

STUDIA PSYCHOLOGICA

T H E O R I A E T P R A X I S



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Warszawa 2020

**UNIwersYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE**

INSTYTUT PSYCHOLOGII

**TOM 20
NUMER 2
2020**

REDAKTOR NACZELNY:

JAN CIECIUCH, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska

RADA NAUKOWA:

W. KEITH CAMPBELL, University of Georgia, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej
DAVID ENTWISTLE, Malone University, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej
HENRYK GASIUL, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska
HUBERT HERMANS, International Institute for the Dialogical Self, Holandia
ANDRZEJ JAKUBIK, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Polska
PETER JONASON, Western Sydney University, Australia
HELMUT LÜCK, Fern Universität in Hagen, Niemcy
JOHN MALTBY, University of Leicester, Wielka Brytania
PETER SCHMIDT, University of Giessen, Niemcy
ANDRZEJ STRZAŁECKI, Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS, Polska
JAN F. TERELAK, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska
MICHELE VECCHIONE, Sapienza University of Rome, Włochy
MAGDALENA ŻEMOJTEL-PIOTROWSKA, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska

REDAKTOR STATYSTYCZNY:

ELŻBIETA ARANOWSKA, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska

REDAKTORZY JĘZYKOWI:

ANNA POSTAWSKA, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska
LESZEK LECHOWICZ, Northeastern University, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

ADMINISTRATOR STRONY WWW:

DOMINIK GOŁUCH, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska

REDAKCJA STUDIA PSYCHOLOGICA: THEORIA ET PRAXIS

Instytut Psychologii UKSW
ul. Wóycickiego 1/3 bud. 14
01-938 Warszawa
e-mail: studia_psychologica@uksw.edu.pl

SKŁAD I ŁAMANIE:

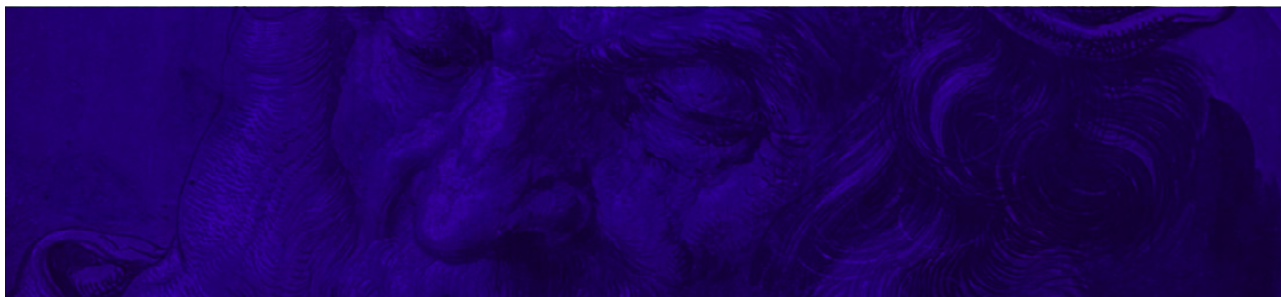
Studio DTP Academicon | Patrycja Waleszczak
dtp@academicon.pl, dtp.academicon.pl

KOREKTA JĘZYKOWA:

Anna Postawska

WWW: <http://czasopisma.uksw.edu.pl/index.php/sp/>
ISSN (PRINT): 1642-2473 ISSN (ONLINE): 2449-5360

SPIS TREŚCI



5

Dagmara Bartczak-Szermer
Tomasz Rowiński

ROLA I ZNACZENIE METODY
OTWARTEGO DIALOGU
W ŚRODOWISKOWYCH
CENTRACH ZDROWIA
PSYCHICZNEGO

Metoda Otwartego
Dialogu

opieka środowiskowa

Środowiskowe Centra
Zdrowia Psychicznego

zaburzenia psychiczne

21

Stanisław Radoń

KWESTIONARIUSZ
ZAAWANSOWANIA
W UWAGAŃNOŚCI
(POLSKA ADAPTACJA
I WALIDACJA)

uwagaŃność

jakość praktykowania

zaawansowanie
w uwagaŃności

walidacja

kwestionariusz

37

Henryk Gasiul
Włodzimierz Strus

OSOBOWOŚCIOWE
UWARUNKOWANIA
RYZYKA WYPADKÓW
DROGOWYCH U KIEROWCÓW
– PRZEGLĄD WYBRANYCH
BADAŃ I PROPOZYCJA ICH
INTERPRETACJI W RAMACH
KOŁOWEGO MODELU METACECH
OSOBOWOŚCI

osobowość

wypadkowość

podatność na zmęczenie

zachowania ryzykowne
na drodze

czynniki wyższego rzędu

Kołowy Model Metacech
Osobowości

ROLA I ZNACZENIE METODY OTWARTEGO DIALOGU W ŚRODOWISKOWYCH CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO

DAGMARA BARTCZAK-SZERMER* 

Institut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie
Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie

TOMASZ ROWIŃSKI 

Institut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

STRESZCZENIE

Transformacja w zakresie opieki psychiatrycznej, która nastąpiła na przełomie lat 80. i 90. XX wieku w Finlandii, przyniosła wymierne efekty, zaimplementowane potem w innych krajach. Obniżenie odsetka osób chorujących na schizofrenię, istotne zmniejszenie zapotrzebowania chorych na stosowanie farmakoterapii i redukcja kosztów opieki psychiatrycznej – przez pracę ze specjalistycznym zespołem terapeutycznym i zaangażowanie najbliższego otoczenia osób doświadczających kryzysów psychicznych w proces podejmowania decyzji dotyczących leczenia – stanowią podstawę modelu opieki środowiskowej. Model ten zyskuje coraz większą popularność także i w Polsce. Metoda Otwartego Dialogu (ODA), zgodna z założeniami deinstytucjonalizacji oraz budowania sieci wsparcia w lokalnym środowisku, została wprowadzona do naszego kraju przez Fundację Polski Instytut Otwartego Dialogu. ODA promuje oddziaływania psychospołeczne i terapeutyczne, w których farmakoterapia nie jest metodą pierwszego wyboru. Artykuł porusza kwestie zarówno przeobrażenia opieki psychiatrycznej, jak i metod terapeutycznych, które są efektywnie wykorzystywane przez Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego. W nowym modelu opieki współpraca specjalistów, zaangażowanie otoczenia społecznego oraz koncentracja na wykorzystaniu zasobów środowiska osób dotkniętych kryzysem psychicznym stanowią szansę na istotny wzrost jej efektywności.

METODA OTWARTEGO DIALOGU
OPIEKA ŚRODOWISKOWA
ŚRODOWISKOWE CENTRA
ZDROWIA PSYCHICZNEGO
ZABURZENIA PSYCHICZNE

SŁOWA KLUCZOWE

- | | |
|----|--|
| 7 | ROLA I ZNACZENIE METODY OTWARTEGO DIALOGU W ŚRODOWISKOWYCH CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO |
| 7 | ROZPOWSZECHNIENIE I KOSZTY EKONOMICZNE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH |
| 8 | OSOBY W KRYZYSIE PSYCHICZNYM A SYSTEM OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ |
| 9 | Model środowiskowy |
| 10 | Otwarty Dialog |
| 14 | Otwarty Dialog w Polsce |
| 14 | Otwarty Dialog i Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego |
| 15 | PODSUMOWANIE |
| 16 | BIBLIOGRAFIA |



*ADRES DO KORESPONDENCJI: dagmara.bartczak-szerm@lazarski.pl

THE OPEN DIALOGUE IN COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH CENTERS: IMPORTANCE OF A NEW APPROACH IN THE TREATMENT OF PSYCHIATRIC PATIENTS

ABSTRACT

The transformation of psychiatric mental health care in late 80s and 90s of the last century in Finland brought the results that were implemented by other countries. Lowering the percentage of people suffering from schizophrenia, a significant reduction in the patient's need for pharmacotherapy, reducing the costs of psychiatric care – by working with a specialized therapeutic team, involving the nearest community of people experiencing mental crises in the process of making decisions about treatment is the basis of the community care model. This model is gaining more and more popularity also in Poland. The Open Dialogue Method (ODA), consistent with the assumptions of deinstitutionalization and building a social support network in the local environment, was introduced to our country by the Polish Institute of Open Dialog Foundation. ODA promotes psychosocial and therapeutic interactions in which pharmacotherapy is not the first choice method. The article addresses the issues of both the transformation of psychiatric care and therapeutic methods that are effectively used by the Community Mental Health Centers. In the new model of care, the cooperation of specialists, the involvement of the social environment and focus on the use of environmental resources of people affected by mental crisis are an opportunity to significantly increase its effectiveness.

KEYWORDS

Open Dialogue Approach, community-based treatment, Environmental Center for Mental Health, psychiatric disorders

ROLA I ZNACZENIE METODY OTWARTEGO DIALOGU W ŚRODOWISKOWYCH CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Zaburzenia i kryzysy psychiczne są jednymi z największych cywilizacyjnych zagrożeń współczesnego świata (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012; Ritchie, Roser, 2018). Zaburzenia zdrowia psychicznego, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie, mogą dotyczyć każdego człowieka, niezależnie od jego pochodzenia, stanu zdrowia, płci czy wieku. Upowszechnianie wiedzy na temat kryzysów i zaburzeń psychicznych, w tym w szczególności ich profilaktyka, staje się ważnym aspektem ochrony zdrowia. Dzieje się tak nie tylko dlatego, że zaburzone funkcjonowanie psychiczne jest jednym z czynników ryzyka chorób somatycznych (Ohrnberger, Fichera, Sutton, 2017), lecz przede wszystkim dlatego, że jakość życia, na którą w znacznej mierze składa się jakość funkcjonowania psychicznego, jest przedmiotem konkretnych wdrożeń wiedzy naukowej do praktyki społecznej.

ROZPOWSZECHNIENIE I KOSZTY EKONOMICZNE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Z raportu *Health at a glance: Europe 2018*, opublikowanego w listopadzie 2018 r. przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], European Union, 2018), wynika, że w krajach Unii Europejskiej problemy ze zdrowiem psychicznym dotyczą ok. 84 mln osób. Oznacza to np., że w 2016 r. jedna na sześć osób doświadczyła problemów ze zdrowiem psychicznym. Dodatkowo stwierdzono, że w Unii Europejskiej tylko w 2015 r. kryzysy psychiczne były przyczyną 84 tys. samobójstw. Przeprowadzone w Polsce epidemiologiczne badanie zaburzeń psychicznych (EZOP; Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012) wykazało, że u 23% osób objętych badaniem można w ciągu życia rozpoznać przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 definiowanych w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV (Kalita, Chrzan-Dętkoś, 2018; Kiejna i in., 2015).

Problemy ze zdrowiem psychicznym mają również konsekwencje ekonomiczne, widoczne na poziomie krajowym. OECD (OECD, European Union, 2018) podkreśla, że w 2015 r. finansowe koszty świadczeń związanych ze złym stanem zdrowia psychicznego mieszkańców Unii Europejskiej przekroczyły ponad 600 mld euro (ponad 4% PKB). W raporcie uwzględniono zarówno koszty bezpośrednie opieki zdrowotnej (profilaktyka, diagnostyka i leczenie zaburzeń psychicznych – 190 mld euro; 1,3% PKB), wydatki związane z programami pomocy społecznej (świadczenia, zasiłki społeczne – 170 mln euro; 1,2% PKB), jak i koszty pośrednie na rynku pracy (niższa stopa zatrudnienia i mniejsza produktywność osób cierpiących na choroby psychiczne – 240 mld euro; 1,6% PKB). W Polsce koszty związane ze złym stanem zdrowia psychicznego przekraczają 12 mln euro (3% PKB), w tym koszty bezpośrednie obejmujące opiekę zdrowotną to ponad 5 mln euro (1,2% PKB), programy pomocy społecznej – ponad 3 mln euro (0,75% PKB), koszty pośrednie natomiast związane z rynkiem pracy to ponad 4 mln euro (1,07% PKB; OECD, European Union, 2018). Różnice we wspomnianych kosztach między krajami Unii Europejskiej (Polska na 13. miejscu) wynikają głównie z odsetka osób, które zgłaszają problemy ze zdrowiem psychicznym, z możliwości uzyskania oraz jakości wsparcia w ramach programów społecznych oraz dostępności i jakości opieki psychiatrycznej (OECD, European Union, 2018). Ponadto od lat

największą grupę wydatków stanowią koszty społeczne związane z niezdolnością do pracy (w Polsce ponad 16%; ZUS, 2020). Należy jednak podkreślić, że liczba ta jest niedoszacowana w krajach, w których stygmatyzacja osób doświadczających problemów psychicznych jest zjawiskiem powszechnym.

Tak wysokie koszty bezpośrednie i pośrednie sprawiają, że próby podwyższenia jakości życia i polepszenia zdrowia psychicznego zyskują dodatkową argumentację ekonomiczną. W szczególności podejmowane są próby zwiększenia nakładów finansowych na działania profilaktyczne oraz reorganizację opieki psychiatrycznej. W literaturze wykazuje się, że efektywne działania prewencyjne i profilaktyczne nie tylko istotnie zmniejszają dotychczasowe koszty ponoszone w związku z zaburzeniami psychicznymi, lecz także znacznie przekraczają poziom oczekiwanych korzyści (O'Connell, Boat, Warner, 2009). Jednak w świadomości społecznej dominującym sposobem leczenia psychiatrycznego jest model oparty na izolacji osób cierpiących z powodów kryzysów psychicznych (Sartorius i in., 2010). Ta forma organizacji świadczeń i leczenia wydaje się najmniej efektywna pod kątem zarówno finansowym, jak i poprawy jakości życia osób chorujących (Dieterich i in., 2017; Knapp i in., 1994; Knapp, Beecham, McDaid, Matosevic, Smith, 2011; Malone, Newron-Howes, Simmonds, Marriot, Tyrer, 2007; Mueser, Bond, Drake, Resnick, 1998; Ziguras, Stuart, 2000).

OSOBY W KRYZYSIE PSYCHICZNYM A SYSTEM OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Dotychczasowe założenia polskiego systemu opieki psychiatrycznej, opartego głównie na lecznictwie zamkniętym, potrzeba wyższych nakładów finansowych, a także wysoki poziom uprzedzeń społecznych wobec osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego (Wciórka, Wciórka, 2008) przyczyniły się do poszukiwania w Polsce nowych rozwiązań problemów opieki psychiatrycznej. Ich efektem jest model środowiskowy, zyskujący coraz większe uznanie specjalistów (pracujących także z dziećmi oraz młodzieżą; Goldman i in., 2020; IJzendoorn i in., 2020), wprowadzenie nowych, skutecznych metod terapeutycznych oraz organizacja działań profilaktycznych ukierunkowanych na ograniczenie stygmatyzacji i na wzrost świadomości członków społeczeństwa.

Optymalny system opieki psychiatrycznej powinien uwzględniać odpowiednie procedury szybkiego i właściwego reagowania na kryzys psychiczny. Kryzysy psychiczne nieodłącznie towarzyszą procesom rozwoju i dojrzewania człowieka i mogą występować w sytuacjach nagłych i nieprzewidywalnych. Definicje kryzysu podkreślają, że wystąpienie stanu braku równowagi o znaczeniu krytycznym jest uwarunkowane nie przez samo wydarzenie stresogenne, ale przez nadmiar obciążenia emocjonalnego, który uniemożliwia podjęcie efektywnych działań (Felgoise, Nezu, Nezu, Reinecke, 2005). Współczesne, różnorodne koncepcje kryzysu dotyczą m.in. utraty lub zaburzenia równowagi emocjonalnej, psychicznej, braku efektywnych strategii radzenia sobie w sytuacji zagrażającej czy też przełomowego, krytycznego, zwrotnego momentu w życiu (Heszen-Niejodek, 2002). Wspólnym mianownikiem wszystkich koncepcji kryzysu jest ryzyko doświadczenia dysfunkcji w obszarze poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym o charakterze ostrej dekompensacji, wymagających zastosowania profesjonalnych i skutecznych metod w celu odzyskania równowagi oraz autonomii (Caplan, 1964).

Według Caplana (1964) utrata równowagi oraz dezorganizacja funkcjonowania stanowią podstawę kryzysu, który jest skutkiem braku możliwości przezwyciężenia napotkanych trudności za pomocą dotychczas stosowanych metod rozwiązywania problemów. Caplan podkreślał też, że kryzys, odnoszony do emocjonalnego funkcjonowania człowieka, nie jest reakcją patologiczną, lecz adaptacyjną – zwróconą ku odzyskaniu wewnętrznej równowagi.

Dynamika zjawiska kryzysu umożliwiła wyróżnienie charakterystycznych dla niego faz. W pierwszej fazie obserwuje się wzrost odczuwania niepokoju jako reakcję na wystąpienie wydarzenia o charakterze stresującym. W tej fazie rozpoczyna się także inicjacja zachowań zaradczych mających na celu redukcję odczuwanego napięcia. Nieefektywne metody radzenia sobie w sytuacji stresującej powodują nasilenie negatywnych emocji (faza druga). Eskalacja odczuwanego napięcia jest charakterystyczna dla trzeciego etapu rozwoju kryzysu – odczuwany dotychczas niepokój zmienia się w lęk, a znane i uruchomione mechanizmy zaradcze nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. W konsekwencji problemy wywołane przez kryzys pozostają nierozwiązane. Brak możliwości rozwiązania problemów, nieefektywne metody radzenia sobie w trudnej sytuacji sprzyjają rozwojowi fazy czwartej, w której może dochodzić do rozwoju nieadaptacyjnych zachowań lub zaburzeń psychicznych (Caplan, 1964).

Metodą wywodzącą się z teorii Caplana jest interwencja kryzysowa (Heszen-Niejodek, 2002). Polega ona na doraźnym, krótkoterminowym oddziaływaniu, które zmierza do udzielenia natychmiastowej pomocy osobom doświadczającym kryzysu psychicznego (Korzeniowski, Pużyński, 1986). Wzorcowy model takiej interwencji polega na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego i poczucia bezpieczeństwa oraz redukcji lęku przez analizę sytuacji powodującej kryzys, rozpoznanie dotychczas stosowanych strategii, nauczenie i wdrożenie nowych. Interwencja kryzysowa, przywracając utraconą równowagę, podkreśla znaczenie empatii oraz praktycznych odpowiedzi na potrzeby utrzymania zasobów psychologicznych jednostki (Kubacka-Jasiecka, 2010).

W wielu przypadkach długotrwałe, wykraczające poza sytuację kryzysową odczuwanie napięcia dezorganizuje normalne funkcjonowanie jednostki i wymaga pomocy psychologa lub psychiatry innej niż doraźna, interwencyjna. Współczesne leczenie psychiatryczne najczęściej łączy różnorodne metody oddziaływania. Powszechną praktyką jest uzupełnianie leczenia farmakologicznego psychoterapią. Warto zauważyć, że tendencja ta zależy od wiedzy na temat metod psychoterapeutycznych wśród lekarzy psychiatrów. Wykazano, że odbywanie szkoleń psychoterapeutycznych, poszerzanie wiedzy o dostępnych metodach zwiększa odsetek skierowań na psychoterapię przed rozpoczęciem leczenia farmakologicznego pacjentów psychiatrycznych (Murawiec i in., 2019). Wykazano również, że właśnie psychoterapia jest jedną z bardziej efektywnych metod leczenia. Wyniki badań dowiodły, że psychoterapia – stosowana zarówno samodzielnie, jak i w połączeniu z farmakoterapią – jest skuteczniejsza niż placebo oraz że w wielu przypadkach psychoterapia jest przynajmniej tak samo skuteczna jak leczenie farmakologiczne. Warto podkreślić, że korzystne efekty oddziaływania leków są również podtrzymywane przez skuteczną psychoterapię (Huhn i in., 2014; Kalita, Chrzan-Dętkoś, 2018; Lipsey, Wilson, 1993).

MODEL ŚRODOWISKOWY

Ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych z zakresu zdrowia psychicznego, w tym do psychoterapii, jest istotnym problemem zarówno w Polsce, jak i na świecie. Jednym z zadań WHO w tym obszarze na lata 2013–2020 jest „zapewnienie spójnych, zintegrowanych i dostępnych usług z zakresu zdrowia psychicznego w społecznościach lokalnych” (WHO, 2001). Rekomendacje autorów polskiego badania epidemiologicznego oceniającego rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych (Kiejna i in., 2015) wskazują na konieczność rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego w kierunku modeli opieki środowiskowej, obejmującej zarówno świadczenia w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, jak i opiekę społeczną oraz poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne. Model środowiskowy uwzględnia również współpracę organizacji pozarządowych. W ramach tej współpracy byłyby tworzone sieci wsparcia promujące zdrowie psychiczne. Istotne jest, aby w sferze

organizacji usług środowiskowych wykorzystywać zasoby dostępne lokalnie (instytucje i kapitał ludzki). W zakresie udzielanego wsparcia diagnozuje się ponadto zasoby systemu rodzinnego – dorosłego, jak i dziecka – pod kątem jego potencjału. Jest to punkt wyjścia do organizacji planów zdrowienia, tak aby w proces leczenia włączyć wszystkie możliwe i ważne zasoby obecne w środowisku.

Z doświadczeń i praktyki klinicystów wynika, że rozwijanie środowiskowej opieki psychiatrycznej, wraz ze współistniejącym efektywnym oparciem społecznym, zmniejsza zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną, która zazwyczaj przekształca się w kierunku wysoko-specjalistycznym, przeznaczonym dla bardzo ciężkich i złożonych przypadków zaburzeń psychicznych. W Polsce już od lat 80. XX w. podejmowano inspirowane myślą Antoniego Kępińskiego próby ulepszenia modelu leczenia i rehabilitacji przez integrację osoby chorującej na schizofrenię i jej rodziny we wspólnej przestrzeni życia (Cechnicki, 2009; Kępiński, 2013). W ostatnich latach rozwój opieki środowiskowej staje się ważnym aspektem polityki zdrowotnej – tak w przypadku organizacji ochrony zdrowia, jak i w koordynacji międzysektorowej (Meder, Jarema, Araszkiewicz, 2008). Wzmacniającymi ten kierunek są dwa programy: reforma w psychiatrii dzieci i młodzieży oraz pilotaż Centrum Zdrowia Psychicznego. Stanowią one pochodną Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Oba programy zostały uruchomione w 2019 r. i wiążą się z dużymi nakładami na usługi środowiskowe. Zorientowanie na potrzeby osoby chorej, indywidualny program terapeutyczny, dostępny zarówno dla pacjenta, jak i jego rodziny, są podstawowymi założeniami opieki środowiskowej (Meder i in., 2008). Dzisiaj te założenia są wcielane w życie w tworzonych Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego, których podstawą jest metoda Otwartego Dialogu. Wydaje się, że ten sposób wspierania osób w kryzysach psychicznych jest najbardziej adekwatny do opieki środowiskowej, gdyż pozwala w sposób uporządkowany włączać w proces zdrowienia zasoby rodziny i najbliższego otoczenia dziecka lub dorosłego.

