

STUDIA PSYCHOLOGICA

THEORIA ET PRAXIS



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Warszawa 2021

**UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE**

INSTYTUT PSYCHOLOGII

**TOM 21
NUMER 2
2021**

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

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

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

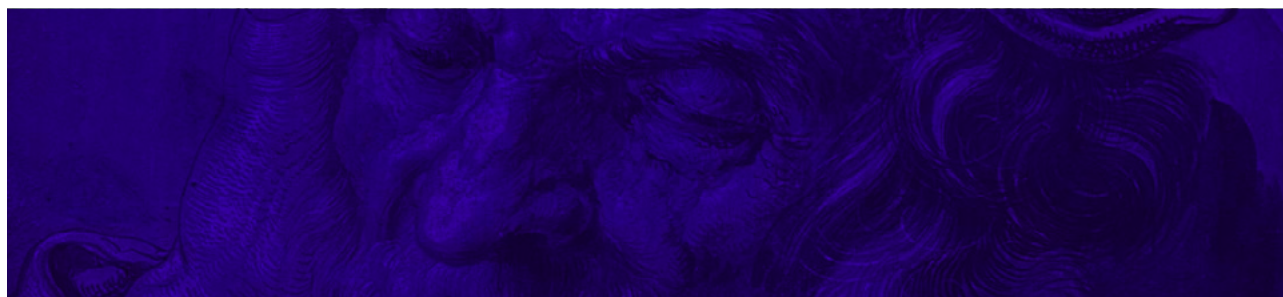
dtp@academicon.pl, dtp.academicon.pl

KOREKTA JĘZYKOWA:

Małgorzata Najderska

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

SPIS TREŚCI



5	19	37	57
Monika Bartosiewicz-Niziołek Sonia Kaczmarczyk-Partyka Bartosz H. Olszewski Magda Ostrowska	Monika Bartosiewicz-Niziołek Łukasz Błasiak Bartosz H. Olszewski Magda Ostrowska Anna Wojciechowska	Piotr Paweł Brud PRZEGLĄD KRYTERIÓW DIAGNOSTYCZNYCH, CECH I TYPÓW OSOBOWOŚCI BORDERLINE WRAZ Z PRÓBĄ ICH PORZĄDKOWANIA	Maria M. Kwiatkowska Włodzimierz Strus SOCIAL INHIBITION: THEORETICAL REVIEW AND IMPLICATIONS FOR A DUAL SOCIAL INHIBITION MODEL WITHIN THE CIRCUMPLEX OF PERSONALITY METATRAITS
ROLA I FUNKCJONOWANIE ASYSTENTÓW ZDROWIENIA (EX-IN) W ŚRODOWISKOWYM MODELU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ	ROLA ZESPOŁÓW MOBILNYCH W ZAPOBIEGANIU HOSPITALIZACJI W ŚRODOWISKOWYM MODELU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ		
asystenci zdrowienia	zespoły mobilne	heterogeniczność	social inhibition
zdrowie psychiczne	zdrowie psychiczne	borderline	shyness
ochrona zdrowia psychicznego	ochrona zdrowia psychicznego	zaburzenie osobowości borderline	modesty
kryzys zdrowia psychicznego	kryzys zdrowia psychicznego	DSM-IV-TR	humiliation
peer support	peer support	DSM-5	humility
środowiskowy model opieki psycyiatrycznej	środowiskowy model opieki psycyiatrycznej	ICD-10	personality metatraits
		ICD-11	

ROLA I FUNKCJONOWANIE ASYSTENTÓW ZDROWIENIA (EX-IN) W ŚRODOWISKOWYM MODELU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

MONIKA **BARTOSIEWICZ-NIZIOŁEK** 

Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne

SONIA **KACZMARCZYK-PARTYKA** 

Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”

BARTOSZ H. **OLSZEWSKI*** 

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

MAGDA **OSTROWSKA** 

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

STRESZCZENIE

Asystenci zdrowienia są nową rolą wśród zawodów pomocowych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Powstanie tej grupy związane jest z rozwojem idei odchodzenia od hospitalizacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w dużych szpitalnych ośrodkach na rzecz przeprowadzania procesu leczenia w środowisku lokalnym. Główna funkcja asystentów zdrowienia koncentruje się na towarzyszeniu osobom zmagającym się z kryzysem psychicznym w procesie ich zdrowienia. Asystenci, którzy są członkami zespołów terapeutycznych, pełnią unikalną rolę, zaspokajając potrzeby osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich bliskich. Rola ta polega na poznawaniu, zrozumieniu, wzmacnianiu, dawaniu nadziei na wyzdrowienie i przekazywaniu osobom w kryzysie praktycznej wiedzy dotyczącej tego procesu oraz dostępnych metod leczenia. W artykule zarysowano koncepcję asystentów zdrowienia jako wzajemnego wsparcia (*peer support*) oraz ideę ich funkcjonowania w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. Opisano proces szkolenia asystentów zdrowienia, ramy kwalifikacji oraz ich działalność w środowisku lokalnym, sieciach społecznych oraz ze specjalistami.

ASYSTENCI ZDROWIENIA
ZDROWIE PSYCHICZNE
OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
KRYZYS ZDROWIA PSYCHICZNEGO
PEER SUPPORT
ŚRODOWISKOWY MODEL OPIEKI
PSYCHIATRYCZNEJ

SŁOWA KLUCZOWE

- | | |
|----|---|
| 8 | ASYSTENCI ZDROWIENIA JAKO EKSPERCI PRZEZ DOŚWIADCZENIE |
| 11 | RAMY KWALIFIKACJI ORAZ REGULACJE PRAWNE |
| 12 | PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z WPROWADZANIEM ASYSTENTÓW ZDROWIENIA W POLSCE |
| 17 | WNIOSKI I REKOMENDACJE |
| 18 | BIBLIOGRAFIA |



THE ROLE AND FUNCTIONING OF MENTAL HEALTH RECOVERY ASSISTANTS (EX-IN) IN THE COMMUNITY MODEL OF PSYCHIATRIC CARE

Recovery assistants are a new role among mental health care professions in Poland. The emergence of this group is related to the development of the idea of abandoning hospitalization of people experiencing mental crisis in large hospital centers in favor of carrying out the treatment process in the local environment. The main function of recovery assistants is to accompany people struggling with a mental crisis in their recovery process. Assistants who are members of therapeutic teams play a unique role in meeting the needs of people experiencing a mental crisis and their relatives. This role is to know, understand, strengthen, give hope for recovery and provide people in crisis with practical knowledge about this process and available treatments. The article outlines the concepts of recovery assistants as peer support and the idea of their functioning in the environmental model of psychiatric care. The process of training recovery assistants, the qualification framework and their activities in the local community, social networks and with specialists are described.

KEYWORDS:

mental health crisis, peer support, community model of psychiatric care

Asystenci zdrowienia to nowa rola zawodów pomocowych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Idea funkcjonowania asystentów zdrowienia w ostatnich latach znacząco zyskała na popularności, wpisując się w trwającą reformę opieki psychiatrycznej poprzez uwzględnienie asystentów zdrowienia w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. 2018 poz. 852) jako personelu niezbędnego do zatrudnienia w tychże podmiotach. Rola asystenta zdrowienia wpisuje się w międzynarodowy kontekst wzajemnego wsparcia (*peer support*), opierający się na przekonaniu, że osoby, które doświadczyły i przetrwały różnego rodzaju trudności są w stanie zaoferować wsparcie, inspirację oraz nadzieję innym osobom znajdującym się w podobnej sytuacji (Davidson, Chinman, Sells, Rowe, 2006). Trudności te obejmują przede wszystkim choroby psychiczne i uzależnienia, niepełnosprawności, traumy, choroby nowotworowe oraz problemy wychowawcze z młodzieżą. Dla osób, które przeżyły poważny kryzys psychiczny, wspólne doświadczenia dotyczą głównie radzenia sobie z ostrymi epizodami choroby, konsekwencjami życia ze stygmatem osoby z zaburzeniami psychicznymi, a także kontaktami z systemem opieki zdrowotnej.

Nowo powstała rola asystenta zdrowienia nie mogła trafić na lepszy moment w rozwoju psychiatrii środowiskowej w Polsce. Idea odchodzenia od hospitalizacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w dużych szpitalnych ośrodkach jest rozwijana w Europie od lat 60. XX wieku, a wiele krajów europejskich, w tym Polska, inspirują się przeprowadzoną we Włoszech reformą psychiatrii. Twórcy włoskiej reformy uważają, że możliwe jest niemal całkowite zastąpienie szpitali psychiatrycznych alternatywnymi metodami opieki (Mokrzycka-Markowska, Drozdowicz, Nasierowski, 2015). Od kilku lat Polska jest beneficjentem środków Europejskiego Funduszu Społecznego przeznaczonych na deinstytucjonalizację usług psychiatrycznych. Równolegle wprowadzana jest reforma Ministerstwa Zdrowia polegająca na wdrażaniu ogólnodostępnej psychiatrycznej opieki środowiskowej, oferowanej blisko miejsca zamieszkania w formie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP). Kumulacja powyższych inicjatyw stanowi idealne miejsce do rozwijania roli asystenta zdrowienia, ponieważ wzajemne wsparcie w założeniach było alternatywą dla standardowej opieki psychiatrycznej i lepiej funkcjonuje w strukturach środowiskowych, które są mniej zhierarchizowane niż szpitale psychiatryczne.

Na etapie opracowywania standardów zawodowych i szkoleniowych dla osób oferujących wzajemne wsparcie w latach 2005–2007 specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego, przedstawiciele osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i trenerzy z 10 organizacji (z Niemiec, Holandii, Szwecji, Norwegii, Wielkiej Brytanii i Słowenii) zrealizowali projekt pilotażowy finansowany w ramach europejskiego programu Leonardo da Vinci¹. Celem projektu było sformułowanie i przetestowanie programu dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Program miał umożliwić uzyskanie kwalifikacji do pracy w charakterze ekspertów przez doświadczenie (*Ex-In – Experienced Involvement*) w ramach usług ochrony zdrowia psychicznego i edukacji. Wypracowany w ramach projektu program szkoleniowy jest od ponad 10 lat prowadzony w krajach Europy Zachodniej – w szczególności w Niemczech (Utschakowski, 2012).

Efekty powyższego projektu były bezpośrednią inspiracją do wprowadzenia w Polsce wzajemnego wsparcia. W latach 2016–2019 w ramach projektu pn. *Nowy Zawód: Ekspert przez Doświadczenie (“Ex-In”)* wdrażanego przez Fundację „Leonardo”, Polski Instytut Otwartego Dialogu, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz Stowarzyszenie „Feniks” podjęto próbę przełożenia modelu niemieckiego na warunki

¹ <https://ex-in.de/ex-in-europa/> (dostęp: 22.12.2021).

krajowe². Przedsięwzięcie to było współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój i zostało skierowane do osób w wieku od 18 do 67 lat zamieszkałych na terenie czterech województw: małopolskiego, dolnośląskiego, mazowieckiego i zachodniopomorskiego. W szkoleniach tych wzięło udział 100 uczestników, spośród których 60 odbyło następnie kilkumiesięczne staże w różnego rodzaju placówkach ochrony zdrowia psychicznego: na oddziałach psychiatrycznych szpitali, w zespołach leczenia środowiskowego, środowiskowych domach samopomocy, a także w organizacjach pozarządowych. W rezultacie około 20 osób zostało zatrudnionych w roli asystentów zdrowienia (Kaczmarczyk i in., 2019). W ramach tego projektu po raz pierwszy użyto nazwy „asystent zdrowienia” do opisu przeszkolonej osoby z osobistym doświadczeniem kryzysu psychicznego, chociaż nazwa ta jest stosowana wymiennie z „ekspertem przez doświadczenie” lub „Ex-In”. Końcowy raport z realizacji projektu zawiera całościowy program szkolenia, standardy dotyczące rekrutacji asystentów zdrowienia, kodeks etyczny i zalecenia dla instytucji przyjmującej asystentów zdrowienia. Absolwenci szkoleń założyli w 2019 roku pierwsze ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Zdrowienia.

ASYSTENCI ZDROWIENIA JAKO EKSPERCI PRZEZ DOŚWIADCZENIE

Wypracowana na polskim gruncie definicja asystentów zdrowienia podąża w ślad za międzynarodowymi definicjami (Utschakowski, 2012). Mianem asystentów zdrowienia jako ekspertów przez doświadczenie w ochronie zdrowia określane są osoby, które aktywnie doświadczyły choroby, niepełnosprawności i/lub problemów ze zdrowiem psychicznym, w konsekwencji czego zyskały pogłębioną wiedzę i znajomość kontekstów społeczno-kulturowo-instytucjonalnych, w których trudności w ww. zakresie nabierają szczególnego znaczenia. Asystenci zdrowienia potrafią wykorzystać własne doświadczenia kryzysu psychicznego we wspieraniu innych osób, które borykają się z podobnymi trudnościami.

Tak szeroka definicja nie jest jednak wystarczająca do ukonstytuowania roli asystentów zdrowienia w kontekście zawodowym ochrony zdrowia psychicznego. Środowisko próbuje wypracować jednolite standardy w tym zakresie, ale wciąż nie osiągnięto konsensusu. Wątpliwości dotyczą warunków osobowościowych, jakie powinna spełniać osoba ubiegająca się o status asystenta zdrowienia, oceny umiejętności autorefleksji w zakresie własnych doświadczeń chorobowych, zakresu programowego szkoleń i ich wymiaru godzinowego, a także oceny kompetencji Ex-In oraz ich miejsca w zespołach terapeutycznych. Jednym z kroków podjętych w celu określenia ram i wymagań wobec asystentów zdrowienia jest próba włączenia opisu ich kwalifikacji do ogólnopolskiego Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji.

Początki zrzeszania się osób o podobnych doświadczeniach w zakresie zdrowia psychicznego sięgają XIX wieku, czego przykładem może być Alleged Lunatics' Friends Society, stowarzyszenie działające w latach 1845–1863 w Wielkiej Brytanii na rzecz lepszej ochrony przed przymusowym zamknięciem i niewłaściwym traktowaniem pacjentów przebywających w zakładach psychiatrycznych (Basset, Faulkner, Repper, Stamou, 2010). Bardziej aktualnym przykładem są ruchy działające w Stanach Zjednoczonych w latach 70. XX wieku zrzeszające byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych, współdzielących doświadczenia dyskryminacji i stygmatyzacji, lobbujące na rzecz reform w ochronie zdrowia psychicznego. Powyższe grupy w dużej mierze opierały się na walce o prawa pacjentów, ale częściowo gwarantowały swoim członkom wzajemne wsparcie i położyły podwaliny pod ruchy samopomocowe. Przykładem organizacji funkcjonującej już od lat 30. XX wieku oraz

² <http://fundacja-leonardo.pl/nowy-zawod/> (dostęp: 22.12.2021).

bazującej wyłącznie na wzajemnym wsparciu są Anonimowi Alkoholicy, których członkowie wykorzystują osobistą wiedzę i doświadczenia radzenia sobie z problemem alkoholowym, aby pomagać sobie nawzajem (Zadrożna, 2019). Lata 90. XX wieku przyniosły bardziej sformalizowane próby włączenia osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi do systemu ochrony zdrowia psychicznego. W 1991 roku w Denver przeszkolono 25 osób z doświadczeniem choroby psychicznej do zatrudnienia w roli pomocy kierownika przypadku (*case manager*) w ramach projektu rehabilitacji psychiatrycznej (Sherman, Porter 1991). Po dwóch latach w grupie 15 wciąż pracujących osób zdarzyły się jedyne 2 dni hospitalizacji psychiatrycznej od momentu ukończenia szkolenia. Obecnie w większości krajów zachodnich włączanie pacjentów (nazywanych użytkownikami ochrony zdrowia psychicznego) w planowanie, organizację i ewaluację opieki psychiatrycznej jest standardem (Cechnicki, Liberadzka, 2012).

Aktualnie w ramach wzajemnego wsparcia wyodrębnia się kilka kategorii (Solomon, 2004):

1. Grupy samopomocowe – to najstarsza forma wzajemnego wsparcia, składają się z osób o podobnych doświadczeniach działających wolontarystycznie. Obecnie niemal dla każdej trudności psychologicznej można odnaleźć grupę samopomocy. W przeciwieństwie do grup wsparcia nie są one prowadzone przez specjalistę. Grupy samopomocowe funkcjonują z powodzeniem w Internecie, gwarantując uczestnikom pewien stopień anonimowości. W Polsce samoorganizowanie i oddolne działania osób chorujących psychicznie nadal nie są popularne, chociaż powoli przyrasta liczba grup samopomocowych, takich jak Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP (Bronowski, Chotkowska, Bednarzak, 2016)
2. Usługi świadczone przez osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego (*peer run or operated services*) – obejmują przedsięwzięcia i organizacje tworzone, obsługiwane i administrowane w zdecydowanej większości przez Ex-In, które działają na rzecz zdrowienia. Przykładem takich usług są kryzysowe miejsca noclegowe (*peer respite*), obsługiwane w całości przez personel z własnym doświadczeniem poważnego kryzysu (People USA's Rose Houses czy Red Umbrella Project w Nowym Jorku)³. W Polsce działa wiele organizacji prowadzonych przez pacjentów ze schorzeniami somatycznymi, natomiast organizacje świadczące usługi na rzecz osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi są na wstępnym etapie rozwoju (przykładami mogą być: Stowarzyszenie Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi, Ich Rodzin i Przyjaciół POMOST lub Stowarzyszenie Pacjentów „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa).
3. Indywidualni pracownicy wzajemnego wsparcia – są to osoby po kryzysach psychicznych zatrudnione na samodzielnych stanowiskach w placówkach związanych z ochroną zdrowia psychicznego, którzy mogą pracować w tradycyjnych strukturach lub działać środowiskowo. Zazwyczaj takie zatrudnienie wiąże się z otwartością oraz identyfikowaniem się jako osoba z doświadczeniem choroby, zaburzeń, czy kryzysów psychicznych. Do tej kategorii należy rola asystenta zdrowienia.

Szacunkowa liczba aktywnie działających osób po kryzysach psychicznych (*peer support staff*) w jednostkach ochrony zdrowia psychicznego sięga 10 tys. osób w samych Stanach Zjednoczonych (Davidson, Bellamy, Guy, Miller, 2012). Równoległe rośnie liczba badań naukowych skupiających się na skuteczności wzajemnego wsparcia, efektywności kosztowej takich usług oraz ustaleniu standardów zawodowych. Większość wyników badań wskazuje, że usługi wzajemnego wsparcia są związane z szeregiem pozytywnych rezultatów dla użytkowników świadczeń psychiatrycznych, takich jak: powrót do życia społecznego, zmniejszenie liczby hospitalizacji, poprawa jakości życia, większa akceptacja choroby, lepsze

³ <https://www.redumbrellafund.org> (dostęp: 22.12.2021) oraz <https://www.peerrespite.com/guidebook> (dostęp: 22.12.2021).

funkcjonowanie społeczne i częstsze przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących procesu leczenia (Crane, Lepicki, Knudsen, 2016). Wzajemne wsparcie wiąże się także z większym zaufaniem użytkowników usług do personelu medycznego i wzrostem zaangażowania we własny proces leczenia (Pickett i in., 2012). Osoby, które mają złe doświadczenia z tradycyjnymi strukturami systemu ochrony zdrowia, chętniej korzystają z usług pracownika z doświadczeniem kryzysu. Jednocześnie sami pracownicy wzajemnego wsparcia deklarują pozytywne korzyści funkcjonowania w tej roli, przede wszystkim wymieniając: rozwój osobisty, samopoznanie, wzrost wiary we własną skuteczność, wzmocnienie (*empowerment*), poprawę samooceny, lepsze radzenie sobie z własną diagnozą, budowanie umiejętności zawodowych, lepszą organizację czasu oraz rozwijanie sieci wsparcia (Salzer, 1997; Salzer, Shear, 2002). Praca w roli osoby oferującej wzajemne wsparcie jest również związana ze zwiększeniem satysfakcji życiowej (Mowbray, Moxley, Collins, 1998).

Według Delman i Vorhies Klodnick (2017) niepowtarzalna, w kontekście innych zawodów pomocowych z obszaru zdrowia psychicznego, charakterystyka oraz wartość roli osoby oferującej wzajemne wsparcie – asystenta zdrowienia opiera się na czterech filarach:

1. Strategiczne wykorzystanie wiedzy płynącej z własnych doświadczeń kryzysu psychicznego i procesu zdrowienia.
2. Pełnienie funkcji wzoru do naśladowania. Asystenci zdrowienia są przykładem, że zdrowienie i rehabilitacja zawodowa są możliwe. Działają oni wbrew stereotypom i dają ludziom w kryzysach nadzieję na możliwość powrotu do pełnego, satysfakcjonującego życia.
3. Działania na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Asystenci zdrowienia przekazują perspektywę tych osób zespołowi terapeutycznemu, angażują je do aktywnego udziału w procesie zdrowienia i podejmowania decyzji zdrowotnych oraz pomagają przełamywać bariery pomiędzy tymi osobami a personelem specjalistycznym, wspomagając ich komunikację.
4. Relację opartą na szacunku, empatii, bezwarunkowym pozytywnym podejściu, partnerstwie i wzajemności.

