zastosowano, aby określić relacje między analizowanymi zmiennymi (czynniki ryzyka i zasoby), a także relacje między tymi zmiennymi a całościowym modelem osobowości (CPM) było teoretyczne i empiryczne lokowanie tych zmiennych w CPM. Opierało się ono na analizie treściowo-teoretycznej i weryfikowane było przez (1) zastosowanie zaawansowanych analiz statystycznych omówionych w rozdziale 7 – *Metoda*, podrozdział 7.4. *Analizy statystyczne*, (2) których wynik może być przedstawiony na rysunku (rysunki 15–19), (3) wizualizującym sieć wzajemnych powiązań, przy którego interpretacji należy wziąć przede wszystkim pod uwagę dwa parametry: (a) współczynnik dopasowania (R^2) oraz (b) długość wektora. Współczynnik dopasowania jest informacją na temat tego, czy dana zmienna znajduje się w przewidzianym precyzyjnie miejscu, które określa sieć relacji z innymi metacechami. Długość wektora z kolei wskazuje, jak silnie dana zmienna wiąże się z metacechami. Zasadniczo możliwe są cztery sytuacje. Pierwsza polega na tym, że zarówno długość wektora, jak i współczynnik dopasowania są wysokie. Oznacza to, że dana

zmienna jest silnie powiązana z metacechami jako podstawowymi wymiarami osobowości, a cała sieć powiązań jest zgodna z teoretycznymi oczekiwaniami. W drugim przypadku współczynnik dopasowania jest niski, ale długość wektora jest wysoka, co sugeruje, że dana zmienna wiąże się wyraźnie z metacechami, choć w zupełnie inny sposób niż oczekiwano. Z kolei w trzeciej możliwej sytuacji współczynnik dopasowania jest wysoki, ale długość wektora jest mała, co pozwala wnioskować, że dana zmienna wiąże się z metacechami w teoretycznie przewidziany sposób, ale związek ten jest stosunkowo słaby, co na rysunku przejawia się tym, że dana zmienna znajduje się blisko środka koła. Przypadek ten zasadniczo dotyczy wzoru A zachowania. Czwarta możliwa teoretycznie sytuacja polegałaby na tym, że zarówno współczynnik dopasowania, jak i długość wektora są niskie, co zarazem wskazywałoby na brak możliwości wykorzystania CPM do analizy danej zmiennej. Takiej sytuacji nie stwierdzono jednak w odniesieniu do żadnej zmiennej analizowanej w niniejszej pracy.

Analizy wykazały, że wzór A zachowania jest związany z alfa-minus/rozhamowaniem i – wbrew oczekiwaniom – silniej z gamma-minus/dysharmonią niż z delta-minus/poszukiwaniem wrażeń. Taki układ wyników może sugerować, że we wzorze A silniejsze są agresywność i wrogość niż impulsywność czy poszukiwanie stymulacji. Zarazem jednak wzór A ulokował się blisko środka koła, co oznacza, że nie jest on mocno związany z metacechami. Jego lokalizacja w CPM jest zatem bliska oczekiwanej, ale z metacechami wiąże się słabo. Wraz ze wzorem A zachowania ulokowana została w CPM kontrola ego, zoperacjonalizowana przez Letzring i in. (2005) – rozumiana ściślej jako niedostateczna kontrola ego – a to ze względu na jej treściowe podobieństwo do wzoru A (Friedman i Rosenman, 1959). Okazało się, że niedostateczna kontrola ego jest bardziej oddalona od środka koła niż wzór A, zatem silniej wiąże się z metacechami. Jednak i ona ujawniła pewną relokację – umiejscowiła się bowiem blisko delty-minus/poszukiwania wrażeń, z pewnym przesunięciem nawet w kierunku bety-plus/plastyczności, co w świetle braku ujawnionych jej związków z chorobami czy dolegliwościami zdrowotnymi poddaje w wątpliwość jej status jako czynnik ryzyka.

Uzyskane wyniki nie pozwoliły zatem na potwierdzenie hipotezy o lokalizacji wzoru A zachowania i niedostatecznej kontroli ego w obszarze pomiędzy delta-minus/poszukiwaniem wrażeń a alfa-minus/rozhamowaniem. Wzór A zachowania umiejscowił się w obszarze ryzyka (poniżej linii delty) wokół alfa-minus/rozhamowania, a więc, wbrew temu, co oczekiwano, bliżej najbardziej nieadaptacyjnych właściwości w centrum gammy-minus/dysharmonii. Natomiast niedostateczna kontrola ego ulokowała się już nad linią delty, czyli ponad obsza-

rem ryzyka dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Źródłem przesunięcia wzoru A zachowania może być zastosowane narzędzie pomiaru (*Skala typu A-Framingham*), które zawiera dwie różne podskale odpowiedzi (skala czterostopniowa i skala dychotomiczna) oraz wagowy sposób przeliczania wyników. Właściwości psychometryczne tego narzędzia okazują się więc dość problematyczne. Zarówno w literaturze (Juczyński, 2012), jak i w niniejszej pracy, jego rzetelność sytuuje się na granicy akceptowalności (a rzetelność jednej z podskal jest bardzo niska). Aby lepiej zdiagnozować problem z nim związany, przeprowadzone zostały analizy lokujące pojedyncze pozycje kwestionariuszowe w CPM (zob. załączniki w części B w sekcji *Załączniki*). Można zaobserwować, że pokryły one znaczną część CPM, lokując się czasami na przeciwnych biegunach. Oznacza to, że pozycje tego kwestionariusza opisują zachowania o bardzo różnym podłożu osobowościowym, co może być jedną z przyczyn jego problemów z rzetelnością.

Co ciekawe, pomimo powyższego, wzór A zachowania wiązał się dość dobrze z chorobami oraz doświadczanymi dolegliwościami, a nawet o wiele lepiej niż wzór D różnicował grupy osób z daną chorobą i bez niej. Mamy zatem z jednej strony narzędzie pomiaru, które nie posiada dobrych właściwości psychometrycznych (niska rzetelność), najslabsze związki wzoru A z CPM, który został przyjęty jako teoretyczna podstawa modelu czynników ryzyka i zasobów zdrowia, z drugiej jednak strony – wzór A najlepiej spośród wszystkich wzorów różnicował grupy osób chorujących i niechorujących. Aby zrozumieć, który komponent wzoru A jest odpowiedzialny za zróżnicowanie między wspomnianymi grupami, przeprowadzone zostały analizy na poziomie pozycji kwestionariuszowych. Okazało się, że pozycja druga (*Zwykle brakuje mi czasu*) oraz szósta (*Często brakuje mi czasu*) najbardziej różnicowały grupy chorych od grup zdrowych. Po wyeliminowaniu ze wzoru A tych dwóch pozycji kwestionariuszowych, różnice między osobami chorującymi i niechorującymi stwierdzono tylko w przypadku czterech chorób (zawału serca, choroby wrzodowej żołądka, innych przewlekłych chorób skóry, zaburzeń odżywiania; zob. tabela A2 w sekcji *Załączniki*). Okazało się zatem, że to komponent braku czasu odpowiada za zróżnicowanie między tymi grupami, a nie cały wzór A.

Ze względu na treściowe podobieństwo wzoru C zachowania i kontroli (tłumienia) gniewu ten drugi także wykorzystano do pomiaru wzoru C. Zgodnie z oczekiwaniami wspomniany wzór zachowania i tłumienie gniewu są dodatnio związane z deltą-plus/powściągliwością i betą-minus/pasywnością. Wyniki analiz dotyczących lokalizacji wzoru C zachowania (oraz kontroli gniewu) w przestrzeni CPM potwierdziły więc hipotezę o ulokowaniu tego wzoru i kontroli gniewu

pomiędzy deltą-plus/powściągliwością a betą-minus/pasywnością. Analizowane dwa aspekty wzoru C (zredukowana emocjonalność i submisyjność) uzyskały niewielkie różnice w lokalizacjach kątowych, co sprawia, że na rysunkach ich reprezentacje położone są bardzo blisko siebie. Jest to zarazem wynik podobny do uzyskanego przez Rymarczyk i in. (2020). Oznacza to, że aspekty te mają bardzo zbliżone podłoże osobowościowe, choć są to znaczeniowo konstrukty warte rozróżnienia, które wspólnie budują wzór C zachowania. Uwagę zwraca przy okazji problem z pomiarem zredukowanej emocjonalności. Przygotowanie trafnych pozycji kwestionariuszowych odnoszących się do czegoś, co zdaniem osoby badanej nie występuje, czyli w tym wypadku – do doświadczania trudnych emocji i ich ekspresji – jest bardzo problematyczne. W przypadku wzoru C zachowania mamy bowiem do czynienia z tłumieniem emocji (np. Bozo i in., 2014; Dolińska-Zygmunt, 2001b; Eysenck, 1994; Temoshok, 1987), a to oznacza, że osoba badana może nie być świadoma ani przeżywanych emocji, ani procesu ich tłumienia, co siłą rzeczy przekłada się na trudności ze sformulowaniem dobrych pozycji kwestionariuszowych. W konsekwencji może być tak, że zastosowane narzędzie nie różnicuje dobrze osób, które tłumią negatywne emocje od osób, które wcale ich nie doświadczają, a ewentualność ta może być z kolei jedną z przyczyn faktu, że wzór C zasadniczo nie wiązał się w tym badaniu z chorobami i dolegliwościami. Brak związku z odczuwanymi chorobami i dolegliwościami może mieć jednak również tę przyczynę, że w wypadku chorób onkologicznych dolegliwości doświadczane są dopiero w momencie, gdy choroba jest już zaawansowana.

Uzyskane wyniki dotyczące związków wzoru D zachowania z metacechami osobowości są zgodne z oczekiwaniami. Wzór D jest najsilniej powiązany z gammą-minus/dysharmonią. Widać także silny związek wzoru D zachowania z betą-minus/pasywnością, a fakt ten spowodował, że w analizie lokalizującej wzór D w CPM przesunął się on częściowo w kierunku bety-minus/pasywności (co wynika z treściowego podobieństwa hamowania społecznego i bety-minus). Zgodnie z oczekiwaniami wzór D wykazał najwięcej korelacji z dolegliwościami somatycznymi, co koresponduje z jego lokalizacją w gammie-minus/dysharmonii, będącej centrum nieadaptacyjnych właściwości osobowości – zarówno w sferze psychicznej, jak i somatycznej (np. Gawda, 2016; Strus i Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta i Ciecuch, 2021; Zawadzki, 2016, 2017).

Korelacje zasobów zdrowia z metacechami są zgodne z oczekiwaniami. Zasoby zdrowia są silnie dodatnio powiązane z gammą-plus/integracją, a także słabiej z alfą-plus/stabilnością i betą-plus/plastycznością. Uzyskane wyniki

potwierdziły hipotezę o lokalizacji zasobów zdrowia w obszarze gammy-plus/integracji pomiędzy alfą-plus/stabilnością a betą-plus/plastycznością. W pierwszej kolejności ulokowano w CPM wszystkie zasoby zdrowia mierzone w ramach niniejszej pracy. Zgodnie z oczekiwaniami zasoby zdrowia wypełniły obszar wokół gammy-plus/integracji, czyli między alfą-plus/stabilnością a betą-plus/plastycznością. Można zauważyć duże podobieństwo w lokalizacji kątowej analizowanych zmiennych, np. mierzone oddzielnie optymizm, samoocena i satysfakcja z życia ulokowały się blisko siebie obok orientacji pozytywnej, która była operacjonalizacją wspólnej wariancji tych trzech zmiennych (Caprara, 2009). Ponadto pomiar prężności ego, dokonany przy wykorzystaniu dwóch różnych narzędzi, uzyskał bardzo zbieżne lokalizacje kątowe. W przypadku wytrwałości można zaobserwować przesunięcie w kierunku alfy-plus/stabilności, co może wynikać z podobieństwa treściowego, ponieważ wytrwałość stanowi jedną z cech alfy-plus. Widać także, że nadzieja podstawowa i nadzieja na sukces ulokowały się w pobliżu składowych poczucia koherencji, a ponadto w pobliżu nadziei na sukces ulokowało się poczucie własnej skuteczności. W przypadku postaw życiowych także widać zgodną lokalizację w obszarze gammy-plus/integracji, jednak z trzema wyjątkami. Pierwszy wyjątek stanowi pustka egzystencjalna, która jest w pewnym sensie deficytem zasobu zdrowia, i której z definicji bliżej do gammy-minus/dysharmonii. Jedną z opcji było celowe rekodowanie skali, aby mówić o braku pustki w życiu, posiadaniu celów i ukierunkowaniu w życiu. Wtedy można było zakładać, że ta zmienna ulokuje się zgodnie z oczekiwanym obszarem. Jednak w ramach niniejszej pracy skale zostały policzone zgodnie z kluczem (Klamut, 2010). W rozwiązaniu dwuczynnikowym dzięki zastosowanej analizie czynnikowej pustka egzystencjalna łądowała ujemnie czynnik pozytywnego nastawienia do świata. Drugim wyjątkiem była lokalizacja poszukiwania celów, które nadal sytuowało się blisko bety-plus/plastyczności, ale widać przesunięcie w kierunku delty-minus/poszukiwania wrażeń, na co mogły już wskazywać współczynniki korelacji uzyskane w ramach niniejszej pracy. Faktycznie poszukiwanie celów z definicji stanowi pragnienie wyjścia z rutyny, odrzucenie schematów życiowych, poszukiwanie nowych i zróżnicowanych doświadczeń (Klamut, 2010), a więc widoczne są tam elementy bliskie treściowo także delcie-minus/poszukiwaniu wrażeń. Problematyczna okazała się akceptacja śmierci, która nie wiązała się z żadną z metacech. Można wnioskować, że natura tej zmiennej jest na tyle specyficzna, a jej granice do tego stopnia rozmyte, że trudno określić jej silniejsze relacje z jedną z metacech.