OTWARTY DIALOG

Metoda Otwartego Dialogu (*Open Dialogue approach* – ODA), stosowana w terapii zaburzeń psychicznych, jest wynikiem wieloletnich doświadczeń Jaakka Seikkuli (psychoterapeuty, psychologa klinicznego) i Birgitty Alakare (psychiatry) oraz członków ich zespołu ze szpitala Keropudas w Finlandii (Seikkula, Arnkil, 2018a, 2018b). Od lat 80. XX w. jest ciągle stosowana i rozwijana i budzi coraz większe zainteresowanie. Aktualnie prowadzone są całonocne kursy ze stosowania terapii ODA w leczeniu. Metoda bazuje na podejściu dostosowanym do potrzeb, opracowanym w latach 60. XX w. przez Yrjö Alanena i jego zespół (stosował je wówczas w leczeniu schizofrenii). Zakłada ona szybką interwencję we wczesnej fazie kryzysu psychicznego, postrzeganie leczenia jako procesu wykorzystującego różne metody terapeutyczne, zasoby indywidualne i rodzinne oraz dostosowanie do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego bliskich. Twórcy metody podkreślają, że niezwykle istotne w procesie leczniczym są relacje pacjenta w jego naturalnym środowisku. Akcentują zatem odbudowę i poprawę tychże relacji społecznych. Podstawą tego podejścia jest współodpowiedzialność, podmiotowość i relacje interpersonalne pacjenta (Lakeman, 2014; Seikkula, Alakare, 2012).

Nazwa *otwarty dialog* została użyta po raz pierwszy w 1995 r. do opisu terapii skoncentrowanej na rodzinie oraz sieci społecznej pacjenta (Seikkula i in., 1995). Autorzy metody podkreślają, że dialog stanowi najbardziej podstawową i naturalną potrzebę człowieka. Za podstawę metody przyjęto otwarte spotkania terapeutyczne, w których uczestniczą, poza samą osobą w kryzysie, wszystkie osoby jej bliskie i dla niej ważne oraz moderujący spotkanie profesjonalści (Krawczyk, Solarz, Wciórka, 2015; Seikkula, Arnkil, 2018a).

Niejednokrotnie wykazywano, że wsparcie emocjonalne najbliższego otoczenia zwiększa zdolność do radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Wzrost poczucia wartości, potwierdzenie własnej skuteczności oraz poczucie bezpieczeństwa zapewniane przez rodzinę gwarantuje sprzyjające warunki do rozwoju umiejętności neutralizowania oddziaływań sytuacji stresogennych (van Harmelen i in., 2016).

Nurt narracyjny, zaczerpnięty wprost z terapii systemowej, stanowi jeden z elementów koncepcji ODA. Należy jednak podkreślić, że w swoich założeniach ODA to nie tylko metoda terapii – charakteryzuje ją innowacyjne, wielowymiarowe podejście skoncentrowane na wykorzystaniu zasobów środowiska osób dotkniętych kryzysem psychicznym. Podstawę ODA tworzy koncepcja terapii zorientowanej na potrzeby (*need adapted treatment* – NATM; Alanen, 2000; Seikkula, Arnkil, 2018b). Koncepcja ta, podobna do koncepcji opracowanych w ramach konstrukcjonizmu społecznego, zakłada, że problem jest uwarunkowany społecznie i ma swoistą naturę językową. To pacjent określa problem, terapeuta nie ma możliwości wyręczenia go w tym. Konstrukcjonizm społeczny i ODA mają spójne podejście w widzeniu problemu – w ich perspektywie problemy nie istnieją poza narracją, będącą systemem nadawania znaczeń. Analogiczne sytuacje przez jednych będą odbierane jako problem, przez innych zaś nie, w zależności od indywidualnego języka, którym są opisywane. W ramach ODA postulowano nawet, aby terapeuta przyjmował postawę „niewiedzenia” (*not-knowing stance*), która wyklucza uprzednie przyjmowanie perspektywy innej niż perspektywa pacjenta (Błądziński, Cechnicki, Bogacz, Cichocki, 2014). Postawa ta umożliwia wsłuchanie się w to, co mówią pacjenci. Podstawowe znaczenie w terapii ma więc rozwijanie i podtrzymywanie dialogu, co sprzyja powstawaniu nowych opisów sytuacji, a tym samym odnajdywaniu innych, nowych słów takiego opisu i w konsekwencji zrozumieniu i rozwiązaniu problemu (Anderson, 2007).

Metoda Otwartego Dialogu, a właściwie jej skuteczne wykorzystanie wymaga zastosowania siedmiu zasad:

Natychmiastowa pomoc (1) – pierwsze spotkanie terapeutyczne odbywa się w ciągu pierwszej doby od wystąpienia kryzysu. Celem natychmiastowego nawiązania kontaktu jest przede wszystkim uniknięcie hospitalizacji. Pacjent ma możliwość opowiedzenia o swoich doświadczeniach, często bagatelizowanych przez bliskich. Poczucie bezpieczeństwa zapewnia bezpieczną przestrzeń dla wyrażenia swoich obaw. Zaproszenie do spotkań najbliższej rodziny i ważnych dla pacjenta osób, czyli *włączenie sieci społecznej* (2), tworzy dodatkowe wsparcie oraz, dzięki dostrzeżeniu różnych perspektyw, pomaga zdefiniować problem. Dostosowanie leczenia i terapii do zmieniających się potrzeb pacjenta i jego rodziny, a także realizowanie terapii w naturalnym środowisku pacjenta – w jego domu – stanowi o *elastyczności i mobilności* (3) metody. Możliwość odbywania terapii w domu zapewnia bezpieczeństwo i poczucie większej skuteczności ze względu na dostępność wszystkich zasobów rodziny. Metoda Otwartego Dialogu zakłada, że pacjent otrzymuje pomoc od zespołu specjalistów, którzy w przypadku rozbieżności opinii wspólnie z pacjentem podejmują decyzję (*shared decision making* – SDM) oraz zapewniają komplementarne działania terapeutyczne. *Odpowiedzialność* (4) za zapewnienie rodziny o otrzymaniu pomocy oraz za zorganizowanie spotkania spoczywa na osobie, z którą nawiązano pierwszy kontakt. Zespół terapeutyczny odpowiada za *zapewnienie ciągłości psychologicznej* (5). Odpowiedzialność zespołu za cały proces leczenia, niezależnie od czasu jego trwania, ogranicza ryzyko zmiany terapeutów i przeniesienia uwagi z procesu leczenia na podejmowanie szybkich działań. Regularne spotkania z pacjentami w kryzysie budują poczucie bezpieczeństwa dające możliwość swobodnego rozmawiania o trudnych, przytłaczających doświadczeniach. Wspieranie umiejętności słuchania siebie nawzajem oraz koncentracja na rozmowie, a nie na chorobie, jest wyrazem *tolerancji niepewności* (6). W założeniach metody podkreśla się, że największą jej zaletą jest odzyskanie przez pacjenta kontroli nad swoim życiem dzięki otwartemu mówieniu o problemie.

Dialogowość (7) oraz moderowanie rozmów w grupie społecznej pacjenta należą do zadań terapeutów (Seikkula, Arnkil, 2018b, 2018a).

Terapeuci pracujący w podejściu ODA koncentrują swoje wysiłki na moderowaniu dialogu między zespołem terapeutycznym, pacjentem i jego siecią wsparcia społecznego. Podkreśla się też znaczenie słuchania i adekwatnego reagowania na wypowiedzi. Seikkula (Seikkula, Arnkil, 2018a) zaznacza, że aktywne słuchanie jest nawet ważniejsze niż sama interwencja lub terapeutyczna interpretacja monologów pacjentów. Dostosowanie podejścia terapeutycznego do zmieniających się potrzeb jednostek i ich rodzin oraz włączenie terapii i interwencji rodzinnej w sytuacji doświadczenia kryzysu sprawiają, że metoda zyskuje coraz większe uznanie (Lakeman, 2014).

Uwzględnienie perspektywy środowiska – rodziny, szkoły czy pracy – oraz pierwsze dane dotyczące efektywności metody (Aaltonen, Seikkula, Lehtinen, 2011; Bergström i in., 2017, 2018; Freeman, Tribe, Stott, Pilling, 2019; Gromer-Thomas, 2012; Seikkula, Alakare, Aaltonen, 2001; Seikkula i in., 2003, 2006) są obiecujące. Krytyczny przegląd danych wskazuje jednak na brak spójności i błędy metodologiczne, które nie pozwalają na generalizację wyników (Freeman i in., 2019). Badanie efektywności ODA napotyka typowe problemy w pomiarach skuteczności metod psychoterapeutycznych. Wydaje się, że dotychczasowe badania wymagają bardziej usystematyzowanych i jasno zdefiniowanych metod naukowych (choćby jasnego kanonu metod jakościowych i ilościowych). Może to być proces bardziej złożony niż w klasycznych badaniach kwestionariuszowych, ponieważ efekt tej metody z samego założenia zależy od bardzo wielu czynników. Trudno też tutaj o sensowny redukcjonizm empiryczny bez utraty istoty procesu psychoterapeutycznego (np. zasoby i bariery w środowisku lub zależności systemowe między rodziną, dzieckiem czy szkołą). Kolejnym czynnikiem mogącym istotnie wpływać na wyniki są kwalifikacje specjalistów (tzw. *fidelity criteria*). Specjaliści mogą sądzić, że stosują ODA, jednak najczęściej są po różnych szkołach, o różnym czasie trwania (jednorocznych, dwuletnich czy po całościowych szkoleniach czteroletnich). Projekt <https://www.hopendialogue.net/> jest pierwszym badaniem międzynarodowym, uwzględniającym *fidelity criteria* w ocenie efektywności ODA w różnych krajach.

Badania nad nową metodą są wstępnie obiecujące, pomimo głosów krytycznych. Otwarty Dialog jest spójny z założeniami deinstytucjonalizacji, budowania sieci wsparcia w lokalnym środowisku z wykorzystaniem istniejących w nim zasobów. Promując oddziaływania psychospołeczne i terapeutyczne, badacze opowiadają się za założeniami ODA, w której farmakoterapia nie jest metodą pierwszego wyboru. Jak wskazują Lakeman i Whitaker (Lakeman, 2014; Whitaker, 2010), zastosowanie ODA przez dwa lata umożliwiło powrót do życia zawodowego aż 84% pacjentów po pierwszym epizodzie psychozy. Wykazano też, że u 67% pacjentów nie występował nawrót objawów psychotycznych w ciągu pięciu lat obserwacji (Thomas, 2011).

Badacze podkreślają również, że pozytywne oddziaływanie ODA dodatkowo wpływa na wzrost jakości życia oraz obniża śmiertelność (w efekcie ograniczenia wpływu działań ubocznych stosowanych wcześniej leków przeciwpsychotycznych; Waterreus i in., 2012; Weinmann, Read, Aderhold, 2009).

Przeobrażenie klasycznej opieki psychiatrycznej w Finlandii na rzecz kompleksowej opieki środowiskowej przyniosło wymierne rezultaty – innowacyjny model okazał się na tyle skuteczny, że liczba i długość hospitalizacji w szpitalach/na oddziałach psychiatrycznych zmalały bez konieczności wieloletniej farmakoterapii (Bergström i in., 2018; Kłapciński, Rymaszewska, 2015; Seikkula, Arnkil, 2018b; Seikkula i in., 2006). Pacjenci objęci programem ODA częściej wracali do pracy oraz podejmowali aktywność edukacyjną – byli w stanie rozpocząć nowe studia lub wrócić na dotychczasowe. Na podstawie pięcioletniej obserwacji Seikkula (Seikkula i in., 2006) wykazał, że 86% pacjentów podjęło aktywność zawodową lub aktywnie poszukiwało pracy.

Kamieniem milowym w rozwoju stosowania ODA była realizacja Fińskiego Narodowego Programu Leczenia Schizofrenii 1981–1987 (Pylkkänen, 2011; Tuori i in., 1998). Dziesięcioletnia ewaluacja rezultatów projektu wykazała, że interwencja psychosocjalna obniżyła zapotrzebowanie na hospitalizację o 60%, a w 68% przypadków skróciła czas pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych (Lehtinen, Taipale, 2001; Tuori i in., 1998). Podobne projekty realizowane były w innych krajach skandynawskich – szwedzki Parachute Project również wykazał, że terapia dostosowana do potrzeb, skoncentrowana na aspektach psychosocjalnych, znacząco zredukowała potrzebę stosowania neuroleptyków (Cullberg i in., 2002, 2006).

Sukces, jaki metoda odniosła w Finlandii, wzbudził chęć jej wdrożenia do systemów opieki psychiatrycznej w innych państwach. Duże zainteresowanie wykazywano m.in. w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych (Buus i in., 2017, 2019; Gordon, Gidugu, Rogers, DeRonck, Ziedonis, 2016; Olson, Seikkula, Ziedonis, 2014; Razzaque, Wood, 2015; Tribe, Freeman, Livingstone, Stott, Pilling, 2019). Klinicyści podkreślają, że innowacyjność metody polega na *tolerancji niepewności*, która stanowi zaprzeczenie podejścia skoncentrowanego na chorobie (Razzaque, Wood, 2015). Rozmowy budują poczucie bezpieczeństwa, mobilizują zasoby pacjenta oraz jego rodziny. Wydaje się więc, że tolerancja niepewności zapewnia im czas na zrozumienie istoty problemu i znalezienie rozwiązań, które przez szybsze podejmowanie decyzji mogłyby zostać przedwcześnie wykluczone (Gordon i in., 2016). Pomimo niezaprzeczalnych korzyści to właśnie ten element przysparza klinicyście największą trudność. Podkreślają, że do rozwijania tej metody terapeutycznej niezbędne są właściwe szkolenia, warsztaty i treningi z doświadczonymi terapeutami (Jones, 2019).

Dostępne dane literaturowe potwierdzają fakt nieustannego zainteresowania klinicystów zastosowaniem i doskonaleniem ODA. W środowiskach terapeutycznych, m.in. w Stanach Zjednoczonych oraz Wielkiej Brytanii, rozpoczęto szkolenia pracowników służby zdrowia mające na celu poszerzenie sieci wsparcia społecznego pacjentów (Razzaque, Stockmann, 2016; Stockmann i in., 2019). Budowanie grup wzajemnego wsparcia przez osoby, które również wcześniej doświadczały kryzysu i otrzymywały pomoc ze strony środowisk medycznych, podnosi zaufanie chorych do zespołów terapeutycznych. Pomoc grupy jest szczególnie istotna, jeśli pacjent nie ma wystarczającego wsparcia w swoim otoczeniu (Razzaque, Stockmann, 2016). Klinicyści podkreślają, że rozszerzanie kompetencji zespołów terapeutycznych o grupy wsparcia pozwala wspierać rozwój osobowości, rozwijać nowe umiejętności oraz zapobiegać wypaleniu zawodowemu terapeutów. Grupa wsparcia sprzyja wzrostowi pewności oraz niezależności pacjenta, wyklucza jego społeczną izolację, a to przekłada się na poprawę jakości życia. Grupy wsparcia w placówkach realizujących świadczenia terapeutyczne zwiększają wzajemną świadomość problemów pacjentów oraz umiejętności komunikacyjne między członkami zespołów terapeutycznych, a tym samym ich skuteczność (Repper, Carter, 2011). Pracujący na oddziałach psychiatrycznych klinicyści chętnie implementujący ODA podkreślają też, że wartość, jaką niosą ze sobą wprowadzane zmiany, czyli zwiększenie skuteczności metod terapeutycznych, nie indukuje żadnych dodatkowych kosztów (Rosen, Stoklosa, 2016).

Implementacja ODA przysparzała klinicyście obaw co do zakresu ich umiejętności. Nie mieli także pewności, czy wdrożenie nowego podejścia terapeutycznego spełni oczekiwania pacjentów przyzwyczajonych do dotychczasowych rozwiązań (Mairs, Bradshaw, 2005). Podjęcie działań innych niż nawykowe i zautomatyzowane było wyzwaniem również dla klinicystów, wprowadzenie innowacyjnej metody oznacza bowiem budowanie odmiennej relacji z pacjentem oraz wydłużenie czasu interwencji. Uwzględnienie relacji z najbliższym otoczeniem osoby w kryzysie czy z zaburzeniami psychicznymi sprawia, że oddziaływanie terapeutyczne jest bardziej złożone (Kavanagh, 2016). W Wielkiej Brytanii przeprowadzono badania ankietowe wśród beneficjentów ODA oraz klinicystów (Razzaque, Wood, 2015). Wykazano, że w celu uzyskania właściwych efektów tej metody potrzebne są określone,

specyficzne dla niej procedury. Niektórzy podkreślali, że jest to wręcz niezbędny element, który sprzyja zaangażowaniu terapeutów i daje poczucie bezpieczeństwa pacjentom. Dla niektórych pacjentów poczucie braku jasno określonego celu spotkania terapeutycznego (w porównaniu z wcześniejszymi doświadczeniami) było bowiem przyczyną dodatkowego stresu.

Zdystansowanie społeczne oraz obawy terapeutów względem ODA nie odwiódło jednak klinicystów od jej stosowania i oceny możliwości implementacji w innych populacjach (Freeman i in., 2019; Razzaque, Wood, 2015). Należy zauważyć, że wraz z coraz szerszym zastosowaniem ODA wielu początkowo sceptycznych terapeutów zmieniło zdanie co do jej skuteczności. Podkreślali, że metoda pozytywnie wpływa na jakość kontaktu terapeutycznego, co przekłada się na zadowolenie pacjentów z opieki (Stockmann i in., 2019; Tribe i in., 2019). Autentyczność relacji z pacjentem, możliwość swobodnych rozmów i ekspresji emocji stanowi według terapeutów największą zaletę ODA (Tribe i in., 2019).

OTWARTY DIALOG W POLSCE

Prekursorem Metody Otwartego Dialogu była Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu. Celem działalności Fundacji jest aktywne wspieranie w procesie zdrowienia osób doświadczających trudności w zakresie zdrowia psychicznego. Wzorując się na doświadczeniach psychiatrów oraz psychoterapeutów z Finlandii, Fundacja podjęła międzynarodową współpracę, której efektem była inicjacja przeniesienia rozwiązań terapeutycznych na grunt polski. Facylitatorzy procesu zmian w systemie zdrowia psychicznego i pomocy społecznej w Polsce podkreślają, że celem metody jest zapewnienie uczestnikom spotkań terapeutycznych i możliwości bycia wysłuchanym. Założenie to umożliwia terapeutom pracującym w środowisku osoby doświadczającej kryzysu skoncentrowanie się nie tylko na odnalezieniu porozumienia, lecz także na odbudowaniu relacji, które dotychczas nie gwarantowały bezpiecznej przestrzeni na rozwój.

OTWARTY DIALOG I ŚRODOWISKOWE CENTRA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Doświadczenia krajów Europy Zachodniej pokazują, że skuteczna pomoc osobom z nawet poważnymi zaburzeniami psychicznymi może odbywać się w ich naturalnym środowisku. Wynika z tego, że opieka psychiatryczna jest wówczas równie efektywna, nawet jeśli odbiega od tradycyjnego leczenia dolegliwości somatycznych, unikając hospitalizacji już w założeniach organizacyjnych (Kochański, 2016). Badania, które uwzględniały proces przekształcania opieki psychiatrycznej w opiekę środowiskową, wykazują korzystny wpływ takich zmian na proces zdrowienia osoby dotkniętej zaburzeniem/kryzysem psychicznym. Podkreślają także innowacyjność modelu opieki, w którym nadrzędnym elementem jest utożsamianie systemu opieki z najbliższą społecznością pacjenta (Mezzina, 2014).

Rozwiązania opieki psychiatrycznej na świecie nie są jednolite, niemniej jednak wszystkie podkreślają znaczenie opieki środowiskowej. W ostatnich latach, na podstawie raportów WHO, w ramach reformy systemu opieki psychiatrycznej w Belgii odchodzi się od dużych centrów na rzecz działań podejmowanych na szczeblu lokalnym, tworzenia mniejszych ośrodków oraz mobilnych zespołów. Zespół specjalistów świadczy pomoc psychologiczną i psychiatryczną osobom, które według dawnego systemu kwalifikowałyby się do hospitalizacji.

W Szwecji osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą uzyskać wsparcie asystenta, który pomaga w codziennym funkcjonowaniu, bądź mogą otrzymać zakwaterowanie w domu z całodobową opieką specjalistów. Osoby doświadczające kryzysu mają także możliwość podjęcia pracy chronionej.

Podobną drogą podąża Polska, gdzie w ostatnich latach powstały Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego, szczególnie dla dzieci i młodzieży (Lenkiewicz, 2020). Ośrodki te oferują opiekę specjalistów, angażują zespoły mobilne, a także zapewniają fizyczne włączenie osób doświadczających kryzysów psychicznych w lokalne społeczności, tym samym nie ograniczając zdolności oraz gotowości osób do pełnego uczestnictwa w życiu ogólnie pojętego społeczeństwa. Utworzeniu zarówno Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego, jak i ODA przyświeca idea leczenia z wykorzystaniem zasobów najbliższego otoczenia. Oba te podmioty podkreślają znaczenie leczenia środowiskowego i wzajemnie się uzupełniają. Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego zakładają odejście od modelu azylowego, izolowania chorego, na rzecz podejmowania zintegrowanych działań z zakresu usług medycznych, społecznych i edukacyjnych w celu włączenia osoby doświadczającej kryzysu psychicznego w życie lokalnej społeczności. Idea ta koncentruje się na wykorzystaniu wszystkich możliwych zasobów pacjenta i jego rodziny w celu zapobiegania wykluczeniu osoby w kryzysie z życia społecznego, zawodowego. Aktywne funkcjonowanie w społeczeństwie, podejmowanie aktywności zawodowych traktowane jest jako najlepszy sposób rehabilitacji (Kłapciński, Rymaszevska, 2015). Potrzeba wdrożenia oddziaływań psychospołecznych, podejmowania zintegrowanych działań z zakresu usług medycznych, społecznych i edukacyjnych, a także refleksja nad dotychczasowym modelem terapeutycznym skłoniła terapeutów do utworzenia Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego. Jednostki te dzięki ODA realizują działania, które osobom w kryzysie psychicznym pomagają wrócić do codziennych obowiązków i relacji rodzinnych. Dzięki podejściu holistycznemu zespół terapeutyczny ma możliwość nie tylko zweryfikowania założeń, ale również sformułowania rekomendacji systemowych dotyczących opieki psychiatrycznej w Polsce.

Człowiek w procesie zdrowienia intuicyjnie szuka rozwiązań odpowiadających jego potrzebie rozwoju, dążąc tym samym do pełnego i świadomego uczestnictwa w życiu społecznym. Gdy osoby doświadczające kryzysu psychicznego są współtwórcami rozwiązań własnych problemów, rozwiązania te naturalnie wzmacniają proces zdrowienia. Wszelkie propozycje pomocy kierowane do chorych muszą uwzględniać głos samych potrzebujących. U podstaw Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego leży przekonanie, że to właśnie dialog odgrywa funkcję terapeutyczną i jednocześnie „zdejmuje (stygmatyzującą) kłótnię” zawartą w diagnozie psychiatrycznej. Budowa systemu ochrony zdrowia psychicznego nie zostanie zrealizowana bez perspektywy osobistego doświadczania kryzysu oraz procesu zdrowienia. Perspektywa ta wnosi niezwykle cenne informacje i ujawnia potrzeby, które trudno jest dostrzec z punktu widzenia osób pomagających profesjonalnie.