Zasadnicza funkcja asystentów zdrowienia polega na towarzyszeniu osobom zmagającym się z kryzysem psychicznym w procesie ich zdrowienia. Asystenci, którzy są członkami zespołów terapeutycznych, pełnią unikalną rolę, zaspokajając te potrzeby osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich bliskich, na które nie mogą odpowiedzieć specjaliści będący „ekspertami przez edukację”. Rola ta polega na poznawaniu, zrozumieniu, wzmacnianiu, dawaniu nadziei na wyzdrowienie i przekazywaniu osobom w kryzysie praktycznej wiedzy dotyczącej tego procesu oraz dostępnych metod leczenia. Asystenci zdrowienia przybliżają specjalistom perspektywę osoby będącej w kryzysie, jej cele, potrzeby, pragnienia oraz różnorodne uwarunkowania, pomagając im „dostrzec człowieka, a nie tylko chorobę”. Asystenci skupiają się na wspieraniu osób w kryzysie, ale nie ich wyręczaniu, tworząc sprzyjające warunki do jak najpełniejszego wykorzystania potencjału tych osób. Aktywizują i motywują je do działania oraz samodzielności, wzmacniają w podejmowaniu decyzji, a także wspierają w powrocie lub podejmowaniu nowych ról społecznych i zawodowych. Służąc własnym przykładem pomagają osobom z trudnościami psychicznymi w świadomym i intencjonalnym dbaniu o zdrowie oraz dążeniu do samostanowienia i samorealizacji. Asystenci zdrowienia, wspierając osoby w kryzysie, mogą odwoływać się nie tylko do swoich przeżyć, ale też doświadczeń innych osób w kryzysie, z którymi zetknęli się w procesie własnego zdrowienia, co zapewnia im wiarygodność, budzi zaufanie i sprawia, że są nie do zastąpienia przez profesjonalistów postrzegających zaburzenia i choroby psychiczne z innej perspektywy niż autopsja.

Asystenci potrafią empatycznie słuchać, wspierać i motywować osoby w kryzysie dzięki odwoływaniu się do własnych doświadczeń. Dają też siłę oraz nadzieję rodzinom i bliskim tych osób poprzez pokazanie, że nawet choroba może stanowić zasób, w oparciu o który

można budować dalsze życie, a jednocześnie pomagać innym. W przypadku osób w kryzysie, które nie mają wsparcia w rodzinie ani w swoim środowisku, pomoc asystentów zdrowia jest nieoceniona, szczególnie w sytuacjach kryzysowych, a także kontynuacji procesu zdrowienia w celu wydłużenia remisji oraz uniknięcia szybkiego powrotu do szpitala. Asystenci zdrowia mogą także współpracować z rodzinami lub bliskimi osób doświadczających problemów psychicznych, pomagać w odnalezieniu się w systemie ochrony zdrowia oraz – na przykładzie własnej osoby – dawać nadzieję na wyjście z kryzysu i możliwość wykorzystania potencjału tego doświadczenia.

Empatia i zrozumienie, które asystenci zdrowia okazują osobom w kryzysie, stanowi bazę ich wzajemnych relacji, ale jednocześnie nie należy zapominać o tym, że są oni wrażliwymi osobami, które mogą mieć „kruchą” psychikę, więc nie powinny być nadmiernie obciążane obowiązkami zawodowymi i narażane na sytuacje ekstremalne, z którymi mogą mieć do czynienia zespoły mobilne, jak akty agresji lub próby samobójcze. Współpraca pomiędzy asystentami zdrowia oraz specjalistami wymaga nie tylko ustalenia jasnych reguł i procedur, które będą respektowane, ale także dużej uważności i wyczucia. W obawie przed powtórny kryzysem i nawrotami choroby członkowie zespołów mobilnych starają się nie korzystać z pomocy asystentów zdrowia w przypadku trudnych i niestabilnych środowisk, natomiast zapraszają ich do współpracy wtedy, gdy osoba w kryzysie jest do tego w pełni gotowa.

Asystenci zdrowia potrafią też w przystępny sposób wytłumaczyć rodzinie lub bliskim, co przeżywa osoba będąca w kryzysie, jak wygląda problem z jej punktu widzenia, co się z nią dzieje oraz w jaki sposób funkcjonuje w chorobie. Jest to szczególnie istotne, gdy rodzina podejrzewa, że ich krewny symuluje chorobę. Bliski kontakt asystentów zdrowia z osobą w kryzysie umożliwia też sygnalizowanie odpowiednio wcześniej niepokojących sytuacji oraz gdy pojawia się zagrożenie pogorszenia jej stanu zdrowia. W takich sytuacjach, po wcześniejszym poinformowaniu właściwych osób, asystenci zdrowia wycofują się na jakiś czas z realizacji swoich zadań na rzecz tej osoby, aby niepotrzebnie nie narażać na uszczerbek własnego stanu psychicznego.

RAMY KWALIFIKACJI ORAZ REGULACJE PRAWNE

Aktualnie trwają rozmowy z udziałem Ministerstwa Zdrowia dotyczące ram kwalifikacji asystentów zdrowia. Opis tych kwalifikacji, jak również systemu certyfikacji asystentów zdrowia został zgłoszony do Ministerstwa Zdrowia i aktualnie jest procedowany. W dokumencie, który został wypracowany z inicjatywy Fundacji „Leonardo”, zamieszczono wymóg posiadania wykształcenia co najmniej zawodowego (tj. na III poziomie według Polskiej Ramy Kwalifikacji). Zapis ten wskazuje na preferowanie modelu włączającego, mającego na celu przeciwdziałanie zamykania dostępu do zawodu asystenta zdrowia osobom, które z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym nie mogły uzyskać wyższego wykształcenia niż zawodowe. Kolejny wymóg dotyczy przepracowania doświadczenia kryzysu w drodze własnej terapii, która powinna podnieść samoświadomość ekspertów przez doświadczenie i poprawić jakość ich życia. O takiej potrzebie świadczy fakt, że część uczestników szkolenia dla asystentów zdrowia podjęła psychoterapię w trakcie jego trwania lub niedługo po zakończeniu tego kursu. Psychoterapię można rozpocząć w trakcie szkolenia (wówczas będzie ona stanowiła swego rodzaju ochronę), ponieważ w niektórych przypadkach może nastąpić pogorszenie stanu zdrowia, lub po zakończeniu kursu. W ramach kwalifikacji wpisano jako jeden z wymogów walidacji odbycie 75 godzin psychoterapii. Natomiast po zakończeniu szkolenia niezbędne jest kontynuowanie pracy własnej w formie superwizji.

Brak usankcjonowania prawnego ram kwalifikacji stanowi znaczny problem zarówno dla osób, które już pełnią rolę asystentów zdrowia bądź chciałyby wykonywać ten zawód

w przyszłości, jak i dla potencjalnych pracodawców, ponieważ szkolenia dla nich, a także nadawanie certyfikatów powinny się odbywać na podstawie zapisów tego dokumentu. Ponadto włączenie asystentów zdrowia do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji umożliwiłoby ich zatrudnianie także poza systemem ochrony zdrowia (np. w instytucjach pomocy społecznej). Warto zaznaczyć, że obecnie w żadnym kraju europejskim asystent zdrowia nie został wpisany na listę zawodów, więc prace legislacyjne w tym zakresie prowadzone w Polsce mają najbardziej zaawansowany charakter w Unii Europejskiej.

Zgodnie z obowiązującym aktualnie prawem eksperci przez doświadczenie nie powinni mieć wglądu do dokumentacji osób w kryzysie (w tym dokumentacji medycznej). Kwestia ta powinna zostać prawnie uregulowana, przy czym warto pamiętać, że asystenci zdrowia powinni mieć możliwość jakiejś formy dostępu do informacji medycznej pacjentów, ponieważ jest to konieczne do optymalizacji ich pomocowych działań.

PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z WPROWADZANIEM ASYSTENTÓW ZDROWIENIA W POLSCE

W ramach projektu *Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny* (Nr POWR.04.01.00-00-D20817), realizowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, przeprowadzono badanie ewaluacyjne dotyczące roli i funkcjonowania asystentów zdrowia w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. Poniżej przedstawione zostały główne wyniki⁴.

Rozmówcy, którzy wzięli udział w wywiadach, podkreślali, że samo ukończenie szkolenia nie powinno gwarantować ekspertom przez doświadczenie uzyskania zatrudnienia, ponieważ po przeprowadzonym kursie dla asystentów zdrowia okazało się, że wiele osób nie przepracowało swojego kryzysu na tyle wnikliwie, by mogły pomagać innym. Niemniej jednak część uczestników przyznała, że choć nie czuje się gotowa do podjęcia pracy w roli asystenta zdrowia, udział w szkoleniu był bardzo ważny z punktu widzenia ich rozwoju osobistego, ponieważ wyklarowała im się wizja tego, czym chcieliby się zająć w przyszłości. Można zatem sformułować tezę, że w kursach tych nie powinny brać udziału osoby będące w aktywnym kryzysie, a jedynie takie, które miały już możliwość przepracowania swojego doświadczenia. W Niemczech wymagane jest, by upłynął co najmniej rok od wystąpienia ostatnich objawów kryzysu. Ponadto asystenci zdrowia powinni posiadać duże kompetencje komunikacyjne i cechować się empatią.

Współpraca z asystentami zdrowia, począwszy od etapu staży, może początkowo napotykać na opór ze strony profesjonalistów. W ramach staży każdy ekspert przez doświadczenie przebywał w Zespołach Leczenia Środowiskowego, na oddziale dziennym oraz w szpitalu całodobowym przez okres 1 miesiąca. Ponadto osoby te odbywały staże w Środowiskowych Domach Samopomocy. Sposób, w jaki asystenci zdrowia zostali przyjęci w tych instytucjach, był w dużej mierze uzależniony od przygotowania specjalistów, za które

⁴ Przeprowadzone badanie ewaluacyjne miało charakter jakościowy i objęło analizę dokumentacji gromadzonej w toku realizacji projektu, a także pogłębione wywiady indywidualne oraz zogniskowane wywiady grupowe w których wzięło udział łącznie 13 osób zatrudnionych w roli asystentów zdrowia i osób zarządzających ich pracą w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego. Dane empiryczne zebrane podczas wywiadów zostały uzupełnione o informacje, które zgromadzono podczas dwóch paneli eksperckich dotyczących asystentów zdrowia, w których uczestniczyli przedstawiciele Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego w Wieliczce, Koszalinie, Warszawie-Bielanach, Nowym Targu, Centrów Zdrowia Psychicznego w Warszawie-Woli oraz Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego, reprezentanci Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i osoby reprezentujące organizacje pozarządowe zajmujące się wspieraniem Ex-In, jak również osób doświadczonych chorobami psychicznymi (Stowarzyszenie Asystentów Zdrowienia, Fundacja eFkropka).

odpowiadali kierownicy danych placówek. Osoby zarządzające pracą asystentów zdrowienia podkreślały w wywiadach, że po upływie pewnego czasu, gdy zaczęły być widoczne efekty pracy asystentów zdrowienia, postawy personelu zaczęły ulegać zmianie. Obecnie doceniana jest inna perspektywa, którą eksperci przez doświadczenie wnoszą do zespołów terapeutycznych, toteż opór wobec tych osób w środowiskach profesjonalnych stopniowo maleje.

Jak już wspomniano, asystent zdrowienia jest nowym zawodem, który napotyka na liczne trudności o charakterze legislacyjnym, organizacyjnym oraz mentalnościowym (negatywne postawy wynikające ze stygmatyzacji i stereotypizacji osób z kryzysami psychicznymi). Biorąc pod uwagę trudności legislacyjne, najbardziej problematyczny jest brak przepisów regulujących dostęp asystentów zdrowienia do dokumentacji osób korzystających ze środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

Wielu specjalistów kieruje się stereotypami i przejawia różne obawy związane z aktywnym udziałem ekspertów przez doświadczenie w procesie zdrowienia osób będących w kryzysie psychicznym. Środowisko psychologów obawia się udostępniania asystentom zdrowienia będących członkami zespołów terapeutycznych wrażliwych danych dotyczących pacjentów, a także wskazuje na potrzebę potwierdzenia, że asystenci znajdują się w stanie remisji objawów. Niektórzy profesjonalści kwestionują też opis kwalifikacji asystentów zdrowienia jako mało precyzyjny oraz sygnalizują problem zbyt małej liczby etatów dla psychologów w systemie środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego, co rzuca dodatkowe światło na ich opór wobec zatrudniania ekspertów przez doświadczenie, który może wynikać z poczucia zagrożenia i rywalizacji o miejsca pracy.

Część specjalistów, którzy nie mieli wcześniej okazji współpracować z asystentami zdrowienia, szczególnie psychologów, czuła się zagrożona ich obecnością w profesjonalnych zespołach, ponieważ postrzegali te osoby jako swoistą „konkurencję”. Podkreślić należy, że organizacje branżowe psychologów, które konsultowały ramy kwalifikacji asystentów zdrowienia, wskazywały na ryzyko zajmowania przez nich etatów, które powinny być przeznaczone dla psychoterapeutów. Asystenci, którzy mogą poświęcać osobom w kryzysie więcej czasu, często wchodzą w bliskie relacje z nimi, stając się ich powiernikami i uzyskując informacje niedostępne dla specjalistów. Dodatkowo eksperci przez doświadczenie „stoją po stronie pacjentów”, reprezentując ich potrzeby i interesy, co dla wielu profesjonalistów może być trudne do przyjęcia, ponieważ perspektywa tych osób nie była do tej pory dostatecznie uwzględniana.

Podczas gdy stosunek niektórych specjalistów opiera się na niedocenianiu roli asystentów zdrowienia czy wręcz ich dyskryminowaniu, część profesjonalistów utożsamia ich angażowanie w proces zdrowienia innych osób z „wykorzystywaniem pacjentów”. Obie te postawy istotnie zagrażają krzewieniu idei „ekspertów przez doświadczenie” i wskazują na pilną potrzebę odpowiedniego przygotowywania zespołów pracowniczych do współpracy i włączania do swojego grona asystentów zdrowienia. Specjaliści muszą dobrze zrozumieć rolę tych osób w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej, a także dokładnie poznać zakres ich obowiązków i uprawnień.

Na trudności natury mentalnościowej, polegające na nieprzychylnych asystentom zdrowienia postawach ze strony profesjonalistów Ex-In natknęli się na etapie staży. Część specjalistów miała problemy z zaakceptowaniem tych osób, szczególnie w roli członków zespołu terapeutycznego. Relacje asystentów zdrowienia z innymi pracownikami były w dużej mierze uzależnione od ich przygotowania (do współpracy z nimi). Szczególnie problematyczne okazały się staże, podczas których asystenci zdrowienia współpracowali z kadrą szpitali mającą z nimi wcześniej do czynienia w roli pacjentów. Niektórzy pracownicy byli na tyle zdezorientowani, że pytali np. o właściwe miejsce spożywania posiłków przez asystentów zdrowienia (w celu ich jednoznacznego przyporządkowania do grupy pacjentów bądź kadry).

Część profesjonalistów miała wątpliwości, czy asystenci zdrowienia poradzą sobie w trudnych sytuacjach i obawiała się wywołania u nich nawrotu kryzysu. Etap stażu był

trudny dla obu stron – specjaliści dostrzegali zagubienie, przestrasz i trudności w odnalezieniu się asystentów zdrowienia w nowej dla nich sytuacji, zaś stażyści czuli się dyskryminowani, gdy napotykali na opór ze strony kadry. Z drugiej strony, niektórzy specjaliści przejawiali wobec asystentów zdrowienia postawy nadopiekuńcze, które również nie pozwalały im być „traktowanymi na równi” z innymi pracownikami. Niektórzy asystenci zdrowienia narażeni na mało przychylne postawy kadry oraz różne niepowodzenia reagowali zachowaniami lękowymi. Z kolei osoby, które były „przebudźcowane pozytywnie”, były narażone na popadnięcie w samozachwyty i utratę zdolności do krytycznego osądu. Obie te skrajne reakcje – pomimo tego, że nie są powszechne – wskazują na potrzebę uzyskania przez asystentów zdrowienia wsparcia, które pomogłoby im przepracować napotykaną trudność. Szczególne ryzyko rodzi także duża wrażliwość oraz niska odporność asystentów zdrowienia na stres, która w połączeniu ze skrajnymi sytuacjami (np. próby samobójczej osoby w kryzysie) może wywołać załamanie i nawrót problemów psychicznych.

Sposób postrzegania asystentów zdrowienia przez współpracujących z nimi specjalistów może być też uzależniony od tego, czy dana osoba leczyła się wcześniej w obecnym miejscu pracy. Część osób uważa, że lepiej unikać takich sytuacji, choć czasami jest to niemożliwe ze względu na brak wyboru, szczególnie w mniejszych miejscowościach. W tych przypadkach ekspertom przez doświadczenie pozostaje zmiana miejsca zamieszkania i zatrudnienie się w placówce zlokalizowanej w innym mieście, co wiąże się z dodatkowymi wyzwaniem, na które nie wszyscy są gotowi. Gdy nie jest to możliwe, powrót pacjenta do danej instytucji w roli asystenta zdrowienia musi zostać przepracowany. Generalnie uważa się, że oddzielenie funkcji pacjenta i asystenta zdrowienia jest korzystne zarówno na etapie stażu, jak i późniejszego zatrudnienia.

Z drugiej strony, znajomość specyfiki miejsca, w którym odbywało się leczenie, może być dla ekspertów przez doświadczenie cennym zasobem. Mogą oni czuć się bezpiecznie w znanym im szpitalu – znają personel tej placówki, różne oznaczenia, stosowane skróty i nazewnictwo. Asystenci, z którymi prowadzono wywiady i którzy uczestniczyli w panelu ekspertów, podkreślali, że jest to indywidualna sprawa i każdy z nich powinien mieć możliwość wyboru miejsca zatrudnienia. Nie można z góry przesądzać, jak potoczy się ich współpraca z kadrą danej instytucji, natomiast bardzo ważne jest wyznaczenie jej granic – tego, co eksperci przez doświadczenie mogą robić, a czego nie, co wchodzi w zakres ich obowiązków, a co poza nie wykracza. Takie ustalenia dają poczucie bezpieczeństwa wszystkim stronom – asystentom zdrowienia, ich podopiecznym i profesjonalistom – a także zapobiegają pokusie zastępowania specjalistów, na którą narażeni są eksperci przez doświadczenie. Należy zaznaczyć, że czasami granice te mogą być dość płynne, szczególnie w sytuacji, gdy pełnią oni rolę terapeutów zajęciowych, co może rodzić pewne trudności.

Kolejny rodzaj problemów, na które wskazywali zarówno asystenci zdrowienia, jak i kadra zarządzająca, miał charakter organizacyjny. Znacznym utrudnieniem na etapie stażu była dla asystentów zdrowienia konieczność szybkiego przyswojenia dużej ilości informacji, szczególnie w połączeniu z brakiem czasu na rozmowę ze specjalistami, którzy byli zaangażowani w wykonywanie swoich obowiązków. W tej sytuacji musieli oni do wielu rzeczy dochodzić samodzielnie, np. rozszyfrowywać różne skróty, oznaczenia i terminy. Trudność ta wiąże się z potrzebą uczestnictwa asystentów zdrowienia w różnych kursach i szkoleniach, które w istotnym stopniu wspierałyby ich pracę.

Dzięki asystentom zdrowienia możliwe jest pogłębianie wiedzy na temat czynników, które korzystnie wpływają na proces zdrowienia i przeciwdziałają występowaniu kryzysów. Eksperci przez doświadczenie przyczyniają się do rozwijania wiedzy przekazywanej profesjonalistom w ich procesie kształcenia i jej lepszemu rozumieniu, a także wypracowywania nowych metod leczenia oraz tworzenia innowacyjnych usług medyczno-społecznych.

Asystenci zdrowienia wzmacniają proces zdrowienia poprzez podtrzymywanie zachodzących zmian u osób z doświadczeniem kryzysu (ustępowanie objawów, zmianę leków

na słabsze), motywowanie ich do aktywności społecznej i zawodowej, podejmowania różnych ról społecznych, powrotu do szkoły lub pracy bądź poszukiwania nowych możliwości w tym zakresie. Utrwaleniu pozytywnych zmian służy ścisła współpraca z osobami w kryzysie przez dłuższy czas oraz oddziaływanie na ich dobrostan za pośrednictwem rodzin lub bliskich. Eksperci przez doświadczenie dają tym osobom nadzieję na wyjście z kryzysu, a następnie wykorzystania go jako zasobu w dalszym życiu. Asystenci zdrowienia wspierają też rozwój sieci społecznych poprzez nakłanianie rodzin osób w kryzysie do zrzeszania się i zawiązywania stowarzyszeń działających na rzecz osób z trudnościami psychicznymi. Takie ruchy społeczne ciągle jeszcze są w Polsce nowością ze względu na silną stereotypizację oraz tabu choroby psychicznej, jednak powoli te postawy zaczynają się zmieniać. Dalszy rozwój struktur asystentów zdrowienia w środowiskach lokalnych wynika z potrzeby wzajemnego wspierania się i zwalczania stereotypów. W ten sposób działają oni jednocześnie na rzecz własnej społeczności – reprezentując osoby z trudnościami psychicznymi, angażując się w reformę systemu opieki psychiatrycznej w Polsce i podejmując aktywności mające na celu przeciwdziałanie stygmatyzowaniu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Wraz ze specjalistami asystenci zdrowienia mogą zajmować się również edukacją w ramach działań profilaktycznych, wnosząc do wiedzy przekazywanej przez specjalistów treści oparte na własnych doświadczeniach. W ten sposób mogą przyczynić się do zmniejszenia stygmatyzacji osób z problemami psychicznymi, walczyć z zakorzenionymi w społeczeństwie stereotypami oraz wdrażać dobre praktyki w instytucjach świadczących usługi na rzecz zdrowia psychicznego oraz prowadzących edukację w tym zakresie.