Ponadto zidentyfikowano dwa aspekty ogólnego czynnika zasobów zdrowia. W literaturze zwraca się uwagę (np. Tweed i in., 2021), że w tym obszarze występuje wiele pojedynczych konstruktów i brakuje jednego spójnego modelu opisującego dobrostan człowieka, czyli w ujęciu niniejszej pracy – zasobów zdrowia. W ramach niniejszej pracy poddano analizie strukturę aż 10 zmiennych opisujących różne aspekty zasobów zdrowia. Zgodnie z CPM zasoby zdrowia lokują się wokół γ -plus/integracji, zatem oczekiwano, że jeśli wyodrębnią się jakieś czynniki, to – zgodnie z CPM – będą one zlokalizowane po obu stronach γ -plus/integracji, czyli jeden bliższy α -plus/stabilności, a drugi β -plus/plastyczności. Okazało się, że rzeczywiście uzyskano dwuczynnikowe rozwiązanie zgodne z CPM, zbudowane z pozytywnego nastawienia do świata (ulożonego między γ -plus/integracją a α -plus/stabilnością) i siły ja (między γ -plus/integracją a β -plus/plastycznością).

Lokalizacja wzoru B zachowania, pozytywnego nastawienia do świata i siły ja jest zgodna z postawioną hipotezą, podobnie jak w przypadku osobno lokowanych zasobów zdrowia. Uzyskanie wzoru B zachowania w takiej formie w analizie czynnikowej i dopasowanie do CPM sugeruje możliwości jego niezależnej operacjonalizacji, opartej na uzyskanych w niniejszej pracy wynikach.

W końcowej analizie zweryfikowano przewidywania teoretyczne dotyczące całościowej lokalizacji w CPM osobowościowych czynników ryzyka (wzory zachowania A, C, D, mierzone dedykowanymi do ich pomiaru narzędziami, bez osobnego pomiaru kontroli gniewu i kontroli emocji) oraz zasobów zdrowia (ogólny czynnik wzoru B zachowania). Ze względu na nie w pełni zgodną z hipotezą lokalizację wzoru A zachowania w obszarze pomiędzy δ -minus/poszukiwaniem wrażeń a α -minus/rozhamowaniem, zdecydowano się na dwukrotną weryfikację modelu integrującego osobowościowe czynniki ryzyka oraz zasoby zdrowia. Wyniki wykazały, że lepsze dopasowanie wzorów A, B, C i D uzyskano, gdy założono teoretyczną lokalizację wzoru A zachowania bezpośrednio w centrum α -minus/rozhamowania zgodnie z wynikami empirycznymi, choć lokalizacja wzoru A pomiędzy δ -minus/poszukiwaniem wrażeń a α -minus/rozhamowaniem jest również akceptowalna. Ogólny współczynnik kongruencji obu wariantów potwierdza dobre ułożenie wzorów zachowania A, B, C i D w przestrzeni CPM, co oznacza, że wzory te można traktować jako jeden całościowy model. Jednocześnie – z uwagi na deficyty psychometryczne pomiaru wzoru A zachowania – kwestię zarówno jego lokalizacji w przestrzeni CPM, jak i precyzyjnej konceptualizacji i operacjonalizacji należałoby podjąć w przyszłych badaniach.

Podsumowanie

Na podstawie wyników uzyskanych w ramach niniejszej pracy można potwierdzić, że osobowościowe czynniki ryzyka (wzory zachowania A, C i D) oraz zasoby zdrowia (wzór B zachowania) mogą być ujęte w jednym modelu dzięki wykorzystanej macierzy CPM. Co więcej, udało się empirycznie zweryfikować relacje podobieństwa i przeciwieństwa zachodzące pomiędzy wzorami zachowania. Wzór B zachowania i wzór D zachowania lokują się na przeciwnych biegunach metacechy gamma – wzór B znajduje się w obszarze gammy-plus/integracji, która odpowiada za najbardziej funkcjonalne właściwości osobowości, a wzór D znajduje się w obszarze gammy-minus/dysharmonii, gdzie występują najbardziej nieadaptacyjne właściwości osobowości. Zatem wzory B i D reprezentują w przestrzeni CPM wymiar zdrowia-choroby, co potwierdza ich lokalizacja względem wymiaru delty, która stanowi granicę między zdrowiem i ryzykiem zaburzeń (por. Strus i Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta i Ciecuch, 2021; Zawadzki, 2016, 2017), wobec czego wzór B lokuje się nad linią delty, a pozostałe wzory poniżej tej linii, ze wzorem D w centrum obszaru tendencji psychopatologicznych (gamma-minus/dysharmonia). W obszarze zaburzeń czy też ryzyka, a więc poniżej linii delty, lokują się więc także wzory A (alfa-minus/rozhamowanie) i C (pomiędzy deltą-plus/powściągliwością i betą-minus/pasywnością). Ich lokalizacja obejmuje również nieadaptacyjne właściwości osobowości, których najwyższe nasilenie występuje w obszarze gammy-minus/dysharmonii. Wzory A i C umiejscawiają się przeciwstawnie względem siebie, nie jest to jednak tak skrajne przeciwieństwo, jak w przypadku wzorów B i D. Natomiast w zakresie przeciwieństwa wzorów A i C można stwierdzić, że różnią się one pod względem kontroli emocji i zachowania, a także ogólnego nastawienia interpersonalnego, przy czym wzór A charakteryzuje się brakiem kontroli i silną rywalizacją, a wzór C – nadmierną kontrolą (tłumieniem) oraz submisywnością.

Pomimo uzyskania zadowalających wyników dotyczących integracji osobowościowych czynników ryzyka oraz zasobów zdrowia w jednym modelu, wyników tych nie należy interpretować jako zakończenia prac w tym obszarze. Przeciwnie, można co najwyżej uznać, że prace dopiero się rozpoczęły, a ich kolejnym krokiem powinna być całościowa rekonceptualizacja wzorów zachowania A, B, C i D oraz ich operacjonalizacja w jednym spójnym modelu.

W szczególności cenne wydaje się ujęcie w jednym modelu zasobów i czynników ryzyka, ponieważ może ono ułatwić tworzenie programów profilaktycznych opartych na wzmacnianiu zasobów zdrowia, nawet jeśli nie są one duże.

Zgodnie z CPM zasoby te są dwojakiego rodzaju – jedne związane ze stabilnym funkcjonowaniem, wytrwałością, pracowitością, systematycznością, spokojem, a także życzliwością i adaptacją społeczną (czyli zasoby związane z alfa-plus/stabilnością), a inne – związane z energią, entuzjazmem, rozwojem osobistym, otwartością na nowość i zmiany, a także inwencją i pewnością siebie (czyli zasoby związane z beta-plus/plastycznością).

Niniejsza praca ma również swoje ograniczenia. Do najważniejszych należy brak udziału grupy klinicznej w badaniach. Wyniki uzyskane w tej grupie mogłyby wesprzeć weryfikację hipotez o różnicowaniu chorób somatycznych przez osobowościowe czynniki ryzyka oraz ich powiązaniach z dolegliwościami somatycznymi. Z drugiej strony badanie grupy klinicznej niedoskonałymi narzędziami mogłoby dostarczyć wniosków obarczonych błędem, zatem badania tego rodzaju w przyszłości powinny zostać przeprowadzone przy użyciu nowego narzędzia do całościowego pomiaru wzorów A, B, C i D. Kolejnym ograniczeniem jest również charakter prowadzonych badań. Rozwój pandemii w marcu 2020 uniemożliwił zrealizowanie ich w wersji papier-olówek, w efekcie czego zostały przeprowadzone online. Sama informacja o pandemii oraz uczestnictwo w badaniu online mogą mieć znaczenie dla uzyskanych wyników.

Niniejsza praca otwiera pewien kierunek badań, którego kolejnym etapem powinno być przygotowanie całościowej konceptualizacji i operacjonalizacji wzorów i empiryczna weryfikacja modelu w grupach ogólnych oraz klinicznych.

Bibliografia

- Alessandri, G., Caprara, G. V., Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *European Psychologist*, 17(1), 44–54. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000070>
- Alessandri, G., Vecchione, M., Caprara, G. V., Letzring, T. D. (2012). The Ego Resiliency Scale revised: A crosscultural study in Italy, Spain, and the United States. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(2), 139–146. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000102>
- Alessandri, G., Vecchione, M., Donnellan, B. M., Eisenberg, N., Caprara, G. V., Cieciuch, J. (2014). On the cross-cultural replicability of the resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality types: Replicability of the RUO types. *Journal of Personality*, 82(4), 340–353. <https://doi.org/10.1111/jopy.12065>
- Alexander, F. (1962). The development of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 24(1), 13–24. <https://doi.org/10.1097/00006842-196201000-00004>
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwickłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Archer, G., Pikhart, H., Head, J. (2015). Do depressive symptoms predict cancer incidence? 17-year follow-up of the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 595–603. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.011>
- Asendorpf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F., van Aken, M. A. G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15(3), 169–198. <https://doi.org/10.1002/per.408>
- Ashton, M. C., Lee, K., Goldberg, L. R., De Vries, R. E. (2009). Higher-order factors of personality: Do they exist? *Personality and Social Psychology Review*, 13(2), 79–91. <https://doi.org/10.1177/1088868309338467>

- Axelsson, M., Lötval, J., Cliffordson, C., Lundgren, J., Brink, E. (2013). Self-efficacy and adherence as mediating factors between personality traits and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 22(3), 567–575. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0181-z>
- Bachem, R., Maercker, A. (2018). Development and psychometric evaluation of a revised Sense of Coherence Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(3), 206–215. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000323>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. W: I. B. Weiner, W. E. Craighead (red.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. John Wiley Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0836>
- Banik, A., Schwarzer, R., Knoll, N., Czekierda, K., Luszczynska, A. (2018). Self-efficacy and quality of life among people with cardiovascular diseases: A meta-analysis. *Rehabilitation Psychology*, 63(2), 295–312. <https://doi.org/10.1037/rep0000199>
- Barbaranelli, C. (2002). Evaluating cluster analysis solutions: An application to the Italian NEO Personality Inventory. *European Journal of Personality*, 16(S1), S43–S55. <https://doi.org/10.1002/per.449>
- Barracough, H., Simms, L., Govindan, R. (2011). Biostatistics primer: What a clinician ought to know: Hazard ratios. *Journal of Thoracic Oncology*, 6(6), 978–982. <https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e31821b10ab>
- Barrett, P. (1986). Factor comparison: An examination of three methods. *Personality and Individual Differences*, 7(3), 327–340. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(86\)90008-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(86)90008-5)
- Basińska, M. A. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Baumann, M., Tchicaya, A., Lorentz, N., Le Bihan, E. (2017). Life satisfaction and longitudinal changes in physical activity, diabetes and obesity among patients with cardiovascular diseases. *BMC Public Health*, 17(1), artykuł 925. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4925-0>
- Baumann, M., Tchicaya, A., Vanderpool, K., Lorentz, N., Le Bihan, E. (2015). Life satisfaction, cardiovascular risk factors, unhealthy behaviours and socioeconomic inequality, 5 years after coronary angiography. *BMC Public Health*, 15(1), artykuł 668. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2047-0>