PODSUMOWANIE

Na podstawie dostępnych doniesień literaturowych należy uznać, że Otwarty Dialog jest sprawdzoną metodą terapeutyczną, wymaga jednak odpowiednio przeszkolonego i licznego personelu oraz dobrej organizacji systemów opieki zdrowotnej. Sposoby rozwiązywania problemów zdrowia psychicznego, możliwość uzyskania wczesnej interwencji, zaangażowanie zespołów terapeutycznych, a także przełamanie stereotypu dotyczącego gwarancji efektywności leczenia jedynie w szpitalu stanowią zakres odpowiedzialności lokalnej społeczności. Hospitalizacja w niektórych przypadkach bywa oczywiście nieunikniona, jednak założenia Otwartego Dialogu uwzględniają dążenie do tego, aby pobyt w placówce trwał jak najkrócej. Doświadczenia klinicystów z innych krajów wskazują, że zasadne jest podejmowanie leczenia w środowisku chorego, leczenia angażującego możliwie najszerszą dostępną sieć społeczną, ponieważ jak najszybsze podjęcie terapii w naturalnym środowisku niweluje ryzyko utraty roli społecznej pacjenta (Krawczyk i in., 2015).

Wykorzystywanie ODA w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego gwarantuje, że świadczona pomoc jest adekwatną odpowiedzią na potrzeby osób doświadczających kryzysu psychicznego. Komplementarność założeń takich jak rozbudowanie sieci pomocy przez włączenie instytucji zewnętrznych, współpracujących w środowisku lokalnym (ośrodki interwencji kryzysowej, zespoły mobilne, poradnie), oraz udzielanie natychmiastowej pomocy sprzyja rozwojowi modeli pomocy psychiatrycznej opartych na szerokim rozumieniu kryzysów psychicznych.

Szansa na skuteczność zarówno ODA, jak i Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego tworzonych w Polsce wydaje się wysoka. Na razie jednak pozostaje jedynie szansą. Potrzebne są szeroko zakrojone badania skuteczności wprowadzonych zmian, zarówno w zakresie indywidualnego polepszenia funkcjonowania i jakości życia osób z zaburzeniami lub w kryzysie, społecznego odbioru i funkcjonowania tych zmian, jak i ich społecznych i ekonomicznych konsekwencji. Badania naukowe tego dotyczące wydają się koniecznym następnym krokiem.

BIBLIOGRAFIA

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Lehtinen, K. (2011). The comprehensive Open-Dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3, 179–191. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.601750>
- Alanen, Y. O. (2000). *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Anderson, H. (2007). The heart and spirit of collaborative therapy: The philosophical stance – „A way of being” in relationship and conversation. W: H. Anderson, D. Gehart (red.), *Collaborative therapy: relationships and conversations that make a difference* (s. 43–59). Nowy Jork: Routledge.
- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Königäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Seikkula, J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*, 9(4), 310–321. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1344295>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Königäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., ... Aaltonen, J. (2018). The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Błądziński, P., Cechnicki, A., Bogacz, J., Cichocki, Ł. (2014). Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 23, 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.pin.2014.06.004>
- Buus, N., Bikic, A., Kragh Jacobsen, E., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., Rossen, C. B. (2017). Adapting and implementing Open Dialogue in the Scandinavian countries: a scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 391–401. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1269377>
- Buus, N., Kragh Jacobsen, E., Bojesen, A. B., Bikic, A., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., Erlangsen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: a retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Londyn: Tavistock.
- Cechnicki, A. (2009). W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich. Pro memoria Professor Antoni Kepiński. *Psychoterapia*, 3(150), 43–55.
- Cullberg, J., Levander, S., Holmqvist, R., Mattsson, M., Wieselgren, I.-M. (2002). One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 276–285. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02376.x>
- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S., Holmqvist, R., Tomsmark, L., Elingfors, C., Wieselgren, I.-M. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish „Parachute Project” and two comparison groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 274–281. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00788.x>
- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 698–700. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx061>
- Felgoise, S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., Reinecke, M. A. (red.). (2005). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Heidelberg: Springer.
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H., Pilling, S. (2019). Open Dialogue: a review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70, 46–59. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Goldman, P. S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Bradford, B., Christopoulos, A., Ken, P. L. A., Cuthbert, C., ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 2: policy and practice recommendations for global, national, and local actors. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4, 606–633. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30060-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30060-2)
- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E. S., DeRonck, J., Ziedonis, D. (2016). Adapting Open Dialogue for early-onset psychosis into the U.S. health care environment: a feasibility study. *Psychiatric Services*, 67, 1166–1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271>

- Gromer-Thomas, J. (2012). Need-adapted and Open-Dialogue treatments: empirically supported psychosocial interventions for schizophrenia and other psychotic disorders. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 14, 162–177. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.14.3.162>
- Heszen-Niejodek, I. (red.). (2002). *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., ... Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71, 706–715. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.112>
- Ijzendoorn, M. H. van, Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7, 703–720. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30399-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30399-2)
- Jones, T. M. (2019). *Nurses experiences on using open dialogue approach in a local mental health service: An interpretative phenomenological analysis* (rozprawa doktorska, School of Healthcare Sciences Cardiff University). Pobrane z: <https://orca.cardiff.ac.uk/130876/19/CM20002637> - Doctor of Advanced Healthcare Practice - Thesis - FINAL for....pdf
- Kalita, L., Chrzan-Dętko, M. (2018). Program stażowy jako skuteczne i opłacalne narzędzie zwiększania dostępności psychoterapii. *Psychoterapia*, 3(186), 39–53.
- Kavanagh, D. J. (2016). What the problem may be with family intervention . . . and with dissemination more generally: a commentary. *Australian Psychologist*, 51, 69–72. <https://doi.org/10.1111/ap.12205>
- Kepiński, A. (2013). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kiejna, A., Adamowski, T., Piotrowski, P., Moskalewicz, J., Wojtyniak, B., Świątkiewicz, G., ... Kessler, R. (2015). „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” – metodologia badania. *Psychiatria Polska*, 49, 5–13. <https://doi.org/10.12740/PP/30810>
- Kłapiński, M., Rymaszewska, J. (2015). Open Dialogue approach – about the phenomenon of Scandinavian psychiatry. *Psychiatria Polska*, 49, 1179–1190. <https://doi.org/10.12740/PP/36677>
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopoulou, V., Hallam, A., Fenyo, A., Marks, I. M., ... Muijen, M. (1994). Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 195–203. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.195>
- Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., Smith, M. (2011). The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health & Social Care in the Community*, 19, 113–125. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00969.x>
- Kochański, A. (2016). Koncepcja funkcjonowania środowiskowego centrum zdrowia psychicznego. W: J. Niczyporuk, A. Czernikiewicz, Z. R. Kmiecik, M. Michalak, M. Furtak-Niszczyporuk, E. Czech, ... M. Szewczak, *Strategia wdrażania woluntarystycznego modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej* (s. 297–327). Lublin: Instytut Spraw Administracji Publicznej.
- Korzeniowski, L., Pużyński, S. (1986). *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* (3. wyd.). Warszawa: PZWL.
- Krawczyk, A., Solarz, A., Wciórka, J. (2015). Otwarty dialog w kryzysie psychotycznym. *Medycyna Praktyczna – Psychiatria*, 2, 84–91.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa: pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Lakeman, R. (2014). The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. *Psychotherapy in Australia*, 20, 26–33.
- Lehtinen, V., Taipale, V. (2001). Integrating mental health services: the Finnish experience. *International Journal of Integrated Care*, 1(2). <http://doi.org/10.5334/ijic.30>
- Lenkiewicz, K. (2020). Model EZRA – opieka środowiskowa w leczeniu zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 155–168.
- Lipsey, M. W., Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.48.12.1181>
- Mairs, H., Bradshaw, T. (2005). Implementing family intervention following training: What can the matter be? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 488–494. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00871.x>
- Malone, D., Newron-Howes, G., Simmonds, S., Marriot, S., Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000270. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000270.pub2>
- Meder, J., Jarema, M., Araszkiwicz, A. (2008). *Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce: Raport*. Warszawa–Poznań: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and beyond: an „open door–no restraint” system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 440–445. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000142>
- Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (red.). (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. Pobrane z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2019/07/EZOP-I_Raport_min.pdf / <https://ezop.edu.pl/publikacje/>
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37–74. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314>

- Murawiec, S., Litwin, D. M., Seroka, N., Kudlik, A., Sterna, W., Matuszczyk, M. (2019). Nastawienie lekarzy psychiatrów wobec psychoterapii jako formy leczenia zaburzeń psychicznych – ponowne badanie w 2018 roku. *Psychiatria*, 16, 16–25.
- O'Connell, M. E., Boat, T., Warner, K. E. (red.). (2009). Benefits and costs of prevention. W: National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions, *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities* (s. 241–262). Washington, D.C.: National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32767/>
- Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union (2018). *Health at a glance: Europe 2018. State of health in the EU cycle*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Ohrnberger, J., Fichera, E., Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: a mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>
- Olson, M., Seikkula, J., Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. Worcester, MA: The University of Massachusetts Medical School.
- Pylkkänen, K. (2011). Finnish psychiatry – past and present. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66 Supl. 1, 14–24. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.590604>
- Razzaque, R., Stockmann, T. (2016). An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *BJPsych Advances*, 22, 348–356. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015230>
- Razzaque, R., Wood, L. (2015). Open Dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community Mental Health Journal*, 51, 931–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9849-5>
- Repper, J., Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20, 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Ritchie, H., Roser, M. (2018). *Mental health*. Pobrane z: <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Rosen, K., Stoklosa, J. (2016). Finland in Boston? Applying Open Dialogue ideals on a psychotic disorders inpatient teaching unit. *Psychiatric Services*, 67, 1283–1285. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600340>
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Florez, J., ... Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9, 131–144. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16, 214–228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. W: S. Friedman (red.), *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy* (s. 62–80). Nowy Jork: Guilford Press.
- Seikkula, J. A., Alakare, B., Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267–284. <https://doi.org/10.1080/10720530126129>
- Seikkula, J., Alakare, B. (2012). Open dialogues with patients with psychosis and their families. W: Romme, M., Escher, S. (red.), *Psychosis as a personal crisis: an experience-based approach* (s. 116–128). Londyn–Nowy Jork: Routledge.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5, 163–182. Pobrane z: <http://jaakkoseikkula.com/wp-content/uploads/2016/05/ehssschizophreniaod2002-1.pdf>
- Seikkula, J., Arnkil, T. (2018a). *Dialog sieci społecznych*. Warszawa: Paradigmat.
- Seikkula, J., Arnkil, T. (2018b). *Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności. Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Stockmann, T., Wood, L., Enache, G., Withers, F., Gavaghan, L., Razzaque, R. (2019). Peer-supported Open Dialogue: a thematic analysis of trainee perspectives on the approach and training. *Journal of Mental Health*, 28, 312–318. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340609>
- Thomas, S. P. (2011). Open-dialogue therapy: can a Finnish approach work elsewhere? *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 613. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.608314>
- Tribe, R. H., Freeman, A. M., Livingstone, S., Stott, J. C. H., Pilling, S. (2019). Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open*, 5(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.38>
- Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., Jääskeläinen, J., Kokkola, A., Ojanen, M., ... Alanen, Y. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 10–17. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb09956.x>
- van Harmelen, A.-L., Gibson, J. L., St Clair, M. C., Owens, M., Brodbeck, J., Dunn, V., ... Goodyer, I. M. (2016). Friendships and family support reduce subsequent depressive symptoms in at-risk adolescents. *PLOS ONE*, 11(5): e0153715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153715>
- Waterreus, A., Morgan, V. A., Castle, D., Galletly, C., Jablensky, A., Di Prinzio, P., Shah, S. (2012). Medication for psychosis-consumption and consequences: the second Australian national survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 762–773. <https://doi.org/10.1177/0004867412450471>
- Wciórka, B., Wciórka, J. (2008). *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, BS/124/2008. Warszawa: CBOS.

- Weinmann, S., Read, J., Aderhold, V. (2009). Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophrenia Research*, 113, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.05.018>
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America* (1. wyd.). Nowy Jork: Crown.
- Ziguras, S. J., Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410–1421. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1410>
- ZUS (2020). *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2019 r.* (s. 81). ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych.

KWESTIONARIUSZ ZAAWANSOWANIA W UWAŻNOŚCI (POLSKA ADAPTACJA I WALIDACJA)

STANISŁAW RADOŃ* 

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

STRESZCZENIE

Celem artykułu była polska adaptacja kwestionariusza MINDSENS, służącego do pomiaru zaawansowania w uważności oraz innych technik opartych na medytacji. Próbę badawczą stanowiły dwie grupy osób: 1) z doświadczeniem w medytacji ($N = 656$, tj. 74,6%, w tym medytacja chrześcijańska – 33,5%; uważność – 24,4%; techniki koncentracyjne, m.in. joga i medytacja transcendentna – 16,2%) oraz 2) bez doświadczenia medytacyjnego ($N = 226$, tj. 25,4%), kontrolowane pod względem długości i częstotliwości praktykowania oraz zaburzeń. Przeprowadzona procedura walidacyjna wykazała, że polska adaptacja MINDSENS, tj. *Kwestionariusz zaawansowania w uważności* (Obserwowanie, Niereaktywność i Decentracja) charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi pod względem rzetelności łącznej ($0,74 \leq CR \leq 0,93$) i zbieżnej ($0,82 \leq H \leq 0,93$), stabilności bezwzględnej ($0,76 \leq r_{tt} \leq 0,82$), trafności wewnętrznej (model 3-czynnikowy z bifaktorem) oraz zewnętrznej. Kwestionariusz ten może więc być użytecznym narzędziem służącym do pomiaru zaawansowania w uważności w stosunku do osób z doświadczeniem medytacyjnym, a pochodzących zarówno z populacji klinicznych, jak i pozaklinicznych, w wieku od 15 do 72 lat.

UWAŻNOŚĆ
JAKOŚĆ PRAKTYKOWANIA
ZAAWANSOWANIE W UWAŻNOŚCI
WALIDACJA
KWESTIONARIUSZ

SŁOWA KLUCZOWE

23	WPROWADZENIE
25	METODY BADAWCZE
25	Uczestnicy
25	Procedura badawcza
26	Narzędzia badawcze
26	ANALIZY
26	Trafność wewnętrzna
29	Rzetelność
30	Trafność zewnętrzna
31	DYSKUSJA WYNIKÓW
32	POSTULATY I OGRANICZENIA
33	BIBLIOGRAFIA
36	ZAŁĄCZNIK



MINDFULNESS ADVANCEMENT QUESTIONNAIRE (POLISH ADAPTATION AND VALIDATION)

ABSTRACT

This paper aimed to adaptation of the MINDSENS questionnaire used to measure of advancement in mindfulness among meditators and nonmeditators. The research sample consisted of two groups of people: 1) with meditation experience ($N = 656$: 74.6% including Christian meditation – 33.5%; mindfulness – 24.4%; concentration techniques such as yoga and transcendental meditation – 16.2%), and 2) without meditation experience ($N = 226$: 25.4%) controlled for length and frequency of meditation practice and disorders. The validation procedure showed that the Polish adaptation of MINDSENS i.e., the *Mindfulness Advancement Questionnaire* (Observing, Non-Reactivity, and Decentration) demonstrated the solid factor structure (3-factor model with bifactor), high factor loadings, good composite ($0.74 \leq CR \leq 0.93$) and construct reliability ($0.82 \leq H \leq 0.93$), fine absolute stability ($0.76 \leq r_{tt} \leq 0.82$), and solid external validity. Thus, the validated questionnaire can be used as valuable measure of mindfulness advancement in meditators, clinical and nonclinical populations, aged 15–72.

KEYWORDS

mindfulness, mindfulness advancement, validation, questionnaire

WPROWADZENIE

Uważność (ang. *mindfulness*) to wywodząca się z buddyzmu świecka technika medytacyjna, wprowadzona do psychologii zdrowia na przełomie lat 70. i 80. przez Jonę Kabat-Zinnę w Klinice Leczenia Stresu (Stress Reduction Clinic), mieszczącej się w szpitalu w Massachusetts. W klinice tej Jon Kabat-Zinn zaczął po raz pierwszy z powodzeniem stosować treningi uważności (*Mindfulness Based Stress Reduction*; MBSR) do leczenia pacjentów cierpiących na chroniczny ból (por. Kabat-Zinn, 2003). Stosowane w praktyce klinicznej treningi MBSR okazały się efektywne również w leczeniu m.in. takich zaburzeń jak: depresja, lęk, zaburzenia osobowości z pogranicza, zaburzenia jedzenia, dysfunkcje seksualne.

Uważność definiowana jest najczęściej jako receptywny stan świadomości, będący efektem ciągłego i celowego kierowania uwagi na to, co dzieje się w chwili obecnej, w sposób nieoceniający i nieosądzający (Kabat-Zinn, 2003). W tym sensie rozumiana jest jako pewien stan umysłu, w którym osoba nie ocenia swoich myśli, doznań, wyobrażeń i uczuć, a jedynie staje się ich bardziej świadoma. W tym znaczeniu bycie uważnym oznacza nie skupienie się na konkretnym obiekcie, odczuciu, myśli czy uczuciu, ale akceptujący styl ustosunkowania się wobec każdego pojawiającego się zjawiska (niezależnie od tego, czym ono jest).

Wyniki metaanaliz oraz systematycznych przeglądów potwierdzają pozytywną efektywność – stosowanych zarówno w warunkach klinicznych, jak i pozaklinicznych – interwencji opartych na uważności (por. Heber i in., 2017). Efektywność tych interwencji jest zdecydowanie lepsza niż terapii standardowych i porównywalna do efektywności terapii kognitywno-behawioralnych (ang. *cognitive behavioral therapy*, CBT) oraz farmakoterapii (A-Tjak i in., 2015; Heber i in., 2017; Khoury i in., 2013). Okazuje się, że pozytywne zmiany obserwowane są nie tylko w procesach kognitywnych, afektywnych i behawioralnych (Khoury i in., 2017; Sedlmeier i in., 2012; Tang, 2017), ale również w dziedzinie funkcjonowania oraz struktury mózgu (Fox i in., 2012, 2014, 2016; Fox, Spreng, Ellamil, Andrews-Hanna, Christoff, 2015; Radoń, 2020a; Tang, 2017).

Należy podkreślić, że uważność może być rozumiana zarówno jako cecha psychiczna, jak i stan, czyli zdolność, którą można wytrenować w ciągu określonego czasu (por. Davidson, 2010). Potwierdzają to wyniki badań, które dowodzą, że systematyczne praktykowanie uważności wywołuje liczne pozytywne zmiany, zarówno po treningach długoterminowych (zmiany w zakresie cechy, utrzymujące się długi czas), jak i treningach krótkotrwałych (zmiany w zakresie stanu; por. Radoń, 2020a; Tang, 2017).

Jak dowodzą niektórzy badacze, brak wyróżnienia tych dwóch odmiennych aspektów uważności, tj. cechy (świadczącej o posiadaniu określonych predyspozycji osobowościowych albo o zaawansowaniu w praktykowaniu uważności) oraz stanu (wykształcone podczas treningów medytacyjnych specyficzne umiejętności), jest główną przyczyną braku spójności uzyskiwanych wyników badawczych (por. Davidson, 2010; Duan, Li, 2016; Grossman, 2011; Medvedev, Krägeloh, Narayanan, Siegert, 2017; Rau, Williams, 2016; Soler i in., 2014). Dotyczy to również narzędzi badawczych służących do pomiaru nasilenia uważności, które nie różnicują precyzyjnie tych jej dwóch aspektów (Medvedev i in., 2017; Radoń, 2020b).

Należy podkreślić, że większość opracowanych narzędzi odnosi się do pomiaru cechy uważności (por. Baer, 2019): *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown, Ryan, 2003; polska walidacja: Radoń, 2014c), *Cognitive Affective Mindfulness Scale – Revised*

(CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, Laurenceau, 2007) i *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer, Smith, Allen, 2004). Inne narzędzia odnoszą się do uważności jako *stanu*, tj. *State Mindfulness Scale* (SMS; Tanay, Bernstein, 2013) oraz *Toronto Mindfulness Scale* (TMS; Lau i in., 2006). Jednak kilka narzędzi zdaje się mierzyć równocześnie oba jej wymiary, tj. i cechę, i stan (por. Baer, 2007; Duan, Li, 2016; Rau, Williams, 2016). Dotyczy to szczególnie *Five Facet Mindfulness Questionnaire*, FFMQ, i jego skróconej wersji, tj. FFMQ-SF (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, Toney, 2006; polskie walidacje: Radoń, 2014b; Radoń, Rydzewska, 2018) oraz *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI; Buchheld, Walach, 2002; polska adaptacja: Radoń, 2017).

Aktualnie najbardziej palącym problemem stojącym przed badaczami jest zbudowanie takiego narzędzia, które trafnie oceniałoby zmiany w zakresie stanu (wyuczone podczas treningów medytacyjnych umiejętności; Parsons, Jensen, Roepstorff, Fjorback, Linehan, 2019), zwłaszcza dlatego, że niektóre z wykorzystywanych do tej pory narzędzi nie wykazują nieraz żadnych zmian albo zmiany okazują się wręcz negatywne (por. Baer, 2019; Baer, Carmody, Hunsinger, 2012; Medvedev i in., 2017). Odpowiedzialne za to są dwa czynniki, tj. problemy związane z operacjonalizacją uważności oraz niska rzetelność zwalidowanych do tej pory narzędzi (niektórych czynników; por. Radoń, 2020b).

Interesującą próbę stworzenia narzędzia badawczego, które umożliwiłoby ocenę jakości praktykowania uważności nazwanego MINDSENS, podjął zespół Solera (Soler i in., 2014). Grupa badaczy posłużyła się dwoma znanymi narzędziami, jakimi były FFMQ, oceniający predyspozycje do uważności (Grossman, 2011, 2019) oraz *Kwestionariusz doświadczeń* (*Experiences Questionnaire* – EQ), który mierzy postępy w treningach (Soler i in., 2014). Badania walidacyjne przeprowadzono na relatywnie dużej próbie 670 osób, dokonując pomiaru zaawansowania w medytacji (typ medytacji, czas trwania sesji, częstotliwość i długość praktykowania).

Wyniki badań ujawniły, że spośród 50 pozycji (FFMQ – 39 i EQ – 11) dobrymi właściwościami dyskryminacyjnymi charakteryzuje się 19 pozycji, które wysycają trzy czynniki: obserwacja (pięć pozycji z FFMQ), niereaktywność (pięć pozycji z FFMQ) i decentracja (dziewięć pozycji z EQ). Czynniki obserwacja odnosi się do wrażliwości na doznania cieleśne i jest dobrym wskaźnikiem zaawansowania w początkowych stadiach (Baer i in., 2006). Niereaktywność to postawa akceptacji wewnętrznych i zewnętrznych doświadczeń bez potrzeby reagowania na nie w celu ich zmiany (miernik wyższego zaawansowania). Z kolei decentracja odnosi się do zdolności oddzielenia poczucia siebie od swoich myśli i uczuć oraz stanowi miernik najwyższego zaawansowania (Tran, Glück, Nader, 2013; Tran i in., 2014).

Wyodrębnione czynniki uważności – co wykazano w innych badaniach (Baer i in., 2009) – zdają się najtrafniej różnicować osoby systematycznie praktykujące od niepraktykujących lub praktykujących sporadycznie (obserwacja – $d = 0,95$; $p < 0,001$; niereaktywność – $d = 0,85$; $p < 0,001$; decentracja – $d = 0,72$; $p < 0,001$). Czynniki te w 82,3% istotnie odróżniają osoby medytujące codziennie ($N = 121$) od niemedytujących lub medytujących sporadycznie (wysoka korelacja kanoniczna $r = 0,624$; Λ Wilkinsona = 0,610; $\text{Chi}^2 = 194,357$; $p < 0,001$; wysokie wskaźniki wyjaśnianej wariancji w analizie regresji – $0,21 < r^2 < 0,22$; wysokie rotowane ładunki czynnikowe – od 0,53 do 0,64). Czynniki te charakteryzują się także odpowiednim poziomem rzetelności ($0,80 < \alpha < 0,91$).