Działania profilaktyczne, w których uczestniczą asystenci zdrowienia, mają o wiele większą „siłę rażenia”. Wiarygodność tych osób i ich umiejętność „trafiania do serca” sprawiają, że edukowanie społeczeństwa jest znacznie bardziej efektywne. Mogą oni wspierać odbiorców profilaktyki, podobnie jak swoich podopiecznych, poprzez wskazywanie, jak rozpoznać pierwsze sygnały kryzysu, co robić, by poprawić swój nastrój oraz jak sobie pomóc w trudnej sytuacji. Uczą inne osoby, jak tworzyć własny plan kryzysowy i wskazują, gdzie w razie potrzeby można szukać pomocy. Uczestnicząc w działaniach profilaktycznych asystenci zdrowienia występują w roli edukatorów, współpracując z różnymi instytucjami oświatowymi (szkołami, uczelniami), a także podmiotami związanymi z pomocą psychiatryczną i psychologiczną.

Nie dysponujemy danymi, które świadczyłyby o tym, w jaki sposób asystenci zdrowienia są postrzegani przez środowiska lokalne czy ogół społeczeństwa, który najprawdopodobniej nie jest świadomy istnienia tych osób w systemie ochrony zdrowia psychicznego. Informacje zebrane podczas wywiadów wskazują na to, że relacje pomiędzy asystentami zdrowienia a ich podopiecznymi mogą układać się w zróżnicowany sposób, który wpływa na percepcję Ex-In. Niektóre osoby w kryzysie nie chcą rozmawiać z nikim innym poza asystentami zdrowienia, którzy czasami pracują jednocześnie z członkami rodziny swoich klientów. Bliscy tych osób często czują się zagubieni w nowej i trudnej dla nich sytuacji, więc asystenci zdrowienia stanowią istotne wsparcie, umożliwiając rodzinie lepsze zrozumienie osoby przechodzącej przez kryzys oraz dając nadzieję na pozytywne rozwiązanie obecnych trudności. Niemniej jednak część rodzin może mieć wobec asystentów zdrowienia nadmierne oczekiwania, licząc na uzyskanie gotowej „recepty”, dzięki której ich problemy samoistnie znikną, a osoba w kryzysie w pełni wyzdrowieje.

Warto podkreślić, że kwestia indywidualnej i społecznej percepcji ekspertów przez doświadczenie wymaga dalszych badań. Ramy zadań realizowanych przez asystentów zdrowienia powinny raczej wyznaczać działania, których – z uwagi na wymagane kwalifikacje i uprawnienia – osoby te nie mogą podejmować. Dlatego ważne jest czuwanie nad tym, by wspierali oni specjalistów, nie wchodząc jednocześnie w ich role, tym bardziej że mają do odegrania własną, gdyż profesjonalści nie są w stanie zastąpić ekspertów przez doświadczenie.

Wydaje się zatem, że asystenci zdrowienia powinni raczej pełnić uniwersalną rolę niż realizować ściśle wyznaczone zadania. Na początku współpracy należy zaoferować im wachlarz różnych możliwości, który pokaże potencjał tych osób. Warto podkreślić ich niewątpliwie mocne strony, którymi są:

- wiarygodność i autentyczność, które uzyskują dzięki doświadczeniu kryzysu i dzieleniu się swoimi przeżyciami, a także brakowi limitów czasu przeznaczonych na spotkania z osobami w kryzysie – „poświęcanie im tyle czasu, ile potrzebują” (co nie jest możliwe w przypadku specjalistów),
- możliwość nawiązania kontaktu i rozpoczęcia współpracy z osobami przebywającymi na oddziałach szpitalnych, a następnie kontynuowania tego wsparcia w środowisku lokalnym,
- branie aktywnego udziału w modelowaniu nowych postaw społecznych wobec kryzysu psychicznego oraz osób borykających się z trudnościami psychicznymi, a także ich leczenia w środowisku lokalnym – przeciwdziałanie tabu i stygmatyzacji czy możliwość przekucia doświadczenia kryzysu w wartościowy potencjał, na bazie którego można odzyskać kontrolę nad własnym życiem – niezależność, poczucie podmiotowości i samorealizacji,
- prowadzenie współpracy z różnymi instytucjami systemu opieki psychiatrycznej oraz wsparcia społecznego, w zależności od potrzeb podopiecznych; inicjowaniu działań zarówno o charakterze środowiskowym, jak i zasięgu ogólnopolskim sprzyja również ścisła kooperacja z organizacjami pozarządowymi (NGO), szczególnie takimi, które zrzeszają osoby z doświadczeniem kryzysu i ich bliskich.

Współpraca z asystentami zdrowienia mimo wielu zalet niesie ze sobą także pewne zagrożenia, które powinny zostać zniwelowane. Mowa tu o omówionych powyżej ryzykach, takich jak:

- pokusa wchodzenia w rolę specjalisty, a także przekraczania własnych granic oraz zatracania się w pracy,
- duże obciążenie psychiczne spowodowane charakterem pracy i związane z nią ryzyko doświadczania nadmiernego stresu oraz destabilizacji i ponownego wejścia w kryzys,
- negatywne postawy i opór przejawiane wobec asystentów zdrowienia przez specjalistów (szczególnie psychologów, którzy postrzegają obecność ekspertów przez doświadczenie w zespołach terapeutycznych jako zagrożenie dla własnych kompetencji, zadań zawodowych i relacji z osobami w kryzysie),
- sztywność i hierarchiczność struktur w instytucjach, z którymi asystenci zdrowienia mają współpracować (np. szpitale, OPS-y), w tym długotrwały proces „odnajdowania” się w tych podmiotach spowodowany m.in. brakiem znajomości ich struktury, stosowanej terminologii i oznaczeń (np. poszczególnych oddziałów w szpitalach),
- nieprzygotowanie kadr ww. placówek do współpracy z asystentami zdrowienia,
- brak zatwierdzenia ram kwalifikacji asystentów zdrowienia skutkujący brakiem dostępu do nieodpłatnych szkoleń oraz oferowaniem przez rynek komercyjnych kursów opartych na dowolnych programach,
- niejasna sytuacja prawna w zakresie dostępu asystentów zdrowienia do dokumentacji (medycznej) pacjentów.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

W celu rozwiązania omówionych powyżej problemów na podstawie przeprowadzonego badania ewaluacyjnego w ramach projektu *Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny* (Nr POWR.04.01.00-00-D20817), realizowanego przez Uniwersytet

Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, można zarekomendować różne rozwiązania. Biorąc pod uwagę kształcenie asystentów zdrowienia, wskazane jest dopracowanie zasad rekrutacji kandydatów na kurs (np. przepracowane doświadczenie kryzysu w formie terapii własnej, premiowanie wcześniejszego zaangażowania społecznego np. w wolontariat, weryfikacja oczekiwań wobec szkolenia). Należy rozważyć kontynuowanie kursów dla asystentów zdrowienia w formule dwustopniowej – w podziale na szkolenie wstępne, ogólnodostępne o charakterze rozwojowym (trwające np. 7 miesięcy), a następnie kurs zaawansowany, profesjonalny (np. 5-miesięczny) i skierowany do osób, które chcą pracować jako asystenci zdrowienia. Staże dla asystentów zdrowienia powinny być obligatoryjnym elementem kształcenia tych osób, ponieważ umożliwiają im zweryfikowanie w praktyce posiadanych predyspozycji i nabytych w czasie kursu kompetencji. Warto także zadbać o zwiększenie dostępności kursów przygotowawczych dla tych osób poprzez zatwierdzenie ram kwalifikacji i certyfikacji, które umożliwi ujednoczenie tych szkoleń, a także ich dofinansowanie ze środków publicznych, w tym unijnych (w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych). Kursy dla asystentów zdrowienia powinny być realizowane w całym kraju, zapewniając możliwość kształcenia się ekspertów przez doświadczenie blisko miejsca ich zamieszkania. Konieczne jest także poszerzenie bazy kadrowej i wypracowanie ścieżki kształcenia trenerów, którzy będą prowadzić szkolenia dla asystentów zdrowienia, tj. realizowanie kursów dla trenerów (*train the trainer*).

Dobłą praktyką wartą upowszechnienia będzie także obligatoryjne wyznaczenie opiekunów staży asystentów zdrowienia w różnych instytucjach, a także przygotowanie ich kadr do współpracy z Ex-In. Wskazane jest pozostawienie asystentom zdrowienia decyzji dotyczącej wyboru miejsca pracy (preferowane są podmioty, w których te osoby wcześniej się nie leczyły, choć jest to kwestia indywidualna). W procesie wdrożenia asystentów zdrowienia do zawodu należy zapewnić mentoring, który będzie wspierał te osoby w odnalezieniu się w nowym środowisku pracy i rozwiązywaniu bieżących problemów zawodowych. Asystenci zdrowienia powinni być objęci ustawicznym kształceniem w zakresie np. ochrony danych osobowych, psychoedukacji (np. rodzajów zaburzeń/chorób), kompetencji inter- i intrapersonalnych (np. radzenia sobie ze stresem, dystansowania się, asertywności) oraz pracy metodą Otwartego Dialogu. Ponadto należy objąć asystentów zdrowienia wsparciem supervizyjnym zarówno na etapie szkoleń, jak i staży oraz pracy (nie tylko w formie supervizji prowadzonej dla zespołów terapeutycznych, ale także ukierunkowanej wyłącznie na potrzeby asystentów zdrowienia). Ważnym wsparciem dla tych osób będzie też organizowanie cotygodniowych spotkań oraz grup wsparcia dla asystentów zdrowienia. Z punktu widzenia realizowanych zadań zawodowych pomocne będzie opracowanie kodeksu czy zasad pracy asystentów zdrowienia, jak również procedur postępowania w określonych sytuacjach (np. pierwszych oznak wchodzenia w kryzys), precyzyjne określenie zakresu obowiązków (zapobiegające wchodzeniu w kompetencje specjalistów), a także praca w parach w przypadku instytucji (np. szpitali lub ośrodków pomocy społecznej), które dotąd nie zetknęły się z ideą asystentów zdrowienia. Biorąc pod uwagę perspektywę pracodawcy, w przypadku asystentów zdrowienia warto również uwzględnić potrzebę częstszych zwolnień lekarskich oraz niekorzystanie z opieki medycznej w miejscu pracy.

Kluczową kwestią z punktu widzenia upowszechniania zawodu asystenta zdrowienia oraz pełnionej przez niego roli w systemie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce jest prowadzenie kampanii społecznych (z udziałem asystentów zdrowienia) służących przełamaniu tabu i stereotypów, a także zagwarantowanie środków na prowadzenie akcji informacyjnych, które posłużą nagłaśnianiu korzyści wynikających z działań tych osób i wzmocnieniu ich widoczności w środowisku lokalnym.

UWAGI

Artykuł został przygotowany na podstawie raportu ewaluacyjnego pn. *Rola i funkcjonowanie Asystentów Zdrowienia w modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego*, który został opracowany w 2020 roku w ramach projektu pt. *Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny* (Nr POWR.04.01.00-00-D20817), współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

BIBLIOGRAFIA

- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., Stamou, E. (2010). *Lived experience leading the way: Peer support in mental health*. Londyn: Together UK.
- Bronowski, P., Chotkowska, K., Bednarzak, J. (2016). Ruch samopomocy osób z doświadczeniem choroby psychicznej – Grupa Wsparcia TROP. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(3), 190–195.
- Cechnicki, A., Liberadzka, A. (2012). Nowe role osób chorujących psychicznie w procesie leczenia i zdrowienia. *Psychiatria Polska*, 16(6), 995–1005.
- Crane, D. A., Lepicki, T., Knudsen, K. (2016). Unique and common elements of the role of peer support in the context of traditional mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 282–288. <https://doi.org/10.1037/prj0000186>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- Delman, J., Vorhies Klodnick, V. (2017). *Effectively employing young adult peer providers: A toolkit*. Boston: The Learning and Working Center Transitions RTC.
- Kaczmarczyk, S., Kowalska-Dąbrowska, M., Panek, M., Walter, B., Starzomska, M., Rosińska, P., Jastrzębski, J. (2019). *Asystent Zdrowienia. Model programu szkoleniowego i nowego zawodu*. Kraków: Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego Leonardo.
- Mokrzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E., Nasierowski, T. (2015). Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji. *Psychiatria Polska*, 49(2), 403–412.
- Mowbray, C., Moxley, D., Collins, M. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397–411. <https://doi.org/10.1007/BF02287510>
- Pickett, S. A., Diehl, S. M., Steigman, P. J., Prater, J. D., Fox, A., Shipley, P., ... Cook, J. A. (2012). Consumer empowerment and self-advocacy outcomes in a randomized study of peer-led education. *Community Mental Health Journal*, 48(4), 420–430. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9507-0>
- Salzer, M. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations: Concept, benefits, and impediments. *Administration and Policy in Mental Health*, 24(5), 425–434. <https://doi.org/10.1007/BF02042724>
- Salzer, M., Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281–288. <https://doi.org/10.1037/h0095014>
- Sherman, P. S., Porter, R. (1991). Mental health consumers as case management aides. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(5), 494–498. <https://doi.org/10.1176/ps.42.5.494>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>
- Utschakovski, J. (2012). *Implementation of peer-experts in mental health practice*. Amsterdam: HMP van Haaster.
- Zadrozna, A. (2019). Grupy samopomocowe osób chorujących psychicznie. *Niepelnospprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3(32), 63–79.

ROLA ZESPOŁÓW MOBILNYCH W ZAPOBIEGANIU HOSPITALIZACJI W ŚRODOWISKOWYM MODELU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

MONIKA BARTOSIEWICZ-NIZIOŁEK 

Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne

ŁUKASZ BŁASIAK 

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce

BARTOSZ H. OLSZEWSKI * 

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

MAGDA OSTROWSKA 

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ANNA WOJCIECHOWSKA 

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce

STRESZCZENIE

Powstanie zespołów mobilnych wiąże się z reformą psychiatrycznej opieki zdrowotnej i zmianą modelu leczenia z udzielania opieki w dużych szpitalach psychiatrycznych na rzecz działań realizowanych na poziomie społeczności lokalnej. Zespoły mobilne uzupełniają model podstawowy o usługi docierające do osób, które bez ich wsparcia mogłyby nie uzyskać pomocy, przez co są bardzo istotnym i innowacyjnym elementem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, pełniącym wiodącą rolę w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Głównym celem działalności zespołów mobilnych jest mobilizowanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego do rozwiązywania swoich problemów w sytuacjach, w których jest to możliwe i osiągalne. W artykule przedstawiono kontekst historyczno-kulturowy wraz z rolą zespołów mobilnych w opiece psychiatrycznej. Przedstawiono korzyści płynące z udzielenia pomocy bezpośrednio w środowisku pacjenta oraz scharakteryzowano zadania zespołów mobilnych oraz ich współpracę z otoczeniem społecznym i asystentami zdrowienia.

ZESPOŁY MOBILNE
ZDROWIE PSYCHICZNE
OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
KRYZYS ZDROWIA PSYCHICZNEGO
PEER SUPPORT
ŚRODOWISKOWY MODEL OPIEKI
PSYCHIATRYCZNEJ

SŁOWA KLUCZOWE

- 21 KONTEKST HISTORYCZNO-KULTUROWY
- 23 PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z WDRAŻANIA ZESPOŁÓW MOBILNYCH W POLSCE
- 33 WNIOSKI I REKOMENDACJE
- 34 BIBLIOGRAFIA



THE ROLE OF MOBILE CRISIS TEAMS IN PREVENTING HOSPITALIZATION IN THE COMMUNITY MODEL OF PSYCHIATRIC CARE

ABSTRACT

The emergence of mobile teams is associated with the reform of psychiatric health care and a change in the treatment model from providing care in large psychiatric hospitals to activities implemented at the local community level. Mobile teams complement the basic model with services that reach people who, without their support, might not receive help, which makes them a very important and innovative element of the community model of psychiatric care, playing a leading role in the recovery process of people experiencing a mental crisis. The main goal of the activity of mobile teams is to mobilize people with the experience of mental crisis to solve their problems in situations where it is possible and achievable. The article presents the historical and cultural context along with the role of mobile teams in psychiatric care. The benefits of providing assistance directly in the client's environment are presented, and the tasks of mobile teams and their cooperation with the social environment and healing assistants are characterized.

KEYWORDS

mobile crisis teams, mental health, mental health care, mental health crisis, peer support, community model of psychiatric care

KONTEKST HISTORYCZNO-KULTUROWY

Reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej oparta na zmianie modelu leczenia z udzielania opieki w dużych szpitalach psychiatrycznych na rzecz oddziaływań realizowanych na poziomie społeczności lokalnych jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization [WHO], 2013). Potrzeba poszukiwania i rozwijania nowych modeli udzielania wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego wiąże się z rozpoznaniem stopnia, w jakim zaburzenia i choroby psychiczne pozwalają wyjaśnić skalę Globalnego Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease* – GBD; Kazdin, Rabbitt, 2013). Wskaźnik ten został po raz pierwszy użyty w raporcie poświęconym sytuacji zdrowotnej światowej populacji, przygotowanym w 1993 roku przez Bank Światowy we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia – jako wynik analiz rozpoczętych w 1990 roku (World Bank, 1993). Obciążenie szacowane jest przy użyciu wskaźnika DALY (*Disability Adjusted Life Years*) – liczby utraconych lat życia w zdrowiu. Uzyskuje się go sumując wskaźnik YLL (*Years of Life Lost*) – liczby utraconych lat życia z powodu przedwczesnej śmierci oraz wskaźnik liczby lat przeżytych z niesprawnością (*Years of Life with Disability* – YLD), który jest miarą lat przeżytych w niepełnym zdrowiu, gdzie pod uwagę brano jest zarówno powaga choroby, jak i czas jej trwania (Wojtyniak, Goryński, 2020). Wskaźnik DALY pozwala zmierzyć globalne obciążenie związane z daną chorobą, jak i efektywność interwencji, które to obciążenie redukują (World Bank, 1993). Szacunki dotyczące zaburzeń i chorób psychicznych w ramach badań GBD podkreślają ich rosnący udział w wyjaśnianiu wskaźnika DALY – z 3,1% w 1990 roku do 4,9% w 2019. Pod uwagę brano m.in.: zaburzenia depresyjne, lękowe, odżywiania, schizofrenię, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia ze spektrum autyzmu oraz ADHD. Na wynik DALY w 2019 roku składał się głównie wskaźnik YLD. Dane statystyczne wskazują tym samym na dużą potrzebę oddziaływań w zakresie poprawy codziennego funkcjonowania osób, których sprawność może być pomniejszana z powodu doświadczanych trudności natury psychicznej¹. Poszukiwanie optymalnego modelu organizacji ochrony zdrowia psychicznego wiąże się nie tylko z adekwatnością pomocy, ale również z jej dostępnością. Różnica pomiędzy liczbą osób, które wymagają opieki, a które ją otrzymują (*treatment gap*) to problem, na który zwraca uwagę Światowa Organizacja Zdrowia, wzywając do budowania wszechstronnych, umiejscowionych w społecznościach lokalnych usług oraz tworząc mapy ich dostępności (Jaeschke i in., 2021; Keynejad, Spagnolo, Thornicroft, 2021; Lake, Turner, 2017; Shidhaye, Lund, Chisholm, 2015).

Zespoły mobilne są to wyodrębnione jednostki w strukturze placówki funkcjonującej w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej, zajmujące się procesem leczenia, terapii i wsparcia pacjentów w ich środowisku. W ich skład wchodzi specjalistów dyscyplin medycznych i społecznych pracujących w bezpośrednim kontakcie z osobami cierpiącymi na zaburzenia zdrowia psychicznego, ich rodzinami oraz osobami potrzebującymi wsparcia w krótkotrwałym kryzysie. Mogą przysłużyć się one do uzupełnienia modelu podstawowego o usługi docierające do populacji, które bez ich wsparcia mogłyby nie uzyskać pomocy. Interwencje na rzecz tych osób stają się coraz bardziej istotne, szczególnie w kontekście zmiany akcentu z wydłużania życia na rzecz jego jakości, to jest lat życia spędzonych w sprawności (Robine, 2006). W tym kontekście szczególnej uwagi wymagają kwestie związane z organizacją

¹ <https://www.healthdata.org/research-article/global-regional-and-national-burden-12-mental-disorders-204-countries-and> (dostęp: 22.12.2021).

ochrony zdrowia psychicznego w poszczególnych krajach. Szczególną troską należy objąć osoby doświadczające trudności natury psychicznej, które z powodu obaw przed stygmatyzacją lub braku dostępu do leczenia nie uzyskują skutecznej pomocy. Potrzebę tę rozpoznaje Światowa Organizacja Zdrowia, wzywając do budowania wszechstronnych, umiejscowionych w społecznościach lokalnych usług, odpowiadających na potrzeby medyczne, jak i społeczne (socjalne; WHO, 2013).