- Begley, T. M., Lee, C., Czajka, J. M. (2000). The relationships of Type A behavior and optimism with job performance and blood pressure. *Journal of Business and Psychology*, 15(2), 215–227. <https://doi.org/10.1023/A:1007782926730>
- Blanchard, M. P., Abell, S. (2019). Personality and cancer. W: V. Zeigler-Hill, T. K. Shackelford (red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2104-1
- Bleidorn, W., Hopwood, C. J., Ackerman, R. A., Witt, E. A., Kandler, C., Riemann, R., Samuel, D. B., Donnellan, M. B. (2020). The healthy personality from a basic trait perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 118(6), 1207–1225. <https://doi.org/10.1037/pspp0000231>
- Block, J. (1971). *Lives through time*. Bancroft Book.
- Block, J. H., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. W: W. A. Collins (red.), *Development of cognition, affect, and social relations* (s. 39–101). Erlbaum.
- Block, J., Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
- Bodling, A. M., Martin, T., Kim, S. (2018). Eysenck Personality Inventory. W: J. Kreutzer, J. DeLuca, B. Caplan (red.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (s. 1380–1381). Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9_2025
- Boehm, J. K. (2021). Positive psychological well-being and cardiovascular disease: Exploring mechanistic and developmental pathways. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(6), artykuł e12599. <https://doi.org/10.1111/spc3.12599>
- Boehm, J. K., Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655–691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>
- Bortner, R. W. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern a behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 22(2), 87–91. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(69\)90061-7](https://doi.org/10.1016/0021-9681(69)90061-7)
- Bozo, Ö., Tathan, E., Yilmaz, T. (2014). Does perceived social support buffer the negative effects of Type C personality on quality of life of breast cancer patients? *Social Indicators Research*, 119(2), 791–801. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0503-8>
- Brand, R. J., Rosenman, R. H., Sholtz, R. I., Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study

- compared to the findings of the Framingham study. *Circulation*, 53(2), 348–355. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.53.2.348>
- Branscum, P., Bhochhibhoya, A., Sharma, M. (2014). The role of emotional intelligence in mental health and Type D personality among young adults. *International Quarterly of Community Health Education*, 34(4), 351–365. <https://doi.org/10.2190/IQ.34.4.e>
- Brassai, L., Piko, B. F., Steger, M. F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(1), 44–51. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9089-6>
- Brouwer-Goossensen, D., van Genugten, L., Lingsma, H. F., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J., den Hertog, H. M. (2018). Self-efficacy for health-related behaviour change in patients with TIA or minor ischemic stroke. *Psychology & Health*, 33(12), 1490–1501. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1508686>
- Browne, M. W., MacCallum, R. C., Kim, C.-T., Andersen, B. L., Glaser, R. (2002). When fit indices and residuals are incompatible. *Psychological Methods*, 7(4), 403–421. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.4.403>
- Bruck, C. S., Allen, T. D. (2003). The relationship between Big Five personality traits, negative affectivity, Type A behavior, and work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 63(3), 457–472. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00040-4](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00040-4)
- Bucik, V., Brenk, K. M. (1997). Internal and external validation of the Bortner Type A Behaviour Scale. *Review of Psychology*, 4(1–2), 25–39.
- Butcher, J. N. (2010). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. W: I. B. Weiner, W. E. Craighead (red.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. John Wiley Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0573>
- Caprara, G. V. (2009). Positive orientation: Turning potentials into optimal functioning. *The European Health Psychologist*, 11(3), 46–48.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Caprara, M. G. (2019). Associations of positive orientation with health and psychosocial adaptation: A review of findings and perspectives. *Asian Journal of Social Psychology*, 22(2), 126–132. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12325>
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., Yamaguchi, S., Fukuzawa, A., Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701–712. <https://doi.org/10.1037/a0026681>
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Trommsdorff, G., Heikamp, T., Yamaguchi, S., Suzuki, F. (2012). Positive orientation across three cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(1), 77–83. <https://doi.org/10.1177/0022022111422257>

- Caprara, G. V., Castellani, V., Alessandri, G., Mazzuca, F., La Torre, M., Barbaranelli, C., Colaiaco, F., Gerbino, M., Pasquali, V., D'Amelio, R., Marchetti, P., Ziparo, V. (2016). Being positive despite illness: The contribution of positivity to the quality of life of cancer patients. *Psychology Health*, 31(5), 524–534. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1117081>
- Caprara, G. V., Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275–286. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.10.4.275>
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R., McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(1), 63–71. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001615>
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-4612-5887-2>
- Christie-Mizell, C. A., Ida, A. K., Keith, V. M. (2010). African Americans and physical health: The consequences of self-esteem and happiness. *Journal of Black Studies*, 40(6), 1189–1211. <https://doi.org/10.1177/0021934708325457>
- Cieciuch, J., Strus, W. (2017). The Two-Factor Model of personality. W: V. Zeigler-Hill, T. Shackelford (red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2129-1
- Cieciuch, J., Strus, W. (2020). Osobowość w psychologii wychowania. W: H. Liberska, J. Trempała (red.), *Psychologia wychowania. Wybrane problemy* (s. 199–213). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cieciuch, J., Strus, W. (2021). Toward a model of personality competencies underlying social and emotional skills: Insight from the Circumplex of Personality Metatraits. *Frontiers in Psychology*, 12, artykuł 711323. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711323>
- Cieciuch, J., Topolewska, E. (2017). Circumplex of identity formation modes: A proposal for the integration of identity constructs developed in the Erikson–Marcia tradition. *Self and Identity*, 16(1), 37–61. <https://doi.org/10.1080/15298868.2016.1216008>
- Conner, M. (2001). Health Behavior. W: N. J. Smelser, P. B. Baltes (red.), *International Encyclopedia of the Social Behavioral Sciences* (s. 6506–6512). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03871-7>

- Coppen, A., Metcalfe, M. (1963). Cancer and extraversion. *British Medical Journal*, 2(5348), 18–19. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5348.18>
- Costa Jr, P. T., McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Costa Jr, P. T., McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. W: T. F. Heatherton, J. L. Weinberger (red.), *Can personality change?* (s. 21–40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10143-002>
- Coyne, J. C., Pajak, T. F., Harris, J., Konski, A., Movsas, B., Ang, K., Bruner, D. W. (2007). Emotional well-being does not predict survival in head and neck cancer patients: A radiation therapy oncology group study. *Cancer*, 110(11), 2568–2575. <https://doi.org/10.1002/cncr.23080>
- Crocker, J., Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608–630. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.608>
- Crumbaugh, J. C. (1977). The eeking of Noetic Goals Test (SONG): A complementary scale to the Purpose in Life Test (PIL). *Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 900–907. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197707\)33:3<900::AID-JCLP2270330362>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197707)33:3<900::AID-JCLP2270330362>3.0.CO;2-8)
- Crumbaugh, J. C., Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 200–207. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196404\)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U)
- Davies G., Klaassen D., Längle A. (2014). Purpose in Life Test. W: A. C. Michalos (red.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (s. 5238–5243). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2336
- De Fruyt, F., Denollet, J. (2002). Type D personality: A Five-Factor Model perspective. *Psychology & Health*, 17(5), 671–683. <https://doi.org/10.1080/08870440290025858>
- De Raad, B. (2009). Structural models of personality. W: P. J. Corr, G. Matthews (red.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (s. 127–147). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511596544.011>
- Dembroski, T. M., Weiss, S. M., Shields, J. L., Haynes, S. G., Feinleib, M. (red.). (1978). *Coronary-Prone Behavior*. Springer, Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-86007-2>

- Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: The Type-D Scale-16 (DS16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 209–215. <https://doi.org/10.1007/BF02884962>
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255–266. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00177-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00177-X)
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89–97. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149256.81953.49>
- Denollet, J., Sys, S. U., Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 582–591. <https://doi.org/10.1097/00006842-199511000-00011>
- Denollet, J., van Heck, G. L. (2001). Psychological risk factors in heart disease what Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(3), 465–468. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00230-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00230-6)
- DeYoung, C. G. (2006). Higher-order factors of the Big Five in a multi-informant sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(6), 1138–1151. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.6.1138>
- DeYoung, C. G., Peterson, J. B., Higgins, D. M. (2002). Higher-order factors of the Big Five predict conformity: Are there neuroses of health? *Personality and Individual Differences*, 33(4), 533–552. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00171-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00171-4)
- Dhar, U., Jain, M. (2001). *Manual for Type A/B Behavioural Pattern Scale*. Ankur Psychological Agency.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1246–1256. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.6.1246>
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001a). Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 209–225). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001b). Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 169–189). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

- Donnellan, M. B., Robins, R. W. (2010). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality types: Issues and controversies. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(11), 1070–1083. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00313.x>
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samooocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Edwards, J. R., Baglioni Jr, A. J., Cooper, C. L. (1990). The psychometric properties of the Bortner Type A Scale. *British Journal of Psychology*, 81(3), 315–333. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1990.tb02364.x>
- Eppllein, M., Zheng, Y., Zheng, W., Chen, Z., Gu, K., Penson, D., Lu, W., Shu, X.-O. (2011). Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *Journal of Clinical Oncology*, 29(4), 406–412. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.30.6951>
- Erden, N. S., Toplu, D., Yaşhoğlu, M. M. (2013). Mediating effects of job demands on the relationship between Type A personality and workaholism: A study on Turkish workers. *IUP Journal of Organizational Behavior*, 12(2), 7–19.
- Erdle, S., Gosling, S. D., Potter, J. (2009). Does self-esteem account for the higher-order factors of the Big Five? *Journal of Research in Personality*, 43(5), 921–922. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.04.012>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- Erikson, E. H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Rebis.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Eysenck, H. J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis. *Personality and Individual Differences*, 6(5), 535–556. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(85\)90003-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90003-0)
- Eysenck, H. J. (1991). Type A behaviour and coronary heart disease: The third stage. W: M. J. Strube (red.), *Type A Behavior* (s. 25–44). SAGE Publications.
- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16(3), 167–215. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(94\)00001-8](https://doi.org/10.1016/0146-6402(94)00001-8)
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G. (2006). *Manual for the Eysenck Personality Scales (EPS adult) comprising the EPQ – Revised (EPQ-R), EPQ – R Short Scale, Impulsiveness (IVE) Questionnaire*. Hodder & Stoughton.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

- Frankl, V. E. (1984). *Homo patiens*. Instytut Wydawniczy PAX.
- Friedman, M., Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169(12), 1286–1296. <https://doi.org/10.1001/jama.1959.03000290012005>
- Garssen, B., Goodkin, K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85(1), 51–61. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00008-6](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00008-6)
- Gawda, B. (2016). Type D personality associated with health and mental health problems: A comment on Lussier and Loas (2015). *Psychological Reports*, 118(3), 1039–1043. <https://doi.org/10.1177/0033294116649156>
- Gąsior, K., Chodkiewicz, J., Cechowski, W. (2016). Kwestionariusz oceny prężności (KOP-26) – Konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(1), 76–92.
- Geulayov, G., Drory, Y., Novikov, I., Dankner, R. (2015). Sense of coherence and 22-year all-cause mortality in adult men. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(4), 377–383. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.010>
- Ginting, H., van de Ven, M., Becker, E. S., Näring, G. (2016). Type D personality is associated with health behaviors and perceived social support in individuals with coronary heart disease. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 727–737. <https://doi.org/10.1177/1359105314536750>
- Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several Five-Factor models. W: I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, F. Ostendorf (red.), *Personality Psychology in Europe*, t. 7 (s. 7–28). Tilburg University Press.
- Goldberg, L. R. (2006). Doing it all Bass-Ackwards: The development of hierarchical factor structures from the top down. *Journal of Research in Personality*, 40(4), 347–358. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.01.001>
- Gramzow, R. H., Sedikides, C., Panter, A. T., Sathy, V., Harris, J., Insko, C. A. (2004). Patterns of self-regulation and the Big Five. *European Journal of Personality*, 18(5), 367–385. <https://doi.org/10.1002/per.513>
- Grande, G., Romppel, M., Barth, J. (2012). Association between Type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: A systematic review