Ciekawym odkryciem zespołu Solera było potwierdzenie, że zaawansowanie medytacyjne zależy głównie – co wykazano wcześniej w innych badaniach (por. Carmody, Baer, 2008; Feliu-Soler i in., 2013; Soler i in., 2014) – od systematyczności praktykowania (systematyczność praktykowania oceniana jest ogólną liczbą dni w miesiącu spędzonych na praktykowaniu oraz ogólną liczbą miesięcy praktykowania), nie zależy zaś od typu praktykowanej techniki ani czasu trwania pojedynczej sesji medytacyjnej.

Podsumowując, należy stwierdzić, że MINDSENS może być z powodzeniem stosowany do pomiaru z jednej strony jakości praktykowania, a z drugiej – zaawansowania w treningach. Wskazują na to następujące fakty:

- 1) bardzo dobrze różnicuje osoby mające doświadczenie medytacyjne od tych, które takiego doświadczenia nie mają ($p < 0,001$);
- 2) wszystkie czynniki wiążą się pozytywnie i istotnie z długością oraz częstotliwością praktykowania (wysoka korelacja kanoniczna $r = 0,624$; wyższe wskaźniki wyjaśnianej wariancji w analizie regresji – $0,21 < r^2 < 0,22$; wysokie rotowane ładunki czynnikowe – od 0,53 do 0,64; trafna dyskryminacja na poziomie 82,3%);
- 3) wszystkie czynniki są traktowane jako miara zaawansowania w treningach medytacyjnych (Baer, 2007; Baer i in., 2006, 2008; Duan, Li, 2016; Grossman, 2011, 2019; Rau, Williams, 2016; Soler i in., 2014).

W związku z tym, że MINDSENS okazał się wartościowym narzędziem służącym do oceny zarówno jakości praktykowania, jak i zaawansowania w treningach medytacyjnych, podjęto się próby jego adaptacji do warunków polskich. Następnie sprawdzono jego właściwości psychometryczne.

METODY BADAWCZE

UCZESTNICY

Grupę badawczą stanowiły 882 osoby w wieku od 15 do 72 lat ($M = 37,07$; $SD = 10,91$), w tym 78,2% kobiet, a 20,8% mężczyzn (brak istotnych różnic). Osoby badane zostały zrekrutowane za pośrednictwem Facebooka (grupa Mindfulness, czyli osoby praktykujące różne techniki medytacyjne, jak i sympatycy) oraz informacji zamieszczonej na stronie Ośrodka Medytacji Chrześcijańskiej w Lubiniu (medytacja chrześcijańska). Grupę docelową, do której zostały skierowane zaproszenia, stanowiły osoby narodowości polskiej, w tym zarówno osoby związane z medytacją, jak i niezwiązane z żadną szkołą ani praktyką medytacyjną.

Badania zostały przeprowadzone online, anonimowo. Zastosowaną zachętą (nagrodą za wzięcie udziału) było przesłanie interpretacji wyników badań osobom, które wypełnią kwestionariusz i dobrowolnie podadzą adres e-mail.

W próbie tej przeważały osoby praktykujące medytację chrześcijańską (33,5%). Nieco mniej licznie reprezentowaną grupę stanowiły osoby niepraktykujące (25,4%) oraz praktykujące uważność (24,4%). Najmniej liczna grupa obejmowała osoby praktykujące medytację o typie koncentracyjnym (16,2%), najczęściej jogę oraz medytację transcendentalną. W badanej grupie 52,8% osób miało za sobą poniżej jednego roku praktykowania; 25,2% – od roku do 10 lat, a 22% – ponad 10 lat praktykowania. Spośród tych osób 60,2% deklaroowało, że praktykuje sporadycznie, 27,6% – kilka razy w tygodniu, a 12,1% – codziennie. Pod względem zdrowia najwięcej osób deklaroowało problemy fizyczne (49 osób) i zaburzenia depresyjne (45 osób). Nieco mniej osób – lękowe (35 osób), osobowości (25 osób), odżywiania (21 osób), psychotyczne (12 osób) oraz uzależnienia (11 osób).

PROCEDURA BADAWCZA

Sprawdzając właściwości psychometryczne MINDSENS, skorzystano z polskiej adaptacji FFMQ, która to przeszła już proces tłumaczenia i walidacji (Radoń, 2014b). Pozostałe dziewięć pozycji MINDSENS (tj. równocześnie EQ) nie ma polskiego tłumaczenia ani adaptacji, dlatego najpierw przetłumaczono je na język polski, stosując procedurę

tłumaczenia zwrotnego (tłumaczenie przez dwóch niezależnych anglistów, w tym jednego *native speaking*). W ten sposób powstał *Kwestionariusz zaawansowania w uważności* (KZU; zob. Załącznik).

NARZĘDZIA BADAWCZE

W związku z tym, że stosowanie różnych interwencji opartych na uważności skutkuje poprawą w zakresie depresji, lęku, stresu, ruminacji oraz dobrostanu, do sprawdzenia trafności zewnętrznej KZU wykorzystano *Skalę depresji, lęku i stresu* DASS21, *Skalę orientacji pozytywnej* SOP oraz *Kwestionariusz ruminacji-refleksyjności* (KRR; Rumination i Refleksyjność). DASS21 ocenia nasilenie depresyjności, lęku i stresu. Tłumaczenia DASS na język polski dokonała Makara-Studzińska z zespołem (2013). Kwestionariusz charakteryzuje się dobrą rzetelnością ($\alpha = 0,93$) oraz trafnością zbieżną (Henry, Crawford, 2005). SOP służy do oceny tendencji do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia, doświadczeń i samego siebie. Polska adaptacja wykazuje się wystarczającą spójnością wewnętrzną ($\alpha = 0,77-0,84$), stałością ($r_{tt} = 0,84$) oraz trafnością zbieżną (Łaguna, Oleś, Filipiuk, 2011). *Kwestionariusz ruminacji-refleksyjności* to polska adaptacja 13-itemowej wersji *The Rumination-Reflection Questionnaire* (Carter, 2010; Trapnell, Campbell, 1999). Ma on również sprawdzoną rzetelność (ruminacje – $\alpha = 0,77$; refleksyjność – $\alpha = 0,79$), stabilność (ruminacje – $r = 0,91$; refleksyjność – $r = 0,94$) oraz trafność (Radoń, 2014a).

ANALIZY

W związku z tym, że wyniki badań walidacyjnych dotyczących narzędzi mierzących nasilenie uważności sugerują dobre dopasowanie danych empirycznych zarówno do modelu równorzędnego, jak i hierarchicznego (por. Grossman, 2011, 2019; Grossman, Niemann, Schmidt, Walach, 2004; Radoń, 2020b), postanowiono najpierw sprawdzić dopasowanie danych empirycznych polskiej adaptacji do różnych modeli, tj. do 3-czynnikowego równorzędnego, 3-czynnikowego hierarchicznego, 3-czynnikowego drugiego rzędu (niereaktywność i decentracja tworzą czynnik pierwszego rzędu, a obserwacja – drugiego rzędu) oraz 3-czynnikowego z bifaktorem. W następnej kolejności sprawdzono równoważność pomiaru (równoważność konfiguralną, metryczną i skalarną). Potem oceniono rzetelność łączną i zbieżną oraz trafność zbieżną i dyskryminacyjną. Na końcu sprawdzono trafność zewnętrzną.

TRAFNOŚĆ WEWNĘTRZNA

Celem sprawdzenia trafności wewnętrznej posłużono się confirmacyjną analizą czynnikową CFA (tabela 1), w której oceniano wskaźnik dobroci dopasowania ($GFI > 0,9$), wskaźnik dopasowania porównawczego Bentlera ($CFI > 0,8/0,9$), standaryzowany współczynnik błędnego dopasowania ($SRMR < 0,05/0,08$), test bliskości ($PCLOSE \geq 0,05$), granicę błędności dla modeli dobrze dopasowanych ($RMSEA < [0,05;0,08]$) oraz dwa kryteria informacyjne mierzące jakość dopasowania (AIC) i prostotę modelu (BIC).

Tabela 1. Współczynniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej

Model	χ^2	df	GFI	CFI	SRMR	PCLOSE	RMSEA	AIC	BIC
3-czynnikowy równorzędny	650,03	141	0,931	0,933	0,331	0,001	0,065	748,67	983,45
3-czynnikowy hierarchiczny	445,86	140	0,944	0,838	0,058	0,377	0,051	546,44	716,44
3-czynnikowy z bifaktorem	383,23	125	0,956	0,964	0,040	0,544	0,050	513,23	821,14
3-czynnikowy 2. rzędu (15 poz.)	139,78	69	0,978	0,953	0,032	0,999	0,035	241,78	483,37

Adnotacja. χ^2 – test niezależności; *df* – stopnie swobody; GFI – wskaźnik dobroci dopasowania; CFI – wskaźnik porównawczy dopasowania; SRMR – standaryzowany współczynnik błędnego dopasowania; PCLOSE – test bliskości; RMSEA – granica błędu dla modeli dobrze dopasowanych; AIC – kryterium informacji Akaikego; BIC – Bayesowskie kryterium informacyjne; czcionka pogrubiona – model trafny.

W trakcie przeprowadzonej konfirmacyjnej analizy czynnikowej poprawne wskaźniki dopasowania danych empirycznych uzyskano w przypadku modelu z bifaktorem i drugiego rzędu oraz – warunkowo, ze względu na poziom CFI (por. Zakrzewska, 2004) – hierarchicznego. Relatywnie najlepszym dopasowaniem charakteryzuje się model z bifaktorem, jednak pod warunkiem uwolnienia ośmiu, tj. poniżej połowy, stałych regresji w czynniku decentracja (por. Lubiewska, Głogowska, 2018). Poniekąd lepsze dopasowanie do danych empirycznych obserwuje się w przypadku modelu drugiego rzędu (niereaktywność i decentracja tworzą czynniki pierwszego rzędu, a obserwacja – drugiego rzędu), jednak pod warunkiem odrzucenia czterech pozycji z czynnika decentracja (pozycji: 15, 16, 17 i 19) oraz uwolnienia ponad połowy stałych regresji. Podobnie jest w przypadku modelu hierarchicznego, który również zakłada uwolnienie ponad połowy stałych regresji.

W następnej kolejności sprawdzono, czy osoby praktykujące medytację chrześcijańską (technika zbliżona do uważności, z chrześcijańskimi elementami motywacyjnymi), techniki koncentracji (m.in. joga i medytacja transcendentálna) i uważność rozumieją badany konstrukt podobnie. W tym celu zastosowano analizę wielogrupową (MG CFA; Konarski, 2020; Lubiewska, Głogowska, 2018), która pozwala sprawdzić, czy struktura pozycji testowych, ładunków czynnikowych i wartości błędów pozycji są w porównywanych grupach takie same (tzw. równoważność pomiaru, ang. *invariance*). Jak widać z tabeli 2, podczas analiz osiągnięto zarówno równoważność konfiguralną (ogólna struktura pozycji testowych jest w grupach podobna), metryczną (ładunki czynnikowe pozycji są równoważne w grupach), jak i skalarną (stałe regresji w grupach są równe). Szczególnymi tego dowodami są następujące fakty: brak istotnych różnic między modelami po narzuceniu kolejnych ograniczeń, brak przekroczenia wartości granicznej – ustalonej na poziomie 0,01 – w zakresie miar CFI i TLI, niewielka zmienność w zakresie RMSEA, lokowanie się wielkości AIC w pobliżu wartości obliczonej dla modelu nasyconego i daleko od modelu niezależnego. Oznacza to, że badane konstrukty są rozumiane przez respondentów tak samo w każdej z grup, a także – iż uprawnione będzie dokonywanie porównań międzygrupowych (porównanie średnich nie jest obciążone błędem). Ponieważ model zakłada uwolnienie ośmiu stałych regresji, tj. poniżej połowy, można mówić o częściowej równoważności pomiarowej (por. Lubiewska, Głogowska, 2018).

Tabela 2. Wyniki MG CFA w grupie osób praktykujących techniki chrześcijańskie, koncentracji (m.in. joga i medytacja transcendentalna) i uważność

Model	χ^2 (df)	$\Delta\chi^2$ (Δdf)	RMSEA	CFI (ΔCFI)	TLI (ΔTLI)	AIC
Model 1. Równoważność konfiguralna	331,288 (216)	–	0,029	0,973	0,961	619,288
Model 2. Równoważność skalarna	365,936 (246)	34,648 (30) ¹	0,028	0,972 (0,003) ¹	0,964 (0,001) ¹	593,936
Model 3. Równoważność metryczna	410,543 (256)	44,607 (10) ²	0,031	0,964 (–0,006) ²	0,956 (–0,006) ²	712,543
Model nasycony	0,000			1,000		720,000
Model niezależny	4607,725 (315)		0,148	0,000	0,000	4697,725

¹ porównanie z modelem 1; ² porównanie z modelem 2.

Po uzyskaniu skalarnego poziomu równoważności (równoważność stałych regresji) porównano różnice w średnich latentnych między grupami osób praktykujących różne techniki medytacyjne. Przeprowadzone analizy wykazały istnienie istotnych różnic między średnimi latentnymi zasadniczo we wszystkich skalach (w skali decentracji wynik był bliski istotności statystycznej): obserwacja $F(2, 653) = 4,740$; $p < 0,01$, niereaktywność $F(2, 653) = 3,333$; $p < 0,05$ oraz decentracja $F(2, 653) = 2,707$; $p = 0,06$. W pierwszym czynniku najwyższy wynik uzyskały osoby praktykujące uważność, następnie – techniki koncentracyjne, a na końcu – techniki chrześcijańskie (brak istotnych różnic między ostatnimi). W czynniku drugim – w kolejności: uważność, techniki chrześcijańskie i koncentracyjne (brak istotnych różnic między ostatnimi). W trzecim – uważność, techniki chrześcijańskie i koncentracyjne (brak istotnych różnic między wszystkimi).

W dalszej kolejności sprawdzono, czy porównywane grupy osób praktykujących różne typy medytacji rozumieją badany konstrukt w podobny sposób co osoby niepraktykujące (tabela 3). Wyniki przeprowadzonych analiz potwierdziły – zupełnie analogicznie jak wyżej – zarówno równoważność konfiguralną, metryczną, jak i skalarną. Oznacza to, że uprawnione jest dokonywanie porównań między osobami stosującymi różne techniki medytacyjne.

Po uzyskaniu skalarnego poziomu równoważności (równoważność stałych regresji) porównano różnice w średnich latentnych między osobami medytującymi i niemeditującymi. Przeprowadzone analizy wykazały istnienie znaczących różnic między średnimi latentnymi (wyższe średnie uzyskała grupa osób medytujących): obserwacja $t(841) = 4,063$; $p < 0,001$; niereaktywność $t(841) = 5,941$; $p < 0,001$ i decentracja $t(841) = 9,227$; $p < 0,001$.

Tabela 3. Wyniki MG CFA w grupie osób praktykujących i niepraktykujących medytacje

Model	χ^2 (df)	$\Delta\chi^2$ (Δdf)	RMSEA	CFI (ΔCFI)	TLI (ΔTLI)	AIC
Model 1. Równoważność konfiguralna	353,990 (168)	–	0,036	0,972	0,965	497,990
Model 2. Równoważność skalarna	376,694 (183)	22,704 (15) ¹	0,035	0,971 (–0,001) ¹	0,966 (+0,001) ¹	490,694
Model 3. Równoważność metryczna	424,432 (189)	47,738 (6) ²	0,038	0,965 (–0,006) ²	0,961 (–0,005) ²	590,432
Model nasycony	0,000			1,000		480,000
Model niezależny	6844,573 (210)		0,194	0,000	0,000	6904,573

¹ porównanie z modelem 1; ² porównanie z modelem 2.

RZETELNOŚĆ

Następnie, wykorzystując strategie analityczne zaproponowane przez Hu i Bentlera (1999), tj. analizę struktury kowariancji, oraz korzystając z pomocy *Master Validity Tool for AMOS* (Gaskin, Lim, 2016), sprawdzono rzetelność i trafność modelu 3-czynnikowego. W tym celu oceniono poziom rzetelności łącznej – CR, średnią wyjaśnioną wariancję – AVE, maksymalną współdzieloną wariancję – MSV oraz rzetelność zbieżną – MaxR(H). Tabela 2 pokazuje, że poprawna okazała się rzetelność łączna ($0,74 \leq CR \leq 0,93$), a szczególnie rzetelność zbieżna ($0,82 \leq H \leq 0,93$). Należy podkreślić znaczenie zwłaszcza tego ostatniego wskaźnika, ponieważ jego miara jest bardziej adekwatna niż alfa Cronbacha (współczynnik ω_H McDonalda opisuje zależność między czynnikiem latentnym a jego obserwowanymi zmiennymi, a nie – jak to jest w przypadku alfy Cronbacha – między samymi obserwowanymi zmiennymi).

Tabela 4. Wskaźniki rzetelności i trafności

Czynnik	CR	AVE	MSV	MaxR(H)	NR	OB	DC
NR	0,891	0,621	0,893	0,900	0,788		
OB	0,737	0,378	0,616	0,820	0,785	0,615	
DC	0,926	0,584	0,893	0,934	0,945	0,770	0,764

Adnotacja. CR (ang. *composite reliability*) – rzetelność łączna; AVE (ang. *average variance extracted*) – przeciętna wariancja wyodrębniona; MSV (ang. *maximum shared variance*) – maksymalna współdzielona wariancja; MaxR(H) (ang. *maximum reliability*) – maksymalna zgodność wewnętrzna; OB – Obserwacja; NR – Niereaktywność; DC – Decentracja; pogrubiona czcionka – pierwiastek kwadratowy AVE.

Dobre okazały się ponadto wskaźniki średniej wariancji wyodrębnionej przez poszczególne czynniki ($AVE > 0,50$), jednak oprócz czynnika obserwacji. Niemniej jak dowodzą niektórzy badacze (Malhotra, Dash, 2011), opieranie się na samym AVE jest zawodne. Analiza wielkości maksymalnej współdzielonej wariancji (MSV) sugeruje, że czynniki niereaktywności i decenteracji mają wysoki poziom współdzielonej wariancji, wyższy od średniej wariancji wyjaśnianej przez każdy z tych czynników. Wskazuje na słabą trafność zbieżną wszystkich modeli, z wyjątkiem modelu drugiego rzędu, w którym niereaktywność i decenteracja tworzą czynnik pierwszego rzędu (por. Byrne, 2010). Jak widać z tabeli 4, pierwiastek kwadratowy AVE, który jest pokazany na przekątnej pogrubioną czcionką, okazał się mniejszy w każdym czynniku niż wielkość korelacji między poszczególnymi czynnikami. Wskazuje to na problemy z trafnością dyskryminacyjną modeli (obserwowane zmienne są słabiej skorelowane wewnątrz czynnika latentnego niż ze zmiennymi spoza niego).

Ponieważ zarówno model z bifaktorem, jak i model drugiego rzędu mają różne mankamenty, należy postulować przyjęcie takiego modelu, który stwarza najmniejsze problemy zarówno pod względem rzetelności, jak i trafności. Takim modelem zdaje się model z bifaktorem (charakteryzuje go częściowa równoważność pomiarowa; por. Lubiewska, Głogowska, 2018). Za takim właśnie rozwiązaniem zdają się przemawiać wyniki innych badań, które dowodzą, że pozycje testowe narzędzi mierzących uważność powinny być konceptualizowane raczej jako wielowymiarowe niż specyficzne (czynnik ogólny uważność oraz specyficzne konstrukty poznawcze; por. Aquado i in., 2015; Bednar, Voracek, Tran, 2020).

W dalszej kolejności sprawdzono rzetelność KZU pod względem stabilności bezwzględnej oraz oceniono poziom ładunków czynnikowych. Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały, że KZU cechował się poprawną stabilnością bezwzględną ($0,76 \leq r_{tt} \leq 0,82$). Zasadniczo poprawna okazała się też wielkość ładunków czynnikowych poszczególnych pozycji. W każdym bowiem przypadku wielkość ładunku czynnikowego poszczególnych pozycji była większa od 0,40 (z wyjątkiem pozycji 4) oraz większa od ładunku wspólnego.

TRAFNOŚĆ ZEWNĘTRZNA

Do sprawdzenia trafności zewnętrznej kwestionariusza wykorzystano analizę korelacji. Ponieważ próbka badawcza była zróżnicowana pod względem doświadczenia medytacyjnego, do potwierdzenia trafności zewnętrznej wykorzystano dodatkowo wieloczynnikową analizę wariancji wraz z testami post hoc HSD Tukeya.

Założono, że nasilenie wszystkich czynników uważności wiąże się istotnie, słabo i negatywnie z depresyjnością, lękiem, stresem i ruminacjami, pozytywnie – z orientacją pozytywną oraz refleksyjnością. Celem sprawdzenia powiązań (analiza korelacji) między uważnością a wziętymi pod uwagę czynnikami psychologicznymi posłużono się *Skalą depresji, lęku i stresu* (DASS21), *Skalą orientacji pozytywnej* (SOP) oraz *Kwestionariuszem ruminaacji–refleksyjności* (KRR).

Tabela 5. Korelacje między czynnikami KZU a innymi konstruktami psychologicznymi

Czynniki	Obserwacja	Niereaktywność	Decentracja
Depresyjność	-0,08	-0,31**	-0,37**
Lęk	-0,07	-0,21**	-0,28**
Stres	-0,02	-0,34**	-0,40**
Ruminacje	-0,10	-0,28**	-0,34**
Refleksyjność	0,39**	0,27**	0,27**
Orientacja pozytywna	0,15**	0,33**	0,38**

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

Wyniki analiz korelacji uważności z różnymi konstruktami psychologicznymi (tabela 5) zasadniczo potwierdziły przyjęte założenia. Okazało się bowiem, że niereaktywność i decentracja – ale bez obserwacji – wiązały się istotnie, słabo i negatywnie z depresyjnością, lękiem, stresem oraz poziomem ruminacji ($-0,21^{**} < r < -0,40^{**}$). Ponadto wszystkie czynniki uważności wiązały się istotnie, słabo i pozytywnie z orientacją pozytywną ($0,15^{*} < r < 0,38^{**}$) oraz refleksyjnością ($0,27^{**} < r < 0,39^{**}$).

W dalszej kolejności oceniono, w jakim stopniu typ medytacji (medytacja chrześcijańska, medytacja koncentracji i uważność), długość praktykowania (brak, poniżej jednego roku, od roku do 10 lat, powyżej 10 lat) i jej częstotliwość (sporadycznie, kilka razy w tygodniu, codziennie) oraz stan zdrowia (osoby zdrowe, osoby z zaburzeniami fizycznymi, osoby z problemami psychicznymi) wpływają na nasilenie różnych czynników uważności. Podczas badań kontrolowano również płeć. W tym celu zastosowano wieloczynnikową analizę wariancji ($3 \times 4 \times 3 \times 3 \times 2$) wraz z testami post hoc HSD Tukeya.