W Polsce środowiskowy model opieki psychiatrycznej, w ramach którego działają zespoły mobilne, budowany był na drodze wizyt studyjnych odbywanych w miejscach wskazywanych jako przodujące w stosowaniu efektywnych rozwiązań. Jednym z nich był Triest, miejsce, które już w 1973 roku zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za laboratorium innowacji w zakresie kształtowania systemu opieki bazującego na deinstytucjonalizacji oraz rozwijaniu środowiskowych form leczenia. Franco Basaglia – dyrektor Szpitala Psychiatrycznego San Giovanni w Trieście budował model psychiatrii środowiskowej w latach 70. XX wieku, wprowadzając koncepcję społeczności terapeutycznej. Uważał on, że na proces zdrowienia pozytywnie wpływa zachowanie ról społecznych, czynne uczestniczenie w procesie leczenia (Prot-Klinger, 2013). Choć szpital San Giovanni został zamknięty w 1980 roku (Mezzina, 2014), dla wielu krajów stał się wzorem dobrej praktyki. We włoskim modelu duże znaczenie miała elastyczność leczenia oraz mobilność zespołu leczącego. Pomoc trafiała bezpośrednio do środowiska, w którym przebywała dana osoba, a udzielane wsparcie było szybkie i dopasowane do indywidualnych potrzeb. Unikano przy tym języka medycznego (Mezzina, Johnson, 2008).

Podobne przemiany w podejściu do leczenia psychiatrycznego dokonują się na świecie od kilkudziesięciu lat. W Anglii czy Finlandii nastąpiło niezwykle przeobrażenie w opiece medycznej – wdrożenie idei otwartego leczenia środowiskowego spowodowało zamknięcie specjalistycznych szpitali psychiatrycznych. W latach 80. XX wieku w Finlandii testowano model pracy terapeutycznej oparty na założeniach Otwartego Dialogu (Księżka-Koszałka, 2017) w podejściu terapeutycznym, którego istotą są spotkania osób w kryzysie z zespołem terapeutycznym oraz siecią oparcia mającą na celu generowanie dialogu, różnorodności i uważności. W podejściu tym nacisk położono na pracę w środowisku, blisko codziennego życia osób w kryzysie. Unikano stawiania diagnoz, koncentrowano się na rozumieniu tych osób, ich partnerskim traktowaniu oraz tworzeniu przestrzeni do dialogu. Podobnie jak w rozwiązaniach włoskich, zespół terapeutyczny był interdyscyplinarny, mobilny i elastyczny (Wojtyńska, Szcześniak, Kłapciński, Schütze, 2015).

Na podejście środowiskowe wpłynęła także aktywność ruchu anty-psychiatrycznego. Psychiatrię, której kluczowym elementem była diagnoza, postrzegano jako narzędzie kontroli, a szpital jako instrument represji. Powoływano się wówczas na prace socjologa E. Goffmana na temat stygmatyzacji – istnienie w języku określenia „chory psychicznie” miało prowadzić do przewlekłości chorowania. Wydaje się, że koncepcje modernizacyjne, innowacyjne, a pośrednio opozycyjne, znalazły swoje miejsce w dyskursie, poszerzyły rozumienie psychiatrii środowiskowej (Prot-Klinger, 2013). Namysł nad dotychczasową konstrukcją systemu ochrony zdrowia psychicznego dotarł również do Polski. Ideę pracy środowiskowej oraz leczenia domowego można odnaleźć u przedstawicieli terapii systemowej i rodzinnej. Warto wspomnieć o M. Orwid, B. Józefik czy R. Izdebskim. Praca z rodziną, także w środowisku życia osoby, stały się ważną częścią całościowego procesu powrotu do zdrowia (Szaskiewicz, 2015). W Polsce dostrzeżono znaczenie systemu rodzinnego w procesie leczenia, zaczęto tworzyć zespoły leczenia środowiskowego, powstał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i idea reformy psychiatrii, w której położono nacisk na oddziaływania środowiskowe. Wciąż jednak dostępność do usług z obszaru psychiatrii wydaje się niewystarczająca. Wobec wyzwań demograficzno-ekonomicznych kluczowa staje się przemiana systemu psychiatrycznej ochrony zdrowia. Podejście środowiskowe, oczywiste w teorii i deklarowane w programach ochrony zdrowia, wciąż boryka się z różnymi trudnościami na etapie realizacji.

Zespoły mobilne są bardzo istotnym, innowacyjnym elementem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, pełniącym wiodącą rolę w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (Sade, Gołjewsce, Corradi-Webster, 2020). Zamysłu zespołów mobilnych można doszukiwać się w kształtującej się w przeszłości idei psychiatrii środowiskowej nastawionej na nieodrywanie człowieka od jego środowiska. Działalność zespołów mobilnych pozwala na realizację wytycznych zawartych w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2013), dotyczących nie tylko miejsca udzielania wsparcia – bezpośrednio w środowisku pacjenta – ale również ich wszechstronności. Zespoły mobilne w swych oddziaływaniach skupione są nie tylko na zmniejszeniu bądź usunięciu objawów choroby, ale na wspieraniu pacjenta w procesie zdrowienia oraz poprawie jego codziennego funkcjonowania. W tym celu specjaliści z zespołów mobilnych posługują się *Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF) wydaną przez Światową Organizację Zdrowia (2009) jako uzupełnienie *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* ICD-10. Klasyfikacja ICF opiera się na biopsychospołecznym modelu zdrowia i choroby, w którym poddaje się je analizie przy uwzględnieniu warunków biologicznych, psychologicznych i środowiskowych występujących w indywidualnym kontekście życia danej jednostki (Kostanjsek, 2011). Analiza ta umożliwia wszechstronny opis funkcjonowania osoby doświadczającej kryzysu psychicznego, podkreślając dynamiczną rolę warunków środowiskowych – ułatwiający lub utrudniający wpływ obiektów ze świata fizycznego, obecność i wsparcie ze strony osób bliskich lub specjalistów, ich postawy oraz dostępne rozwiązania oferowane przez system opieki społecznej – jako niektóre z czynników wymienianych w klasyfikacji (Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013). Zespoły mobilne złożone ze specjalistów reprezentujących pion medyczny oraz społeczny oferują oddziaływania zgodne z założeniami modelu biopsychospołecznego, pełniąc kluczową rolę w zakresie wszechstronnej integracji usług medycznych oraz społecznych.

PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z WDRAŻANIA ZESPOŁÓW MOBILNYCH W POLSCE

W ramach projektu *Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny* (Nr POWR.04.01.00-00-D20817), realizowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, przeprowadzono badanie ewaluacyjne dotyczące roli i funkcjonowania zespołów mobilnych w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. Poniżej przedstawione zostały główne wyniki z przeprowadzonych badań. Przeprowadzone w ramach ewaluacji badanie miało charakter jakościowy i objęło analizę dokumentacji gromadzonej w toku realizacji projektu, a także pogłębione wywiady indywidualne oraz zogniskowane wywiady grupowe, w których wzięło udział łącznie 18 osób zatrudnionych w zespołach mobilnych oraz osób zarządzających ich pracą w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego. Personel realizujący zadania projektowe związane z funkcjonowaniem zespołów mobilnych, tj. zarówno kadra zarządzająca pracą tych zespołów, jak i ich członkowie, stanowił kluczowe źródło informacji, a także został włączony w trybie konsultacji w proces uzupełniania i interpretacji uzyskanych wyników.

W trakcie wdrażania modelu psychiatrii środowiskowej w jednostkach realizujących projekt wyłoniły się koncepcje i idee wsparcia pacjentów, na które wpływ miały możliwości organizacyjne tych struktur – wykorzystywane były dotychczas istniejące struktury szpitalne, w których idee zarówno psychiatrii środowiskowej, jak i pracy zespołu mobilnego były wdrażane na lokalnym gruncie. Zadania i role pracowników zespołów mobilnych uzależnione były od miejscowych warunków. Tam, gdzie zespoły te dobrze funkcjonowały,

zapewniono na odpowiednim poziomie (specjalistyczne) usługi opiekuńcze, zaś zespół mobilny mógł się w mniejszym stopniu koncentrować na działaniach wspierających, takich jak pomoc w zakupie lekarstw, organizowanie wizyty lekarskiej czy wsparcie w dotarciu na zajęcia oddziału dziennego. W praktyce zespół mobilny mógł się skupić na rozmowie mającej na celu uniezależnienie się pacjenta od pomocy. Oczywistym jest przy tym, że niewielka grupa osób będzie potrzebowała systematycznego wsparcia. Istnienie na danym terenie centrów pomocy, takich jak ośrodek interwencji kryzysowej czy poradnia rodzinna, wpływa na liczbę pacjentów z określonymi trudnościami i kryzysami w relacjach partnerskich, a co za tym idzie na charakter pracy zespołu mobilnego.

Rola zespołów mobilnych w opiece psychiatrycznej. W przypadku osób dorosłych zakres potrzebnej pomocy, zgodnie z procedurą wytworzoną w ramach projektu, oceniany jest wstępnie podczas pierwszej wizyty osoby będącej w kryzysie w centrum zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem następujących aspektów:

- 1) potrzeby leczenia szpitalnego;
- 2) potrzeby krótkiej (wąskiej) lub długiej (szerokiej) ścieżki pomocy.

W określeniu sytuacji osoby pomaga arkusz obserwacyjny, zebranie wywiadu, wspólny namysł członków zespołu reprezentujących obszar usług medycznych i społecznych. Korzystanie z wąskiej ścieżki pomocy oznacza skierowanie danej osoby bezpośrednio do określonego specjalisty (np. lekarza psychiatry, doradcy zawodowego) przy jednoczesnym przydzieleniu jej koordynatora. Z kolei szeroka ścieżka oznacza objęcie osoby w kryzysie wszechstronnym wsparciem środowiskowym zespołów mobilnych, często przy zaangażowaniu jej sieci oparcia. W takiej sytuacji to właśnie zespół mobilny pełni rolę koordynującą prowadzone oddziaływania. W odniesieniu do oddziaływań medycznych, ich różnorodność – oferowana nie tylko przez placówki funkcjonujące w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej, ale również przez inne instytucje – pozwala sekwencjonować je w określonym porządku, zależnym od aktualnych potrzeb osoby w kryzysie, stanowiąc stopniowany model opieki (*stepped care*) zalecany przez Światową Organizację Zdrowia. Obecność na danym terenie zespołów mobilnych pozwala, by osoba w kryzysie początkowo korzystała z bardziej dostępnych usług – ze względu na mobilność oraz liczbę specjalistów, w razie potrzeby kierując się do trudniej dostępnych – z powodu ograniczonej ilości terminów i ustaloną lokalizację, takich jak lekarz psychiatra czy psychoterapeuta. Zespoły mobilne zaspokajają potrzebę uzupełnienia modelu podstawowego o usługi docierające do populacji, które bez nich mogłyby pomocy nie uzyskać.

W procesie zdrowienia nie jest wykluczone korzystanie z leczenia w oddziale szpitalnym, które w sytuacjach uzasadnionych aktualnym stanem zdrowia pacjenta bywa niezbędne. W wyjątkowych sytuacjach, gdy została uruchomiona procedura objęcia leczeniem szpitalnym, np. w trybie przymusowym lub nagłym, zespół mobilny może wydać opinię potwierdzającą potrzebę takiego leczenia. Po wypisaniu ze szpitala obecność w środowisku pacjenta znanego mu zespołu mobilnego wspiera ciągłość terapeutyczną oraz ułatwia powrót do pełnionych ról społecznych.

W odniesieniu do oddziaływań społecznych funkcją zespołów mobilnych jest koordynowanie pomocy na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego we współpracy z odpowiednimi instytucjami oparcia społecznego. Wsparcie zespołu mobilnego ma charakter wszechstronny, często długofalowy, obejmujący wszystkie etapy procesu zdrowienia aż do momentu uzyskania przez osoby będące w kryzysie oczekiwanego rezultatu opisanego w Indywidualnym Planie Zdrowienia (IPZ). Zintegrowanie oddziaływań medycznych i społecznych następuje szczególnie poprzez poprawę przepływu informacji – w zakresie tworzenia modelu psychiatrii opartego na współdziałaniu jednostek (szpitala, instytucji pomocowych, innych podmiotów) w ramach łączonego i wszechstronnego planu terapeutycznego.

Sjølie, Karlsson, Kim (2010) wymieniają szereg korzyści płynących z udzielenia pomocy bezpośrednio w środowisku pacjenta. Są one różnorodne i odzwierciedlają wartości uwzględniane przy tworzeniu modelu:

- 1) „interwencja przeprowadzana jest w miejscu występowania kryzysu, dzięki czemu silniej opiera się na rozumieniu jego kontekstu oraz w większym stopniu odpowiada na istniejące potrzeby.
- 2) kontekst domowy wyrównuje relację pomiędzy osobą doświadczającą kryzysu a specjalistą oraz zwiększa uważność specjalistów na to, by słuchać i prowadzić z odbiorcą usługi dialog, zamiast zwracać się do niego z poziomu eksperta.
- 3) możliwe jest niezwłoczne zaadresowanie trudności, które pacjent uważa za najważniejsze, poprzez skupienie uwagi na jego potrzebach.
- 4) obecność specjalisty w środowisku pacjenta pozwala na ewoluowanie oddziaływań zgodnie ze zmieniającymi się potrzebami.
- 5) przebywając w domu, pacjenci mogą skupić się na swoich trudnościach w poczuciu bezpieczeństwa i komfortu.
- 6) realizowanie usług w domu pozwala normalizować doświadczenie kryzysu, czyniąc je mniej stygmatyzującym.
- 7) czas przeznaczony na oddziaływania terapeutyczne jest bardziej elastyczny, dzięki czemu możliwe jest głębsze, wielopłaszczyznowe rozpoznanie sytuacji, co z kolei może prowadzić do wygenerowania większej ilości możliwych rozwiązań.
- 8) pacjenci przyswajają nowe umiejętności dopasowane do ich warunków życiowych.
- 9) spotkania w środowisku domowym są łatwiejsze do zaakceptowania przez pacjentów i bliskie im osoby, będąc dla nich mniejszym zakłóceniem i obciążeniem.
- 10) jeśli w domu są obecne dzieci, specjaliści mają szansę budować zrozumienie, w jaki sposób kryzys dotyka całą rodzinę” (s. 888).

W przypadku spotkań z dziećmi i młodzieżą jako pacjentami wsparcia, zespoły mobilne zawsze uczestniczą w pierwszym bezpośrednim kontakcie. Ze względów formalnych rejestracji osoby niepełnoletniej może dokonać w placówce wyłącznie jej opiekun prawny. Zadaniem zespołów mobilnych jest odwiedzenie dzieci i młodzieży będących w kryzysie w ich własnych domach, a także poznanie członków rodziny i sposobów jej funkcjonowania. Dzięki temu specjaliści mogą bardzo szczegółowo poznać problem danej osoby, a także ocenić jej funkcjonowanie w określonym kontekście (poza gabinetem). Odwiedzenie dzieci i młodzieży w środowisku rodzinnym oraz (przed)szkolnym umożliwia poznanie ich otoczenia społecznego. Wiedza dotycząca możliwości wsparcia społecznego osób nieletnich jest bardzo cenna w procesie diagnozowania i doboru metod terapeutycznych.

W placówkach opieki psychiatrycznej działających w modelu środowiskowym zespoły mobilne mogą być ujmowane w sposób funkcjonalny, a nie strukturalny. W zależności od potrzeb danej rodziny każdy specjalista może uczestniczyć w pracach zespołu mobilnego. Przyjęcie takiego rozwiązania jest uwarunkowane specyfiką pracy z niepełnoletnimi osobami w kryzysie. W psychiatrii dzieci i młodzieży możliwości poznania kontekstu środowiskowego są znacznie szersze niż ma to miejsce w przypadku osób dorosłych, które nie mogą być obserwowane (np. w miejscu pracy czy podczas spotkań towarzyskich). Ponadto wśród dzieci nie występują tak często zaawansowane choroby czy zaburzenia psychiczne, w związku z czym konieczność hospitalizacji jest mniejsza. Zespołów mobilnych współpracujących z dziećmi i młodzieżą najczęściej nie tworzą pracownicy socjalni. Jeśli jednak istnieje taka potrzeba i rodzina lub opiekunowie prawni wyrażą na to zgodę, do zespołu mobilnego może dołączyć pracownik socjalny (choć raczej w charakterze gościa niż stałego członka). Jeżeli podczas pierwszego spotkania obecny jest pracownik socjalny czy kurator, zazwyczaj wynika to z ich wcześniejszej współpracy z daną rodziną. Do zespołów mobilnych pracujących na rzecz dzieci i młodzieży częściej włączani są jednak pielęgniarze i pielęgniarki czy dietetycy, szczególnie w przypadku zaburzeń odżywiania.

Głównym celem działalności zespołów mobilnych jest mobilizowanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego do rozwiązywania swoich problemów w sytuacjach, w których jest to możliwe i osiągalne. Wyzwaniem w tej pracy jest wzmacnianie zasobów pacjenta (Szarfenberg, 2016). Praca zespołów mobilnych przypomina aktywność asystentów rodziny, których zadaniem jest wspieranie i pomaganie rodzinom krok po kroku. Polega ona na usamodzielnianiu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego poprzez nauczenie ich wykonywania podstawowych czynności związanych z utrzymaniem higieny i porządku w mieszkaniu, gospodarowaniem pieniędzmi czy zapewnieniem pożywienia. Członkowie zespołów mobilnych wspierają również te osoby w samodzielnym załatwianiu spraw urzędowych.

W przyjętym w projekcie modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej zespoły mobilne stanowią główną formułę pracy na wszystkich etapach pomocy osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Zgodnie z zasadami funkcjonowania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, pierwsza interwencja terapeutyczna zespołu mobilnego u osoby w kryzysie powinna nastąpić w ciągu 48 godzin od momentu zgłoszenia potrzeby pomocy za pośrednictwem infolinii lub recepcji. Ponadto zespół mobilny wykazuje inicjatywę oraz zaangażowanie w proces dalszego zdrowienia osoby w kryzysie poprzez utrzymywanie z nią stałego kontaktu. Kluczowym zadaniem zespołu jest prowadzenie procesu terapeutycznego z udziałem pacjenta, jak również jego sieci oparcia – osób z najbliższego otoczenia społecznego. Osoby uczestniczące w wywiadach podkreślały, że zespoły mobilne oraz placówki funkcjonujące w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej nie zastąpią oddziałów psychiatrycznych w szpitalach. Działalność tych struktur stwarza bufor, dzięki któremu dokonywana jest selekcja osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, służąca temu, aby na oddziały szpitalne trafiały osoby w zaawansowanym stadium choroby oraz wymagające wsparcia ambulatoryjnego.

Charakterystyka i zadania zespołów mobilnych. Jednym z zasadniczych zadań zespołów mobilnych jest wielostronne zidentyfikowanie problemu osoby w kryzysie oraz udzielenie pomocy zarówno jej samej, jak i sieci jej oparcia społecznego w celu uniezależnienia się od obecności specjalistów. Uzyskanie pozytywnych efektów w procesie zdrowienia wymaga współpracy osób w kryzysie oraz ich bliskich z członkami zespołów mobilnych. Specjaliści ci podkreślają, że ich zadaniem nie jest rozwiązywanie każdego problemu osoby w kryzysie lub wykonywanie jej obowiązków, a jedynie wspieranie w usamodzielnianiu się. Czasami zdarzają się sytuacje, w których osoby te próbują angażować członków zespołów mobilnych w wykonywanie swoich obowiązków – takie postawy mogą być związane z wcześniejszymi doświadczeniami, kiedy osoby wspierające (np. członkowie rodziny, pracownicy instytucji) przejmowały większą odpowiedzialność za ich codzienne funkcjonowanie. Ponadto zespoły mobilne świadczą usługi z zakresu opieki doraźnej podejmowanej w sytuacji zaostrzenia się kryzysu psychicznego. W tym przypadku do zespołów mobilnych dołączają kolejni specjaliści: lekarz psychiatra lub psycholog kliniczny, którzy także biorą udział w interwencji w miejscu zamieszkania osoby doświadczającej kryzysu – wówczas, wspólnie z tą osobą oraz jej bliskimi, może zapisać decyzja o hospitalizacji. Stan zdrowia danej osoby podlega wspólnej ocenie, która służy rozstrzygnięciu, czy wymaga ona leczenia szpitalnego, czy też może pozostać w swoim środowisku. W tym drugim przypadku zespół mobilny wraz z pacjentem i jego bliskimi ustala sposób leczenia oraz formę dalszych kontaktów ze specjalistami.