- and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(3), 299–310. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9339-0>
- Gray, J. A. (1991). The neuropsychology of temperament. W: J. Strelau, A. Angleitner (red.), *Exploration in temperament: International perspectives on theory and measurement* (s. 102–128). Plenum Press.
- Gray, J. A. (1994). Personality dimensions and emotion systems. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (s. 329–331). Oxford University.
- Greer, S., Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(2), 147–153. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(75\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(75)90062-8)
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet*, 314(8146), 785–787. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(79\)92127-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(79)92127-5)
- Greer, S., Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science and Medicine*, 20(8), 773–777. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90330-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90330-2)
- Grevenstein, D., Aguilar-Raab, C., Schweitzer, J., Bluemke, M. (2016). Through the tunnel, to the light: Why sense of coherence covers and exceeds resilience, optimism, and self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 98, 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.001>
- Grevenstein, D., Bluemke, M. (2015). Can the Big Five explain the criterion validity of Sense of Coherence for mental health, life satisfaction, and personal distress? *Personality and Individual Differences*, 77, 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.053>
- Grice, J. W. (2001). Computing and evaluating factor scores. *Psychological Methods*, 6(4), 430–450. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.6.4.430>
- Grumm, M., von Collani, G. (2009). Personality types and self-reported aggressiveness. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 845–850. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.001>
- Habibi, M., Kazemi, M., Ghanbari, N., Monajemi, M. B. (2015). The relationship between alexithymia and Types C and D personalities in people with depression disorders. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 94–103. <https://doi.org/10.25215/0301.030>
- Hagnell, O. (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125(3), 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1966.tb45435.x>

- Halama, P. (2010). Hope as a mediator between personality traits and life satisfaction. *Studia Psychologica*, 52(4), 309–314.
- Hanif, A., Sultan, S. (2011). Type A-B personality and locus of control: A combined factor determining job satisfaction. *IBA Business Review*, 6(2), 90–96.
- Harpøth, T. S. D., Kongerslev, M. T., Trull, T. J., Hepp, J., Bateman, A. W., Simonsen, E. (2020). Associations of positive and negative emotions with ego-resiliency and quality of life in borderline personality disorder: A daily diary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 13–23. <https://doi.org/10.1037/per0000350>
- Hathaway, S. R., Mckinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 10(2), 249–254. <https://doi.org/10.1080/00223980.1940.9917000>
- Haynes, S. G., Feinleib, M., Levine, S., Scotch, N., Kannel, W. B. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: II. Prevalence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 107(5), 384–402. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112557>
- Haze, S. (2017). Type B behavior pattern. W: V. Zeigler-Hill, T. K. Shackelford (red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1115-1
- Hedges, L. V., Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press.
- Herzberg, P. Y., Roth, M. (2006). Beyond resilient, undercontrollers, and overcontrollers? An extension of personality prototype research. *European Journal of Personality*, 20(1), 5–28. <https://doi.org/10.1002/per.557>
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hicks, R. E., Mehta, Y. P. (2018). The Big Five, Type A personality, and psychological well-being. *International Journal of Psychological Studies*, 10(1), 49–58. <https://doi.org/10.5539/ijps.v10n1p49>
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307–324. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>
- Hochwälder, J. (2012). The contribution of the Big Five personality factors to sense of coherence. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 591–596. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.05.008>
- Horwood, S., Anglim, J., Tooley, G. (2015). Type D personality and the Five-Factor Model: A facet-level analysis. *Personality and Individual Differences*, 83, 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.041>
- Huey, S. J., Weisz, J. R. (1997). Ego control, ego resiliency, and the Five-Factor Model as predictors of behavioral and emotional problems in clinic-referred children

- and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 404–415. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.3.404>
- Ikeda, A., Iso, H., Kawachi, I., Inoue, M., Tsugane, S. (2008). Type A behaviour and risk of coronary heart disease: The JPHC Study. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1395–1405. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn124>
- Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehshiri, G. R., Soleymani, E., Heshmati, R. (2010). Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 1362–1366. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.288>
- James, P., Kim, E. S., Kubzansky, L. D., Zevon, E. S., Trudel-Fitzgerald, C., Grodstein, F. (2019). Optimism and healthy aging in women. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(1), 116–124. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.037>
- Jenkins, C. D., Rosenman, R. H., Friedman, M. (1967). Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *Journal of Chronic Diseases*, 20(6), 371–379. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(67\)90010-0](https://doi.org/10.1016/0021-9681(67)90010-0)
- Jenkins, D. C., Rosenman, R. H., Zyzansky, S. J. (1974). Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary-prone behavior pattern. *The New England Journal of Medicine*, 290(23), 1271–1275. <https://doi.org/10.1056/NEJM197406062902301>
- Jeon, S. W., Lim, H. E., Yoon, S., Na, K. S., Ko, Y. H., Joe, S. H., Kim, Y. H. (2017). Does Type D personality impact on the prognosis of patients who underwent catheter ablation for atrial fibrillation? A 1-year follow-up study. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 281–288. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.281>
- Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. W: R. Schwarzer (red.), *Self-efficacy: Thought control of action* (s. 195–213). Hemisphere.
- John, O. P., Srivastava, S. (1999). The Big-Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. W: L. A. Pervin, O. P. John (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 102–138). Guilford Press.
- Jokela, M., Batty, G. D., Hintsala, T., Elovainio, M., Hakulinen, C., Kivimäki, M. (2014). Is personality associated with cancer incidence and mortality? An individual-participant meta-analysis of 2156 incident cancer cases among 42 843 men and women. *British Journal of Cancer*, 110(7), 1820–1824. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.58>
- Juczyński, Z. (1999). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny*, 42(4), 43–56.

- Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 4, 11–24.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kaczmarek, Ł. (2011). Skala sprężystości psychicznej – polska adaptacja Ego Resiliency Scale. *Czasopismo Psychologiczne*, 17(2), 263–266.
- Kaczmarek, Ł., Sęk, H., Ziarko, M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny*, 54(1), 29–46.
- Kase, T., Ueno, Y., Oishi, K. (2018). The overlap of sense of coherence and the Big Five personality traits: A confirmatory study. *Health Psychology Open*, 5(2), artykuł 2055102918810654. <https://doi.org/10.1177/2055102918810654>
- Kawachi, I., Sparrow, D., Kubzansky, L. D., Spiro, A., Vokonas, P. S., Weiss, S. T. (1998). Prospective study of self-report Type A Scale and risk of coronary heart disease. *Circulation*, 98(5), 405–412. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.98.5.405>
- Kealy, D., Ben-David, S., Cox, D. W. (2020). Early parental support and meaning in life among young adults: The mediating roles of optimism and identity. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. Publikacja dostępna online. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00907-w>
- Kelsey, K. S., DeVellis, B. M., Gizlice, Z., Ries, A., Barnes, K., Campbell, M. K. (2011). Obesity, hope, and health: Findings from the HOPE works community survey. *Journal of Community Health*, 36(6), 919–924. <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9390-6>
- Keltikangas-Järvinen, L., Räikkönen, K. (1989). Pathogenic and protective factors of Type A behavior in adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(5), 591–602. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(89\)90066-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90066-4)
- Kim, E. S., Hagan, K. A., Grodstein, F., DeMeo, D. L., De Vivo, I., Kubzansky, L. D. (2017). Optimism and cause-specific mortality: A prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 185(1), 21–29. <https://doi.org/10.1093/aje/kww182>
- Kissen, D. M., Eysenck, H. J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 6(2), 123–127. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(62\)90062-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(62)90062-4)
- Klamut, R. (2010). *Kwestionariusz postaw życiowych. Podręcznik do polskiej adaptacji kwestionariusza Life Attitude Profile-Revised (LAP-R) Gary'ego T. Requera*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

- Koradia, K., Mathur, S. (2017). Personality type and friendship among emerging adults. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(3), 41–47. <https://doi.org/10.25215/0403.106>
- Krause, N. (2009). Meaning in life and mortality. *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 64B(4), 517–527. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp047>
- Krok, D. (2015). The mediating role of optimism in the relations between sense of coherence, subjective and psychological well-being among late adolescents. *Personality and Individual Differences*, 85, 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.006>
- Krok, D., Kleszczewska-Albińska, A. (2019). Sense of coherence and psychological well-being in cardiac patients: Is the association mediated by self-efficacy? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 21(3), 15–24. <https://doi.org/10.12740/APP/109754>
- Krok, D., Telka, E. (2018). Meaning in life in cancer patients: Relationships with illness perception and global meaning changes. *Health Psychology Report*, 6(2), 171–182. <https://doi.org/10.5114/hpr.2018.71636>
- Kupper, N., Denollet, J. (2014). Type D personality is associated with social anxiety in the general population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(3), 496–505. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9350-x>
- Kurrass, J. A. (2004). *The development of a behavioral measure of Type C*. Pobrane 23 lipca 2017 z: <http://www.geocities.ws/jkurrass/measurementpaper.pdf>
- Kushlev, K., Heintzelman, S. J., Lutes, L. D., Wirtz, D., Kanippayoor, J. M., Leitner, D., Diener, E. (2020). Does happiness improve health? Evidence from a randomized controlled trial. *Psychological Science*, 31(7), 807–821. <https://doi.org/10.1177/0956797620919673>
- Kwon, M., Kang, J. (2018). Mediating effect of illness perception on the relationship between Type D personality and health behaviors among coronary artery disease patients. *Health Psychology Open*, 5(2), artykuł 2055102918817228. <https://doi.org/10.1177/2055102918817228>
- Lee, C., Ashford, S. J., Jamieson, L. F. (1993). The effects of Type A behavior dimensions and optimism on coping strategy, health, and performance. *Journal of Organizational Behavior*, 14(2), 143–157. <https://doi.org/10.1002/job.4030140205>
- Lee, K., Ashton, M. C. (2008). The HEXACO personality factors in the indigenous personality lexicons of English and 11 other languages. *Journal of Personality*, 76(5), 1001–1054. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00512.x>

- Lehto, U. S., Ojanen, M., Dyba, T., Aromaa, A., Kellokumpu-Lehtinen, P. (2006). Baseline psychosocial predictors of survival in localised breast cancer. *British Journal of Cancer*, 94(9), 1245–1252. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603091>
- Leon, G. R., Finn, S. E., Murray, D., Bailey, J. M. (1988). Inability to predict cardiovascular disease from hostility scores or MMPI items related to Type A behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 597–600. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.597>
- Letzring, T. D., Block, J., Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4), 395–422. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.06.003>
- Lorenzo-Seva, U., ten Berge, J. M. F. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*, 2(2), 57–64. <https://doi.org/10.1027/1614-2241.2.2.57>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Lysaker, P. H., Olessek, K., Buck, K., Leonhardt, B. L., Vohs, J., Ringer, J., Dimaggio, G., Popolo, R., Outcalt, J. (2014). Metacognitive mastery moderates the relationship of alexithymia with cluster C personality disorder traits in adults with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 39(3), 558–561. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.007>
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2(2), 164–176.
- Łaguna, M., Oleś, P., Filipiuk, D. (2011). Orientacja pozytywna i jej pomiar: polska adaptacja Skali orientacji pozytywnej. *Studia Psychologiczne*, 49(4), 47–54. <https://doi.org/10.2478/v10167-010-0035-7>
- Łaguna, M., Trzebiński, J., Zięba, M. (2005). *Kwestionariusz nadziei na sukces*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- MacDougall, J. M., Dembroski, T. M., Musante, L. (1979). The structured interview and questionnaire methods of assessing coronary-prone behavior in male and female college students. *Journal of Behavioral Medicine*, 2(1), 71–83. <https://doi.org/10.1007/BF00846564>
- Mahajan, E., Rastogi, R. (2011). Psychological wellbeing of students with Type A and Type B personalities. *IUP Journal of Organizational Behavior*, 10(1), 57–74.

- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., Rubin, S. C., Rosenblum, N. (2015). Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer Nursing*, 38(5), 375–382. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000215>
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. W: J. Adelson (red.), *Handbook of adolescent psychology* (s. 159–187). Wiley.
- Marshall, G. N., Wortman, C. B., Vickers, R. R., Kusulas, J. W., Hervig, L. K. (1994). The Five-Factor Model of personality as a framework for personality-health research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 278–286. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.278>
- Martín-María, N., Miret, M., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., Steptoe, A., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The impact of subjective well-being on mortality: A meta-analysis of longitudinal studies in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 79(5), 565–575. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000444>
- Matthews, K. A., Krantz, D. S., Dembroski, T. M., MacDougall, J. M. (1982). Unique and common variance in Structured Interview and Jenkins Activity Survey measures of Type A behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(2), 303–313. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.42.2.303>
- McAdams, D. P. (1992). The Five Factor Model in personality: A critical appraisal. *Journal of Personality*, 60(2), 329–361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00976.x>
- McAdams, D. P. (1994). Can personality change? Levels of stability and growth in personality across the life span. W: T. F. Heatherton, J. L. Weinberger (red.), *Can personality change?* (s. 299–313). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10143-027>
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63(3), 365–396. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00500.x>
- McAdams, D. P., Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61(3), 204–217. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.3.204>
- McCrae, R. R., Costa Jr, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A Five-Factor Theory perspective* (druga edycja). Guilford Press.
- McDonnell, L. A., Riley, D. L., Blanchard, C. M., Reid, R. D., Pipe, A. L., Morrin, L. I., Beaton, L. J., Papadakis, S., Slovynec D'Angelo, M. E. (2011). Gender differences in satisfaction with life in patients with coronary heart disease: Physical

- activity as a possible mediating factor. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(3), 192–200. <https://doi.org/10.1007/s10865-010-9300-x>
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B., Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520–531. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.18.5.520>
- Miciuk, Ł. R., Jankowski, T., Laskowska, A., Oleś, P. (2016). Positive orientation and the Five-Factor Model. *Polish Psychological Bulletin*, 47(1), 141–148. <https://doi.org/10.1515/ppb-2016-0016>
- Milioni, M., Alessandri, G., Eisenberg, N., Caprara, G. V. (2016). The role of positivity as predictor of ego-resiliency from adolescence to young adulthood. *Personality and Individual Differences*, 101, 306–311. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.025>
- Mohan, J., Singh, S. (2016). A study of Type A behavior in relation to hostility, stress and optimism among rural and urban male coronary heart disease patients. *Journal of Psychosocial Research*, 11(2), 447–458.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W., Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(2), 111–117. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(81\)90098-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(81)90098-2)
- Musek, J. (2007). A General Factor of Personality: Evidence of the Big One in the Five-Factor Model. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1213–1233. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.02.003>
- Musek, J. (2017). *The General Factor of Personality*. Academic Press.
- Myrtek, M. (2001). Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, Type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology*, 79(2–3), 245–251. [https://doi.org/10.1016/S0167-5273\(01\)00441-7](https://doi.org/10.1016/S0167-5273(01)00441-7)
- Namavar, A., Haque, A. (2014). Type D personality and coronary artery disease: Exploring their relationship in younger population of United Arab Emirates. *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 6(6), 298–305. <https://doi.org/10.4103/1947-489X.210394>
- Nath, P., Pradhan, R. K. (2012). Influence of positive affect on physical health and psychological well-being: Examining the mediating role of psychological resilience. *Journal of Health Management*, 14(2), 161–174. <https://doi.org/10.1177/097206341201400206>
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: A textbook*. Open University Press.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008a). Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39–56.

- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008b). Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym – rola typu D. *Psychoonkologia*, 12(1), 7–13.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Difin.
- Pallant, J. F., Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the Sense of Coherence Scale. *Personality and Individual Differences*, 33(1), 39–48. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00134-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00134-9)
- Park, N., Park, M., Peterson, C. (2010). When is the search for meaning related to life satisfaction? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2(1), 1–13. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01024.x>
- Pavot, W., Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Perlman, B., Hartman, E. A., Lenahan, B. (1984). *Validation of a six item questionnaire for assessing Type A behavior* [referat]. *The Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association*, Chicago, Stany Zjednoczone.
- Petticrew, M. P., Lee, K., McKee, M. (2012). Type A behavior pattern and coronary heart disease: Philip Morris's "crown jewel." *American Journal of Public Health*, 102(11), 2018–2025. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300816>
- Phillips, K.-A., Osborne, R. H., Giles, G. G., Dite, G. S., Apicella, C., Hopper, J. L., Milne, R. L. (2008). Psychosocial factors and survival of young women with breast cancer: A population-based prospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, 26(28), 4666–4671. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.8718>
- Pietrzyk, A., Lizińczyk, S. (2015). Nadzieja podstawowa pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej oraz ich własna skuteczność kontroli bólu i radzenia sobie z nim. *Psychoonkologia*, 1(19), 1–11. <https://doi.org/10.5114/psn.2015.52183>
- Pincus, A. L., Gurtman, M. B. (2003). Interpersonal assessment. W: J. S. Wiggins (red.), *Paradigms of personality assessment* (s. 246–261). Guilford Press.
- Popielski, K. (1987). Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej. W: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte: studia z logoteorii i logoterapii* (s. 237–261). Wydawnictwo KUL.
- Popielski K. (1993). *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Redakcja Wydawnictw KUL.
- Proyer, R. (2017). Positive Psychology. W: V Zeigler-Hill, T. K. Shackelford (red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1496-1
- Rammstedt, B., Riemann, R., Angleitner, A., Borkenau, P. (2004). Resilients, overcontrollers, and undercontrollers: The replicability of the three personal-

- ity prototypes across informants. *European Journal of Personality*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1002/per.495>
- Reker, G. T., Peacock, E. J. (1981). The Life Attitude Profile (LAP): A multidimensional instrument for assessing attitudes toward life. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 13(3), 264–273. <https://doi.org/10.1037/h0081178>
- Reker, G. T., Wong, P. T. P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. W: J. E. Birren, V. L. Bengtson (red.), *Emergent theories of aging* (s. 214–246). Springer Publishing.
- Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., Chen, V. W. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: Results from the Black/White cancer survival study. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 940–949. <https://doi.org/10.1093/aje/152.10.940>
- Rhodewalt, F., Sansone, C., Hill, C. A., Chemers, M. M., Wysocki, J. (1991). Stress and distress as a function of Jenkins Activity Survey-defined Type A behavior and control over the work environment. *Basic and Applied Social Psychology*, 12(2), 211–226. https://doi.org/10.1207/s15324834basps1202_6
- Rogowska, A. M. (2014). Association between Type A/B behavior pattern and alcohol consumption in undergraduate students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 159, 682–685. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.468>
- Rogoza, R., Cieciuch, J., Strus, W. (2021). A three-step procedure for analysis of circumplex models: An example of narcissism located within the Circumplex of Personality Metatraits. *Personality and Individual Differences*, 169, artykuł 109775. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109775>
- Rogoza, R., Cieciuch, J., Strus, W. (2022). Vulnerable Isolation and Enmity Concept: Disentangling the blue and dark face of vulnerable narcissism. *Journal of Research in Personality*, 96, artykuł 104167. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104167>
- Rogoza, R., Cieciuch, J., Strus, W., Baran, T. (2019). Seeking a common framework for research on narcissism: An attempt to integrate the different faces of narcissism within the Circumplex of Personality Metatraits. *European Journal of Personality*, 33(4), 437–455. <https://doi.org/10.1002/per.2206>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Wesleyan University Press.
- Rosenman, R. H. (1977). The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. W: T. M. Dembroski, M. Feinleib, S. G. Haynes, J. L.

- Shields, S. M. Weiss (red.), *Proceedings of the forum on coronary-prone behavior* (s. 83–103). Eckerd College.
- Rosenman, R. H. (1978). The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. W: T. M. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes, M. Feinleib (red.), *Coronary-Prone Behavior* (s. 55–69). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-86007-2_4
- Rosenman, R. H. (1986). Current and past history of Type A behavior pattern. W: T. H. Schmidt, T. M. Dembroski, B. Gerhard (red.), *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease* (s. 15–40). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-71234-0_3
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, D. C., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *JAMA*, 233(8), 872–877.
- Rosenman, R. H., Friedman, M. (1959). The possible relationship of the emotions to clinical coronary heart disease. W: G. Pincus (red.), *Hormones and atherosclerosis* (s. 283–300). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4832-2880-8.50026-0>
- Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Hahn, W., Werthessen, N. T. (1964). A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study. *JAMA*, 189(1), 15–22. <https://doi.org/10.1001/jama.1964.03070010021004>
- Rosenman, R. H., Sholtz, R. I., Brand, R. J. (1976). A study of comparative blood pressure measures in predicting risk of coronary heart disease. *Circulation*, 54(1), 51–58. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.54.1.51>
- Rushton, J. P., Bons, T. A., Hur, Y.-M. (2008). The genetics and evolution of the General Factor of Personality. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1173–1185. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.03.002>
- Rushton, J. P., Irwing, P. (2008). A General Factor of Personality (GFP) from two meta-analyses of the Big Five: Digman (1997) and Mount, Barrick, Scullen, and Rounds (2005). *Personality and Individual Differences*, 45(7), 679–683. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.07.015>
- Rushton, J. P., Irwing, P. (2011). The General Factor of Personality: Normal and abnormal. W: T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, A. Furnham (red.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (s. 134–163). Blackwell Publishing Ltd.

- Rymarczyk, K., Turbacz, A., Strus, W., Ciecuch, J. (2020). Type C personality: Conceptual refinement and preliminary operationalization. *Frontiers in Psychology*, 11, artykuł 552740. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.552740>
- Sajadinejad, M. S., Molavi, H., Asgari, K., Kalantari, M., Adibi, P. (2012). Personality dimensions and Type D personality in female patients with ulcerative colitis. *Journal of Research in Medical Sciences*, 17(10), 898–904.
- Saleem, S., Saleem, T., Waheed, Q. (2016). Type D personality; Type A behavior pattern, a stratified comorbidity and coping in patients with cardiovascular disease. *The Professional Medical Journal*, 23(12), 1546–1553. <https://doi.org/10.17957/TPMJ/16.3548>
- Saucier, G. (2008). Measures of the personality factors found recurrently in human lexicons. W: G. J. Boyle, G. Matthews, D. H. Saklofske (red.), *The Sage 69 handbook of personality theory and assessment* (s. 29–54). SAGE Publications.
- Schaubroeck, J., Ganster, D. C., Kemmerer, B. E. (1994). Job complexity, “Type A” behavior, and cardiovascular disorder: A prospective study. *Academy of Management Journal*, 37(2), 426–439. <https://doi.org/10.2307/256837>
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201–228. <https://doi.org/10.1007/BF01173489>
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American Psychologist*, 73(9), 1082–1094. <https://doi.org/10.1037/amp0000384>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>
- Schernhammer, E. S., Hankinson, S. E., Rosner, B., Kroenke, C. H., Willett, W. C., Colditz, G. A., Kawachi, I. (2004). Job stress and breast cancer risk: The nurses’ health study. *American Journal of Epidemiology*, 160(11), 1079–1086. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh327>
- Schnabel, K., Asendorpf, J. B., Ostendorf, F. (2002). Replicable types and subtypes of personality: German NEO-PI-R versus NEO-FFI. *European Journal of Personality*, 16(1), 7–24. <https://doi.org/10.1002/per.445>

- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Brandt, U., Stollbach, L. L. (1998). Using two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psychooncology*, 7(5), 424–435. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(1998090\)7:5<424::AID-PON322>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(1998090)7:5<424::AID-PON322>3.0.CO;2-2)
- Schönemann, P. H. (1966). A generalized solution of the Orthogonal Procrustes problem. *Psychometrika*, 31(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/BF02289451>
- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., Ramos, A., Verkasalo, M., Lönnqvist, J.-E., Demirutku, K., Dirilen-Gumus, O., Konty, M. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(4), 663–688. <https://doi.org/10.1037/a0029393>
- Schwarz, R., Geyer, S. (1984). Social and psychological differences between cancer and noncancer patients: Cause or consequence of the disease? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41(4), 195–199. <https://doi.org/10.1159/000287809>
- Schwarzer, R. (1998). General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures. W: *Electronic Volume. Produced for the European Health Psychology Society*. http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/ehps_cd/health/world14.htm
- Sęk, H. (2005). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3 (s. 533–553). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shamaskin-Garroway, A. M., Lageman, S. K., Rybarczyk, B. (2016). The roles of resilience and nonmotor symptoms in adjustment to Parkinson's disease. *Journal of Health Psychology*, 21(12), 3004–3015. <https://doi.org/10.1177/1359105315590268>
- Shanahan, M. L., Fischer, I. C., Rand, K. L. (2020). Hope, optimism, and affect as predictors and consequences of expectancies: The potential moderating roles of perceived control and success. *Journal of Research in Personality*, 84(10), artykuł 103903. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.103903>
- Sharpe, J. P., Martin, N. R., Roth, K. A. (2011). Optimism and the Big Five factors of personality: Beyond neuroticism and extraversion. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 946–951. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.033>
- Shen, A., Qiang, W., Wang, Y., Chen, Y. (2020). Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer – role of hope, self-efficacy and social support. *European Journal of Oncology Nursing*, 46(1), artykuł 101771. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101771>
- Skimina, E., Strus, W., Cieciuch, J., Topolewska-Siedzik, E. (2022). How many and what mechanisms are needed to explain self-regulatory functions in personality