Analiza statystyczna testów post hoc HSD Tukeya ujawniła, że czynnikiem najbardziej podatnym na oddziaływanie branych pod uwagę wskaźników psychologicznych jest decentracja (wszystkie brane pod uwagę wskaźniki wiążą się z jej nasileniem). Czynnik ten – jako zasadniczo jedyny – wiąże się istotnie z typem podejmowanych praktyk medytacyjnych (istotne różnice między osobami praktykującymi różne techniki medytacji oraz niepraktykującymi). Czynnikiem przeciętnie zależnym od branych pod uwagę w niniejszych badaniach różnych aspektów jest niereaktywność. Stosunkowo bardziej niż decentracja wiąże się ona z częstotliwością praktykowania oraz ze stanem zdrowia (różnice statystycznie bardziej istotne oraz o szerszym zakresie). Nie wiąże się jednak istotnie z typem medytacji, a jedynie z doświadczeniem medytacyjnym (istotna różnica pojawia się tylko w stosunku do osób praktykujących uważność). Czynnikiem najslabiej podatnym na oddziaływanie praktyk medytacyjnych jest obserwacja. Zależy ona jedynie od częstotliwości oraz długości praktykowania, nie zależy zaś od typu podejmowanej praktyki ani stanu zdrowia.

Pod względem efektywności praktykowania najbardziej wyróżniającą praktyką jest uważność, ponieważ osoby ją stosujące uzyskują najwyższe wyniki we wszystkich skalach (istotne różnice tylko w obserwacji). Na drugim miejscu plasuje się medytacja chrześcijańska, osoby praktykujące te techniki zajmują bowiem drugie po praktykujących uważność miejsce w niereaktywności i decentracji (brak istotnych różnic). Na ostatnim miejscu sytuują się techniki koncentracji, które jedynie w obserwacji zajmują drugie miejsce po uważności (brak istotnych różnic). Oznacza to, że relatywnie najlepszą efektywnością charakteryzuje się uważność, nieco słabszą (nieistotne tendencje) – medytacja chrześcijańska, a najslabszą (również nieistotne tendencje) – techniki koncentracyjne.

Patrząc z kolei na zaangażowanie w praktykowanie, można stwierdzić, że na pozytywną efektywność wpływa najbardziej długość oraz – w nieco mniejszym stopniu – częstotliwość praktykowania. Oznacza to, że czynnikiem decydującym o pozytywnej efektywności jest systematyczność praktykowania.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Wyniki przeprowadzonych badań walidacyjnych dowodzą, że KZU charakteryzuje się poprawnymi właściwościami psychometrycznymi zarówno pod względem rzetelności, jak i trafności wewnętrznej (model 3-czynnikowy z bifaktorem) oraz zewnętrznej w stosunku do osób w wieku od 15 do 72 lat. Wydaje się, że biorąc pod uwagę rzetelność i trafność kwestionariusza, można go stosować zarówno w przypadku populacji pozaklinicznych, jak i – z pewną ostrożnością – populacji klinicznych (poziom zaburzeń był kontrolowany tylko za pomocą autodeklaracji, a nie bardziej obiektywnych wskaźników).

Stworzone i sprawdzone pod względem właściwości psychometrycznych narzędzie służy do pomiaru zaawansowania w praktykowaniu uważności, a nie odnosić do wielu różnych jej aspektów (pojęcie *parasola*; por. Duan, Li, 2016; Grossman, 2011; Rau, Williams, 2016; Soler i in., 2014). Dowodem na to są następujące fakty:

1) zasadniczo wszystkie czynniki KZU w istotnym stopniu wiążą się z długością praktykowania (Carmody, Baer, 2008; Feliu-Soler i in., 2013; Soler i in., 2012, 2014; Tran i in., 2013, 2014);

2) wszystkie czynniki KZU wiążą się istotnie z doświadczeniem medytacyjnym (istotne różnice między medytującymi a niemeditującymi) oraz częstotliwością praktykowania (im dłuższy okres praktykowania i większa częstotliwość, tym wyższy poziom zaawansowania; Carmody, Baer, 2008; Feliu-Soler i in., 2013; Soler i in., 2012, 2014; Tran i in., 2013, 2014).

Występowanie zróżnicowanych powiązań między poszczególnymi czynnikami a doświadczeniem medytacyjnym, typem praktykowanej medytacji oraz długością i częstotliwością praktykowania daje wystarczającą podstawę, by wyróżnić psychologiczną specyfikę różnych czynników uważności:

1) Obserwacja to podwyższona zdolność do zauważania doświadczeń wewnętrznych i zewnętrznych, związana z poprawą jakości procesów uwagi, zwłaszcza w zakresie czujności oraz monitorowania (Di Francesco i in., 2017). Zdolność ta zazwyczaj – zwłaszcza w początkach praktykowania – związana jest z dużym wysiłkiem (Isbel, Summers, 2017), co potwierdzają: najslabsza stabilność bezwzględna ($r_{tt} = 0,76$) i przeciętna wyjaśniona wariancja ($AVE = 0,366$; por. Soler i in., 2012), najslabsze powiązania z branymi pod uwagę wskaźnikami zaangażowania w praktykowanie (Carmody, Baer, 2008; Feliu-Soler i in., 2013; Soler i in., 2012, 2014), relatywnie najslabsze powiązania zarówno z pozytywnymi (refleksyjnością, orientacją pozytywną oraz uważnością), jak i negatywnymi (depresyjnością i stresem) wskaźnikami psychologicznymi oraz brak istotnych powiązań z nasileniem lęku

i ruminacji (por. Brown, Ryan, 2003; Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, Linehan, 2006; Shapiro, Carlson, Astin, Freedman, 2006).

2) Niereaktywność to postawa akceptacji wewnętrznych i zewnętrznych doświadczeń bez potrzeby reagowania na nie w celu ich zmiany. Oznacza ona osiągnięcie pewnej wprawy w reorientacji procesów uwagi, które nie wymagają już dużego wysiłku i dlatego może stanowić wskaźnik przeciętnego zaawansowania (Isbel, Summers, 2017): ten czynnik ma przeciętnie wysoką stabilność bezwzględną ($r_{tt} = 0,78$; por. Baer i in., 2012), w przeciętnym stopniu zależy od branych pod uwagę wskaźników zaawansowania w medytacji (Carmody, Baer, 2008; Feliu-Soler i in., 2013; Soler i in., 2012, 2014), jest powiązany relatywnie mocniej w stosunku do obserwacji, a równocześnie słabiej w stosunku do decentracji zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi wskaźnikami psychologicznymi (por. Brown, Ryan, 2003; Lynch i in., 2006; Shapiro i in., 2006).

3) Decentracja – inaczej metakognitywna świadomość – to pewna zdolność oddzielenia poczucia siebie od swoich myśli oraz uczuć. Liczne badania dowodzą, że właśnie ona stanowi miernik najwyższego zaawansowania (Davis, Lau, Cairns, 2009; Lau i in., 2006; Tran i in., 2013, 2014), co zdają się potwierdzać następujące właściwości decentracji: najwyższa stabilność bezwzględna ($r_{tt} = 0,82$; por. Baer i in., 2012), najsilniejsze powiązania z branyymi pod uwagę wskaźnikami zaangażowania (Carmody, Baer, 2008; Feliu-Soler i in., 2013; Soler i in., 2012, 2014; Tran i in., 2013, 2014) i relatywnie najmocniejsze powiązania zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi wskaźnikami psychologicznymi (por. Brown, Ryan, 2003; Lynch i in., 2006; Shapiro i in., 2006).

Patrząc bardziej szczegółowo na uzyskane rezultaty badawcze, należy stwierdzić, że bardzo istotną zaletą KZU jest jego wrażliwość na długość i częstotliwość praktykowania (Parsons i in., 2019). Jest to o tyle ważne, że są to te aspekty – jak sugerują wyniki licznych badań (Carmody, Baer, 2008; Feliu-Soler i in., 2013; Soler i in., 2012, 2014; Tran i in., 2013, 2014) – które nie tylko wskazują na zaawansowanie, lecz także decydują o efektywności praktykowania różnych technik medytacji (efektywność nie zależy od typu praktyki ani intensywności praktykowania, ale od częstotliwości). Oznacza to, że KZU można z powodzeniem wykorzystać do kontrolowania efektów interwencji opartych na technikach medytacyjnych. Ważną zaletą KZU jest to, że okazuje się poprawnie oceniać poziom zaawansowania w praktykowaniu różnych grup osób (potwierdzono równoważność konfiguralną, metryczną oraz skalarną w stosunku do osób praktykujących medytację o typie chrześcijańskim, koncentracji i uważności).

Kończąc, należy podkreślić, że KZU zdaje się interesujący z tego względu, że odróżnia i identyfikuje jeden z aspektów uważności, którym jest jakość praktykowania. Jak sugerują bowiem wyniki niektórych badań (Duan, Li, 2016; Soler i in., 2014), KZU trafnie ocenia poziom zaawansowania w uważności, osiągany na skutek systematycznego i długotrwałego praktykowania różnych technik medytacji (por. Soler i in., 2014). Zdolność KZU do identyfikacji oraz oceny zaawansowania w uważności może stanowić przełomowe odkrycie, które przyczyni się do poprawy jakości prowadzonych w przyszłości badań, a w konsekwencji – do usunięcia problemów teoretycznych dotyczących rozumienia pojęcia uważności (pojęcie *parasola*).

POSTULATY I OGRANICZENIA

KZU okazuje się interesującym narzędziem pomiaru zarówno zaawansowania w uważności osób w wieku od 15 do 72 lat z populacji pozaklinicznych oraz – z pewną ostrożnością – również klinicznych. W odniesieniu do próbek klinicznych wskazane jest jednak

przeprowadzenie badań walidacyjnych (wprawdzie w badaniach niniejszych kontrolowano zdrowie fizyczne i psychiczne osób, ale robiono to jedynie na podstawie autodeklaracji badanych).

Jednym z ograniczeń tych badań był fakt, że osoby badane były rekrutowane za pośrednictwem Internetu. Duża liczba osób badanych ($N > 800$) oraz relatywnie dobra rzetelność zapewne w jakimś stopniu zabezpieczyły wyniki przed zniekształceniami wynikającymi z potencjalnej heterogeniczności grupy oraz nadreprezentacji kobiet. Drugie ograniczenie stanowiła – oparta na autodeklaracjach – przyjęta strategia badań, która jest podatna na odpowiedzi zgodne ze społecznymi oczekiwaniami. Niepewny metodologicznie był również pomiar jakości praktykowania (długość i częstotliwość), dokonywany retrospektywnie, a nie na podstawie bardziej obiektywnych wskaźników. Stan zdrowia sprawdzano ponadto, opierając się nie na skalach klinicznych, ale na autodeklaracjach.

Pomimo wykazanych ograniczeń uzyskane rezultaty badawcze przyczyniają się do powiększenia wiedzy dotyczącej zaawansowania w uważności. Stworzone zaś narzędzie badawcze może z powodzeniem służyć pomocą nie tylko badaczom, ale również trenerom uważności i psychologom praktykom (sprawdzanie efektywności stosowania treningów lub interwencji psychoterapeutycznych opartych na uważności).

BIBLIOGRAFIA

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy Psychosomatic*, *84*, 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Aquado, J., Luciano, J. V., Cebolla, A., Serrano-Blanco, A., Soler, J., García-Campayo, J. (2015). Bifactor analysis and construct validity of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) in non-clinical Spanish samples. *Frontiers in Psychology*, *6*(404), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00404>
- Baer, R. A. (2007). Mindfulness, assessment and transdiagnostic processes. *Psychological Inquiry*, *18*, 238–242. <https://doi.org/10.1080/10478400701598306>
- Baer, R. A. (2019). Assessment of mindfulness by self-report. *Current Opinion in Psychology*, *28*, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.015>
- Baer, R. A., Carmody, J., Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 755–765. <https://doi.org/10.1002/jclp.21865>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, *11*, 191–206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Baer, R., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*, 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, *15*, 329–342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Bednar, K., Voracek, M., Tran, U. S. (2020). Common factors underlying the five facets of mindfulness and proposed mechanisms: a psychometric study among meditators and non-meditators. *Mindfulness*, *11*, 2804–2817. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01492-6>
- Brown, K. W., Ryan, R. R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Buchheld, N., Walach, H. (2002). Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie: Die Entwicklung des „Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, *50*(2), 153–172.
- Byrne, B. (2010). *Multivariate applications series. Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming*. Nowy Jork: Taylor & Francis Group.
- Carmody, J., Baer, R. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 23–33. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7>
- Carter, J. A. (2010). *Worry and rumination: measurement invariance across gender* (nieopublikowana praca doktorska). Utah State University. Pobrane z: <https://digitalcommons.usu.edu/etd/805>
- Davidson, R. J. (2010). Empirical explorations of mindfulness: conceptual and methodological conundrums. *Emotion*, *10*, 8–11. <https://doi.org/10.1037/a0018480>

- Davis, K. M., Lau, M. A., Cairns, D. R. (2009). Development and preliminary validation of a trait version of the *Toronto Mindfulness Scale*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 185–197. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.185>
- Di Francesco, S. A., Simone, L., López-Ramón, M. F., Belardinelli, M. O., Lupiáñez, J., Raffone, A. (2017). Dispositional mindfulness facets predict the efficiency of attentional networks. *Mindfulness*, 8, 101–109. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0634-5>
- Duan, W., Li, J. (2016). Distinguishing dispositional and cultivated forms of mindfulness: Item-level factor analysis of *Five Facet Mindfulness Questionnaire* and construction of *Short Inventory of Mindfulness Capability*. *Frontiers in Psychology*, 7(1348), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01348>
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: the development and initial validation of the *Cognitive and Affective Mindfulness Scale – Revised (CAMS-R)*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Armario, A., ... Soler, J. (2013). Effects of dialectical behaviour therapy-mindfulness training on emotional reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary results. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 363–370. <https://doi.org/10.1002/cpp.1837>
- Fox, K. C. R., Dixon, M. L., Nijeboer, S., Girn, M., Floman, J. L., Lifshitz, M., ... Christoff, K. (2016). Functional neuroanatomy of meditation: a review and meta-analysis of 78 functional neuroimaging investigations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 208–228. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.021>
- Fox, K.C.R., Nijeboer, S., Dixon, M.L., Floman, J.L., Ellamil, M., Rumak, S.P., ... Christoff, K., (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 48–73. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.016>
- Fox, K.C.R., Spreng, R.N., Ellamil, M., Andrews-Hanna, J.R., Christoff, K. (2015). The wandering brain: meta-analysis of functional neuroimaging studies of mind-wandering and related spontaneous thought processes. *Neuroimage*, 111, 611–621. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.02.039>
- Fox, K.C.R., Zakarauskas, P., Dixon, M.L., Ellamil, M., Thompson, E., Christoff, K. (2012). Meditation experience predicts introspective accuracy. *PLoS One*, 7(9): artykuł e45370. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045370>
- Gaskin, J., Lim, J. (2016). Model fit. *Gaskination's StatWiki*, 1–55. <http://statwiki.kolobkreations.com>.
- Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness: Comment on Brown et al. (2011). *Psychological Assessment*, 23, 1034–1040. <https://doi.org/10.1037/a0022713>
- Grossman, P. (2019). On the porosity of subject and object in mindfulness' scientific study: challenges to 'scientific' construction, operationalization and measurement of mindfulness. *Current Opinion in Psychology*, 28, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.11.008>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Heber, E., Ebert, D. D., Leher, D., Cuijpers, P., Berking, M., Nobis, S., Riper, H. (2017). The benefit of web- and computer-based interventions for stress: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 19(2): e32. <https://doi.org/10.2196/jmir.5774>
- Henry, J. D., Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the *Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)*: Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Isbel, I., Summers, M. J. (2017). Distinguishing the cognitive processes of mindfulness: developing a standardised mindfulness technique for use in longitudinal randomised control trials. *Consciousness and Cognition*, 52, 75–92. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2017.04.019>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Khoury, B., Knäuper, B., Pagnini, F., Trent, N., Chiesa, A., Carrière, K. (2017). Embodied mindfulness. *Mindfulness*, 8, 1160–1171. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0700-7>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Konarski, R. (2020). *Modele równań strukturalnych. Teoria i praktyka*. Warszawa: PWN.
- Łaguna, M., Oleś, P., Filipiuk, D. (2011). Skala Orientacji Pozytywnej. *Studia Psychologiczne*, 49(4), 47–54. Pobrane z: https://www.kul.pl/files/118/publikacje_artyk/Laguna_Oles_Filipiuk_2012.pdf
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... Carmody, J. (2006). The *Toronto Mindfulness Scale* development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445–1467. <https://doi.org/10.1002/jclp.20326>
- Lubiewska, K., Głogowska, K. (2018). Zastosowanie analizy równoważności pomiarowej w badaniach psychologicznych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23, 330–356. <https://doi.org/10.14656/PFP20180207>
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459–480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Makara-Studzińska, M., Petkowicz, B., Urbańska, A., Petkowicz, J. (2013). Polska wersja *Skali depresji, lęku i stresu DASS21* [narzędzie pomiarowe]. Pobrane z: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Polish/Polish.htm>
- Malhotra, N. K., Dash, S. (2011). *Marketing research: an applied orientation*. Londyn: Pearson.

- Medvedev, O. N., Krägeloh, C. U., Narayanan, A., Siegart, R. J. (2017). Measuring mindfulness: applying generalizability theory to distinguish between state and trait. *Mindfulness*, 8, 1036–1046. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0679-0>
- Parsons, C. E., Jensen, K., L., Roepstorff, A., Fjorback, L. O., Linehan, C. (2019). Designing technology tools to support engagement in mindfulness-based interventions: an analysis of teacher and student experiences. *Digital Health*, 5, 1–14. <https://doi.org/10.1177/2055207619868550>
- Radoń, S. (2014a). Kwestionariusz Ruminacji–Refleksyjności (polska adaptacja *The Rumination–Reflection Questionnaire*). *Psychoterapia*, 2(169), 61–72.
- Radoń, S. (2014b). Pięciodymiarowy Kwestionariusz uważności (Polska adaptacja *Five Facet Mindfulness Questionnaire*). *Roczniki Psychologiczne*, 17, 711–735.
- Radoń, S. (2014c). Walidacja Skali świadomej obecności. *Studia Psychologica*, 14(1), 51–70.
- Radoń, S. (2017). *Fryburski inwentarz uważności FIU-14* (polska adaptacja i walidacja *Freiburg Mindfulness Inventory*). *Studia Psychologica*, 17(1), 114–125. <https://doi.org/10.21697/sp.2017.17.1.05>
- Radoń, S., Rydzewska, M. (2018). Validation of the Polish version of the Short Form of the *Five Facet Mindfulness Questionnaire*. *Annals of Psychology*, 21, 279–298. <http://dx.doi.org/10.18290/rpsych.2018.21.3-5>
- Radoń, S. (2020a). *Co naprawdę działa w medytacji? Wspólny rdzeń i specyfika medytacji*. Kraków: WAM.
- Radoń, S. (2020b). Uważność i jej pomiar. *Studia Psychologica: Theoria et Praxis*, 20(1), 5–19. <https://doi.org/10.21697/sp.2020.20.1.01>
- Rau, H. K., Williams, P. G. (2016). Dispositional mindfulness: a critical review of construct validation research. *Personality and Individual Differences*, 93, 32–43. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.035>
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haerig, F., Jaeger, S., Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138, 1139–1171. <https://doi.org/10.1037/a0028168>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Soler, J., Cebolla, A., Feliu-Soler, A., Demarzo, M. M., Pascual, J. C., Baños R., García-Campayo, J. (2014, 22 stycznia). Relationship between meditative practice and self-reported mindfulness: the MINDSENS composite index. *PLoS One*, 9(1), artykuł e86622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086622>
- Soler, J., Valdeperez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., ... Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.002>
- Tanay, G., Bernstein, A. (2013). State Mindfulness Scale (SMS): development and initial validation. *Psychological Assessment*, 25, 1286–1299. <https://doi.org/10.1037/a0034044>
- Tang, Y. Y. (2017). Traits and states in mindfulness. W: Y. Y. Tang (red.), *The Neuroscience of mindfulness meditation: How the body and mind work together to change our behaviour* (s. 29–34). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Tran, U. S., Cebolla, A., Glück, T. M., Soler, J., García-Campayo, J., von Moy, T. (2014). The serenity of the meditating mind: A Cross-cultural psychometric study on a two-factor higher order structure of mindfulness, its effects, and mechanisms related to mental health among experienced meditators. *PLoS One*, 9(10), artykuł e110192, 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110192>
- Tran, U. S., Glück, T. M., Nader, I. W. (2013). Investigating the *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ): construction of a Short Form and evidence of a two-factor higher order structure of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 951–965. <https://doi.org/10.1002/jclp.21996>
- Trapnell, P. D., Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the *Five-Factor Model of Personality*: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284–304. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284>
- Zakrzewska, M. (2004). Konfirmacyjna analiza czynnikowa w ujęciu pakietu statystycznego LISREL 8.51 (2001) Karla G. Jöreskoga i Daga Sörboma. W: J. Brzeziński (red.), *Metodologia badań psychologicznych* (s. 442–478). Warszawa: PWN.

ZAŁĄCZNIK

POZYCJE KWESTIONARIUSZA ZAAWANSOWANIA W UWAGAŃNOŚCI

Eng	PI
1. When I'm walking, I deliberately notice the sensations of my body moving.	1. Kiedy chodzę, celowo zwracam uwagę na doznania płynące z ruchów mojego ciała.
2. I pay attention to how my emotions affect my thoughts and behaviour.	2. Zwracam uwagę na to, jak moje emocje wpływają na moje myśli i zachowania.
3. I notice the smells and aromas of things.	3. Odczuwam zapachy i aromaty różnych rzeczy.
4. I pay attention to sounds, such as clocks ticking, birds chirping, or cars passing.	4. Zwracam uwagę na takie dźwięki jak tykanie zegara, śpiew ptaków albo przejeżdżanie samochodów.
5. I notice visual elements in art or nature, such as colours, shapes, textures, or patterns of light and shadow	5. Zauważam takie obiekty w sztuce lub przyrodzie jak kolory, kształty, struktura oraz wzory światła i cienia.
6. When I have distressing thoughts or images I am able just to notice them without reacting.	6. Gdy mam niepokojące myśli lub wyobrażenia, mogę je po prostu zauważyć, nie reagując na nie.
7. When I have distressing thoughts or images, I just notice them and let them go.	7. Gdy mam niepokojące myśli lub wyobrażenia, po prostu je zauważam i pozwalam im odejść.
8. When I have distressing thoughts or images, I "step back" and am aware of the thought or image without getting taken over by it.	8. Gdy mam niepokojące myśli lub wyobrażenia, robię „krok wstecz”, uświadamiam sobie myśl lub wyobrażenie, nie będąc przez nie owładniętym.
9. In difficult situations, I can pause without immediately reacting.	9. W trudnych sytuacjach potrafię powstrzymać się od natychmiastowego reagowania.
10. When I have distressing thoughts or images, I feel calm soon after.	10. Gdy mam niepokojące myśli lub wyobrażenia, odczuwam zaraz po nich spokój.
11. I can actually see that I am not my thoughts.	11. Teraz rozumiem, że moje myśli nie są mną.
12. I can separate myself from my thoughts and feelings.	12. Potrafię oddzielić siebie od swoich myśli i uczuć.
13. I can slow my thinking at times of stress.	13. W sytuacji stresowej potrafię spowolnić natłok myśli.
14. I notice that I don't take difficulties so personally.	14. Zauważam, że trudności nie odbieram tak osobiście.
15. I am consciously aware of a sense of my body as a whole.	15. Świadomie odczuwam ciało jako całość.
16. I view things from a wider perspective.	16. Obserwuję sprawy z szerszej perspektywy.
17. I can take time to respond to difficulties.	17. Mogę dać sobie czas na odpowiadanie na problemy.
18. I can observe unpleasant feelings without being drawn into them.	18. Potrafię obserwować nieprzyjemne uczucia, nie będąc przez nie pochłoniętym.
19. I have the sense that I am fully aware of what is going on around me and inside me.	19. Mam poczucie, że jestem całkowicie świadomy tego, co dzieje się wokół mnie oraz we mnie.