W skład zespołów mobilnych wchodzi zawsze co najmniej dwie osoby – jedna z nich posiada doświadczenie w pracy w zakresie usług medycznych, zaś druga w społecznych. Członkami zespołów mobilnych mogą być specjaliści posiadający różne kwalifikacje: psychologiczne, pielęgniarskie oraz terapeutyczne. Skład zespołów mobilnych jest elastyczny i uzależniony od potrzeb osoby w kryzysie oraz dostępności specjalistów. Zespoły te najczęściej składają się z psychologa współpracującego z pracownikiem socjalnym, a w dalszej

kolejności z pielęgniarką, ratownikiem medycznym lub terapeutą zajęciowym. W razie potrzeby do zespołów mobilnych dołączają też psychiatry, asystenci zdrowienia, terapeuci środowiskowi.

Praca w zespołach mobilnych wymaga posiadania odpowiednich predyspozycji oraz cech osobowości: łatwość nawiązywania kontaktu, otwartość na nowe doświadczenia, niski poziom neurotyczności, elastyczność, tolerancja, asertywność oraz umiejętność stawiania granic. Istotna jest też umiejętność budowania wokół siebie sieci kontaktów, znajomość procedur i przepisów prawa. Członkowie zespołów mobilnych powinni być nastawieni na ciągły rozwój i doskonalenie w sferze zawodowej oraz osobistej. Ich codziennej pracy towarzyszy też tolerancja niepewności. Pracownicy ci mają wysoki poziom rezyliencji, którą starają się modelować u swoich pacjentów, ponieważ cecha ta jest pożądana w procesie zdrowienia (Stęпка, 2021).

W środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej zespoły mobilne realizują swoje zadania na określonym terenie, zgodnie z podziałem terytorialnym, co jest istotne dla ich prawidłowego funkcjonowania i sprawnej koordynacji wykonywanych działań. Zespół mobilny stanowi organizacyjną formę integracji usług medycznych i społecznych, która łączy wiele różnych zadań realizowanych przez zespoły leczenia środowiskowego oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze. Integracja tych zadań służy zapewnieniu ciągłości procesu terapeutycznego – wsparcie zespołów mobilnych jest oferowane od momentu zgłoszenia kryzysu do powrotu osoby w kryzysie do pełnienia dotychczasowych ról społecznych. Ponadto zespół mobilny może realizować wsparcie w ramach opieki doraźnej.

Zakres obowiązków zespołu mobilnego obejmuje:

- 1) bezpośrednią pracę z osobami z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz ich bliskimi (siecią oparcia),
- 2) oferowanie adekwatnych form wsparcia w miejscu zamieszkania osoby w kryzysie, a także w placówkach współpracujących w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej,
- 3) rozpoznanie potrzeb i możliwości osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego na podstawie sporządzonego ICF (*Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*),
- 4) planowanie działań terapeutycznych i opracowanie IPZ oraz nadzór nad jego prawidłową realizacją,
- 5) koordynację usług medycznych i społecznych realizowanych na rzecz osoby w kryzysie,
- 6) kontakt z organizacjami, instytucjami i innymi placówkami, których zaangażowanie jest niezbędne dla prawidłowej realizacji założeń IPZ,
- 7) prowadzenie psychoedukacji, wsparcia o charakterze psychologicznym i środowiskowym dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich bliskich,
- 8) prowadzenie interwencji środowiskowych, sesji wsparcia psychologicznego oraz sesji dla pacjentów i ich bliskich, która jest zorientowana na potrzeby tych osób,
- 9) współpracę z zespołem terapeutycznym oraz placówkami ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- 10) prowadzenie dokumentacji pracy terapeutycznej,
- 11) udział w spotkaniach zespołu oraz regularnych superwizjach,
- 12) realizację działań zapobiegających stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zespoły mobilne najczęściej obejmują wsparciem osoby kierowane do placówek opieki psychiatrycznej przez rodziny i bliskich czy ośrodki pomocy społecznej oraz osoby zgłaszające się samodzielnie. Zdarza się też, że pacjenci są zgłaszani przez osoby z ich otoczenia społecznego (np. sąsiadów). Kolejne źródło informacji o osobach potrzebujących wsparcia stanowią urzędy gminne czy ośrodki zdrowia, z którymi zespoły mobilne są w ścisłym kontakcie.

Pierwsza wizyta może się odbyć w placówce funkcjonującej w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej lub środowisku osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, w zależności od ich preferencji lub woli osoby zgłaszającej. W sytuacji, gdy osoba doświadczająca kryzysu lub należąca do sieci jej wsparcia nie chce się spotkać w środowisku domowym, spotkanie z zespołem mobilnym może zostać zorganizowane w miejscu neutralnym – jest to kwestia wzajemnych uzgodnień. Wsparcie udzielane przez zespół mobilny jest doraźne i natychmiastowe, ale pomaga ono też osobom w kryzysie w kontakcie z innymi podmiotami. Jeśli do placówek środowiskowej opieki psychiatrycznej zgłaszają się osoby, którym z różnych powodów nie można udzielić wsparcia bądź potrzebna jest pomoc innej instytucji na kolejnych etapach leczenia, wówczas zespół mobilny stara się wskazać taki podmiot.

W trakcie gromadzenia informacji o problemach pacjenta, zespół mobilny kontaktuje się z członkami rodziny lub z osobą zgłaszającą, aby poprosić bliskich o ich obecność podczas spotkania, bowiem często dopiero w trakcie bezpośredniej rozmowy można ocenić czy zgłoszona osoba oraz jej rodzina będzie chciała współpracować z zespołem mobilnym. W sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia osoba zgłaszająca otrzymuje przez telefon szczegółowe instrukcje dotyczące sposobu udzielania pomocy. Członkowie zespołów mobilnych podkreślili, że nie zawsze posiadają narzędzia, dzięki którym mogą zlokalizować człowieka będącego w kryzysie i znajdującego się w niebezpiecznej dla niego sytuacji, jednak mogą powiadomić odpowiednie służby czy instytucje posiadające możliwości udzielenia pomocy takim osobom.

Do zadań zespołu mobilnego należy opracowanie – wraz z osobą w kryzysie oraz jej bliskimi – Indywidualnego Planu Zdrowienia, który określa zakres planowanego wsparcia o charakterze medycznym i społecznym. Praca z wykorzystaniem IPZ wymaga przygotowania diagnozy funkcjonowania tej osoby. W zależności od potrzeb danego pacjenta zespół mobilny – wraz z pacjentem oraz jego siecią oparcia – przygotowuje plan kryzysowy, stanowiący swoistą „instrukcję obsługi” (rodzaj kontraktu) dla wszystkich osób zaangażowanych w proces terapeutyczny, która służy podjęciu stosownych kroków na wypadek pogorszenia stanu zdrowia. Kolejnym zadaniem zespołu mobilnego jest prowadzenie na bieżąco opisu procesu terapeutycznego, którego przebieg jest oceniany raz na pół roku. W momencie zażegnania kryzysu, rodziny czy też same osoby objęte wsparciem wyrażają chęć pozostania pod opieką zespołu mobilnego bądź nie – mogą zrezygnować z usług w każdym momencie. Często jest to efekt pożądaný, wskazujący na usamodzielnienie osoby po kryzysie, podkreślenie jej autonomii.

Współpraca zespołów mobilnych z otoczeniem społecznym. Zespoły mobilne nawiązują współpracę z różnymi instytucjami wsparcia społecznego, w zależności od potrzeb osób w kryzysie i dostępności tych podmiotów. Najczęściej taka kooperacja ma miejsce z ośrodkami pomocy społecznej, które umożliwiają zespołom mobilnym zainicjowanie działań w środowisku pacjenta. Ponadto zespoły mobilne podejmują współpracę z poradniami zdrowia psychicznego, domami pomocy społecznej, klubami seniora, środowiskowymi domami samopomocy, organizacjami pozarządowymi, szpitalami, a także policją i strażą miejską.

Współpraca pomiędzy zespołami mobilnymi a instytucjami zewnętrznymi napotyka niekiedy trudności – wymaga ona dopracowania, ciągłego uczenia się zasad obowiązujących w różnych placówkach, a nawet zmian na poziomie legislacyjnym. Trudności najczęściej wynikają z ograniczonego dostępu do informacji o osobie w kryzysie posiadanych przez inną instytucję oraz braku możliwości przekazania pewnych informacji z powodu prawa o ochronie danych osobowych. Niekiedy zdarzają się problemy w zakresie komunikacji i przekazywaniu dokumentów przez pracowników instytucji, z którymi zostały podpisane stosowne umowy.

Członkowie zespołów mobilnych nie mają dostępu do dokumentacji gromadzonej przez szpitale i inne instytucje. Informacje na temat dotychczasowego leczenia osób w kryzysie

oraz uzyskanego przez nie wsparcia o charakterze medycznym i społecznym pozyskiwane są bezpośrednio od nich samych. Niektórzy specjaliści wchodzący w skład zespołów nie wiedzą, czy są uprawnieni do wglądu w kartę wypisu ze szpitala osoby w kryzysie, jak również przechowywania tych danych i ich dalszego przetwarzania, w tym udostępnienia innym instytucjom zapraszającym na konsultacje w sprawie danego pacjenta. Stosowanym przez zespoły mobilne rozwiązaniem jest robienie notatek bazujących na tej dokumentacji.

Pracownicy pionu społecznego wchodzący w skład zespołów mobilnych nie podlegają ustawie o pomocy społecznej, nie są zatem traktowani jak pracownicy socjalni. Osoby te dysponują jedynie wizytówkami środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej. W kontaktach z instytucjami czy wśród pacjentów bywają identyfikowani jako terapeuci, psycholodzy lub – błędnie – jako pracownicy socjalni. Osoby te dysponują jedynie wizytówkami środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej. Z uwagi na brak podstaw prawnych, pracownicy środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej reprezentujący pion społeczny mają ograniczone uprawnienia, nie mogą np. złożyć do sądu wniosku o ubezwłasnowolnienie bezpośrednio – są natomiast uprawnieni do wystawiania opinii czy zaświadczenia o funkcjonowaniu społecznym osoby w kryzysie jeśli zostaną o to poproszeni przez sąd lub osobę w kryzysie.

Zespoły mobilne funkcjonujące w środowiskowych placówkach opieki psychiatrycznej przeznaczonych dla dzieci i młodzieży współpracują dodatkowo z kuratorami społecznymi, szkołami oraz poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Współpraca z policją oraz dzielnicowym Komisarzem ds. Nieletnich również jest niezbędna, ponieważ podmioty te kierują rodziców lub opiekunów prawnych do tych placówek, a z kolei zespoły mobilne czasami potrzebują ich interwencji.

Szkoły i placówki edukacyjne także często kierują rodziny do środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej. Źródłem wiedzy o zespołach mobilnych są dla rodziców lub opiekunów nie tylko nauczyciele, ale również pracownicy poradni specjalistycznych i pracownicy ośrodków pomocy społecznej. Stała współpraca z placówkami oświatowymi jest niezbędna, ponieważ zdarzają się sytuacje, gdy podczas jednej wizyty w oddziale danej placówki obserwacji jest poddawanych kilkoro dzieci objętych działaniami zespołów mobilnych. Obserwacja funkcjonowania osoby nieletniej lub grupy takich osób w oddziale placówki oświatowej wymaga zgody rodziców pozostałych dzieci z danej klasy.

W przypadku dzieci, które urodziły się z zaburzeniami neurorozwojowymi, bardzo ważna jest szybka diagnostyka, ponieważ im wcześniej zostaną podjęte odpowiednie działania, tym krótszej pracy terapeutycznej będzie wymagało dziecko i tym lepiej będzie funkcjonowało w przyszłości. Do środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej najczęściej zgłaszają się rodzice dzieci, które zaczynają uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ponieważ często dopiero wtedy widać różnice w zachowaniu dziecka – na tle całej grupy. Do najczęstszych problemów, z którymi zgłaszane są dzieci, należą: ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi), depresja, zaburzenia emocjonalne, anoreksja, dokonywanie samookaleceń, nieprawidłowo kształtująca się osobowość, a także problemy w relacjach rówieśniczych czy trudności wychowawcze (w przypadku tych ostatnich działania zespołów mobilnych skupiają się na udzielaniu wsparcia rodzicom). Jeśli u dziecka zostanie zdiagnozowane zaburzenie ze spektrum autyzmu, zespół mobilny kieruje rodziców lub opiekunów do odpowiednich placówek.

Osoby uczestniczące w wywiadach wskazywały na pewien opór przed współpracą z zespołami mobilnymi ze strony lekarzy pediatrów – najczęściej wynikający z braku wiedzy na temat funkcjonowania środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej, jak również możliwości udzielenia pomocy poprzez skierowanie dziecka przejawiającego zaburzenia psychiczne do odpowiednich instytucji.

Utrudnienia w pracy zespołów mobilnych. Współpraca pomiędzy zespołami mobilnymi a instytucjami zewnętrznymi wymaga dopracowania i ciągłego uczenia się zasad obowiązujących w różnych placówkach. Niekiedy zdarzają się problemy w zakresie komunikacji i przekazywania dokumentów, np. przez pracowników ośrodków pomocy społecznej, z którymi zostały podpisane stosowne umowy. Trudności te powodują ograniczenie dostępu do informacji o osobie w kryzysie lub brak możliwości przekazania pewnych danych.

Współpraca pomiędzy zespołami mobilnymi a instytucjami zewnętrznymi napotyka niekiedy trudności – wymaga ona dopracowania, ciągłego uczenia się zasad obowiązujących w różnych placówkach, a nawet śledzenia zmian na poziomie legislacyjnym. W praktyce pracownicy pionu społecznego wchodzący w skład zespołów mobilnych spotykali się z różnym traktowaniem.

Członkowie zespołów mobilnych spotykają się z przypadkami opóźnień w podejmowanych przez różne instytucje działaniach na rzecz osób w kryzysie, co wyjaśniane jest przepisami kodeksu postępowania administracyjnego. Zaburza to niekiedy płynność udzielanego wsparcia, np. w sytuacjach, gdy zespoły mobilne towarzyszą osobie w kryzysie w działaniach mających na celu poprawę jej sytuacji bytowej, socjalnej. Członkowie zespołów mobilnych nie mają dostępu do dokumentacji gromadzonej przez szpitale i inne instytucje. Informacje na temat dotychczasowego leczenia osób w kryzysie oraz uzyskanego przez nie wsparcia o charakterze medycznym i społecznym pozyskiwane są bezpośrednio od nich samych.

W niektórych placówkach opieki psychiatrycznej funkcjonujących w modelu środowiskowym członkowie zespołów mobilnych zwracali uwagę na brak kampanii informacyjnych ukierunkowanych na zwalczanie stereotypów dotyczących kryzysów psychicznych oraz osób nimi dotkniętych. Problem ten jest najbardziej widoczny w małych miejscowościach (np. po powrocie ze szpitala psychiatrycznego, w którym pobyt jest uważany za powód do wstydu), w których chorzy nie tylko nie otrzymują żadnego wsparcia, ale są stygmatyzowani. W przypadku kryzysu, ludzie z otoczenia osoby nim dotkniętej często nie reagują lub dzwonią pod numery alarmowe służb ratowniczych z prośbą o interwencję. Chociaż z upływem czasu trudności natury psychicznej przestają być tematem tabu, do tej pory nie wszystkie z nich przestały uchodzić za wstydlive. W dalszym ciągu źródłem kryzysów psychicznych są zatrzymane procesy żałoby lub ich wielość, jak również problemy związane z utratą pracy, rozwodem lub separacją, wypadkiem, alkoholizmem oraz przemocą w rodzinie, chorobami onkologicznymi czy zaburzeniami osobowości połączonymi z innymi jednostkami chorobowymi. Członkowie zespołów mobilnych podkreślali, że w niektórych środowiskach zaobserwowano pozytywne skutki rozmów z lokalnymi liderami, takimi jak np. sołtysi, pracownicy ośrodków gminy czy osobami duchownymi.

Współpraca zespołów mobilnych z asystentami zdrowienia. Asystenci zdrowienia (Ex-In – Experienced Involvement) są to osoby, które doświadczyły w przeszłości kryzysu psychicznego, a obecnie, po odbyciu stosownego szkolenia, stanowią wsparcie dla osób w kryzysie w ich procesie zdrowienia. Członkowie zespołów mobilnych uważają, że wykonywanie pracy asystenta zdrowienia wymaga także posiadania pewnych predyspozycji osobowościowych. Współpraca zespołów mobilnych z asystentami zdrowienia jest znaczną innowacją, ponieważ w Polsce osoby te nie były wcześniej włączane w proces zdrowienia osób zmagających się z kryzysami psychicznymi. Z tego względu przebieg tej współpracy ma charakter dynamiczny, podlegając ciągłym zmianom – zasady pracy asystentów zdrowienia dopiero się kształtują, a ich wymiar pracy i realizowane zadania są w dużej mierze dostosowywane do potrzeb placówek funkcjonujących w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej.

W przypadku części osób w kryzysie nie ma potrzeby włączania asystentów zdrowienia do grona członków zespołów mobilnych, natomiast w niektórych sytuacjach, np. gdy zespół mobilny współpracuje z osobą, która nie chce przyjmować leków przepisanych przez lekarza psychiatrę, doproszenie do wizyty asystenta zdrowienia – ze względu na spójność

doświadczeń – stanowi często nieocenione wsparcie dla pacjenta w kwestii decyzji dotyczącej podjęcia leczenia farmakologicznego. Ważną rolę asystentów zdrowia jest budowanie nadziei na wyzdrowienie.

Zdarza się, że kontakt z asystentami zdrowia jest nawiązywany przez osoby w kryzysie w sposób spontaniczny w trakcie pobytu w szpitalu. Zespoły mobilne starają się zapraszać asystentów zdrowia do współpracy w przypadku, gdy jest taka możliwość i potrzeba. Asystenci zdrowia dużo czasu poświęcają na towarzyszenie osobom w kryzysie na oddziałach dziennych czy na recepcji placówek opieki psychiatrycznej, dzięki czemu mają z nimi bezpośredni kontakt, zdobywają ich zaufanie i mogą nawiązywać bliższe relacje.

Początkowo rzadziej korzystano z zasobów (wiedzy, umiejętności, doświadczenia) asystentów zdrowia, jednak coraz częściej są oni postrzegani jako ważna część zespołów mobilnych. Rozmówcy podkreślali, że współpraca pomiędzy asystentami zdrowia oraz specjalistami wymaga nie tylko ustalenia jasnych reguł i ich respektowania, ale też dużej uważności. Członkowie zespołów mobilnych starają się zapraszać do współpracy ekspertów przez doświadczenie w czasie, gdy osoba w kryzysie jest do tego w pełni gotowa, oceniając jednocześnie, czy dla danego asystenta zdrowia nie będzie to nadmiernie obciążającym zadaniem.

Trudnością we współpracy zespołów mobilnych z asystentami zdrowia jest brak ich dostępu do danych medycznych w świetle obowiązujących przepisów. Część placówek funkcjonujących w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej wypracowało zasady współpracy z asystentami zdrowia. Specjaliści pracujący w tych zespołach mobilnych zdobyli szczegółowe informacje na temat kryzysu/ów asystentów zdrowia i stosowanych przez nich sposobach radzenia sobie w tych sytuacjach. Na tej podstawie, z uwzględnieniem wiedzy o problemie, z jakim zmagają się osoby w kryzysie, zespół mobilny zaprasza do udziału w wizytach domowych asystenta zdrowia, którego doświadczenia są zbliżone do tego, co aktualnie przeżywa dany pacjent. Zaangażowanie asystentów zdrowia jest szczególnie cenne ze względu na ich rozumienie sytuacji osoby w kryzysie i empatię, a także praktyczną znajomość pewnych kwestii (np. objawów, które mogą towarzyszyć przyjmowaniu leków). Ponadto asystenci zdrowia wnoszą istotny wkład w profilaktykę, ponieważ dzielą się swoimi doświadczeniami z różnymi osobami będącymi grupami docelowymi działań edukacyjnych placówek opieki psychiatrycznej funkcjonujących w modelu środowiskowym.

Czasami asystenci zdrowia spotykają się z osobami w kryzysie w trybie indywidualnym, szczególnie w sytuacjach, gdy dany pacjent nie wymaga stałego wsparcia psychologicznego, a jedynie zrozumienia i rozmowy z kimś, kto ma podobne doświadczenia. Osoby uczestniczące w zogniskowanych wywiadach grupowych oraz indywidualnych wywiadach pogłębionych podkreślały, że w takich przypadkach bardzo ważne jest zapisywanie obserwacji przez asystentów zdrowia w postaci notatki dołączanej do dokumentacji.

Spoleczna percepcja zespołów mobilnych. Osoby w kryzysie dowiadujące się, że pierwsza wizyta odbędzie się w ich domach, najczęściej reagują pozytywnie, są mile zaskoczone i przyjmują tę informację z otwartością, jako wyraz zainteresowania całą rodziną. Ich otwartość oraz sposób, w jaki przyjmują zespoły mobilne w swoich domach, są zróżnicowane. Zdarzają się osoby, które sprzątają mieszkanie i szykują poczęstunek dla specjalistów, ale są również takie, które w żaden sposób nie przygotowują się na wizytę zespołu mobilnego. Daje to nieformalną informację o funkcjonowaniu rodziny oraz jej zasobach. Percepcja zespołu mobilnego przez osobę w kryzysie zależy od danego środowiska i wpływa na sposób współpracy. Osoby w kryzysie zamieszkujące mniejsze miejscowości chętnie zapraszają zespoły mobilne do swoich domów, ponieważ nie zawsze mają możliwość skorzystania ze wsparcia o charakterze stacjonarnym. Zdarzają się sytuacje, w których osoby w kryzysie z niechęcią przyjmują informację o wizycie domowej np. ze względu na poczucie wstydu wywołane ich warunkami mieszkaniowymi, dużą liczbą domowników, brakiem przestrzeni i możliwości odbycia swobodnej rozmowy. Czasami

pacjenci obawiają się przyjazdu zespołu mobilnego z powodu niewiedzy, jak się zachować w nietypowej, nowej dla nich sytuacji.