- dynamics: Toward a model based on the Circumplex of Personality Metatraits. *Journal of Personality*. <https://doi.org/10.1111/jopy.12722>
- Šmigelskas, K. (2017). Type A behavior pattern. W: V Zeigler-Hill, T. K. Shackelford (red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1114-1
- Šmigelskas, K., Žemaitienė, N., Julkunen, J., Kauhanen, J. (2015). Type A behavior pattern is not a predictor of premature mortality. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(2), 161–169. <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9435-1>
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Snyder, C. R., Cheavens, J., Simpson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 107–118. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.1.2.107>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Spence, J. T., Helmreich, R. L., Pred, R. S. (1987). Impatience versus achievement strivings in the Type A pattern: Differential effects on students' health and academic achievement. *Journal of Applied Psychology*, 72(4), 522–528. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.72.4.522>
- Steca, P., D'Addario, M., Magrin, M. E., Miglioretti, M., Monzani, D., Pancani, L., Sarini, M., Scignaro, M., Vecchio, L., Fattirolli, F., Giannattasio, C., Cesana, F., Riccobono, S. P., Greco, A. (2016). A Type A and Type D combined personality typology in essential hypertension and acute coronary syndrome patients: Associations with demographic, psychological, clinical, and lifestyle indicators. *PLoS ONE*, 11(9), artykuł e0161840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161840>
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*, 76(2), 199–228. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x>
- Stinson, D. A., Logel, C., Zanna, M. P., Holmes, J. G., Cameron, J. J., Wood, J. V., Spencer, S. J. (2008). The cost of lower self-esteem: Testing a self- and social-bonds model of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(3), 412–428. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.3.412>

- Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania. Z perspektywy półwiecza badań*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J. (2015). *Różnice indywidualne. Historia-determinanty-zastosowania*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Strus, W., Cieciuch, J. (2017). Towards a synthesis of personality, temperament, motivation, emotion and mental health models within the Circumplex of Personality Metatraits. *Journal of Research in Personality*, 66, 70–95. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.12.002>
- Strus, W., Cieciuch, J. (2019). Are the questionnaire and the psycho-lexical Big Twos the same? Towards an integration of personality structure within the Circumplex of Personality Metatraits. *International Journal of Personality Psychology*, 5, 18–35. <https://doi.org/10.21827/ijpp.5.35594>
- Strus, W., Cieciuch, J. (2021). The Circumplex of Personality Metatraits and the HEXACO model: Toward refinement and integration. *Journal of Personality*, 89(4), 803–818. <https://doi.org/10.1111/jopy.12616>
- Strus, W., Cieciuch, J., Rowiński, T. (2014). The Circumplex of Personality Metatraits: A synthesizing model of personality based on the Big Five. *Review of General Psychology*, 18(4), 273–286. <https://doi.org/10.1037/gpr0000017>
- Strus, W., Cybis, N., Cieciuch, J., Rowiński, T. (2021a). Theoretical framework for the RUNO personality typology based on the Circumplex of Personality Metatraits. *Polish Psychological Bulletin*, 52(3), 197–210. <https://doi.org/10.24425/ppb.2021.137885>
- Strus, W., Cybis, N., Cieciuch, J., Rowiński, T. (2021b). Number and content of personality types across methods and samples: Empirically filling the theoretically developed map of RUNO typology. *Polish Psychological Bulletin*, 52(3), 211–226. <https://doi.org/10.24425/ppb.2021.137886>
- Strus, W., Łakuta, P., Cieciuch, J. (2021). Anankastia or Psychoticism? Which one is better suited for the fifth trait in the Pathological Big Five: Insight from the Circumplex of Personality Metatraits perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, artykuł 648386. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.648386>
- Strus, W., Ponikiewska, K., Cieciuch, J. (2022). Reactivity and Activity as dimensions capturing both energetic and temporal aspects of behavior: Towards a reconceptualization of Jan Strelau's basic temperament dimensions based on the Circumplex of Personality Metatraits. *Personality and Individual Differences*, 188, artykuł 111434. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111434>
- Strus, W., Rowiński, T., Cieciuch, J. (2020). *Skala niedostatecznej kontroli ego*. Niepublikowany maszynopis.

- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K. T., Day, N. (2003). Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 158(12), 1202–1209. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg272>
- Sutton, S. (2015). Health behavior, psychosocial theories of. W: J. D. Wright (red.), *International Encyclopedia of the Social Behavioral Sciences: Second Edition* (s. 577–581). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14153-4>
- Sykes, D. H., Arveiler, D., Salters, C. P., Ferrieres, J., McCrum, E., Amouyel, P., Bingham, A., Montaye, M., Ruidavets, J-B., Haas, B., Ducimetiere, P., Evans, A. E. (2002). Psychosocial risk factors for heart disease in France and North Ireland: The prospective epidemiological study of myocardial infarction (PRIME). *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1227–1234. <https://doi.org/10.1093/ije/31.6.1227>
- Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(3), 227–229.
- Temoshok, L. R. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3), 545–567.
- Terrill, A. L., Molton, I. R., Ehde, D. M., Amtmann, D., Bombardier, C. H., Smith, A. E., Jensen, M. P. (2016). Resilience, age, and perceived symptoms in persons with long-term physical disabilities. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 640–649. <https://doi.org/10.1177/1359105314532973>
- Thakur, M. B. (2018). Examining the association between hope, optimism, self-esteem and life satisfaction: The Indian context. *Journal of Psychosocial Research*, 13(1), 23–31.
- Tindle, H. A., Chang, Y. F., Kuller, L. H., Manson, J. E., Robinson, J. G., Rosal, M. C., Siegle, G. J., Matthews, K. A. (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the women's health initiative. *Circulation*, 120(8), 656–662. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827642>
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2003). *Kwestionariusz nadziei podstawowej*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2004). Basic hope as a world-view: An outline of a concept. *Polish Psychological Bulletin*, 35(3), 173–182.
- Tweed, R. G., Mah, E. Y., Conway, L. G. (2021). Bringing coherence to positive psychology: Faith in humanity. *Journal of Positive Psychology*, 16(3), 298–309. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1725605>
- Tylka, J. (1999). Modyfikacja zachowania Typu A jako podstawa prewencji pierwotnej i wtórnej choroby niedokrwiennej serca. *Przegląd Psychologiczny*, 42(4), 69–82.

- van den Akker, A. L., Deković, M., Asscher, J. J., Shiner, R. L., Prinzie, P. (2013). Personality types in childhood: Relations to latent trajectory classes of problem behavior and overreactive parenting across the transition into adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(4), 750–764. <https://doi.org/10.1037/a0031184>
- von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F. (2015). Sense of coherence, sociodemographic, lifestyle, and health-related factors in older adults' subjective well-being. *International Journal of Gerontology*, 9(1), 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.01.007>
- Watson, D., Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219–235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Watson, M., Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(4), 299–305. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(83\)90052-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90052-1)
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203–209. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002026>
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *The Lancet*, 354(9187), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)11392-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)11392-2)
- Weitzner, M. A., Meyers, C. A., Gelke, C. K., Byrne, K. S., Levin, V. A., Cella, D. F. (1995). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale. Development of a brain subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patients with primary brain tumors. *Cancer*, 75(5), 1151–1161. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19950301\)75:5<1151::AID-CNCR2820750515>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19950301)75:5<1151::AID-CNCR2820750515>3.0.CO;2-Q)
- Wiggins, J. S. (1995). *Interpersonal Adjective Scales: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Willison, K. (2017). Type D personality. W: V. Zeigler-Hill, T. K. Shackelford (red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1116-1
- Wrześniewski, K. (2008). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3 (s. 493–512). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Yik, M. (2009). Studying affect among the Chinese: The circular way. *Journal of Personality Assessment*, 91(5), 416–428. <https://doi.org/10.1080/00223890903087596>
- Zawadzki, B. (2001). Temperamentalny czynnik ryzyka chorób somatycznych: raka płuca i zawału serca. W: W. Ciarkowska A. Matczak (red.), *Różnice indywidualne*

- alne: wybrane badania inspirowane Regulacyjną Teorią Temperamentu Profesora Jana Strelaua (s. 27–52). Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania Uniwersytetu Warszawskiego.
- Zawadzki, B. (2016). Gamma i Delta w ujęciu Kołowego Modelu Metacech Osobowości a przekonania w zaburzeniach osobowości. W: A. Rynkiewicz, K. S. Jankowski, W. Oniszczenko (red.), *Wybrane metody i paradygmaty badawcze w psychologii* (s. 203–220). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zawadzki, B. (2017). Lokalizacja zaburzeń osobowości w Kołowym Modelu Metacech Osobowości. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 473–491. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-7pl>
- Zawadzki, B., Radzikowska, E. (2006). Próba kwestionariuszowej diagnozy potencjalnych osobowościowych czynników ryzyka raka płuca i choroby wieńcowej. *Psychologia – Etologia – Genetyka*, 13, 135–157.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (2003a). Identyfikacja trzech podstawowych prototypów osobowości w grupach polskich: próba reorientacji badań nad osobowością z koncepcji cech w koncepcję typów? *Studia Psychologiczne*, 41(4), 217–242.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (2003b). Trzy podstawowe typy czy cztery struktury temperamentu? *Czasopismo Psychologiczne*, 9(2), 271–285.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (2014). On the (in) validity of the General Factor of Personality (GFP). *Roczniki Psychologiczne*, 17(2), 275–290.
- Ziarko, M., Sęk, H. (2015). Znaczenie zasobów osobistych w zmaganiu się z przewlekłą chorobą i jej konsekwencjami – implikacje dla pomocy psychologicznej. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 277–290.
- Zięba, M., Surawska, M., Zalewska, A. M. (2018). Relationships between personality traits, general self-efficacy, self-esteem, subjective well-being, and entrepreneurial activity. *Polish Psychological Bulletin*, 49(2), 131–140. <https://doi.org/10.24425/119480>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment and Social Psychology*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zwoliński, M. (2000). Kontrowersje dotyczące struktury czynnikowej Kwestionariusza orientacji życiowej (skali SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*, 43(3), 291–308.
- Życińska, J., Januszek, M. (2011). Test sensu życia (Purpose in Life Test, PIL) J. C. Crumbaugh'a i L. T. Maholicka: analiza psychometryczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 17(1), 133–142.