KLUCZ

Obserwacja OB: pozycje 1–5

Niereaktywność NR: pozycje 6–10

Decentracja DC: pozycje 11–19

OSOBOWOŚCIOWE UWARUNKOWANIA RYZYKA WYPADKÓW DROGOWYCH U KIEROWCÓW – PRZEGLĄD WYBRANYCH BADAŃ I PROPOZYCJA ICH INTERPRETACJI W RAMACH KOŁOWEGO MODELU METACECH OSOBOWOŚCI

HENRYK GASIUL* Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w WarszawieWŁODZIMIERZ STRUS Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przegląd badań nad osobowościowymi uwarunkowaniami zachowań ryzykownych, podatności na zmęczenie oraz wypadkowości w ruchu drogowym, a dalej próba ujęcia tych uwarunkowań w ramach Kołowego Modelu Metacech Osobowości (KMMO). Dotychczasowe badania oraz różnorodność stosowanych w nich modeli teoretycznych i narzędzi pomiaru sprawiają istotne trudności w integracji zgromadzonych danych empirycznych. Wydawało się, że Pięcioletniowy Model Osobowości, zwany też modelem Wielkiej Piątki, mógł spełniać taką funkcję syntetyzującą, jednak najnowsze badania i analizy wskazują na ograniczony potencjał integracyjny i teoretyczny tego modelu, szczególnie w porównaniu z modelami uwzględniającymi tzw. czynniki wyższego rzędu lub metacechy osobowości. Jednym z takich modeli jest właśnie KMMO, stąd też autorzy artykułu proponują uwzględnienie go jako modelu integrującego dotychczasowe zróżnicowane wyniki badań empirycznych nad osobowościowymi uwarunkowaniami zachowań ryzykownych, zmęczenia oraz wypadkowości w ruchu drogowym. Przedstawione w artykule analizy wykazały, że w tym kontekście istotne są 3 metacechy: Delta-minus/Poszukiwanie wrażeń, Alfa-minus/Rozhamowanie i Gamma-minus/Dysharmonia, a model predykcyjny oparty na tych szerokich zmiennych osobowościowych jest wartościowy w sensie oszczędności i trafności.

OSOBOWOŚĆ
WYPADKOWOŚĆ
PODATNOŚĆ NA ZMĘCZENIE
ZACHOWANIA RYZYKOWNE NA DRODZE
CZYNNIKI WYŻSZEGO RZĘDU
KOŁOWY MODEL METACECH OSOBOWOŚCI

SŁOWA KLUCZOWE

39	WPROWADZENIE
39	Cechy osobowości a wypadki drogowe i skłonność do zachowań ryzykownych na drodze
44	Cechy osobowości a podatność na zmęczenie jako czynniki ryzyka wypadków
48	KOŁOWY MODEL METACECH OSOBOWOŚCI A SKŁONNOŚĆ DO ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH I PODATNOŚĆ NA ZMĘCZENIE U KIEROWCÓW
51	ZAKOŃCZENIE
52	BIBLIOGRAFIA



*ADRES DO KORESPONDENCJI: h.gasiul@uksw.edu.pl

PERSONALITY DETERMINANTS OF THE TRAFFIC ACCIDENT RISK OF DRIVERS – A REVIEW OF SELECTED STUDIES AND A PROPOSAL FOR THEIR INTERPRETATION WITHIN THE CIRCUMPLEX OF PERSONALITY METATRAITS MODEL

ABSTRACT

The purpose of this article is a review of studies on the personality factors in risky behaviors, susceptibility to fatigue and the rate of accidents in motor vehicle traffic. We are also attempting to frame these factors within the Circumplex of Personality Metatraits (CPM) model. A large number of studies and a variety of models and measures used made the integration of the gathered empirical data difficult. While it initially appeared that the Five Factor Model of personality (also known as the Big Five model) could be used as the synthesizing function, most recent studies and analyses indicate that its potential in that respect is limited, especially when compared to models taking into account higher order factors (metatraits) of personality. One of such models is CPM and the authors propose its use as an integrating model for the existing variety of studies on the personality factors in risky behaviors, fatigue and traffic accidents. The analyses presented in the article have shown that 3 metatraits are important in this context: Delta-minus/Sensation Seeking, Alpha-minus/Disinhibition and Gamma-minus/Disharmony. We also show that a predictive model based on these broad personality variables is both parsimonious and relevant.

KEYWORDS

personality, accident rate, susceptibility to fatigue, risk behavior, higher-order factors, Circumplex of Personality Metatraits

WPROWADZENIE

Ryzyko wypadków drogowych wynika z wielu czynników, spośród których zarówno sprawność pojazdu, warunki i stresory drogowe, organizacja pracy, jak i zmęczenie oraz ryzykowne zachowania samego kierowcy są szczególnie istotne. Niemniej warto postawić pytanie o znaczenie względnie trwałych indywidualnych dyspozycji kierowcy – przede wszystkim temperamentalnych i osobowościowych – jako czynników wyjaśniających z jednej strony podatność na zmęczenie, a z drugiej skłonność do zachowań ryzykownych i dzięki temu pozwalających na wyjaśnienie oraz przewidywanie ryzyka ulegania wypadkom lub ich powodowania. Wiele już przeprowadzono w tym zakresie analiz teoretycznych i badań empirycznych, wciąż jednak trudno o jednoznaczne wnioski; być może kluczowe znaczenie ma w tym względzie „dobroć” teorii czy modeli temperamentu i osobowości. Dotychczas obiecujące były przede wszystkim analizy znaczenia cech osobowości opisywanych przez tzw. Gigantyczną Trójkę H. J. Eysencka (PEN: psychotyzm, ekstrawersja, neurotyzm; Eysenck, Eysenck, 1985), Pięcioletniowy Model Osobowości (PMO; McCrae, Costa, 2005), zwany też modelem Wielkiej Piątki, model HEXACO (Ashton, Lee, 2007) czy psychobiologiczny model C. R. Cloningera (2004). Liczba badań oraz różnorodność stosowanych w nich modeli teoretycznych spowodowały jednak trudności z integracją zgromadzonych danych empirycznych i wytworzyły potrzebę uzyskania bardziej syntetycznego obrazu. Możliwość uzyskania takiego obrazu stwarza zaproponowany niedawno Kołowy Model Metacech Osobowości Strusa, Ciecucha i Rowińskiego (2014a). Prezentację tego modelu i jego potencjału integrującego, także w zakresie syntezy wyników badań nad uwarunkowaniami osobowościowymi ryzyka wypadków drogowych, poprzedzimy jednak prezentacją wybranych dotychczasowych rezultatów badań empirycznych.

CECHY OSOBOWOŚCI A WYPADKI DROGOWE I SKŁONNOŚĆ DO ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH NA DRODZE

Clarke i Robertson (2005) przeprowadzili szeroko zakrojoną metaanalizę wyników badań nad relacjami między cechami osobowości w ujęciu dominującego obecnie PMO (McCrae, Costa, 2005) a wypadkowością w pracy oraz w ruchu drogowym (osób będących kierowcami pojazdów). Model ten uwzględnia następujących pięć podstawowych cech osobowości: neurotyczność (N), ekstrawersję (E), otwartość na doświadczenia (O), ugodowość (U) i sumienność (S). Trzeba jednak podkreślić, że wymienione wyżej cechy były mierzone różnymi kwestionariuszami, jak np. kwestionariuszem osobowości Eysencka (EPQ; Eysenck, Eysenck, 1985), NEO-PI McCrae i Costy (2005), kwestionariuszem osobowości Cattella (16PF) czy też testem opartym na koncepcji poszukiwania doznań według Zuckermana. W tabeli 1 przedstawiono te wyniki metaanalizy Clarke i Robertsona (2005), które dotyczyły wyłącznie wypadków i kolizji drogowych, pominięto zaś dane odnoszące się do wypadków przy pracy.

Tabela 1. Cechy osobowości a wypadki drogowe – dane empiryczne z metaanalizy Clarke i Robertsona (2005)

Autorzy badania (data publikacji)	Próba	Zmienna zależna – wskaźnik wypadków	Typ danych	Predyktory – cechy osobowości
Fine, B.J. (1963)	<i>N</i> = 993 studentów z USA; mężczyźni w wieku 19 lat	Wypadki w ruchu drogowym	A	Ekstrawersja
Smith, D.I., Kirkham, R.W. (1981)	<i>N</i> = 113 mężczyzn w wieku 20–23 lata z Australii	Liczba wypadków	A	Ekstrawersja Neurotyczność
Suchman, E.A. (1970)	<i>N</i> = 1562 studentów oraz uczniów szkół średnich z USA	Wypadki z osobami rannymi w ciągu minionego roku	S	Ekstrawersja Sumiennosc (niska)
Pestonjee, D.M., Singh, U.B. (1980)	<i>N</i> = 40 kierowców z Indii	Liczba wypadków w okresie 5 lat	A	Ekstrawersja Neurotyczność
Shaffer, J.W., Towns, W., Schmidt, C.W., Fisher, R.S., Zlotowitz, H.I. (1974)	<i>N</i> = 50 kierowców	Uczestnictwo w wypadkach z ofiarami śmiertelnymi	A	Ugodowosc (niska)
Shaw, L. (1965)	<i>N</i> = 64 kierowców autobusów z Afryki Południowej	Wskaźnik uczestnictwa w wypadkach	A	Neurotyczność Ugodowosc (niska) Sumiennosc (niska) Otwartosc Ekstrawersja
Tillman, W.A., Hobbs, G.E. (1949)	<i>N</i> = 40 kierowców taksówek z Kanady	Wskaźnik wypadków w kolejnych 15 latach	S	Otwartosc Sumiennosc (niska) Neurotyczność
Shaw, L., Sichel, H.S. (1971)	<i>N</i> = 71 białych kierowców autobusów z Afryki Południowej	Liczba wypadków (po udziale w badaniu)	A	Sumiennosc (niska) Neurotyczność Ugodowosc (niska) Ekstrawersja
Andersson, A.L., Nilsson, A., Henriksson, N. (1970)	<i>N</i> = 44 młodych kierowców ze Szwecji; mężczyźni w wieku 20–27 lat	Wypadki w ruchu drogowym	A	Ekstrawersja
Selzer, M.L., Rogers, J.E., Kern, S. (1968)	<i>N</i> = 192 kierowców z USA	Kierowcy odpowiedzialni za śmiertelne wypadki vs. grupa kontrolna	A	Neurotyczność
Schumann, S.H., Pelz, D.C., Ehrlich, N.J., Selzer, M.L. (1967)	<i>N</i> = 288 młodych kierowców; mężczyźni w wieku 16–24 lata	Liczba wypadków drogowych w ciągu minionego roku	S	Sumiennosc (niska)
Mayer, R.E., Treat, J.R. (1977)	<i>N</i> = 60 studentów z USA w wieku 18–19 lat; 36 mężczyzn i 24 kobiety	Uczestnictwo w wypadkach drogowych vs. grupa kontrolna	S	Sumiennosc (niska) Neurotyczność
West, R.J., Elander, J., French, D. (1993)	<i>N</i> = 108 kierowców z Wielkiej Brytanii w wieku 38,1; 59 mężczyzn i 49 kobiet	Liczba wypadków w kolejnych 3 latach	S	Sumiennosc (niska)
Vavrik, J. (1997)	<i>N</i> = 100 młodych kierowców z Kanady; mężczyźni w wieku 16–21 lat	Winni wypadków w kolejnych 2 latach	A	Sumiennosc (niska) Ekstrawersja Ugodowosc (niska) Otwartosc
Smith, D.L., Heckert, T.M. (1998)	<i>N</i> = 76 studentów z USA, w wieku 18–21 lat; 32 mężczyzn i 44 kobiety	Liczba wypadków drogowych	S	Ekstrawersja

Autorzy badania (data publikacji)	Próba	Zmienna zależna – wskaźnik wypadków	Typ danych	Predyktory – cechy osobowości
Arthur, W., Graziano, W.G. (1996)	N = 227 studentów (college) oraz N = 250 pracowników agencji pracy	Liczba wypadków drogowych	S	Ekstrawersja Ugodowość (niska) Sumienność (niska) Neurotyczność Otwartość
Trimpop, R., Kirkcaldy, B. (1997)	N = 120 kierowców z Kanady; mężczyźni w wieku 16–29 lat	Liczba wypadków	S	Ekstrawersja
Hemenway, D., Solnick, S.J. (1993)	N = 1799 kierowców z USA; 840 mężczyzn i 959 kobiet	Liczba wypadków w ciągu minionego roku	S	Ugodowość (niska)
Furnham, A., Snape, J. (1993)	N = 70 kierowców w wieku 19–61 lat	Wypadki drogowe (stłuczki)	S	Ekstrawersja Neurotyczność
Roy, G.S., Choudhary, R.K. (1985)	N = 75 kierowców autobusów z Indii; wszyscy z 7-letnim stażem	Liczba wypadków	A	Ugodowość (niska) Neurotyczność Ekstrawersja
Clement, R., Jonah, B.A. (1984)	N = 285 studentów z Kanady; 130 mężczyzn i 155 kobiet	Liczba wypadków w kolejnych 3 latach	S	Ekstrawersja
Parker, J.W. (1953)	N = 104 mężczyzn, zawodowych kierowców ciężarówek	Liczba wypadków w przeliczeniu na 5000 mil	A	Otwartość
Suhr, V.W. (1961)	N = 60 kierowców zawodowych	Liczba wypadków	A	Ekstrawersja Otwartość Sumienność (niska)
Quenault, S.W. (1967)	N = 100 kierowców z Wielkiej Brytanii	Wypadki w ruchu drogowym	A	Ekstrawersja Neurotyczność
Panek, P.E., Wagner, E.E., Barrett, G.V., Alexander, R.A. (1978)	N = 175 kierowców z USA; kobiety w wieku 17–72 lata	Liczba wypadków w ruchu drogowym w kolejnych 5 latach	S	Ugodowość (niska)
Lawton, R., Parker, D., Manstead, A.S.R., Stradling, S.G. (1997)	N = 830 kierowców z Wielkiej Brytanii w wieku 17 lat; 413 mężczyzn i 417 kobiet	Liczba wypadków w ruchu drogowym w kolejnych 3 latach	S	Sumienność
Burns, P.C., Wilde, G.J.S. (1995)	N = 51 kierowców taksówek; mężczyźni	Kolizje (zderzenia)	A	Ekstrawersja
Hartman, M.L., Rawson, H.E. (1992)	N = 179 studentów	Kolizje w ruchu drogowym	S	Ekstrawersja
Lajunen, T., Summala, H. (1996)	N = 195 żołnierzy z Finlandii; mężczyźni	Kolizje (zderzenia)	S	Ekstrawersja
Norris, E.H., Matthews, B.A., Riad, J.K. (2000)	N = 504 osoby z USA w wieku 19–88 lat; 266 mężczyzn i 238 kobiet	Wypadki w ruchu drogowym w kolejnych 4 latach	S	Neurotyczność Ugodowość (niska)

Adnotacja. A = dane archiwalne (udokumentowane źródła); S = dane samoopisowe.

Źródło: na podstawie Tabeli 1 w: Clarke, Robertson, 2005, s. 361–365.

Jak wynika z tej metaanalizy, szczególnie istotnymi predyktorami skłonności do wypadków – zarówno w pracy, jak i wypadków drogowych – są niska ugodowość i niska sumienność. Sumienność odgrywa istotną rolę w kontekście samokontroli, rozważań, odpowiedzialności oraz przestrzegania zasad i norm społecznych, stąd niski poziom tej cechy może wiązać się z nieprzestrzeganiem kodeksu drogowego oraz impulsywnością. Wagę niskiej sumienności podkreślają także wyniki innych badań (np. Herzberg, 2009), nieuwzględnionych w metaanalizie Clarke i Robertsona (2005). Z kolei niska

ugodowość związana jest z postawą egocentryczną, skłonnością do manipulacji oraz zachowaniami rywalizacyjnymi, co może skutkować agresywnym i nieliczącym się z innymi użytkownikami dróg stylem prowadzenia pojazdu. Ponadto umiarkowane znaczenie w kontekście ryzyka wypadków ujawniła także wysoka ekstrawersja. Co ciekawe – okazała się ona istotnym predyktorem wypadków drogowych, ale nie wypadków w pracy, co można próbować wyjaśnić tym, że sprawstwo wypadków drogowych może być skutkiem podatności na zmęczenie wynikające z monotonii i braku stymulacji. Ekstrawertycy mają wysokie zapotrzebowanie na stymulację, cenią aktywność i dlatego słabiej tolerują monotonię (np. związaną z prowadzeniem pojazdu na autostradzie) oraz mogą mieć podwyższoną skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych (jako formy dostarczania sobie stymulacji). Jeśli natomiast chodzi o neurotyczność, to zgodnie z oczekiwaniami metaanaliza Clarke i Robertsona ujawniła jej dodatni związek z wypadkowością (powodowaniem wypadków), ale wniosek ten – odwrotnie niż w przypadku ekstrawersji – dotyczy wypadków w pracy, a nie wypadków drogowych. Co prawda podwyższona neurotyczność wiąże się z wrażliwością emocjonalną oraz niższą odpornością na stres (w tym stres drogowy) – co może skutkować wyższą podatnością na zmęczenie i skłonnością do rozpraszania uwagi w trakcie prowadzenia pojazdu – jednak obejmuje także tendencje do doświadczania strachu czy lęku, a emocje te mogą powstrzymać zachowania potencjalnie niebezpieczne na drodze. Rola neurotyczności w kontekście ryzyka powodowania wypadków w ruchu drogowym nie jest więc jednoznaczna, choć wiele badań wskazuje na istotny wpływ jej wysokiego poziomu (por. Clarke, Robertson, 2005). Poniekąd podobna sytuacja ma miejsce w przypadku otwartości na doświadczenia – metaanaliza Clarke i Robertsona (2005) wykazała, że istotnie sprzyja ona wypadkom w pracy, ale nie wypadkom na drodze – niemniej wyniki niektórych badań sugerują predykcyjne znaczenie otwartości także w przypadku tej drugiej kategorii wypadków. Otwartość na doświadczenia wiąże się bowiem z poznawczą preferencją nowości oraz wyobraźnią, a także niechęcią do konwencjonalnych i standardowych sytuacji bodźcowych (z czym z kolei związane jest zwykle prowadzenie pojazdu w normalnym ruchu drogowym). Należy jednak podkreślić, że otwartość na doświadczenia pojawiała się jako istotny predyktor wypadkowości w ruchu drogowym najrzadziej spośród wszystkich wymiarów PMO.

Podsumowując: konfiguracja pięciu podstawowych wymiarów osobowości, ujawniająca się w badaniach przytoczonych w tabeli 1 jako sprzyjająca wypadkom drogowym, obejmuje przede wszystkim: niską sumienność (S-), niską ugodowość (U-) i wysoką ekstrawersję (E+), a także (choć w mniejszym stopniu) podwyższoną neurotyczność (N+) oraz podwyższoną otwartość na doświadczenia (O+). Interpretując tę konfigurację łącznie, można zauważyć, że wiąże się ona z impulsywnością, egocentrycznością, rywalizacją oraz podatnością na rozpraszanie uwagi i ogólnie z podwyższoną skłonnością do zachowań ryzykownych.

Interesujące są także badania Herzberga (2009), który proponuje uwzględnienie typów osobowości rozumianych jako najczęściej występujące konfiguracje cech PMO w wyjaśnianiu zachowań na drodze. Dotychczasowe badania (por. Donnellan, Robins, 2010; Matthews, Campbell, 2009; Zawadzki, Strelau, 2003) wskazują na istnienie trzech prototypów osobowości: (1) typu odpornego (*resilient*; charakteryzującego się konfiguracją: N-, E+, O+, U+, S+, a więc niską neurotycznością oraz ponadprzeciętnym nasileniem pozostałych cech osobowości), (2) typu nadmiernie kontrolującego się (*overcontrolled*; charakteryzującego się konfiguracją: N+, E-, O-, S+) oraz (3) typu niedostatecznie kontrolującego się (*undercontrolled*; z konfiguracją: N+, O+, S-, U-). Typ odporny jest na ogół dobrze przystosowany i funkcjonuje poprawnie w większości sfer życia, w przeciwieństwie do pozostałych typów. Osoby nadmiernie się kontrolujące mają trudności w regulacji emocji i podwyższoną skłonność do zachowań o charakterze internalizacyjnym (np. niepokój, wycofanie społeczne), podczas gdy osoby kontrolujące się niedostatecznie mają tendencje do zachowań o charakterze eksternalizacyjnym (np. zachowania antyspołeczne, wykroczenia prawne). Herzberg

(2009) przeprowadził badania na dwóch próbach – pierwsza obejmowała 172 kobiety i 177 mężczyzn, druga – 272 kobiety i 153 mężczyzn; wszyscy byli aktywnymi kierowcami niezawodowymi, przy czym w obu grupach dominowali studenci. Badani byli proszeni o podanie liczby wypadków oraz liczby wykroczeń (np. ukaranie mandatem, nadmierna prędkość, nieużywanie kierunkowskazów) w ostatnich trzech latach. Badanie przeprowadzono z użyciem kwestionariusza NEO-FFI do pomiaru PMO, a jego wyniki pozwoliły na potwierdzenie związków między prototypami osobowości a skłonnością do potencjalnie niebezpiecznych zachowań na drodze. Okazało się, że spośród trzech typów osobowości kierowców w wypadkach drogowych najczęściej uczestniczyli kierowcy niedostatecznie kontrolujący się, oni też najczęściej naruszali zasady ruchu i popełniali inne wykroczenia, szczególnie w stanie nietrzeźwości. Osoby o typie odpornym były najbardziej ostrożne i najmniej skłonne do prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości, choć ujawniały więcej zdarzeń drogowych niż osoby o typie nadmiernie się kontrolującym. Te ostatnie wykazały najmniejszą skłonność do wykroczeń i incydentów drogowych, co może być m.in. efektem wysokiej sumienności, którą w tym badaniu ujawnił typ nadmiernie kontrolujący się, a której (nieco paradoksalnie) zwykle nie ujawnia (por. [Donnellan, Robins, 2010](#); [Zawadzki, Strelau, 2003](#)). Herzberg (2009, s. 1098) sądzi, że przyczyną otrzymanych wyników może być tzw. optymistyczne zniekształcenie percepcji ryzyka wypadku. Zjawisko to polega na tendencji do myślenia, że jest się mniej skłonny do powodowania negatywnych zdarzeń na drodze – im silniejsze zniekształcenie optymistyczne, tym mniej zachowań zapobiegawczych, co zwrótnie prowadzi do podejmowania ryzyka i przekraczania prędkości na drodze, a to z kolei są istotne predyktory możliwości powodowania wypadków. Ponadto niedocenianie spowodowania wypadku często wiąże się z przecenianiem własnych zdolności prowadzenia oraz iluzją kontroli. Dowody zebrane przez innych autorów wskazują, że optymistyczne zniekształcenie wiąże się z ekstrawersją oraz neurotycznością (za: [Herzberg, 2009](#), s. 1099).