Zdarza się także, iż osoby korzystające z usług zespołu mobilnego odbierają wizyty realizowane w ich rodzinnym środowisku jako formę kontroli, która nasila przeżywaną przez nich stres, na co reagują np. irytacją, wycofaniem lub nasilonym lękiem. Ponadto niektórzy pacjenci odmawiają współpracy i leczenia, ponieważ nie są krytyczni wobec swojej choroby. Inne osoby dzwonią do zespołów mobilnych, aby opowiedzieć o tym, co się wydarzyło danego dnia, jak się czują i poinformować, że nie potrzebują wizyty. Takie zachowanie może świadczyć o zdobyciu przez zespół mobilny dużego zaufania ze strony pacjenta. Niektóre środowiska są już na tyle świadome faktu istnienia zaufanych zespołów mobilnych, że bliscy osoby będącej w sytuacji kryzysowej w pierwszej kolejności dzwonią do nich, a nie na pogotowie ratunkowe. Członkowie zespołów mobilnych informują o swojej działalności nawet przypadkowo napotkane osoby, które mogą potrzebować pomocy. W ten sposób specjaliści rozpowszechniają w społecznościach lokalnych wiedzę o funkcjonowaniu środowiskowej placówki opieki psychiatrycznej. Nie są rzadkie sytuacje polecenia usług środowiskowych przez pacjentów.

Efekty działań zespołów mobilnych. Początkowo działalność zespołów mobilnych wiązała się ze wzrostem liczby hospitalizacji wynikającym z dotarcia do osób, które w przeciwnym razie zostałyby pozbawione pomocy lub znajdowały się w stanie kwalifikującym je do leczenia szpitalnego. Z czasem natomiast okazało się, że poprzez swój pozytywny wpływ na funkcjonowanie osób w kryzysie w ich środowisku zespoły mobilne finalnie przyczyniają się do zmniejszenia wskaźnika hospitalizacji w grupie osób objętych działaniami placówek w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej.

Działania realizowane przez specjalistów z zespołów mobilnych pozwalają na szybkie i skuteczne wprowadzanie zmian w myśleniu, przeżywaniu i zachowaniu osób w kryzysie, sprawiających, że nie powracają one do poprzedniego stanu lub doświadczają kryzysów znacznie rzadziej. Działalność zespołów mobilnych wpływa na poprawę funkcjonowania osób w kryzysie poprzez wspieranie ich działań mających na celu zmianę sytuacji życiowej, rozwiązanie problemów. Niemniej jednak już samo towarzyszenie tym osobom ma duże znaczenie dla ich procesu zdrowienia.

Specjaliści z zespołów mobilnych korzystają z interwizji w zespole oraz poddają swoją pracę regularnej superwizji prowadzonej przez certyfikowanych superwizorów. Poprawie efektywności działań zespołów mobilnych mogłyby ponadto posłużyć konsultacje prowadzone w oparciu o podejście Otwartego Dialogu (OD). Członkowie zespołów mobilnych podkreślali, że potrzebne są szkolenia i kursy z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej, elementów interwencji kryzysowej, a także Otwartego Dialogu. Szkolenia są niezbędne, by członkowie zespołów mobilnych mogli się nieustannie rozwijać i zapobiegać wypaleniu zawodowemu, a pacjenci mieli zapewnioną profesjonalną pomoc. Psychologowie wchodzący w skład zespołów mobilnych powinni znać podstawowe metody przesiewowe w diagnostyce otępień, ponieważ liczba osób z takimi zaburzeniami nieustannie rośnie.

Zarządzanie zespołami mobilnymi. Osoby uczestniczące w badaniu wskazały na kilka kwestii istotnych z punktu widzenia zarządzania pracą zespołów mobilnych. Biorąc pod uwagę codzienne obowiązki, dzień pracy zespołu rozpoczyna się od wewnętrznych konsultacji z innymi specjalistami, jak również – w razie takiej potrzeby – z koordynatorem. Na takim spotkaniu służącym przygotowaniu się do działań, które mają być realizowane danego dnia, członkowie zespołu mobilnego omawiają plan pracy i ewentualne trudności, na które mogą się natknąć podczas wykonywania swoich zadań. Przebywając w terenie, zespoły mobilne nie tylko odwiedzają osoby w kryzysie i ich rodziny czy bliskich, ale także wizytują różne instytucje w celu wsparcia swoich pacjentów w załatwianiu spraw urzędowych.

Istotną kwestią poruszaną podczas rozmowy na temat zarządzania pracą zespołów mobilnych było ich bezpieczeństwo. Z tego względu, jak również z uwagi na możliwość lepszego zabezpieczenia pacjenta w sytuacji krytycznej (np. zamiaru popełnienia samobójstwa), w skład zespołów mobilnych powinny wchodzić co najmniej dwie osoby. Gdy istnieje ryzyko, że osoba w kryzysie w warunkach domowych może przejawiać agresywne zachowania, zespół mobilny udaje się do niej w asyście policji lub straży miejskiej (gminnej), bądź wzywa ją na wypadek potrzeby w trakcie spotkania, jeśli pacjent staje się agresywny wobec innych lub siebie. Zazwyczaj taka wizyta jest odbierana negatywnie, szczególnie przez osoby, które nie mają gotowości do podjęcia leczenia i traktują to jako formę przymusu, bądź miały wcześniej do czynienia z tymi służbami z powodu łamania prawa. Członkowie zespołów mobilnych oraz osoby zarządzające ich pracą zazwyczaj nie widzą potrzeby zapewnienia zespołom dodatkowej ochrony, z wyjątkiem sytuacji, w których należy się liczyć z agresją pacjentów.

Zarządzanie pracą zespołów mobilnych utrudniają przede wszystkim przedłużające się wizyty w środowisku, ponieważ nie jest możliwe dokładne oszacowanie czasu, jaki zajmie specjalistom dane spotkanie. W przypadku choroby jednego pracownika zespołów mobilnych niezbędne jest zorganizowanie zastępstwa. Problemy natury logistycznej powstają także wtedy, gdy osoba w kryzysie odwoła wizytę w ostatniej chwili, ponieważ nie ma możliwości umówienia się w tym samym czasie na spotkanie z inną rodziną. Taka spontaniczna propozycja mogłaby przez część pacjentów zostać odebrana jako brak profesjonalizmu bądź kontrola ze strony zespołu mobilnego.

Rozmówcy podkreślali podczas wywiadów, że rola i charakter zespołów mobilnych wciąż się kształtuje, toteż pewne kwestie w tym zakresie nadal są przedmiotem dyskusji. Jednym z takich wątków jest stopień specjalizacji zespołów mobilnych, sprowadzający się do pytania, czy zespoły powinny mieć bardziej uniwersalny charakter, czy raczej specjalizować się w określonym typie schorzeń lub określonych zadaniach. Osoby uczestniczące w wywiadach uważały, że choć posiadanie przez specjalistów tworzących zespoły mobilne różnorodnych kwalifikacji, jak również zwiększanie ich kompetencji w różnych obszarach jest uzasadnione, to przypisanie im sztywnych specjalizacji może być ograniczające. Na obecnym etapie rozwoju deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej wystarczające jest tworzenie wyspecjalizowanych zespołów mobilnych, które będą w stanie zajmować się osobami mającymi podwójną diagnozę – gdy poza kryzysem psychicznym występuje również problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Członkowie zespołów mobilnych powinni posiadać wiedzę na temat zaburzeń psychicznych. W przypadku zespołów funkcjonujących w środowiskowych placówkach opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży warto uwzględnić znajomość psychopatologii wieku rozwojowego, a także elementów, na które należy zwracać uwagę podczas prowadzenia obserwacji osób niepełnoletnich.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Zespoły mobilne są jednym z kluczowych elementów środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej i mają charakter innowacyjny, gdyż łączą usługi medyczne oraz społeczne, jednocześnie działając głównie w miejscu zamieszkania swoich pacjentów. Integracja tych zadań służy zachowaniu ciągłości procesu terapeutycznego, chociaż zespoły mobilne realizują również wsparcie w ramach opieki doraźnej. Głównym celem ich działalności jest mobilizowanie pacjentów do rozwiązywania problemów i usamodzielnienia, a towarzysząc osobom doświadczającym kryzysu, przyczyniają się do poprawy ich funkcjonowania, zmiany sytuacji życiowej oraz zmniejszenia wskaźnika hospitalizacji. Innowacyjna formuła

funkcjonowania zespołów mobilnych w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej może być fundamentem reformy tego systemu, zmierzającej w kierunku deinstytucjonalizacji opieki środowiskowej.

Kluczowym aspektem jest również to, aby w przyszłości wprowadzono zmiany, które usprawniłyby działanie zespołów mobilnych. Do takich należą m.in. uregulowanie sytuacji prawnej w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej, jej udostępniania oraz przechowywania, a także usprawnienie wymiany doświadczeń w obrębie zespołu terapeutycznego, ustalenie jasnych reguł współpracy z asystentami zdrowia w ramach działalności zespołów mobilnych. Dobrą praktyką byłoby wprowadzenie wymogu zaznajomienia się pracowników zespołów mobilnych z procedurami postępowania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej. Należy także prowadzić superwizje i ustawiczne szkolenia dla zespołów mobilnych w zakresie interwencji kryzysowej, udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, Otwartego Dialogu, ICF, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, radzeniu sobie z dużym obciążeniem psychicznym, metod przesiewowych w diagnostyce otępień, samoobrony, a w przypadku zespołów mobilnych dla dzieci i młodzieży – kursów z zakresu psychopatologii wieku rozwojowego oraz prowadzenia obserwacji osób niepełnoletnich.

UWAGI

Artykuł został przygotowany na podstawie raportu ewaluacyjnego pn. *Funkcjonowanie zespołów mobilnych w modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego*, który został opracowany w 2020 roku w ramach projektu pt. *Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny* (Nr POWR.04.01.00-00-D20817), współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

BIBLIOGRAFIA

- Jaeschke, K., Hanna, F., Ali, S., Chowdhary, N., Dua, T., Charlson, F. (2021). Global estimates of service coverage for severe mental disorders: Findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. *Global Mental Health*, 8, 27. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.19>
- Kazdin, A. E., Rabbitt, S. M. (2013). Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 170–191.
- Keynejad, R., Spagnolo, J., Thornicroft, G. (2021). WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: Updated systematic review on evidence and impact. *Evidence-Based Mental Health*, 24(3), 1–7.
- Kostanjsek, N. (2011). Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability and health information systems. *BMC Public Health*, 11(Suppl 4), S3. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S3>
- Księżka-Koszałka, J. (2017). Metoda Otwartego Dialogu w filmie Daniela Macklera pt. *Otwarty Dialog – alternatywne, frńskie podejście do leczenia psychoz*. *Homo et Societas*, 2, 83–93.
- Lake, J., Turner, M. S. (2017). Urgent need for improved mental health care and a more collaborative model of care. *The Permanente Journal*, 21, 17–24. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-024>
- 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*, 220(6), 440–445.
- Mezzina, R., Johnson, S. (2008). Home treatment and „hospitality” within a comprehensive community mental health centre. W: S. Johnson, J. Needle, J. Bindman, G. Thornicroft (red.), *Crisis resolution and home treatment in mental health* (s. 251–266). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543906.021>
- Prot-Klinger, K. (2013). Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem — próba integracji podejść. *Psychiatria*, 10(3–4), 101–108.
- Robine, J. M. (2006). Summarizing health status. W: D. Pencheon, C. Guest, D. Melzer, J. A. M. Gray (red.), *Oxford handbook of public health practice* (s. 160–168). Nowy Jork: Oxford University Press.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

- Sade, R. M. S., Goljevscek, S., Corradi-Webster, C. M. (2020). Intensive home support for mental health crises: Experience of the Trieste territorial crises team, in Italy. *Saúde e Sociedade*, 29(3), e190831. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190831>
- Shidhaye, R., Lund, C., Chisholm, D. (2015). Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: Strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 9, 40. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0031-9>
- Sjølie, H., Karlsson, B., Kim, H. S. (2010). Crisis resolution and home treatment: Structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881–892. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x>
- Stępką, M. (2021). Rezyliencja jako paradygmat bezpieczeństwa w czasach przewlekłych kryzysów. *Przegląd Politologiczny*, 2, 105–117.
- Szarfenberg, R. (2016). Empowerment. W: B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *W kręgu pojęć i zagadnień współczesnej polityki społecznej* (s. 99–112). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Szaszkiewicz, W. (2015). „Wątki rodzinne były dla mnie zawsze najciekawsze”. Rozmowa z dr hab. n. hum. Barbarą Józefik, prof. UJ. *Psychoterapia*, 3(174), 5–14.
- Światowa Organizacja Zdrowia. (2009). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Wilmonska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2(7), 5–20.
- Wojtyniak, B., Goryński, P. (red.). (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Wojtyńska, R., Szczeniak, D., Kłapciński, M., Schütze, W. (2015). Zespół odzwierciedlająco-komentujący jako element sieci społecznej w podejściu Otwartego Dialogu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(3), 137–146.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in health*. Nowy Jork: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan (2013–2020)*. Genewa: WHO Document Production Services.

PRZEGLĄD KRYTERIÓW DIAGNOSTYCZNYCH, CECH I TYPÓW OSOBOWOŚCI BORDERLINE WRAZ Z PRÓBĄ ICH PORZĄDKOWANIA

PIOTR PAWEŁ BRUD* 

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

STRESZCZENIE

Zaburzenie osobowości z pogranicza (borderline) jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń, a jednocześnie dość problematycznym w diagnozie, na co wskazywały kolejne edycje DSM i ICD. Od dawna wykazywano heterogeniczność osobowości borderline. Zasadniczo pokazywano ją przy pomocy dwóch uzupełniających się podejść: (1) skoncentrowanego na zmiennych, gdzie wyodrębniano czynniki oraz (2) skoncentrowanego na osobach, w którym identyfikowano typy jako konfiguracje zmiennych. W niniejszym artykule zaprezentowany jest przegląd literatury na temat zróżnicowania osobowości borderline w obu podejściach. Zidentyfikowanych zostało 37 modeli borderline, w tym 12, w których stosowano podejście skoncentrowane na zmiennych i 25 – podejście skoncentrowane na osobach. W modelach tych wyodrębnione zostały pojedyncze jednostki znaczeniowe, którymi autorzy posługiwali się do opisu osobowości borderline. Łącznie wyróżniono 59 takich jednostek, które następnie zostały połączone w 11 grup spójnych znaczeniowo.

HETEROGENICZNOŚĆ
BORDERLINE
ZABURZENIE OSOBOWOŚCI BORDERLINE
DSM-IV-TR
DSM-5
ICD-10
ICD-11

SŁOWA KLUCZOWE

- 39 DEFINIOWANIE OSOBOWOŚCI BORDERLINE
- 40 BPD W KLASYFIKACJACH ICD-10 ORAZ DSM-IV-TR
- 41 OD PODEJŚCIA KATEGORIALNEGO DO WYMIAROWEGO
- 42 BPD W AKTUALNYCH KLASYFIKACJACH ICD-11 ORAZ DSM-5
- 44 HETEROGENICZNOŚĆ BORDERLINE
- 47 PRÓBA UPORZĄDKOWANIA BPD
- 52 PODSUMOWANIE
- 52 BIBLIOGRAFIA



A REVIEW OF DIAGNOSTIC CRITERIA, TRAITS AND TYPES OF BORDERLINE PERSONALITY WITH AN ATTEMPT TO ORDER THEM

ABSTRACT

Borderline personality disorder is one of the most common disorders and at the same time quite problematic to diagnose, as successive editions of the DSM and ICD have pointed out. The heterogeneity of borderline personality has long been demonstrated. It has generally been shown using two complementary approaches: (1) variable-centered, where factors were extracted, and (2) person-centered, where types were identified as configurations of variables. This paper presents a review of the literature on borderline personality variation in both approaches. Thirty-seven borderline models were identified, including 12 that used a variable-centered approach and 25 that used a person-centered approach. In these models, single units of meaning were distinguished, which the authors used to describe borderline personality. A total of 59 such units were distinguished, which were then combined into 11 meaning-consistent groups.

KEYWORDS

heterogeneity, borderline, borderline personality disorder, DSM-IV-TR, DSM-5, ICD-10, ICD-11

Zaburzenia osobowości mają zwykle dość zróżnicowany obraz kliniczny. Oznacza to, że pacjenci mogą mieć ten sam typ zaburzeń, a jednocześnie znacząco się między sobą różnić. W związku z tym badacze i klinicyści wyróżniają różne typy lub aspekty danego zaburzenia, aby opisać tę różnorodność. W przypadku osobowości borderline (z pogranicza; BPD – *borderline personality disorder*) zarówno owa różnorodność obrazu klinicznego, jak i literatura na temat prób uporządkowania tej różnorodności jest szczególnie duża (Benazzi, 2006; Gamache i in., 2021; Hallquist, Pilkonis, 2012; Hoermann, Clarkin, Hull, Levy, 2005; Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, Moskowitz, Paris, 2012; Leihener i in., 2003; Oldham, 2006; Salzer i in., 2013; Smits i in., 2017). Niniejszy artykuł zawiera przegląd (1) kryteriów diagnostycznych osobowości borderline z ostatnich edycji DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz ICD (*International Classification of Diseases*), (2) modeli borderline, w których wyróżnione są różne typy lub aspekty tego zaburzenia, a następnie (3) autorską propozycję uporządkowania tej różnorodności. Zasadniczym celem artykułu jest propozycja syntetycznego opisu różnorodności borderline na podstawie analizy szczegółowych modeli dostępnych w literaturze.

DEFINIOWANIE OSOBOWOŚCI BORDERLINE

Zaburzenie osobowości borderline cechuje się przede wszystkim niestabilnością relacji interpersonalnych i reakcji emocjonalnych, impulsywnością i zaburzeniami poznawczymi. Ponadto osoby z tym zaburzeniem odczuwają m.in. poczucie osamotnienia, wykazują się brakiem lub słabą regulacją emocji i nastroju, nieumiejętnością rozpoznawania własnych i cudzych emocji, pustką wewnętrzną, niepokojem, zaburzoną tożsamością, napięciem, złością, poczuciem niezrozumienia i odrzucenia przez innych (American Psychiatric Association [APA], 2013; Guilé, Boissel, Alaux-Cantin, de La Rivière, 2018; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus, 2004).

BPD jest dość rozpowszechnioną jednostką chorobową powiązaną ze współwystępowaniem innych zaburzeń psychicznych, samobójstwami, ale także znacznym upośledzeniem jakości życia w sferze emocjonalnej, rodzinnej, poznawczej, partnerskiej i seksualnej (Feenstra i in., 2012; Soeteman, Roijen, Verheul, Busschbach, 2008). Szacunki pokazują, że częstość występowania tego zaburzenia w ogólnej populacji dorosłych wynosi 0,7–3,5%, a wśród osób dorosłych leczonych psychiatrycznie 9–18% (Doering, 2019). Widoczna jest przy tym znaczna dysproporcja między płciami, bowiem borderline jest diagnozowane trzy razy częściej u kobiet niż u mężczyzn (Glover, 2021). Warto wspomnieć, iż pomimo aktualnego stanowiska Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w DSM-5 (APA, 2013), dotyczącego diagnozy zaburzeń osobowości wyłącznie u osób w wieku powyżej 18. roku życia, wiele doniesień w literaturze sugeruje możliwość identyfikacji trwałego nieprzystosowania i nieprawidłowo kształtującej się osobowości już u dzieci i młodzieży (Cohen, Crawford, Johnson, Kasen, 2005; Jørgensen i in., 2021; Mirkovic i in., 2021; Zanarini, Frankenburg, Khera, Bleichmar, 2001). Jak wynika z badań, występowanie BPD u nastolatków to około 11–22% w placówkach ambulatoryjnych (Chanen i in., 2004) i 19–53% w placówkach szpitalnych (Becker, Grilo, Edell, McGlashan, 2002; Sharp, Ha, Michonski, Venta, Carbone, 2012).