Załączniki

**Część A – Wyniki badań:
porównania międzygrupowe**

Tabela A1
Nasilenie wzorów zachowania w grupach osób chorych i zdrowych

	Wzór A zachowania				Wzór C zachowania				Wzór D zachowania				Wzór B zachowania	
	Pomiar wzoru A (FTAB)		Niedostateczna kontrola ego (EUS)		Pomiar wzoru C (BPCQ)		Kontrola gniewu (CECS)							
	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T
Zawał serca														
N	436	19	436	19	555	24	436	19	436	19	436	19	436	19
M	0,59	0,71	2,41	2,58	2,67	2,59	2,42	2,62	1,93	1,88	228,01	227,84	-0,002	0,05
Śr. ranga	224,61	305,84	225,86	277,21	290,99	267,10	226,75	256,79	228,34	220,18	228,01	227,84	228,01	227,84
U	2663,00**		3207,00		6110,50		3595,00		3993,50		4139,00		4139,00	
Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca)														
N	436	19	436	19	554	25	436	19	436	19	436	19	436	19
M	0,59	0,68	2,41	2,54	2,67	2,69	2,42	2,59	1,93	1,95	0,0004	-0,01	0,0004	-0,01
Śr. ranga	225,44	286,71	226,19	269,42	289,56	299,70	226,92	252,68	227,89	230,55	228,50	216,42	228,50	216,42
U	3026,50*		3355,00		6682,50		3673,00		4093,50		3922,00		3922,00	
Nadciśnienie tętnicze														
N	400	55	400	55	514	65	400	55	400	55	400	55	400	55
M	0,59	0,61	2,40	2,50	2,67	2,62	2,43	2,42	1,94	1,83	-0,01	0,08	-0,01	0,08
Śr. ranga	227,07	234,75	224,13	256,15	291,55	277,72	228,21	226,45	229,86	214,50	227,05	234,89	227,05	234,89
U	10629,00		9452,00		15907,00		10915,00		10257,50		10621,00		10621,00	
Miażdżyca														
N	437	18	437	18	556	23	437	18	437	18	437	18	437	18
M	0,59	0,69	2,41	2,53	2,67	2,63	2,42	2,67	1,93	1,84	-0,002	0,04	-0,002	0,04
Śr. ranga	225,38	291,61	226,56	263,03	290,52	277,43	226,46	265,50	228,67	211,64	228,13	224,78	228,13	224,78
U	2788,00*		3302,50		6105,00		3258,00		3638,50		3875,00		3875,00	
Inne przewlekłe choroby układu krążenia														
N	427	28	427	28	540	39	427	28	427	28	427	28	427	28
M	0,59	0,64	2,42	2,43	2,67	2,63	2,42	2,55	1,93	1,92	0,004	-0,06	0,004	-0,06
Śr. ranga	226,03	258,04	227,89	229,63	290,87	277,99	226,83	245,80	228,00	228,07	229,13	210,71	229,13	210,71
U	5137,00		5932,50		10061,50		5479,50		5976,00		5494,00		5494,00	
Choroba wrzodowa żołądka														
N	427	28	427	28	540	39	427	28	427	28	427	28	427	28
M	0,59	0,68	2,41	2,52	2,67	2,69	2,42	2,54	1,93	1,93	0,002	-0,04	0,002	-0,04
Śr. ranga	223,98	289,34	226,01	258,30	290,01	289,92	226,88	245,14	227,97	228,46	228,79	215,89	228,79	215,89
U	4260,50*		5129,50		10527,00		5498,00		5965,00		5639,00		5639,00	

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

	Wzór A zachowania				Wzór C zachowania				Wzór D zachowania				Wzór B zachowania			
	Pomiar wzoru A		Niedostateczna		Pomiar wzoru C		Kontrola gniewu		Wzór D zachowania		Wzór B zachowania		Wzór B zachowania		Wzór B zachowania	
	(FTAB)		kontrola ego (EUS)		(BPCQ)		(CECS)									
	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T
Zapalne choroby jelita grubego																
N	429	26	429	26	546	33	429	26	429	26	429	26	429	26	429	26
M	0,59	0,65	2,41	2,47	2,66	2,72	2,42	2,59	1,93	1,86	1,93	1,86	-0,006	0,10	-0,006	0,10
Śr. ranga	226,11	259,17	227,66	233,63	288,84	309,15	226,50	252,67	228,49	219,92	228,49	219,92	227,89	229,88	227,89	229,88
U	4766,50		5430,50		8377,00		4935,50		5367,00		5367,00		5528,00		5528,00	
Inne przewlekłe choroby przewodu pokarmowego																
N	412	43	412	43	522	57	412	43	412	43	412	43	412	43	412	43
M	0,59	0,66	2,41	2,46	2,67	2,69	2,42	2,50	1,93	1,93	1,93	1,86	0,004	-0,04	0,004	-0,04
Śr. ranga	223,06	275,30	226,28	244,44	289,48	294,75	226,95	238,10	227,77	230,16	227,77	230,16	229,40	214,58	229,40	214,58
U	6824,00*		8151,00		14606,50		8423,50		8765,00		8765,00		8281,00		8281,00	
Choroby autoimmunologiczne (np. choroba Hashimoto)																
N	403	52	403	52	517	62	403	52	403	52	403	52	403	52	403	52
M	0,59	0,63	2,42	2,42	2,67	2,68	2,42	2,52	1,91	2,05	1,91	2,05	0,01	-0,11	0,01	-0,11
Śr. ranga	224,40	255,88	228,29	225,78	289,36	295,32	226,31	241,09	225,27	249,18	225,27	249,18	230,26	210,52	230,26	210,52
U	9028,00		10362,50		15697,00		9797,50		9376,50		9376,50		9569,00		9569,00	
Nadczynność lub niedoczynność tarczycy																
N	397	58	397	58	502	77	397	58	397	58	397	58	397	58	397	58
M	0,59	0,62	2,42	2,42	2,67	2,65	2,43	2,47	1,90	2,10	1,90	2,10	0,02	-0,15	0,02	-0,15
Śr. ranga	224,92	249,09	228,40	225,23	290,41	287,34	227,41	232,03	223,88	256,22	223,88	256,22	230,77	209,03	230,77	209,03
U	10290,00		11352,50		19122,50		11279,00		9876,50		9876,50		10413,00		10413,00	
Cukrzyca																
N	423	32	423	32	541	38	423	32	423	32	423	32	423	32	423	32
M	0,59	0,62	2,41	2,52	2,66	2,77	2,42	2,57	1,93	1,84	1,93	1,84	0,003	-0,04	0,003	-0,04
Śr. ranga	226,57	246,84	225,63	259,33	287,93	319,54	226,41	249,02	228,89	216,28	228,89	216,28	228,97	215,19	228,97	215,19
U	6165,00		5765,50		9156,50		6095,50		6393,00		6393,00		6358,00		6358,00	
Inne przewlekłe choroby endokrynologiczne																
N	420	35	420	35	530	49	420	35	420	35	420	35	420	35	420	35
M	0,59	0,63	2,41	2,47	2,67	2,63	2,42	2,61	1,91	2,03	1,91	2,03	0,005	-0,05	0,005	-0,05
Śr. ranga	226,25	248,96	227,36	235,64	290,19	287,97	225,71	255,47	226,42	246,91	226,42	246,91	228,93	216,86	228,93	216,86
U	6616,50		7082,50		12885,50		6388,50		6688,00		6688,00		6960,00		6960,00	

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

		Wzór A zachowania				Wzór C zachowania				Wzór D zachowania				Wzór B zachowania	
		Pomiar wzoru A (FTAB)		Niedostateczna kontrola gło (EUS)		Pomiar wzoru C (BPCQ)		Kontrola gniewu (CECS)							
		Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T
Asthma oskrzelowa															
N	400	55	400	55	55	508	71	400	55	400	55	400	55	400	55
M	0,59	0,62	2,41	2,47	2,66	2,66	2,69	2,40	2,65	1,93	1,91	0,007	0,007	-0,05	-0,05
Sr. ranga	225,73	244,55	224,68	252,16	288,83	298,35		223,49	260,83	228,30	225,80	228,71	222,85	228,71	222,85
U	10090,00		9671,00		17441,50			9194,50*		10879,00		10717,00			
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego															
N	425	30	425	30	425	539	40	425	30	425	30	425	30	425	30
M	0,59	0,65	2,41	2,47	2,67	2,67	2,70	2,43	2,51	1,93	1,97	0,003	0,003	-0,04	-0,04
Sr. ranga	225,14	268,53	226,67	246,78	289,08	302,46		227,30	237,97	227,18	239,55	228,77	217,13	228,77	217,13
U	5159,00		5811,50		10281,50			6076,00		6028,50		6049,00			
Reumatoidalne zapalenie stawów															
N	431	24	431	24	431	549	30	431	24	431	24	431	24	431	24
M	0,59	0,65	2,41	2,50	2,66	2,66	2,78	2,43	2,55	1,93	1,92	0,006	0,006	-0,11	-0,11
Sr. ranga	226,23	259,85	226,42	256,40	287,91	328,28		226,98	246,29	228,08	226,48	229,36	203,63	229,36	203,63
U	4407,50		4490,50		7086,50			4733,00		5135,50		4587,00			
Inne przewlekłe choroby układu mięśniowo-szkieletowego															
N	410	45	410	45	520	59	59	410	45	410	45	410	45	410	45
M	0,59	0,63	2,41	2,46	2,67	2,62	2,62	2,44	2,39	1,92	2,00	0,007	0,007	-0,06	-0,06
Sr. ranga	224,89	256,33	227,18	235,46	291,16	279,78		228,92	219,64	226,34	243,09	229,52	214,18	229,52	214,18
U	7950,00		8889,50		14737,00			8849,00		8546,00		8603,00			
Atopowe zapalenie skóry															
N	406	49	406	49	516	63	63	406	49	406	49	406	49	406	49
M	0,59	0,64	2,41	2,49	2,67	2,63	2,63	2,42	2,54	1,91	2,07	0,03	0,03	-0,25	-0,25
Sr. ranga	224,57	256,45	225,56	248,26	290,88	282,75		225,99	244,64	224,97	253,10	233,24	184,59	233,24	184,59
U	8553,00		8954,50		15797,50			9131,50		8717,00		7820,00*			
Inne przewlekłe choroby skóry															
N	392	63	392	63	503	76	76	392	63	392	63	392	63	392	63
M	0,58	0,65	2,42	2,41	2,65	2,79	2,79	2,42	2,49	1,89	2,15	0,04	0,04	-0,27	-0,27
Sr. ranga	221,24	270,08	228,65	223,94	283,80	331,02		226,50	237,36	222,07	264,90	233,43	194,22	233,43	194,22
U	9697,00**		12092,50		15996,50*			11758,50		10023,50*		10220,00*			

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

	Wzór A zachowania				Wzór C zachowania				Wzór D zachowania				Wzór B zachowania			
	Pomiar wzoru A		Niedostateczna		Pomiar wzoru C		Kontrola ego (EUS)		Kontrola gniewu		(CECS)		Wzór D zachowania		Wzór B zachowania	
	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T	Grupa N	Grupa T
Nadwaga lub otyłość																
N	340	115	340	115	440	139	340	115	340	115	340	115	340	115	340	115
M	0,59	0,60	2,42	2,42	2,67	2,67	2,46	2,34	1,94	1,91	1,94	1,91	0,02	-0,05	0,02	-0,05
Śr. ranga	227,14	230,54	226,85	231,41	288,09	296,05	233,26	212,44	228,35	226,98	228,35	226,98	231,09	218,86	231,09	218,86
U	19257,50		19157,50		29739,50		17761,00		19432,50		19432,50		18499,00		18499,00	
Zaburzenia odżywiania (np. anoreksja, bulimia)																
N	417	38	417	38	528	51	417	38	417	38	417	38	417	38	417	38
M	0,58	0,70	2,40	2,55	2,66	2,70	2,41	2,68	1,90	2,23	1,90	2,23	0,04	-0,40	0,04	-0,40
Śr. ranga	221,21	302,49	224,44	267,05	288,79	302,55	224,61	265,17	224,00	271,91	224,00	271,91	232,70	176,45	232,70	176,45
U	5092,50***		6439,00		12824,00		6510,50		6254,50*		6254,50*		5964,00*		5964,00*	
Alergie																
N	273	182	273	182	351	228	273	182	273	182	273	182	273	182	273	182
M	0,59	0,59	2,40	2,45	2,68	2,65	2,41	2,47	1,88	2,01	1,88	2,01	0,05	-0,08	0,05	-0,08
Śr. ranga	229,96	225,06	223,67	234,50	293,14	285,17	223,04	235,44	219,82	240,27	219,82	240,27	233,12	220,31	233,12	220,31
U	24308,00		23660,00		38913,00		23489,50		22610,50		22610,50		23444,00		23444,00	
Nowotwór																
N	446	9	446	9	567	12	446	9	446	9	446	9	446	9	446	9
M	0,59	0,71	2,41	2,49	2,67	2,54	2,43	2,38	1,92	2,59	1,92	2,59	0,008	-0,40	0,008	-0,40
Śr. ranga	226,34	310,28	227,77	239,50	290,61	261,21	228,28	214,11	225,81	336,61	225,81	336,61	229,23	167,11	229,23	167,11
U	1266,50		1903,50		3056,50		1882,00		1029,50*		1029,50*		1459,00		1459,00	

Adnotacja. Wielkość efektu dla wszystkich istotnych wyników była słaba lub średnia. Wartości dla wzorów A, C, D mieściły się w przedziale od -0,16 do -0,49 (dla wzoru B od 0,17 do 0,25). Wielkość efektu została określona na podstawie rangowego współczynnika korelacji dwuseryjnej Glassa.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (dwustronna).