Obecnie najpoważniejszą alternatywą dla PMO, zyskującą coraz większą popularność wśród badaczy, staje się sześcioczynnikowy model HEXACO, uwzględniający takie wymiary osobowości jak: uczciwość-pokora, emocjonalność, ekstrawersja, ugodowość, sumienność i otwartość na doświadczenia ([Ashton, Lee, 2007](#); zob. [Skimina, Strus, Ciecuch, Szarota, Izdebski, 2020](#); [Strus, Ciecuch, 2014](#)). Obecność pierwszego z tych wymiarów stanowi najistotniejszą różnicę między modelami HEXACO i PMO.

Badania przeprowadzone ostatnio przez Burtaverdego, Chraif, Aniteia i Dumitru (2017) wskazują na istotne związki między cechami opisywanymi w ramach modelu HEXACO a zachowaniami ryzykownymi na drodze. Badania te przeprowadzono w dwóch grupach, z których jedną stanowili studenci psychologii ($N = 227$ osób), a drugą osoby niebędące studentami ($N = 244$ osoby). Grupa druga była badana online przez platformy społecznościowe. Wszyscy badani (obie grupy) wypełniali kwestionariusz HEXACO-PI (60-itemowy; zob. [Skimina i in., 2020](#)), kwestionariusz IPIP-BFM-50 (do pomiaru Wielkiej Piątki; [Goldberg, 1999](#); zob. [Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014b](#)) oraz dodatkowo: grupa pierwsza – *Inwentarz ekspresji gniewu na drodze* (DAX – *Driving Anger Expression Inventory*), a grupa druga – *Wielowymiarowy inwentarz stylów prowadzenia* (MDSI – *Multidimensional Driving Style Inventory*). Inwentarz DAX składa się z następujących podskal: werbalnej ekspresji agresji, fizycznej ekspresji agresji, ekspresji agresji wyrażanej sposobem prowadzenia pojazdu (np. próba zajechania komuś drogi) oraz ekspresji adaptacyjno-konstruktywnej (np. zwracanie komuś uwagi na bezpieczeństwo jazdy). Z kolei MDSI składa się z ośmiu podskal oceniających style prowadzenia: dysocjacyjny (np. błędna ocena prędkości mijanego pojazdu), nasycony niepokojem (np. poczucie nerwowości w trakcie prowadzenia), ryzykowny (np. podniecenie na skutek niebezpiecznego prowadzenia pojazdu), gniewny (np. przeklinanie innych kierowców), styl wysokiej prędkości (np. myślenie o sposobach jak najszybszego wydostania się z „korka”), styl redukcji dystresu (np. stosowanie technik relaksacji w trakcie prowadzenia pojazdu), styl cierpliwego prowadzenia (np. oparcie własnego

zachowania na motcie „lepiej bezpiecznie niż z przykrymi następstwami”) czy styl uważny (ostrożny; Burtaverde, Chraif, Anitei, Dumitru, 2017, s. 5–6).

Wyniki uzyskane w obu grupach wskazują na szczególne znaczenie wymiaru uczciwość-pokora z modelu HEXACO dla bezpiecznych vs. niebezpiecznych reakcji i zachowań na drodze. W grupie 1 uzyskano ponadto istotne negatywne korelacje między składowymi agresji a ugodowością i sumiennością oraz między otwartością na doświadczenia a agresją fizyczną. Nie stwierdzono żadnych związków między ekstrawersją a agresywnością oraz między neurotycznością a agresywnością (poza jedną negatywną korelacją neurotyczności i agresji werbalnej). W grupie 2 natomiast, poza związkami ze wspomnianą uczciwością-pokorą, stwierdzono także negatywne związki między neurotycznością a ryzykownym stylem prowadzenia pojazdu oraz negatywne związki między ekstrawersją i otwartością na doświadczenia a stylem dysocjacyjnym oraz stylem nasyconym niepokojem. Szczególnie interesujące były jednak relacje między ugodowością oraz sumiennością a stylami prowadzenia pojazdu, a mianowicie: negatywne korelacje ze stylami dysocjacyjnym, nasyconym niepokojem, ryzykownym i gniewnym oraz pozytywne ze stylami cierpliwym i ostrożnym.

Z powyższych badań wynikają dwa główne wnioski. Po pierwsze, konfiguracją cech osobowości sprzyjającą zachowaniom ryzykownym oraz wypadkom na drodze jest przede wszystkim konfiguracja obejmująca niską uczciwość-pokorę, a także niską sumiennosc i niską ugodowość. Po drugie, model HEXACO ujawnił przewagę nad PMO w kontekście predykcji zachowań niebezpiecznych i agresywnych na drodze, a HEXACO-PI okazał się w tym zakresie lepszym narzędziem prognostycznym niż IPIP-BFM-50.

CECHY OSOBOWOŚCI A PODATNOŚĆ NA ZMĘCZENIE JAKO CZYNNIKI RYZYKA WYPADKÓW

Analizując relacje między zachowaniami ryzykownymi i wypadkami na drodze a osobowością, nie sposób pominąć stanu zmęczenia, który także wydaje się możliwy do wyjaśnienia przez odniesienie do indywidualnych dyspozycji osobowościowych. Podatność na zmęczenie oraz sam stan zmęczenia w zasadniczej mierze warunkują ryzyko powodowania wypadków drogowych. Kilka wybranych badań przeprowadzonych w tym temacie dowodzi zasadności istnienia związków między tymi zmiennymi.

Na przykład Matthews (2011) poszukiwał relacji w obszarze różnic indywidualnych w podatności na zmęczenie. Bazując na skalach badających bipolarne pobudzenie, opracowanych przez Thayera (1996), Matthews (2011) zaproponował dymensjonalny model subiektywnych stanów doświadczanych w sytuacji wykonywania zadań obejmujących zarówno stany zmęczenia, jak i stresu. Pozycje składające się na opracowaną przez niego skalę DSSQ (*Dundee Stress State Questionnaire*) zawierają właśnie ocenę zmęczenia i stresu. Analizy pozwoliły na ujawnienie 10 powiązanych ze sobą komponentów, z których każdy odnosi się do jednej z tradycyjnie wyróżnianych stref: doświadczania, afektu, aktu woli (motywacji) oraz poznania. Komponenty te zawierały wymiary pobudzenia energetycznego (którego ujemnym biegunem jest zmęczenie) oraz pobudzenia napięciowego (z biegunem ujemnym w postaci spokoju), zgodnie z propozycją teoretyczną wspomnianego Thayera (1996). Dalsze analizy doprowadziły do wyróżnienia trzech wymiarów wyższego rzędu, tj. a) zaangażowania w zadanie, b) dystresu i c) zmartwienia. Wymiar zaangażowania w zadanie zawierał takie aspekty (i jednocześnie podskale DSSQ) jak: pobudzenie energetyczne, zainteresowanie zadaniem, motywacja sukcesu i koncentracja (niskie wyniki w zakresie tego wymiaru wskazują na stan zmęczenia, braku motywacji, zakłócenia uwagi); wymiar dystresu obejmował: napięcie, ton hedonistyczny (poziom doznawanej przyjemności–nieprzyjemności), zaufanie–kontrolę; wymiar zmartwienia natomiast – takie aspekty jak: skupienie na sobie, samoocenę oraz hamowanie poznawcze.

Skale DSSQ mogą być dobrym instrumentem do pomiaru zmęczenia, zarówno sytuacyjnego, jak i indywidualnego, a zaangażowanie w zadania wyraźnie korelowało z objawami zmęczenia. Wśród tych ostatnich Saxby, Matthews i Hitchcock (Matthews, 2011, s. 211–212) na bazie przeglądu literatury podkreślają istotność czterech grup objawów zmęczenia: zmęczenia fizycznego (np. zmęczenie mięśni), zmęczenia – demotywacji (np. wyczerpanie, znudzenie), zmęczenia poznawczego i związanego z uwagą (np. trudności z wykonaniem pracy, dezorientacja, rozproszenie uwagi, marzenia) oraz radzenia sobie (np. stosowanie strategii pobudzania siebie). Do stanów najbardziej centralnych dla zmęczenia można natomiast zaliczyć utratę energii, motywacji oraz czujności (Matthews, 2011).

Niemniej kluczowe dla powyżej scharakteryzowanych wymiarów, aspektów i objawów stanu zmęczenia są różnice indywidualne w tym zakresie, a więc osobowościowa podatność na wystąpienie stanu zmęczenia oraz różnych elementów tego stanu. Uwzględniając różnice indywidualne, należy zawsze traktować analizy w kategoriach interakcyjnych między względnie stałymi cechami osobowości a jednostkową oceną sytuacji oraz zarządzaniem wymaganiami zadania i obciążeniami. Względnie stałe cechy osobowości mogą odpowiadać za poziom podatności na zmęczenie, niektórzy badacze traktują zaś podatność na zmęczenie wprost jako cechę osobowości. Z badań przeprowadzonych wśród kierowców przez Matthews i Campbell (2009) wynika, że istotną cechą wyjaśniającą podatność na zmęczenie jest sumienność, która stanowi prawdopodobnie swego rodzaju podłoże zaangażowania w aktywność pracy. Dość niejasne jest natomiast znaczenie ekstrawersji. Z jednej strony można byłoby oczekiwać, że niejednokrotnie bardzo monotonna sytuacja prowadzenia pojazdu będzie powodować większe zmęczenie u ekstrawertyków, którzy (zgodnie z duchem interpretacji Eysencka) cechują się większym zapotrzebowaniem na stymulację. Z drugiej strony jednak deprivacja sensoryczna, sama w sobie działająca jako stresor, może być bardziej obciążająca dla introwertyków, tym bardziej że to ekstrawertycy są w większym stopniu skłonni do doświadczania i poszukiwania pozytywnych, pobudzających emocji, które mogą przeciwdziałać zmęczeniu (zgodnie z teorią wrażliwości na wzmocnienia; Corr, 2009). Cytowane badania Matthews (2011) – w których analizie poddano związki aspektów stanu zmęczenia mierzonych przez skale DSSQ ze skalami mierzącymi cechy osobowości według PMO – wykazały, że zaangażowanie przed realizacją zadania (tzw. zaangażowanie przedzadaniowe), oceniane na podstawie siły pobudzenia energetycznego, zainteresowania zadaniem, motywacji sukcesu i koncentracji, korelowało dość wysoko dodatnio z sumiennością, ugodowością i ekstrawersją oraz ujemnie z neurotycznością. Z kolei zaangażowanie po realizacji zadania (tzw. postzadaniowe zaangażowanie w wykonanie) korelowało wyłącznie ujemnie z neurotycznością. Niestety wyniki te trudno uznać za reprezentatywne dla relacji między cechami osobowości a podatnością na zmęczenie.

Wydaje się jednak, że cenne światło na osobowościowo-temperamentalne uwarunkowania zmęczenia może rzucić analiza wyników badań prowadzonych także na grupach innych niż kierowcy. Na przykład Gonzalez i in. (2014) przeprowadzili badania wśród pielęgniarek pracujących w madryckich szpitalach, dokonując pomiaru PMO, pozytywnego i negatywnego afektu na poziomie stanu oraz doświadczenia zmęczenia pod koniec pracy. Skala zmęczenia (subiektywna ocena, na skali 10-punktowej, poszczególnych symptomów zmęczenia będącego konsekwencją wykonywanej pracy) mierzyła w sumie jego pięć wymiarów: brak energii, wysiłek fizyczny, dyskomfort fizyczny, brak motywacji oraz senność. Pomijając bardziej szczegółowe analizy – okazało się, że pielęgniarki o niższym poziomie ekstrawersji (bardziej introwertywne) w warunkach wysokiego zmęczenia doświadczały pozytywnego afektu w sposób mniej nasilony niż pielęgniarki o wyższym poziomie ekstrawersji; w warunkach niskiego zmęczenia natomiast nie ujawniły się istotne różnice w zakresie pozytywnego afektu między osobami o różnym poziomie ekstrawersji.

Z kolei neurotyczność różnicowała poziom negatywnego afektu w obu grupach – pielęgniarki o wysokiej neurotyczności doświadczały wyższego poziomu negatywnego afektu

niż pielęgniarki o niskiej neurotyczności (stabilne emocjonalnie) zarówno w warunkach niskiego, jak i wysokiego zmęczenia – chociaż większe znaczenie dla afektu negatywnego cecha ta ujawniła w warunkach wysokiego zmęczenia. Zmęczenie okazało się zatem istotnym moderatorem relacji między ekstrawersją i pozytywnym afektem oraz między neurotycznością a afektem negatywnym. Wyniki te można zinterpretować także jako wskazujące na fakt, że najbardziej podatne na zmęczenie są osoby introwertywne (E-) i zarazem neurotyczne (N+), ponieważ to u tych osób najmocniej oddziaływało na pogorszenie aktualnego nastroju (spadek pozytywnego i wzrost negatywnego afektu). Ponadto pozytywny afekt, do którego doświadczania bardziej skłonne są osoby ekstrawertywne, może działać zwrotnie w charakterze bufora chroniącego przed objawami zmęczenia, neurotyczność natomiast wiąże się z podwyższoną pobudliwością na obciążenia fizyczne, somatyczne i psychiczne oraz wrażliwością na sygnały kary, co samo w sobie usposabia do intensyfikacji negatywnego afektu i zwrotnie do pogłębiania się stanu zmęczenia. Innymi słowy, osoby neurotyczne w większym stopniu skupiają uwagę na oznakach zmęczenia i postrzegają je jako bardziej nasilone, co może prowadzić do wzrostu negatywnego afektu, a dalej – także do wzrostu subiektywnego odczucia zmęczenia.

Wiele innych badań nad znaczeniem neurotyczności (por. np. [Gunthert, Cohen, Armelli, 1999](#); [Kangas, Montgomery, 2011](#)) wskazuje na skłonność osób o podwyższonym nasileniu tej cechy do częstszego (lub bardziej intensywnego) przeżywania negatywnych doświadczeń życiowych i stresu, a w warunkach zmęczenia – do doświadczenia w sposób bardziej intensywny zmęczenia objawiającego się spadkiem energii i wysokim poziomem napięcia oznaczającego obniżony nastrój. Dla przykładu: znacznie wcześniej przeprowadzone badania [Gunthert i in. \(1999\)](#) dowiodły, że osoby neurotyczne z reguły wyolbrzymiają zagrożenia, nie doceniają natomiast własnych zasobów umożliwiających radzenie sobie z problemami. W sytuacji zmęczenia (braku energii) pojawia się u nich także tendencja do utraty zaufania własnym zdolnościom do poradzenia sobie z problemami czy własnymi stanami emocjonalnymi i do zamykania się na możliwe stany przyjemności. Osoby neurotyczne mają ponadto tendencje do myślenia katastroficznego (por. np. [Kangas, Montgomery, 2011](#)). Silny związek między neurotycznością a podatnością na zmęczenie można uznać za potwierdzony w szerokim zakresie badań empirycznych.

Jeśli chodzi o badania nad relacją osobowość–podatność na zmęczenie, prowadzone w kontekście innego modelu cech niż PMO i w grupie osób o skrajnym nasileniu owej podatności, to warto zwrócić uwagę na badania [Fukudy i in. \(2010\)](#). Objęły one osoby cechujące się syndromem chronicznego zmęczenia (211 pacjentów) oraz grupę kontrolną 90 osób, które wypełniły kwestionariusz TCI (*Temperament and Character Inventory*) [Cloningera \(2004\)](#), oparty na jego psychobiologicznym modelu cech temperamentu i charakteru, oraz 14-itemową skalę CFS (*Chalder Fatigue Scale*), mierzącą zmęczenie umysłowe oraz fizyczne. Badania te przyniosły kilka interesujących wyników w zakresie różnic między badanymi grupami i związków między uwzględnionymi zmiennymi. Po pierwsze, podgrupa pacjentów leczonych psychiatrycznie ujawniła wyższy poziom zmęczenia niż pacjenci niepsychiatryczni. Po drugie, pacjenci z chronicznym zmęczeniem i zaburzeniami psychiatrycznymi ujawnili niższy poziom kierowania sobą (*self-directedness*) jako cechy charakteru w porównaniu z pacjentami z chronicznym zmęczeniem, ale bez chorób psychicznych. Po trzecie, wyniki wskazywały na dodatni związek między poziomem zmęczenia a cechą temperamentu unikanie szkody (*harm avoidance*) oraz na ujemne związki zmęczenia z takimi cechami charakteru jak kierowanie sobą oraz skłonność do współpracy (*cooperativeness*), także wśród pacjentów z chronicznym zmęczeniem. Biorąc pod uwagę relacje między modelem Cloningera a PMO, można wnioskować o kolejnym dowodzie na sprzyjające zmęczeniu znaczenie neurotyczności (odpowiednik unikania szkody), a ponadto na znaczenie takich cech jak: niska sumienność (obok ugodowości związana z kierowaniem sobą) oraz niska ugodowość (związana ze skłonnością do współpracy). Badania te potwierdziły

bowiem, że konfiguracja neurotyczności (unikania szkody) oraz niskiego poziomu samoregulacji oraz umiejętności społecznych i komunikacyjnych sprzyja tendencji do pojawienia się symptomów chronicznego zmęczenia.

Model oraz kwestionariusz TCI Cloningera zastosowano również w badaniu Yamano i in. (2010). W badaniu tym pomiaru zmęczenia dokonano jednak za pomocą skali CCFS (*Childhood Chronic Fatigue Syndrome*), a jego uczestnikami byli adolescenty. Uzyskane wyniki wskazują, że podatności na zmęczenie objawiającej się symptomami fizycznymi i umysłowymi sprzyjają takie cechy temperamentu jak: poszukiwanie nowości (*novelty seeking*) i unikanie szkody, a także cecha charakteru kierowanie sobą. Wyniki te pośrednio wskazują znowu na znaczenie wymiarów neurotyczności, niskiej sumienności oraz ekstrawersji.

Podsumowując, powyżej przytoczone wybrane wyniki badań i analiz pozwalają wnioskować, że cechą osobowości najbardziej sprzyjającą zmęczeniu (w tym zapewne także zmęczeniu kierujących pojazdami w ruchu drogowym) jest neurotyczność. Osoby neurotyczne są bardziej podatne na stres, bardziej pobudliwe i wrażliwe na sytuacje wywołujące negatywne emocje, dlatego silniej reagują na negatywne sytuacje (w tym zapewne także na negatywne sytuacje drogowe), a w odpowiedzi na nie częściej przeżywają negatywne stany uczuciowe. Ponadto osoby te szybciej się męczą, intensywniej odczuwają objawy zmęczenia i potrzebują więcej czasu na odzyskanie sił do pracy, a także częściej doświadczają wahań samooceny, której aspektem jest również poczucie własnej kompetencji jako kierowcy.

Ten ostatni aspekt wiąże się jeszcze z drugim istotnym osobowościowym predyktorem zmęczenia – sumiennością, której niski poziom łącznie z neurotycznością stanowi konfigurację cech szczególnie sprzyjających podatności na zmęczenie. Znaczenie ekstrawersji jest bardziej skomplikowane, z jednej strony bowiem niskie nasilenie tej cechy (introwersja) zwiększa podatność na stres i zmęczenie, a z drugiej strony także wysoki poziom ekstrawersji nie jest korzystny, jeśli towarzyszy jej wysoka neurotyczność (szczególnie przy niskiej sumienności). Taka „choleryczna” konfiguracja cech (por. Eysenck, Eysenck, 1985) predysponuje bowiem do impulsywnych zachowań i intensywnego poszukiwania stymulacji, a w świetle wcześniej cytowanych badań relacja neurotyczność–negatywny afekt może stanowić swego rodzaju zaplecze hamujące relację między ekstrawersją a pozytywnym afektem. Zatem znaczenie ekstrawersji w kontekście podatności na zmęczenie jest możliwe do wyjaśnienia jedynie w układzie interakcji z innymi wymiarami osobowości oraz przy uwzględnieniu dostępności czynników umożliwiających utrzymanie lub pobudzenie pozytywnych stanów emocjonalnych.

* * *

Przedstawione wyżej wyniki badań nad osobowościowymi uwarunkowaniami zarówno wypadków drogowych i skłonności do zachowań ryzykownych na drodze, jak i podatności na zmęczenie z jednej strony prowadzą do stosunkowo zbieżnych wniosków, z drugiej zaś nie są do końca sprowadzalne do siebie. W badaniach tych wykorzystywano bowiem różne modele teoretyczne i różne narzędzia ich pomiaru, a wnikliwa analiza wyników doprowadza do konkluzji, że – oprócz sygnalizowanych zbieżności – w znacznym zakresie różnią się one od siebie tym, jakie istotne predyktory osobowościowe ujawniały, jak również ich liczbą.

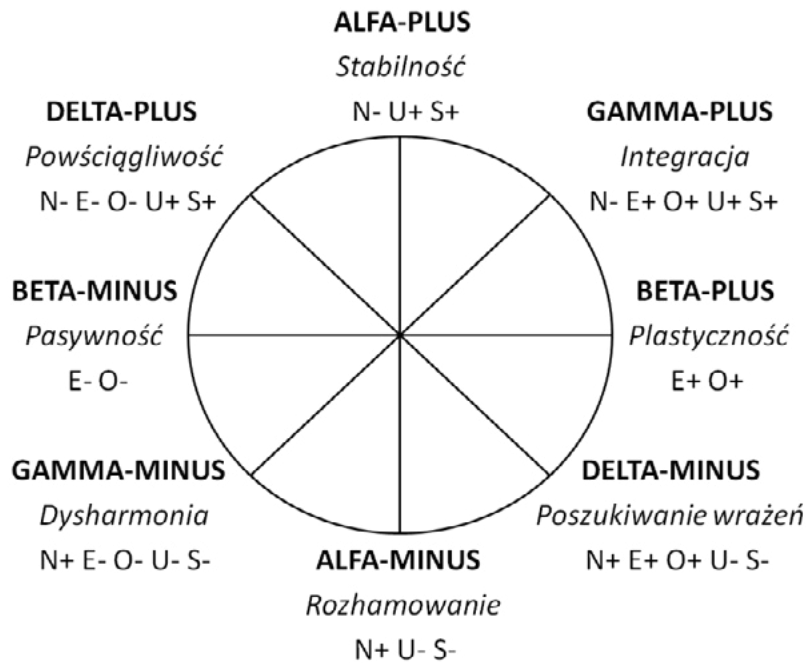
Pokaźna liczba badań oraz różnorodność zastosowanych w nich modeli i narzędzi stwarza więc trudności z integracją zgromadzonych danych empirycznych, a zarazem potrzebę uzyskania bardziej syntetycznego obrazu. Pomimo tego, że PMO do pewnego stopnia umożliwia wzajemną przekładalność tych wyników (por. McCrae, Costa, 2005; McCrae, John, 1992), nowe badania i analizy wskazują na ograniczony potencjał integracyjny i teoretyczny tego modelu, szczególnie w porównaniu z najnowszymi modelami skonstruowanymi w badaniach nad strukturą osobowości i uwzględniającymi tzw. czynniki wyższego rzędu lub metacechy osobowości. Jednym z takich modeli jest Kołowy Model Metacech

Osobowości (KMMO) Strusa i in. (2014a; Strus, Ciecuch, 2017; zob. np. Rogoza, Ciecuch, Strus, Baran, 2019).