Historycznie rzecz ujmując, zaburzenie to zostało wyodrębnione ze spektrum zaburzeń schizofrenicznych i w diagnostycznej nomenklaturze pojawiło się dopiero w 1980 roku (DSM-III; APA, 1980). Do publikacji DSM-III o borderline mówiło się głównie w kręgach psychoanalitycznych, rzadko natomiast w środowisku konwencjonalnej psychiatrii

(Stone, 2000). Samo nazewnictwo i rozumienie pojęcia borderline dość mocno ewaluowało, zanim ostatecznie przyjęło teraźniejszą formę. Pierwsze opisy przypadków dość spójne z dzisiejszymi objawami borderline pochodzą z lat 1884–1894 i należą do Hughesa i Rosse'a (Stone, 1986; Sturova, 1991). W kolejnych dekadach ta psychopatologia była określana m.in. jako: „schizofrenia ambulatoryjna” (*outpatient schizophrenia*; Zilboorg, 1941), „osobowość jakby” (*personality as if*; Deutsch, 1942) „preschizofreniczna struktura osobowości” (*preschizophrenic personality structure*; Rapaport, Gill, Schafer, 1945), „stany graniczne” (*borderline states*; Knight, 1954), osobowość borderline (*borderline personality*; Rangell, 1955; Robbins, 1956), „psychotyczne charaktery” (*psychotic characters*; Frosch, 1964) czy też „dysforia histeroidowa” (*hysteroïd dysphoria*; Klein, 1970, 1977). Sama definicja zawężała się od nieprecyzyjnych opisów Sterna (1938), który kładł nacisk na załamanie emocjonalne w sytuacjach stresowych, przez bardziej precyzyjne kryteria Kernberga (1967) – zwolennika opisywania tego zaburzenia za pomocą modelu konfliktu, aż do węższych i łatwiej zobiektywizowanych kryteriów Gundersona i Singera (1975). Praca tych ostatnich badaczy miała bezpośredni wpływ na ukształtowanie się definicji osobowości typu borderline w DSM-III. Warto wspomnieć, iż Kernberg (1967) był przekonany, że diagnoza powinna opierać się nie tyle na stwierdzonych objawach, co raczej na obecności pewnych cech strukturalnych determinujących organizację osobowości.

Niektórzy badacze wskazują, iż rdzeniem (*core*) tego zaburzenia jest impulsywność, podwyższona negatywna emocjonalność i reaktywność emocjonalna oraz upośledzenie funkcjonowania interpersonalnego (Clarkin, Hull, Hurt, 1993; Linehan, 1993; Selby, Anestis, Bender, Joiner, 2009; Selby, Joiner, 2009). Inni sugerują, że głównymi symptomami są dysregulacja emocjonalna, problemy interpersonalne i zaburzenie własnej tożsamości (Southward, Cheavens, 2018). Z kolei Siever i Davis (1991) utrzymują, że połączenie niestabilności afektywnej i impulsywności to główne cechy leżące u podstaw objawów BPD. Mimo tych zróżnicowanych charakterystyk rdzenia BPD, warto zauważyć, iż połączenie negatywnego afektu (niestabilności), impulsywności i trudności interpersonalnych jest unikalne tylko dla tego zaburzenia (Trull, Tomko, Brown, Scheiderer, 2010).

BPD W KLASYFIKACJACH ICD-10 ORAZ DSM-IV-TR

Na obecne rozumienie zaburzenia osobowości borderline istotny wpływ miały dotychczas obowiązujące kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacjach ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1992) i DSM-IV-TR (APA, 2000; Sanislow i in., 2002; Whewell, Rymann, Bonanno, Heather, 2000). Biorąc pod uwagę dziesiątą edycję Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10), uprzednim, a zarazem koniecznym warunkiem w rozpoznaniu tego zaburzenia jest spełnienie ogólnych kryteriów zaburzeń osobowości. Owe kryteria wskazują na charakterystykę osoby bądź jej utrwalone wzorce wyraźnie odbiegające od społecznie i kulturowo przyjętych norm. (1) Odmienność od norm musi przejawiać się przynajmniej w dwóch z następujących dziedzin: poznanie, emocjonalność, relacje międzyludzkie czy też kontrola odruchów. (2) Musi być niezmienna i obejmować szerokie spektrum sytuacji społecznych i osobistych, a także (3) prowadzić do stanu rozpaczliwym wymagającego interwencji klinicznej. Dodatkowo (4) istotna jest stabilność cech i długi czas ich trwania – początki w okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości, oraz (5) brak możliwości wyjaśnienia objawami innego zaburzenia psychicznego, (6) chorobą organiczną, urazem czy też dysfunkcją mózgu.

Według ICD-10 zaburzenie osobowości borderline jest podtypem osobowości chwiejnej emocjonalnie, której temperamentalny trzon stanowi osobowość impulsywna (typ impulsywny), a dodatkowe cechy mogą skłaniać do rozpoznania osobowości z pogranicza (typ borderline). Dokładniej rzecz ujmując, dla stwierdzenia zaburzenia osobowości borderline

nieodzowne jest wystąpienie co najmniej trzech objawów z typu impulsywnego oraz co najmniej dwóch z typu borderline.

Dominujący w obrazie klinicznym typ impulsywny charakteryzuje się zatem: (1) wyraźną skłonnością do działań impulsywnych bez uwzględnienia ich konsekwencji, (2) skłonnością do konfliktów, (3) łatwością wybuchania gniewem lub przemocą, (4) trudnością w utrzymywaniu kierunku działań, który nie przynosi natychmiastowej nagrody, a także (5) niestabilnym nastrojem. Z kolei typ borderline obejmuje: (1) zaburzony, niepewny obraz samego siebie, swoich celów i wewnętrznych preferencji, (2) skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne związki, (3) usilne próby uniknięcia doświadczenia porzucenia, (4) powtarzające się groźby lub akty samouszkodzające, (5) chroniczne uczucie pustki (WHO, 1998).

Odnosząc się do klasyfikacji DSM-IV-TR, zaburzenie osobowości borderline, wraz z osobowością antyspołeczną, histrioniczną i narcystyczną mieści się w grupie zaburzeń dramatyczno-niekonsekwentnych (tj. ze skłonnością do teatralności, nadmiernego reagowania emocjonalnego i niestałości), czyli w wiązce B Osi II zaburzeń psychicznych. DSM-IV-TR nie wyodrębnia typu impulsywnego, jak to ma miejsce w ICD-10, a do rozpoznania osobowości z pogranicza wymagane jest spełnienie pięciu z dziewięciu kryteriów diagnostycznych, do których w skrócie należą: (1) lęk przed porzuceniem, (2) wzorzec niestabilnych i intensywnych relacji interpersonalnych charakteryzujących się naprzemiennym występowaniem skrajnych idealizacji i dewaluacji, (3) wyraźne i trwale niestabilny obraz siebie, (4) impulsywność w co najmniej dwóch obszarach, które są potencjalnie szkodliwe dla samego siebie, (5) nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo samo-okaleczenia, (6) niestabilność emocjonalna spowodowana znaczną reaktywnością nastroju, (7) przewlekłe poczucie pustki, (8) nieadekwatna, intensywna złość lub trudności w jej kontrolowaniu oraz (9) paranoja związana ze stresem (APA, 2000). Dodatkowo, biorąc pod uwagę klasyfikację DSM-III, warto wspomnieć, iż jedyną istotną zmianą w DSM-IV-TR było dodanie dziewiątego kryterium (nieobecnego w ICD-10), dotyczącego doświadczeń podobnych do psychotycznych.

OD PODEJŚCIA KATEGORIALNEGO DO WYMIAROWEGO

Dotychczas, powszechne systemy klasyfikacji medycznych (DSM i ICD) stosowały podejście kategorialne w rozpoznaniu zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń osobowości. Definiowały one jednostki chorobowe jako oddzielne kategorie, które były przypisywane pacjentom po spełnieniu przez nich określonych kryteriów diagnostycznych (Dowson, Grounds, 1995; Jensen, Hoagwood, Zitner, 2006). Od dłuższego czasu badacze i klinicyści argumentowali jednak, że taki sposób diagnozowania jest dość problematyczny (por. Livesley, 2001; Widiger, Lowe, 2010). Wskazywali m.in. na: nadmierne współwystępowanie różnych kategorii zaburzeń u tych samych osób; arbitralne i niestabilne progi diagnostyczne dla danej kategorii zaburzenia czy też danego kryterium (ruchoma, arbitralnie korygowana granica wskazująca na brak *vs.* obecność zaburzenia bądź brak *vs.* obecność objawu); ograniczoną trafność diagnostyczną niektórych kategorii; brak oceny kryteriów pod kątem ważności dla procesu diagnozy; niedostateczne podstawy naukowe – np. wyniki badań z użyciem modeli kategorialnych pozostawały w izolacji względem wyników badań z użyciem modeli wymiarowych wykorzystywanych w psychologii osobowości (Krueger i in., 2011; Markon, 2013; Widiger, Simonsen, 2005).

W odpowiedzi na niedogodności związane z konceptualizacją zaburzeń osobowości jako osobnych kategorii rozwinęło się podejście wymiarowe (dymensjonalne), często uważane za bardziej precyzyjne w diagnozowaniu zaburzeń (Clarkin, Caligor, Sowislo, 2020;

Simonsen, 2010; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005). U jego podstaw leży założenie, że zaburzenia osobowości są związane z ekstremalnym nasileniem określonych cech osobowości (por. Widiger, 2012). DSM-5 (APA, 2013) przyjęło ujęcie hybrydowe (połączenie podejścia wymiarowego i kategoryjnego), natomiast ICD-11 (WHO, 2020) – pełną klasyfikację dymensjonalną do zdefiniowania zaburzeń osobowości.

W hybrydowym modelu DSM-5 kluczowymi kryteriami identyfikacji konkretnego zaburzenia (w tym *borderline*) są kryteria A i B. Nieprawidłowości w zakresie kryterium A uznane są za konstytuujące rdzeń psychopatologii osobowości i dotyczą oceny zaburzeń w dwóch sferach. Pierwszą z nich jest intrapsychiczna sfera Ja (*self*), którą tworzą tożsamość (*identity*) i kierowanie sobą (*self-direction*), a drugą sferą jest funkcjonowanie interpersonalne, na które składają się empatia (*empathy*) i bliskość (*intimacy*). Nasilenie zaburzenia oceniane jest na 5-punktowej skali (od 0 – nieznaczna lub brak nieprawidłowości, do 4 – skrajna nieprawidłowość), gdzie już poziom 2 (umiarkowany poziom nieprawidłowości funkcjonowania osobowości – *moderate impairment*) wystarczy do stwierdzenia obecności zaburzenia. Z kolei kryterium B opiera się na nowym modelu patologicznych cech osobowości i dotyczy występowania jednej lub więcej patologicznych cech-aspektów zgrupowanych w pięciu ogólnych czynnikach, określanych jako cechy-domeny. Należą do nich: Negatywny afekt, Izolacja, Psychotyzm, Antagonizm i Rozhamowanie. Powyższy model wyraźnie nawiązuje do Pięcoczynnikowego Modelu Osobowości (PMO), który opisuje zdrową osobowość. I tak, zestawiając patologiczne cechy z PMO, Negatywny afekt odpowiada wysokiej Neurotyczności, Izolacja – niskiej Ekstrawersji, Antagonizm – niskiej Ugodowości, Rozhamowanie – niskiej Sumienności, a Psychotyzm – wysokiej Otwartości na doświadczenie (por. APA, 2013; Widiger, 2012). Zarazem hybrydowy charakter systemu diagnozy DSM-5 oznacza, iż obok ujęcia dymensjonalnego, w procesie diagnozy klinicznej obecne jest również podejście kategoryjne. Po uprzednim spełnieniu kryterium A, na podstawie wysokiego nasilenia określonych patologicznych cech rozpoznana zostaje kategoria specyficznego zaburzenia osobowości. W Sekcji III DSM-5 wyróżniono sześć (z wcześniejszych dziesięciu wyróżnianych w DSM-IV-TR i Sekcji II DSM-5) kategorii specyficznych zaburzeń osobowości: antyspołeczną, unikającą, z pogranicza, narcystyczną, obsesyjno-kompulsyjną i schizotypową, które zostały zdefiniowane przez typowe dla nich upośledzenie w zakresie funkcjonowania osobowości (kryterium A) i nasilenie patologicznych cech (kryterium B).

W przypadku ICD-11 – diagnoza nie identyfikuje konkretnego typu zaburzenia, a (1) wskazuje na nasilenie zaburzenia osobowości jako takiego (na skali: brak zaburzenia – trudności osobowościowe – łagodne zaburzenie osobowości – umiarkowane zaburzenie osobowości – głębokie zaburzenie osobowości), oraz (2) opisuje dysfunkcjonalną strukturę osobowości w ramach nasilenia pięciu dysfunkcjonalnych cech-domen (Negatywny afekt, Izolacja, Dys socjalność, Rozhamowanie i Anankastyczność). Dodatkowo ICD-11 daje możliwość zastosowania dodatkowego wskaźnika tj. wzorca *borderline*.

BPD W AKTUALNYCH KLASYFIKACJACH ICD-11 ORAZ DSM-5

BPD pojawia się w inny sposób w ICD-11 oraz DSM-5. W ICD-11 jest to tzw. deskryptor *borderline*, który jest swego rodzaju wyłomem od ujęcia wymiarowego i został wprowadzony dlatego, że zwolennicy starej nomenklatury *borderline* nie zgodzili się na jego usunięcie. Argumentowali oni m.in., iż termin ten może być wykorzystywany do wyjaśniania zachowań takich jak samookaleczenia; wykluczania pacjentów ze standardowego leczenia z powodu innych diagnoz, czy też ze względu na pewną kliniczną całość (nie przystaje do

innych zaburzeń i pozwala na wyróżnienie osób, które w innym wypadku pozostałyby niezdiagnozowane; Reed i in., 2019; Tyrer, Mulder, Kim, Crawford, 2019).

W Sekcji II DSM-5 BPD włączone jest do klastra B zaburzeń osobowości, który wyróżnia osoby mające skłonność do dramatyzmu (*dramatic*), emocjonalności (*emotional*) i zmienności zachowań (*erratic behaviors*). Podobnie jak w poprzedniej (DSM-IV-TR; APA, 2000), tak i w przypadku Sekcji II DSM-5 przynajmniej pięć z dziewięciu kryteriów diagnostycznych musi zostać spełnione, aby można było zdiagnozować BPD. Poniżej przedstawiono kryteria diagnostyczne borderline obowiązujące w Sekcji II DSM-5 zaczerpnięte z tekstu opublikowanego przez APA – wydanie polskie (2021, s. 734–735).

„Stały wzorzec zachowań i doświadczania emocji, polegający na niestabilności związków międzyludzkich, zmienności w zakresie postrzegania samego siebie i reakcji emocjonalnych oraz znaczna impulsywność, rozpoczynający się u młodych dorosłych i występujący w różnych warunkach, charakteryzujący się co najmniej pięcioma z poniższych:

1. Desperacki wysiłek wkładany w unikanie wyobrazonego odrzucenia przez innych (Uwaga: Nie obejmuje zachowań samobójczych i samookaleczania się, opisanych w punkcie 5).
2. Niestabilne i burzliwie przebiegające związki międzyludzkie, charakteryzujące się wahaniami między skrajnymi stanami – idealizowaniem lub pozbawianiem wartości.
3. Zakłócenie poczucia własnej tożsamości: wyraźny i trwale niestabilny obraz samego siebie lub własnego „ja”.
4. Impulsywność, okazywana w co najmniej dwóch obszarach, stwarzająca potencjalne zagrożenie (np. wydatki, seks, nadużywanie substancji, lekkomyślna jazda, objadanie się) (Uwaga: Nie obejmuje zachowań samobójczych i samookaleczania się, opisanych w punkcie 5).
5. Nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo samookaleczenia.
6. Niestabilność reakcji emocjonalnych spowodowana zmiennością nastroju w zależności od warunków (np. nasilone epizody dysforii, drażliwość lub lęk utrzymujące się do kilku godzin, rzadko dłużej niż kilka dni).
7. Przewlekłe poczucie pustki.
8. Niedostosowane zachowania, poczucie gniewu i trudności w panowaniu nad nim (np. częste wybuchy złości, utrzymujące się poczucie gniewu, powtarzający się udział w bójkach).
9. Związane z czynnikami stresowymi, przemijające wyobrażenia paranoidalne lub bardzo nasilone objawy dysocjacyjne”.

Z kolei w Sekcji III DSM-5 osobowość borderline charakteryzuje się poziomem upośledzenia funkcjonowania (Kryterium A) w dwóch lub więcej obszarach: tożsamości, kierowania sobą, empatii i bliskości, a także czterema bądź więcej patologicznymi cechami-aspektami osobowości (Kryterium B) z następujących cech-aspektów: labilność emocjonalna, niepokój, lęk separacyjny oraz depresyjność (z domeny Negatywny afekt), impulsywność i skłonność do nadmiernego ryzyka (z domeny Rozhamowanie), oraz wrogość (z domeny Antagonizm). Dodatkowo zawsze konieczne jest wystąpienie przynajmniej jednej z trzech patologicznych cech-aspektów: impulsywność, skłonność do nadmiernego ryzyka (z domeny Rozhamowanie) lub wrogość (z domeny Antagonizm).

Samuel, Carroll, Rounsaville i Ball (2013) twierdzą, że wymiarowe traktowanie BPD może znacząco polepszyć diagnozę i leczenie osób zaburzonych. Trull i Durrett (2005), a także Gamache i in. (2021) przekonują, że podejście wymiarowe rozwiązuje problemy podejścia kategorialnego, tj.: współwystępowanie diagnostyczne, niespójne rozróżnienia diagnostyczne oraz heterogeniczność.

Od momentu pojawienia się ujęcia dymensjonalnego badacze potwierdzają empiryczną wiarygodność i użyteczność modelu patologicznych cech osobowości w ocenie BPD (Campbell, Clarke, Massey, Lakeman, 2020; Gamache i in., 2021; Henriques-Calado i in., 2021; Huczewska, Didyk, Rogoza, 2019). Dla przykładu, Henriques-Calado i in. (2021) wykazali, że patologiczne cechy z DSM-5 mogą służyć jako zestaw predyktorów różnicujących borderline i chorobę afektywną dwubiegunową, a także oferować alternatywny sposób charakteryzowania zjawisk psychotycznych w BPD.

HETEROGENICZNOŚĆ BORDERLINE

Jak wskazuje literatura, zwłaszcza biorąc pod uwagę ujęcie kategoriale w diagnozowaniu zaburzeń osobowości, populacja BPD jest wyraźnie niejednorodna (np. Bornovalova, Levy, Gratz, Lejuez, 2010; Lewis, Caputi, Grenyer, 2012). Zagadnienie pojawiającej się heterogeniczności borderline doprowadziło wielu autorów do wyróżnienia jakościowo różnych rodzajów BPD (np. Bradley, Conklin, Westen, 2005; Conklin, Bradley, Westen, 2006; Critchfield, Clarkin, Levy, Kernberg, 2008; Digre, Reece, Johnson, Thomas, 2009; Hallquist, Pilkonis, 2012; Leihener i in., 2003; Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg, Levy, 2008; Salzer i in., 2013; Smits i in., 2017).

Zazwyczaj różnorodność borderline analizowano, stosując dwa podejścia: podejście skoncentrowane na zmiennych (*variable-centered approach*) i podejście skoncentrowane na osobach (*person-centered approach*; Hallquist, Pilkonis, 2012). Pierwsze z nich zasadniczo miało na celu redukcję liczby kryteriów (np. z DSM) do kilku podstawowych szerszych wymiarów, przy użyciu strategii analizy czynnikowej. Uzyskana w ten sposób struktura czynnikowa jest właściwością zmiennych, a nie poszczególnych osób, przy czym zakładano, że schemat relacji między zmiennymi jest taki sam w przypadku całej populacji, tj. ludzie tworzą jednorodną, homogeniczną grupę (Laursen, Hoff, 2006; von Eye, Bogat, 2006). Na przykład zmienna A (gniew), niezależnie od różnych charakterystyk człowieka, będzie łączyła się ze zmienną B (niestabilność w relacjach interpersonalnych) w taki sam sposób dla całej populacji. Podejście skoncentrowane na zmiennych było krytykowane za skupianie się wyłącznie na izolowanych właściwościach i nieuwzględnienie specyfiki złożonego opisu różnych osób. Z kolei podejście skoncentrowane na osobie – z lub bez wykorzystania kryteriów DSM – definiowało profile współwystępowania danych zmiennych w różnych podgrupach osób, zwykle przy użyciu strategii analizy klas latentnych lub analizy skupień (Hallquist, Pilkonis, 2012). W podejściu tym zakłada się, że badani nie tworzą homogenicznej grupy, a wśród nich można wyróżnić podgrupy osób podobnych, które różnią się od osób z innych podgrup. Przyjmuje się przy tym, że w różnych podgrupach zmienne tworzą powiązania o różnym charakterze (von Eye, Bogat, 2006). Niektórzy badacze przekonują, że to podejście dostarcza bogatszych informacji o konfiguracji cech osobowości badanych osób (zob. Alessandri, Vecchione, 2017; Asendorpf, 2002).