Tabela A2*Nasilenie wzoru A zachowania w grupach osób chorych i zdrowych*

	Wzór A zachowania (FTAB)	
	Grupa N	Grupa T
Zawał serca		
<i>N</i>	436	19
<i>M</i>	0,58	0,68
Śr. ranga	225,16	293,13
<i>U</i>	2904,50*	
Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca)		
<i>N</i>	436	19
<i>M</i>	0,58	0,67
Śr. ranga	225,66	281,76
<i>U</i>	3120,50	
Nadciśnienie tętnicze		
<i>N</i>	400	55
<i>M</i>	0,58	0,61
Śr. ranga	226,10	241,83
<i>U</i>	10239,50	
Miażdżyca		
<i>N</i>	437	18
<i>M</i>	0,58	0,66
Śr. ranga	225,89	279,33
<i>U</i>	3009,00	
Inne przewlekłe choroby układu krążenia		
<i>N</i>	427	28
<i>M</i>	0,58	0,61
Śr. ranga	226,68	248,09
<i>U</i>	5415,50	
Choroba wrzodowa żołądka		
<i>N</i>	427	28
<i>M</i>	0,58	0,67
Śr. ranga	224,25	285,16
<i>U</i>	4377,50*	
Zapalne choroby jelita grubego		
<i>N</i>	429	26
<i>M</i>	0,58	0,63
Śr. ranga	226,46	253,38
<i>U</i>	4917,00	

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

Wzór A zachowania (FTAB)		
	Grupa N	Grupa T
Inne przewlekłe choroby przewodu pokarmowego		
<i>N</i>	412	43
<i>M</i>	0,58	0,63
Śr. ranga	224,45	261,98
<i>U</i>	7397,00	
Choroby autoimmunologiczne (np. choroba Hashimoto)		
<i>N</i>	403	52
<i>M</i>	0,58	0,62
Śr. ranga	224,80	252,84
<i>U</i>	9186,50	
Nadczynność lub niedoczynność tarczycy		
<i>N</i>	397	58
<i>M</i>	0,58	0,61
Śr. ranga	225,72	243,63
<i>U</i>	10606,50	
Cukrzyca		
<i>N</i>	423	32
<i>M</i>	0,58	0,60
Śr. ranga	227,57	233,72
<i>U</i>	6585,00	
Inne przewlekłe choroby endokrynologiczne		
<i>N</i>	420	35
<i>M</i>	0,58	0,60
Śr. ranga	227,19	237,69
<i>U</i>	7011,00	
Astma oskrzelowa		
<i>N</i>	400	55
<i>M</i>	0,58	0,60
Śr. ranga	227,17	234,02
<i>U</i>	10669,00	
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego		
<i>N</i>	425	30
<i>M</i>	0,58	0,63
Śr. ranga	225,79	259,27
<i>U</i>	5437,00	
Reumatoidalne zapalenie stawów		
<i>N</i>	431	24
<i>M</i>	0,58	0,62
Śr. ranga	227,01	245,73
<i>U</i>	4746,50	

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

	Wzór A zachowania (FTAB)	
	Grupa N	Grupa T
Inne przewlekłe choroby układu mięśniowo-szkieletowego		
<i>N</i>	410	45
<i>M</i>	0,58	0,60
Śr. ranga	226,32	243,27
<i>U</i>	8538,00	
Atopowe zapalenie skóry		
<i>N</i>	406	49
<i>M</i>	0,58	0,63
Śr. ranga	224,83	254,24
<i>U</i>	8661,00	
Inne przewlekłe choroby skóry		
<i>N</i>	392	63
<i>M</i>	0,58	0,64
Śr. ranga	221,48	268,59
<i>U</i>	9791,00**	
Nadwaga lub otyłość		
<i>N</i>	340	115
<i>M</i>	0,58	0,59
Śr. ranga	227,33	229,99
<i>U</i>	19321,00	
Zaburzenia odżywiania (np. anoreksja, bulimia)		
<i>N</i>	417	38
<i>M</i>	0,58	0,68
Śr. ranga	222,27	290,89
<i>U</i>	5533,00**	
Alergie		
<i>N</i>	273	182
<i>M</i>	0,59	0,58
Śr. ranga	231,06	223,40
<i>U</i>	24006,50	
Nowotwór		
<i>N</i>	446	9
<i>M</i>	0,58	0,67
Śr. ranga	226,84	285,61
<i>U</i>	1488,50	

Adnotacja. Wielkość efektu dla wszystkich istotnych wyników była słaba. Wartości mieściły się w przedziale od $-0,21$ do $-0,30$. Wielkość efektu została określona na podstawie rangowego współczynnika korelacji dwuseryjnej Glassa.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (dwustronna).

Część B – Wyniki badań: analizy kołowe

Poniższe tabele i rysunki przedstawiają rozkład pozycji kwestionariuszowych Skali typu A-Framingham w przestrzeni CPM.

Tabela B1

Wskaźniki SSM dla pozycji kwestionariuszowych Skali typu A-Framingham z czterostopniową skalą odpowiedzi

	Wysokość	Długość wektora	Lokalizacja kątowa	R^2
Pozycja 1	0,07 (0,03; 0,10)	0,23 (0,15; 0,32)	20,8 (1,3; 39,7)	0,869
Pozycja 2	0,03 (-0,01; 0,06)	0,08 (0,03; 0,16)	289,0 (222,2; 344,7)	0,420
Pozycja 3	0,06 (0,03; 0,09)	0,16 (0,09; 0,24)	21,2 (356,1; 53,0)	0,813
Pozycja 4	0,05 (0,02; 0,08)	0,05 (0,01; 0,14)	329,2 (200,1; 85,4)	0,360
Pozycja 5	0,02 (-0,01; 0,06)	0,14 (0,07; 0,21)	283,5 (252,0; 318,0)	0,875

Adnotacja. R^2 – współczynnik dopasowania.

Rysunek B1

Lokalizacja pozycji kwestionariuszowych Skali typu A-Framingham z czterostopniową skalą odpowiedzi w przestrzeni CPM

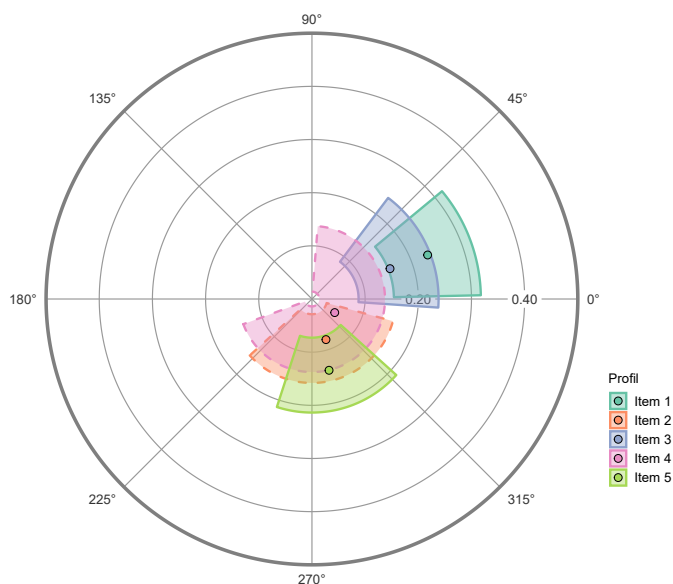


Tabela B2

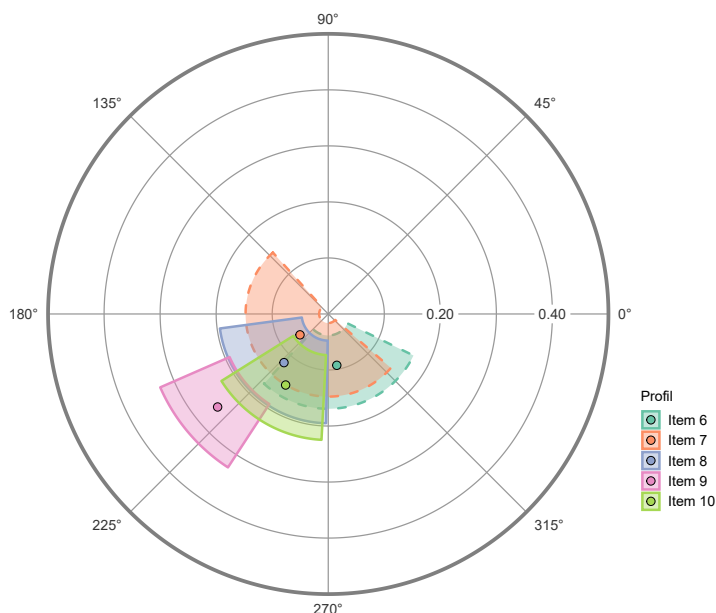
Wskaźniki SSM dla pozycji kwestionariuszowych Skali typu A-Framingham z dychotomiczną skalą odpowiedzi

	Wysokość	Długość wektora	Lokalizacja kątowna	R^2
Pozycja 6	0,04 (0,01; 0,07)	0,09 (0,04; 0,17)	279,4 (227,4; 334,0)	0,660
Pozycja 7	0,02 (−0,01; 0,05)	0,06 (0,02; 0,15)	216,5 (132,0; 319,2)	0,678
Pozycja 8	0,03 (−0,00; 0,05)	0,12 (0,05; 0,20)	227,7 (187,6; 268,9)	0,775
Pozycja 9	0,03 (0,00; 0,07)	0,26 (0,19; 0,33)	220,1 (203,6; 236,8)	0,880
Pozycja 10	0,02 (−0,01; 0,06)	0,15 (0,07; 0,22)	239,1 (212,1; 266,9)	0,955

Adnotacja. R^2 – współczynnik dopasowania.

Rysunek B2

Lokalizacja pozycji kwestionariuszowych Skali typu A-Framingham z dychotomiczną skalą odpowiedzi w przestrzeni CPM



W obecnych czasach powstaje coraz więcej narzędzi do pomiaru osobowości i różnego rodzaju jej aspektów. Ich mnogość powoduje, że czasem trudno rozstrząsać się, które z nich są mniej, a które bardziej wartościowe. Pojawia się także ważne pytanie, jak wyniki uzyskane w jednym narzędziu mają się do wyników w drugim, tym bardziej, że często analizowane wymiary nazywają się tak samo lub bardzo podobnie. Autorka podjęła się trudnego zadania określenia zależności pomiędzy narzędziami i mierzonymi przez nie konstruktami stosowanymi na gruncie psychosomatyki. [...] Praca stanowi zdecydowanie autorskie i można powiedzieć pionierskie w Polsce ujęcie ciekawego i ważnego zarówno naukowo, jak i aplikacyjnie tematu.

dr hab. Małgorzata A. Basińska, prof. uczelni

Obecnie dysponujemy szeroką, ale nieusystematyzowaną, wiedzą na temat związków pomiędzy czynnikami osobowościowymi a ryzykiem zachorowania na różne choroby somatyczne. Praca jest próbą syntezy dotychczasowego dorobku psychologii, mającą na celu umiejscowienie konkretnych czynników ryzyka i zasobów zdrowotnych w obrębie poszczególnych wymiarów osobowości w rozumieniu zaproponowanym przez Kołowy Model Metacech Osobowości. Z perspektywy psychologii zdrowia podjęty problem dotyczy dwóch zagadnień. Po pierwsze, określenia osobowościowych podstaw czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów sprzyjających zdrowiu i próby powiązania ich we wzór B zachowania. Po drugie, oszacowania powiązań między osobowościowymi czynnikami ryzyka (wzór A, C i D zachowania) a występowaniem różnorodnych problemów somatycznych. Przeprowadzone przez Autorkę analizy teoretyczne i empiryczne pozwalają powiązać czynniki ryzyka sprzyjające zachorowaniu na choroby somatyczne oraz zasoby sprzyjające utrzymywaniu zdrowia z różnymi dolegliwościami somatycznymi. [...] Sądzę, że największym i niekwestionowanym osiągnięciem Autorki jest wpisanie wzorów zachowania i zasobów zdrowia w przestrzeń Kołowego Modelu Metacech Osobowości.

dr hab. Michał Ziarko, prof. uczelni