KOŁOWY MODEL METACECH OSOBOWOŚCI A SKŁONNOŚĆ DO ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH I PODATNOŚĆ NA ZMĘCZENIE U KIEROWCÓW

PMO jest dominującą w psychologii taksonomią cech osobowości. Kluczowe założenia tego modelu dają się sprowadzić do tezy, że wszystkie cechy osobowości człowieka są zorganizowane w ramach pięciu ogólnych i niezależnych od siebie wymiarów. Owa Wielka Piątka ma więc konstituować najwyższy poziom hierarchicznie zorganizowanej struktury osobowości. Jednakże nasilona i poparta wieloma badaniami krytyka formułowana przez licznych badaczy (por. np. Block, 1995, 2001; McAdams, 1992) doprowadziła do zakwestionowania kilku kluczowych założeń tego modelu (zob. Gasiul, 2020; Strus, Ciecuch, 2014). Główne zarzuty wobec PMO dotyczyły jego a) ateoretycznego, wyłącznie opisowego charakteru, b) liczby podstawowych wymiarów oraz c) ich ortogonalności (Strus i in., 2014a). W 1997 roku Digman (1997) opublikował analizy dowodzące, że systematyczne interkorelacje pięciu wymiarów PMO wskazują na istnienie dwóch cech wyższego rzędu (metacech), znajdujących się w strukturze osobowości ponad Wielką Piątką. Wspólna wariancja stabilności emocjonalnej (odwrotny biegun neurotyczności), ugodowości i sumienności konstrytuuje Alfę (czynnik socjalizacji), ekstrawersja i otwartość tworzą natomiast Betę (czynniki osobistego rozwoju). Prowadzone przez następne 20 lat intensywne badania potwierdziły istnienie tych dwóch metacech, a nawet doprowadziły do odkrycia tzw. ogólnego czynnika osobowości (GFP; *General Factor of Personality*; Musek, 2007; Rushton, Irving, 2011), znajdującego się na samym szczycie jej struktury, powyżej Alfę i Bety. O ile idea GFP wzbudziła wiele kontrowersji (por. Just, 2011; Revelle, Wilt, 2013; Zawadzki, Strelau, 2014), o tyle metacechy Alfa i Beta uzyskały silne wsparcie empiryczne i obecnie traktowane są zwykle jako ortogonalne wymiary ulokowane na najwyższym poziomie struktury cech osobowości i najczęściej nazywane są odpowiednio: Stabilnością i Plastycznością (DeYoung, 2006; Digman, 1997; Strus, Ciecuch, 2017).

KMMO (Strus, Ciecuch, 2017; Strus i in., 2014a) nawiązuje bezpośrednio do zreferowanych powyżej badań i stanowi propozycję, aby odkryte przez Digmana (1997) oraz zrekonceptualizowane przez DeYounga, Petersona i Higginsa (2002) metacechy Alfę/Stabilność oraz Betę/Plastyczność potraktować jako ortogonalne wymiary przestrzeni kołowej. W związku z tym KMMO postuluje istnienie dwóch kolejnych metacech: Gammy/Integracji (odpowiednik GFP) oraz Delty/Powściągliwości. Gamma i Delta są ortogonalne względem siebie oraz zrotowane o 45 stopni względem Alfę i Bety. Ponadto każda z metacech ma dwa bieguny zdefiniowane nie tylko w kategoriach przeciwieństw, ale też odrębnych jakości i wyrażające się w określonej konfiguracji czynników PMO (zob. rysunek 1). Zatem drugim biegunem Alfę-plus/Stabilności jest Alfa-minus/Rozhamowanie, drugim biegunem Bety-plus/Plastyczności jest Beta-minus/Pasywność. Biegunami Gammy są Integracja (Gamma-plus) oraz Dysharmonia (Gamma-minus), biegunami Delty zaś – Powściągliwość (Delta-plus) oraz Poszukiwanie wrażeń (Delta-minus).



- N – neurotyczność
- E – ekstrawersja
- O – otwartość na doświadczenia
- U – ugodowość
- S – sumienność
- + – dodatni biegun cechy
- – ujemny biegun cechy

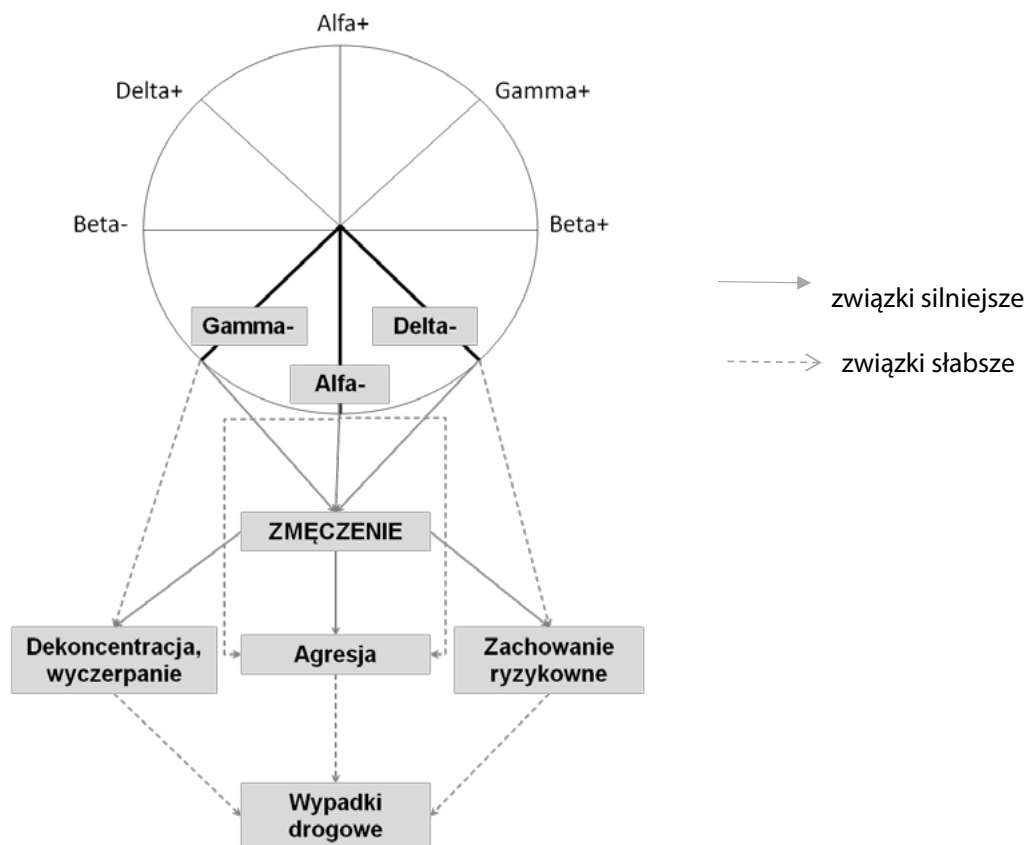
Rysunek 1. Kołowy Model Metacech Osobowości.

Metacechy ujmują osobowość w najbardziej ogólnych kategoriach, stanowiąc nie tyle proste kombinacje cech PMO, co nową jakość wynikającą z ich interakcji (Strus, Ciecuch, 2017). Szczególnie ważną właściwością KMMO jest jego potencjał integracyjny – pozwala on na integrację innych modeli teoretycznych opisujących osobowość, temperament, zachowania interpersonalne, emocje, motywację, zdrowie psychiczne i psychopatologię czy typy osobowości, co zostało już w dużej mierze potwierdzone empirycznie (Strus, Ciecuch, 2017; Strus, Cybis, Ciecuch, Rowiński, 2021; Zawadzki, 2017). W kontekście wyżej przytoczonych badań nad osobowościowymi uwarunkowaniami zachowań ryzykownych oraz podatności na zmęczenie w ruchu drogowym istotne jest to, że w KMMO można ulokować także konstrukty z modeli PEN, HEXACO (Strus, Ciecuch, 2021) czy psychobiologicznego modelu Cloningera. Przykładowo uczciwość-pokora (HEXACO) wykazuje treściowe związki z Alfa/Stabilnością, kierowanie sobą oraz skłonność do współpracy (model Cloningera) – z Alfa/Stabilnością oraz Gama/Integracją, unikanie szkody – z Gama-minus/Dysharmonią i Beta-minus/Pasywnością, a poszukiwanie nowości – z Delta-minus/Poszukiwaniem wrażeń. Związki KMMO z PMO są oczywiste, ale warto zwrócić uwagę, że trzy prototypy osobowości odkryte w badaniach nad PMO (por. Donnellan, Robins, 2010; Zawadzki, Strelau; 2003) odpowiadają konfiguracjom tworzącym metacechy Gamma-plus/Integracja (typ odporny), Gamma-minus/Dysharmonia (typ nadmiernie kontrolujący się; choć akurat w wyżej cytowanym badaniu Herzberga [2009] typ ten korespondował bardziej z Delta-plus/Powściągliwością) oraz Delta-minus/Poszukiwaniem wrażeń (typ

niedostatecznie kontrolujący się; por. Strus i in., 2014a; Strus i in., 2021; Zawadzki, 2017). Te relacje oraz omówione wyżej badania pozwalają ulokować osobowościowe predyktory zmęczenia, ryzykownych zachowań oraz wypadków na drodze w obszarze między Delta-minus/Poszukiwaniem wrażeń a Gammą-minus/Dysharmonią, integrując te, nierzadko rozproszone, wyniki badań i prezentując syntetyczny obraz osobowościowych uwarunkowań skłonności do wypadków na drodze (zob. rysunek 2).

Z badań Hirsha, DeYounga i Petersona (2009) wynika, że Beta/Plastyczność związana jest z zaangażowaniem w szeroki zakres adaptacyjnych aktywności behawioralnych (np. w zachowania społeczne, realizację własnych zainteresowań), Alfa/Stabilność natomiast – z powstrzymywaniem się od szerokiego zakresu zachowań dysfunkcyjnych (np. zachowań antyspołecznych, zażywania substancji psychoaktywnych). Zatem Delta-minus (czyli kombinacja wysokiej plastyczności i niskiej stabilności) wiąże się z nasiloną, ale słabo kontrolowaną aktywnością, co potwierdzają badania wskazujące na jej związki z impulsywnością, skłonnością do ryzyka i tendencjami do problemów eksternalizacyjnych (DeYoung, Peterson, Seguin, Tremblay, 2008; Strus, Ciecuch, 2017) oraz z wysoką aktywnością behawioralnego systemu aktywacji (BAS; Strus, Ciecuch, 2017). W KMMO Delta-minus zawiera kombinację neurotyczności, niskiej sumienności, niskiej ugodowości oraz wysokiej ekstrawersji i otwartości na doświadczenia (N+, E+, O+, U-, S-) i wiąże się z wysoką labilnością emocjonalną, poszukiwaniem stymulacji, tendencją do dominowania i ekspansywnością w relacjach międzyludzkich (por. DeYoung i in., 2008). Z kolei Gamma-minus (czyli kombinacja niskiej stabilności i niskiej plastyczności) wiąże się z niską aktywnością oraz ze słabością samoregulacji własnych zachowań i emocji (por. Becker, 1999), co pozostaje w związku z depresyjnością i tendencjami do problemów internalizujących powstających na podłożu wysokiej reaktywności emocjonalnej i wrażliwości behawioralnego systemu hamowania (BIS; Strus, Ciecuch, 2017). KMMO opisuje Gammę-minus jako związaną z niedostępnością w relacjach interpersonalnych oraz z pesymizmem i ogólnie niskim poziomem dobrostanu psychicznego i fizycznego oraz ze skłonnością do problemów psychicznych (por. Becker, 1999; Musek, 2007; Rushton, Irving, 2011; Strus Ciecuch, 2017), jako że obejmuje ona najbardziej dysfunkcyjną (szczególnie w perspektywie intrapsychicznej) konfigurację cech osobowości: neurotyczność oraz niskie nasilenie sumienności, ugodowości, ekstrawersji i otwartości na doświadczenia.

Na rysunku 2 przedstawiono schemat hipotetycznych powiązań między metacechami Deltą-minus oraz Gammą-minus a podatnością na zmęczenie, tendencjami do zachowań ryzykownych oraz wypadkowością na drodze. Zgodnie z tym schematem Delta-minus jest osobowościową determinantą zachowań ryzykownych, szczególnie w sytuacji długotrwałego i monotonnego prowadzenia pojazdu i związanego z nim narastającego zmęczenia. Gamma-minus wiąże się z podatnością na zmęczenie i związane z nim nasilenie takich jego objawów jak wyczerpanie czy spadek koncentracji uwagi, szczególnie w warunkach długotrwałego obciążenia prowadzeniem pojazdu. Warto zwrócić uwagę na dodatkową predykcję związaną z metacechą znajdującą się w KMMO między Gammą-minus oraz Deltą-minus. Tą metacechą jest Alfa-minus/Rozhamowanie, zawierająca konfigurację wysokiej neurotyczności, niskiej sumienności i niskiej ugodowości. Wiąże się ona z wysokim poziomem tendencji antyspołecznych powstających na podłożu niezrównoważenia i niskiej tolerancji na frustrację, a ujawniających się w agresywności i antagonizmie w stosunku do ludzi, norm i zobowiązań społecznych (por. Becker, 1999; Settles i in., 2012). Wysokie nasilenie tej metacechy osobowości będzie się wyrażać w zachowaniach agresywnych na drodze, szczególnie w warunkach długotrwałego prowadzenia pojazdu i związanego z nim zmęczenia.



Rysunek 2. Schemat zakładanych związków między Kołowym Modelem Metacech Osobowości a podatnością na zmęczenie, skłonnością do zachowań ryzykownych i wypadkowością u kierowców.

Zatem wszystkie trzy metacechy: Delta-minus, Alfa-minus i Gamma-minus związane są z podatnością na zmęczenie (dzięki zawartej w nich wysokiej neurotyczności). Ale reakcje związane z ich wysokim poziomem są różne, jako że stan zmęczenia będzie uruchamiał obecne w nich tendencje emocjonalne i behawioralne, czyli poszukiwanie stymulacji przez zachowania ryzykowne u Deltę-minus (dzięki konfiguracji S-, U-, E+, O+), agresywność u Alfę-minus (S-, U-) oraz dekoncentrację oraz wyczerpanie emocjonalne i motywacyjne u Gammy-minus (E-, S-, O-, U-). Z kolei każda z tych reakcji wiąże się ze wzrostem ryzyka spowodowania wypadku w ruchu drogowym. Z drugiej strony, przeciwstawne do wspomnianych metacechy Delta-plus/Powściągliwość, Alfa-plus/Stabilność oraz Gamma-plus/Integracja można potraktować jako związane z bezpiecznym stylem prowadzenia pojazdu oraz jako predyktory niskiego poziomu wykroczeń i wypadkowości w ruchu drogowym.

ZAKOŃCZENIE

Celem artykułu był przegląd wybranych badań nad osobowościowymi uwarunkowaniami ryzykownych zachowań, podatności na zmęczenie oraz wypadkowości (powodowania wypadków) w ruchu drogowym, a także prezentacja modelu KMMO jako propozycji integrującej i syntetyzującej dotychczasowe dane empiryczne. Sam model i jego możliwości integracji teoretycznej uzyskały już istotne wsparcie empiryczne (Strus, Ciecuch, 2017),

zaprezentowane zaś wyżej powiązania opisywanych w nim metacech ze zmiennymi o istotnym znaczeniu z punktu widzenia ryzyka wypadków drogowych mają póki co status jedynie hipotez badawczych i wymagają bezpośredniej weryfikacji empirycznej. Przytoczone powyżej rezultaty badań można potraktować jako weryfikację pośrednią tych zależności, jednakże weryfikacja bezpośrednia ma dopiero nastąpić. Istotną informacją w tym kontekście jest fakt, że KMMO został już zoperacjonalizowany (Strus, Ciecuch, 2017), jest zatem możliwy bezpośredni pomiar metacech wyróżnionych w tym modelu.

Warto jednak także zwrócić uwagę, że schemat zaprezentowany na rysunku 2 i rola w nim KMMO stanowią propozycję wartościową badawczo, jest bowiem bardzo oszczędny (w sensie liczby postulowanych konstruktów) i konkretny, mamy tu do czynienia z zaledwie trzema osobowościowymi predyktorami trzech różnych form niebezpiecznych reakcji na drodze, ze zmęczeniem w roli mediatora. Ponadto schemat ten nie jest zbiorem pojedynczych hipotez, ale modelem, który można potraktować jako swoisty klucz interpretacyjny dla wyników dotychczasowych badań oraz „generator hipotez” dla badań przyszłych, przewiduje on bowiem co najmniej kilka interesujących zależności. Predykcje te mogą z kolei być weryfikowane w cyklu przynajmniej kilku badań o charakterze zarówno korelacyjnym (z analizami wielozmiennowymi), jak i quasi-eksperymentalnym. Wypada wyrazić nadzieję, że model zachęci badaczy do jego empirycznej weryfikacji, która mogłaby stanowić początek szerszej zakrojonych i praktycznie zorientowanych działań mających na celu poprawę bezpieczeństwa w ruchu drogowym.

BIBLIOGRAFIA

- Ashton, M. C., Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 150–166. <https://doi.org/10.1177/1088868306294907>
- Becker, P. (1999). Beyond the Big Five. *Personality and Individual Differences*, 26, 511–530. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00168-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00168-8)
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117, 187–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117>
- Block, J. (2001). Millennial contrarianism: the five-factor approach to personality description 5 years later. *Journal of Research in Personality*, 35, 98–107. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2000.2293>
- Burtăverde, V., Chraif, M., Ani ței, M., Dumitru, D. (2017). The HEXACO model of personality and risky driving behavior. *Psychological Reports*, 120, 255–270. <https://doi.org/10.1177/0033294116688890>
- Clarke, S., Robertson, I. T. (2005). A meta-analytic review of the Big Five personality factors and accident involvement in occupational and non-occupational settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 355–376. <https://doi.org/10.1348/096317905X26183>
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling good: the science of well-being*. Nowy Jork: Oxford University Press.
- Corr, P. J. (2009). The reinforcement sensitivity theory of personality. W: P. J. Corr, G. Matthews (red.), *Cambridge Handbook of Personality* (s. 347–376). Cambridge: Cambridge University Press.
- DeYoung, C. G. (2006). Higher-order factors of the Big Five in a multi-informant sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 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, 533–552. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00171-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00171-4)
- DeYoung, C. G., Peterson, J. B., Seguin, J. R., Tremblay, R. E. (2008). Externalizing behavior and the higher-order factors of the Big Five. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 947–953. <https://doi.org/10.1037/a0013742>
- Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1246–1256. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.6.1246>
- Donnellan, M. B., Robins, R. W. (2010). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality types: issues and controversies. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 1070–1083. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00313.x>
- Eysenck, H. J., Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: a natural science approach*. Nowy Jork: Plenum Press.
- Fukuda, S., Kuratsune, H., Tajima, S., Takashima, S., Yamaguchi, K., Nishizawa, Y., Watanabe, Y. (2010). Premorbid personality in chronic fatigue syndrome as determined by the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.compsych.2009.02.002>
- Gasiul, H. (2020). *Psychologia osobowości: nurty – teorie – koncepcje (wyd. 3)*. Warszawa: Difin.

- 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: Tilburg University Press.
- González, J. L., López-López, A., Alonso-Fernández, M., Ciudad, N., Matías-Pompa, B., Moreno-Jiménez, B. (2014). Fatigue as moderator of relationship between personality and the affective dimensions of well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15, 1363–1376. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9480-5>
- Gunther, K. C., Cohen, L., Armelli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1087–1100. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1087>
- Herzberg, Ph. Y. (2009). Beyond accident-proneness: using Five-Factor Model prototypes to predict driving behavior. *Journal of Research in Personality*, 43, 1096–1100. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.08.008>
- Hirsh, J. B., DeYoung, C. G., Peterson, J. B. (2009). Metatraits of the Big Five differentially predict engagement and restraint of behavior. *Journal of Personality*, 77, 1085–1102. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00575.x>
- Just, C. (2011). A review of the literature on general factor of personality. *Personality and Individual Differences*, 50, 765–771. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.008>
- Kangas, M., Montgomery, G. H. (2011). The role of cognitive, emotional and personality factors in the experience of fatigue in university and community sample. *Psychology and Health*, 26, suppl. 1, 1–19. <https://doi.org/10.1080/08870440903521779>
- Matthews, G. (2011). Personality and individual differences in cognitive fatigue. W: P. L. Ackerman (red.), *Cognitive fatigue: multidisciplinary perspectives on current research and future applications* (s. 209–227). Waszyngton: APA. <https://doi.org/10.1037/12343-010>
- Matthews, G., Campbell, S. E. (2009). Sustained performance under overload: personality and individual differences in stress and coping. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 10, 417–442. <https://doi.org/10.1080/14639220903106395>
- McAdams, D. P. (1992). The five-factor model in personality: a critical appraisal. *Journal of Personality*, 60, 329–361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00976.x>
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: WAM.
- McCrae, R. R., John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175–215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Musek, J. (2007). A general factor of personality: evidence of the Big One in the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 41, 1213–1233. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.02.003>
- Revelle, W., Wilt, J. (2013). The general factor of personality: a general critique. *Journal of Research in Personality*, 47, 493–504. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.04.012>
- Rogoza, R., Ciecuch, 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, 437–455. <http://doi.org/10.1002/per.2206>
- Rushton, J. P., Irving, 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. 132–161). Londyn: Blackwell.
- Settles, R. E., Fischer, S., Cyders, M. A., Combs, J. L., Gunn, R. L., Smith, G. T. (2012). Negative urgency: a personality predictor of externalizing behavior characterized by neuroticism, low conscientiousness, and disagreeableness. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 160–172. <https://doi.org/10.1037/a0024948>
- Skimina, E., Strus, W., Ciecuch, J., Szarota, P., Izdebski, P. K. (2020). Psychometric properties of the Polish versions of the HEXACO-60 and the HEXACO-100 personality inventories. *Current Issues in Personality Psychology*, 8, 255–278. <http://doi.org/10.5114/cipp.2020.98693>
- Strus, W., Ciecuch, J. (2014). Poza Wielką Piątkę – przegląd nowych modeli struktury osobowości. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19, 17–49. <https://doi.org/10.14656/PFP20140102>
- Strus, W., Ciecuch, 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., Ciecuch, J. (2021). The Circumplex of Personality Metatraits and the HEXACO model: toward refinement and integration. *Journal of Personality*. Advance online publication: <https://doi.org/10.1111/JOPY.12616>
- Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2014a). The Circumplex of Personality Metatraits: a synthesizing model of personality based on the Big Five. *Review of General Psychology*, 18, 273–286. <https://doi.org/10.1037/gpr0000017>
- Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2014b). The Polish adaptation of the IPIP-BFM-50 questionnaire for measuring five personality traits in the lexical approach. *Annals of Psychology*, 17, 347–366. Pobrane z: <http://czasopisma.tnkul.pl/index.php/rpsych/article/view/3163>
- Strus, W., Cybis, N., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2021). Number and content of personality types across methods and samples: empirical filling of the theoretically developed map of RUNO typology. *Polish Psychological Bulletin*, 52(3), 211–226. <https://doi.org/10.24425/ppb.2021.137886>
- Thayer, R. E. (1996). *The origin of everyday moods: managing energy, tension, and stress*. Nowy Jork: Oxford University Press.
- Yamano, E., Fukuda, S., Joudoi, T., Mizuno, K., Tanaka, M., Kataoka, Y., ... Watanabe, Y. (2010). Temperament and character as predictors of fatigue-induced symptoms among school children in Japan: a 1-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 256–265. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.08.001>
- Zawadzki, B. (2017). The location of personality disorders in the Circumplex of Personality Metatraits. *Annals of Psychology*, 20, 493–512. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-7en>

Zawadzki, B., Strelau, J. (2003). 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. (2014). O (nie)trafności ogólnego czynnika osobowości. *Roczniki Psychologiczne*, 17, 259–274.