Jeśli chodzi o zastosowanie tych podejść do BPD, to w podejściu skoncentrowanym na zmiennych badacze zazwyczaj wskazywali na dwu- (Benazzi, 2006; Rosenberger, Miller, 1989; Whewell i in., 2000), trzy- (Blais, Hilsenroth, Castlebury, 1997; Clarkin i in., 1993; Lewis i in., 2012; Rusch, Guastello, Mason, 1992; Sanislow, Grilo, McGlashan, 2000; Taylor, Reeves, 2007) oraz czteroczynnikowe rozwiązania (Becker, McGlashan, Grilo, 2006), a zidentyfikowane czynniki odzwierciedlały zwykle konstelację dziewięciu kryteriów osobowości borderline (zob. tabela 1a). W przypadku wcześniejszych badań z wykorzystaniem podejścia skoncentrowanego na osobach większość badaczy puentowała, iż klasy nie identyfikują odrębnych typów, a jedynie odzwierciedlają nasilenie (np. niskie, umiarkowane lub wysokie prawdopodobieństwo patologii BP) zaburzenia osobowości borderline

(Bornovalova i in., 2010; Shevlin, Dorahy, Adamson, Murphy, 2007). Późniejsze badania, w których wykorzystywano dodatkowe rozwiązania (wskaźniki uznane za istotne dla patologii borderline; Salzer i in., 2013; Sleuwaegen i in., 2017) i analizy (np. *Factor Mixture Model*; Hallquist, Pilkonis, 2012), wskazywały na istnienie jakościowo różnych typów.

Przegląd najbardziej znanych modeli borderline w omówionych powyżej podejściach przedstawiono w tabeli 1a i 1b.

Tabela 1a. Modele wymiarowe borderline (podejście skoncentrowane na zmiennych)

Lp.	BP – Modele wymiarowe – podejście skoncentrowane na zmiennych	
1	Rosenberger, Miller (1989)	1) niestabilność (<i>affective instability</i> ; gniew, zachowania samobójcze, impulsywność, chwiejność emocjonalna) 2) zaburzona relacja (<i>unstable relationships</i> ; próby uniknięcia porzucenia, pustka, zaburzenia tożsamości, niestabilne relacje)
2	Rusch i in. (1992)	1) zmienność (<i>volatility</i> ; niestabilne relacje interpersonalne, behawioralna impulsywność, nieodpowiednia złość) 2) nieprzewidywalna autodestrukcyjność (<i>self-destructive unpredictability</i> ; chwiejność emocjonalna, akty samookaleceń) 3) zaburzona tożsamość (<i>identity disturbance</i>)
3	Clarkin i in. (1993)	1) problemy z tożsamością i trudnościami interpersonalnymi (<i>identity problems and interpersonal difficulties</i>) 2) trudności emocjonalne i samookaleczenia (<i>affect difficulties and self-harm</i>) 3) impulsywność (<i>impulsivity</i>)
4	Blais i in. (1997)	1) niestabilność interpersonalna (<i>interpersonal instability</i> ; próby uniknięcia porzucenia, zaburzenia tożsamości, pustka) 2) niestabilność afektywna i poznawcza (<i>affective and cognitive instability</i> ; gniew, paranoja związana ze stresem) 3) impulsywne zachowania autodestrukcyjne (<i>impulse self-damaging behaviours</i> ; niestabilne relacje, impulsywność, zachowania samobójcze, chwiejność emocjonalna)
5	Sanislow i in. (2000)	1) zaburzona więź (<i>disturbed relatedness</i> ; niestabilne relacje, zaburzona tożsamość, chroniczna pustka) 2) rozregulowane zachowanie (<i>behavioural dysregulation</i> ; impulsywność, zachowania samobójcze) 3) dysregulacja afektu (<i>affective dysregulation</i> ; niestabilność emocjonalna, gniew, próby uniknięcia porzucenia)
6	Whewell i in. (2000)	1) zgodny z typem borderline z ICD-10 (<i>consistent with the ICD 10 type of borderline</i>) 2) zgodny z typem impulsywnym z ICD-10 (<i>consistent with the impulsive type from ICD 10</i>)
7	Becker i in. (2006)	1) groźby bądź gesty samobójcze, doświadczenie pustki bądź nudy (<i>suicidal threats or gestures and emptiness or boredom</i>) 2) chwiejność emocjonalna, niekontrolowana złość, zaburzona tożsamość (<i>affective instability, uncontrolled anger, identity disturbance</i>) 3) niestabilne relacje, obawy przed porzuceniem (<i>unstable relationships and abandonment fears</i>) 4) impulsywność i zaburzenia tożsamości (<i>impulsiveness and identity disturbance</i>)
8	Benazzi (2006)	1) niestabilność afektywna (<i>affective instability</i> ; niestabilny nastrój, niestabilne relacje międzyludzkie, niestabilny obraz siebie, chroniczna pustka i złość) 2) impulsywność (<i>impulsivity</i> ; impulsywność, zachowania samobójcze, unikanie porzucenia i paranoiczne wyobrażenia)
9	Taylor, Reeves (2007)	1) niestabilność interpersonalna (<i>interpersonal instability</i> ; niestabilne relacje, zaburzenie tożsamości, chroniczna pustka) 2) niestabilność afektywna i niski poziom impulsywności (<i>affective instability and low impulsivity</i>) 3) paranoja związana ze stresem i niski poziom złości (<i>stress-related paranoia and low anger</i>)
10	Chmielewski, Bagby, Quilty, Paxton, Ng (2011)	1) dysregulacji afektu (<i>affective dysregulation</i>) 2) dysregulacji behawioralnej (<i>behavioural dysregulation</i>) 3) zaburzonych relacji (<i>disturbed relations</i>)
11	Lewis i in. (2012)	1) dysregulacja afektu (<i>affect dysregulation</i> ; impulsywność, niestabilność emocjonalna, gniew) 2) wrażliwość na odrzucenie (<i>rejection sensitivity</i> ; zachowania samobójcze, próby uniknięcia porzucenia, pustka) 3) niepowodzenie mentalizacji (<i>mentalization failure</i> ; paranoja związana ze stresem, zaburzenie tożsamości, niestabilne relacje)
12	Speranza i in. (2012)	1) kryteria zorientowane wewnętrznie (<i>internally oriented criteria</i> ; unikanie porzucenia, zaburzenia tożsamości, chroniczne poczucie pustki i związane ze stresem wyobrażenia paranoidalne) 2) kryteria zorientowane zewnętrznie (<i>externally oriented criteria</i> ; niestabilne relacje międzyludzkie, impulsywność, zachowania samobójcze lub samookaleczanie się oraz nieodpowiednia złość)

Tabela 1b. Modele typologiczne borderline (podejście skoncentrowane na osobach)

Lp.	BP – Modele typologiczne – podejście skoncentrowane na osobach
1	Fossati, Madeddu, Maffei (1999) 1) typ ciężki (<i>severe</i> ; wysokie poparcie dla wszystkich objawów) 2) typ bezobjawowy (<i>asymptomatic</i>) 3) typ określony obecnością impulsywności i niewłaściwej złości (<i>characterised by impulsivity and inappropriate anger</i>)
2	Leihener i in. (2003) 1) typ autonomiczny (<i>autonomous</i>) 2) typ zależny (<i>dependent</i>)
3	Bradley i in. (2005) 1) typ wysoko funkcjonujący internalizujący (<i>high-functioning internalizing</i>) 2) typ histrioniczny (<i>histrionic</i>) 3) typ depresyjny internalizujący (<i>depressive internalizing</i>) 4) typ gniewny eksternalizujący (<i>angry externalizing</i>)
4	Tchatcher, Cornelius, Clark (2005) 1) typ ciężki (<i>severe</i>) 2) typ umiarkowany (<i>moderate</i>) 3) typ impulsywny (<i>impulsivity</i>)
5	Conklin i in. (2006) 1) typ internalizujący/rozregulowany (<i>internalizing/dysregulated</i>) 2) typ eksternalizujący/rozregulowany (<i>externalizing/dysregulated</i>) 3) typ histrioniczny/impulsywny (<i>histrionic/impulsive</i>)
6	Oldham (2006) 1) emocjonalny (<i>affective</i>) 2) impulsywny (<i>impulsive</i>) 3) agresywny (<i>aggressive</i>) 4) zależny (<i>dependent</i>) 5) pusty (<i>empty</i>)
7	Critchfield i in. (2008) 1) typ o podwyższonych cechach paranoidalnych i schizotypowych (<i>elevated paranoid and schizotypal features</i>) 2) typ o podwyższonych cechach histrionicznych i narcystycznych (<i>elevated histrionic and narcissistic features</i>) 3) typ o podwyższonych cechach unikowych i obsesyjno-kompulsyjnych (<i>elevated avoidant and obsessive-compulsive features</i>)
8	Lenzenweger i in. (2008) 1) typ o obniżonych cechach antyspołecznych, paranoidalnych i agresywnych (<i>low levels of antisocial, paranoid, and aggressive features</i>) 2) typ o podwyższonych cechach paranoidalnych (<i>elevated paranoid features</i>) 3) typ o podwyższonych cechach antyspołecznych i agresywnych (<i>elevated antisocial and aggressive features</i>)
9	Digre i in. (2009) 1) typ wycofany internalizujący (<i>withdrawn-internalizing</i>) 2) typ poważnie zaburzony internalizujący (<i>severely disturbed-internalizing</i>) 3) typ niespokojny (lękowy) eksternalizujący (<i>anxious-externalizing</i>)
10	Newhill, Vaughn, DeLisi (2010) 1) typ impulsywny/antyspołeczny (<i>impulsive/antisocial</i>) 2) typ o niskim poziomie psychopatii (<i>low psychopathic</i>) 3) typ interpersonalnie wykorzystujący (manipulacyjny)/narcystyczny (<i>interpersonally exploitative/narcissistic</i>) 4) typ o wysokim poziomie psychopatii/antyspołeczny (<i>high psychopathic/antisocial</i>)
11	Hallquist, Pilkonis (2012) 1) typ gniewny/agresywny (<i>angry/aggressive</i> ; najwyższy poziom agresji, manipulacja i rozhamowanie) 2) typ gniewny/podejrzliwy (<i>angry/mistrustful</i>) 3) typ z zaburzeniami tożsamości i niskim poziomem gniewu (<i>poor identity/low anger</i>) 4) typ prototypowy z umiarkowanym poziomem agresji i niskim poziomem nieufności (<i>prototypical</i>)
12	Millon, Millon, Meagher, Grossman, Ramnath (2012) 1) zniechęcony (<i>discouraged</i>) 2) drażliwy (<i>petulant</i>) 3) impulsywny (<i>impulsive</i>) 4) autodestrukcyjny (<i>self-destructive</i>)
13	Soloff, Chiappetta (2012) 1) typ wysokiej śmiertelności (<i>high lethality</i>) 2) typ niskiej śmiertelności (<i>low lethality</i>)
14	Salzer i in. (2013) 1) typ mściwy (<i>vindictive</i>) 2) typ umiarkowanie uległy (<i>moderate submissive</i>) 3) typ nieasertywny (<i>nonassertive</i>) 4) typ wykorzystujący (<i>exploitable</i>) 5) typ społecznie unikowy (<i>socially avoidant</i>)

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Lp.	BP – Modele typologiczne – podejście skoncentrowane na osobach	
15	Wright i in. (2013)	1) typ natrętny (<i>intrusive</i>) 2) typ mściwy (<i>vindictive</i>) 3) typ unikający (<i>avoidant</i>) 4) typ nieasertywny (<i>nonassertive</i>) 5) typ umiarkowanie wykorzystujący (<i>moderate exploitable</i>) 6) typ ciężko wykorzystujący (<i>extreme exploitable</i>)
16	Ramos, Canta, de Castro, Leal (2014)	1) typ internalizujący (<i>internalizing</i>) 2) typ eksternalizujący (<i>externalizing</i>)
17	Rebok i in. (2014)	1) typ afektywny (<i>affective</i>) 2) typ impulsywny (<i>impulsive</i>) 3) typ agresywny (<i>aggressive</i>) 4) typ zależny (<i>dependent</i>) 5) typ pusty (<i>empty</i>)
18	Rufino, Ellis, Clapp, Pearte, Fowler (2017)	1) typ o niskim upośledzeniu (<i>low impairment</i>) 2) typ globalnej dysregulacji (<i>global dysregulation</i>) 3) typ emocjonalnie świadomy (<i>emotionally aware</i>)
19	Sleuwaegen i in. (2017)	1) typ emocjonalny/rozhamowany (<i>emotional/disinhibited</i>) 2) typ zahamowany (<i>inhibited</i>) 3) typ o niskim poziomie niepokoju (<i>low levels anxiety</i>) 4) typ wysokiej samokontroli (<i>high self-control</i>)
20	Smits i in. (2017)	1) typ „rdzeniowy BPD” (<i>core BPD features</i>) 2) typ ekstrawertywny/eksternalizujący (<i>extravert/externalizing</i>) 3) typ schizotypowy/paranoidalny (<i>schizotypal/paranoid</i>)
21	Slavin-Stewart, Boylan, Burke (2018)	1) typ z niskimi objawami (<i>low symptom</i>) 2) typ lękowy (<i>anxious</i>) 3) typ „trauma” (<i>trauma</i>) 4) typ „BPD” (<i>BPD</i>)
22	Sleuwaegen i in. (2018)	1) typ emocjonalny/rozhamowany (<i>emotional/disinhibited</i>) 2) typ z niskim poziomem niepokoju (lęku) (<i>low levels anxiety</i>) 3) typ zahamowany (<i>inhibited</i>)
23	Johnson, Levy (2020)	1) typ bezobjawowy (<i>asymptomatic</i>) 2) typ niestabilny/chwiejny (<i>unstable</i>) 3) typ pusty (<i>empty</i>)
24	Cavelti i in. (2021)	1) typ borderline (<i>borderline group</i>) 2) typ impulsywny (<i>impulsive group</i>)
25	Gamache i in. (2021)	1) typ z cechami borderline (<i>borderline traits</i>) 2) typ z umiarkowaną patologią borderline z impulsywnością (<i>moderate pathology with impulsivity</i>) 3) typ z umiarkowaną patologią borderline z problemami z tożsamością i depresją (<i>moderate pathology with identity problems and depressivity</i>) 4) typ z ciężką patologią borderline (<i>severe pathology</i>)

Adnotacja. Modele nr 6 i 12 są zaczerpnięte z obserwacji klinicznych i teorii.

PRÓBA UPORZĄDKOWANIA BPD

Poniżej przedstawiono próbę syntezy wiedzy o heterogeniczności borderline wynikającej z zaprezentowanych modeli w tabelach 1a i 1b. Zastosowana metoda polegała na dwóch krokach. Pierwszy z nich to wyodrębnienie z omówionych modeli możliwie najmniejszych jednostek znaczeniowych, rozumianych jako wąsko zdefiniowane cechy, opisujących różnicowanie borderline. Natomiast drugi – polegał na połączeniu wyróżnionych jednostek znaczeniowych w szersze, spójne teoretycznie grupy, nazwane domenami. Taka metoda

pozwołała na (1) uwzględnienie całej opisywanej w literaturze różnorodności borderline, ale (2) w taki sposób, aby opis był możliwie syntetyczny. Krok pierwszy był zatem krokiem analitycznym, a krok drugi – syntetycznym, przy czym jego wartością było uwzględnienie większości głównych modeli obecnych w literaturze.

Oczywiście w wielu modelach pewne jednostki znaczeniowe się powtarzały, a ostatecznie wyodrębniono 59 podstawowych jednostek znaczeniowych ze wszystkich modeli (zob. tabela 2). Celowo pominięto te dotyczące samego nasilenia patologii (np. typ ciężki, typ umiarkowany itp.), „traumy” i patologii borderline jako takiej (np. typ „BPD”, typ borderline itp.). Dokonano także modyfikacji w postaci usunięcia kwantyfikacji „podwyższony”, uznając tym samym, że samo określenie (np. paranoidalny czy unikowy) jest równoznaczne z wysokim nasileniem konkretnej jednostki. Wykluczono również typy, które w literaturze pojawiają się jako nieopisujące bezpośrednio zaburzenia borderline, co mogłoby wskazywać, że jest to grupa względnie zdrowa, tj. typ bezobjawowy, emocjonalnie świadomy i o wysokiej samokontroli.

Tabela 2. 59 jednostek znaczeniowych wyodrębnionych z modeli borderline wymienionych w tabeli 1a i 1b

Lp.	Jednostki znaczeniowe
1	impulsywny
2	o niewłaściwej złości
3	gniewny eksternalizujący
4	drażliwy
5	gniewny
6	antyspołeczny
7	agresywny
8	mściwy
9	eksternalizujący/rozregulowany
10	eksternalizujący
11	ekstrawertywny/eksternalizujący
12	o umiarkowanym poziomie agresji
13	o obniżonych cechach antispołecznych
14	o obniżonych cechach agresywnych
15	o niskim poziomie gniewu
16	autonomiczny
17	umiarkowanie uległy
18	nieasertywny
19	zależny
20	internalizujący
21	wysoko funkcjonujący internalizujący
22	depresyjny internalizujący
23	o problemach z depresją
24	zniechęcony
25	wycofany internalizujący
26	internalizujący/rozregulowany
27	poważnie zaburzony internalizujący
28	histrioniczny
29	histrioniczny/impulsywny

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Lp.	Jednostki znaczeniowe
30	paranoidalny
31	podejrzliwy
32	o obniżonych cechach paranoidalnych
33	o niskim poziomie nieufności
34	schizotypowy
35	narcystyczny
36	interpersonalnie wykorzystujący (manipulacyjny)
37	umiarkowanie wykorzystujący
38	obsesyjno-kompulsyjny
39	natrętny
40	psychopatyczny
41	o niskim poziomie psychopatii
42	o zaburzonej tożsamości
43	o problemach z tożsamością
44	unikający
45	autodestrukcyjny
46	o niskim nasileniu zachowań autodestrukcyjnych
47	niestabilny/chwiejny
48	afektywny
49	o niskim upośledzeniu w dysregulacji
50	o globalnej dysregulacji
51	emocjonalny/rozhamowany
52	zahamowany
53	niespokojny (lękowy) eksternalizujący
54	lękowy
55	o niskim poziomie lęku
56	odczuwający pustkę
57	wrażliwy na odrzucenie
58	niestabilny interpersonalnie
59	niezdolny do odróżniania siebie od innych

W kroku drugim poddano analizie 59 wyróżnionych jednostek, poszukując podobieństwa między nimi. W rezultacie zostały one połączone w 11 domen – spójnych wewnętrznie oraz odróżnialnych od innych grup. Zostały one wymienione w tabeli 3. Wyróżnione domeny różnią się między sobą nie tylko znaczeniowo, ale także zakresem. Świadczy o tym m.in. ilość włączonych w nie pojedynczych jednostek znaczeniowych. Dla przykładu domeny internalizacyjna (II) i eksternalizacyjna (VIII) posiadają najwięcej zgrupowanych z 59 pierwotnych jednostek znaczeniowych (odpowiednio – 16 i 24), w związku z tym ich zakres znaczeniowy będzie jakościowo szerszy aniżeli domen obsesyjno-kompulsyjnej czy schizotypowej, do których przynależy tylko jedna pierwotna jednostka. Poniżej, pod tabelą 3, przedstawiono uzasadnienie owego proponowanego podziału.

Tabela 3. 59 jednostek znaczeniowych zaszeregowane w 11 grup spójnych domen

Lp.	Grupy spójnych jednostek znaczeniowych (domeny)	Pojedyncze jednostki znaczeniowe (wąsko określone cechy)
I	obsesyjno-kompulsyjna	38 – obsesyjno-kompulsyjny
II	internalizacyjna	20 – internalizujący 21 – wysoko funkcjonujący internalizujący 25 – wycofany internalizujący 26 – internalizujący/rozregulowany 27 – poważnie zaburzony internalizujący 53 – niespokojny (lękowy) eksternalizujący 54 – lękowy 55 – o niskim poziomie lęku 52 – zahamowany 22 – depresyjny internalizujący 23 – o problemach z depresją 19 – zależny 17 – umiarkowanie uległy 18 – nieasertywny 24 – zniechęcony 44 – unikający
III	autodestrukcyjna	45 – autodestrukcyjny 46 – o niskim nasileniu zachowań autodestrukcyjnych
IV	doświadczenia pustki	56 – odczuwający pustkę
V	wrażliwości na odrzucenie	57 – wrażliwy na odrzucenie
VI	paranoidalna	30 – paranoidalny 31 – podejrzliwy 32 – o obniżonych cechach paranoidalnych 33 – o niskim poziomie nieufności
VII	schizotypowa	34 – schizotypowy
VIII	eksternalizacyjna	9 – eksternalizujący/rozregulowany 10 – eksternalizujący 11 – ekstrawertywny/eksternalizujący 2 – o niewłaściwej złości 3 – gniewny eksternalizujący 4 – drażliwy 5 – gniewny 6 – antyspołeczny 7 – agresywny 12 – o umiarkowanym poziomie agresji 13 – o obniżonych cechach antyspołecznych 14 – o obniżonych cechach agresywnych 15 – o niskim poziomie gniewu 8 – mściwy 39 – natrętny 40 – psychopatyczny 41 – o niskim poziomie psychopatii 36 – interpersonalnie wykorzystujący (manipulacyjny) 37 – umiarkowanie wykorzystujący 16 – autonomiczny 35 – narcystyczny 28 – histrioniczny 29 – histrioniczny/impulsywny 1 – impulsywny
IX	niestabilności interpersonalnej	58 – niestabilny interpersonalnie
X	zaburzonej świadomości siebie	42 – o zaburzonej tożsamości 43 – o problemach z tożsamością 59 – niezdolny do odróżniania siebie od innych

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Lp.	Grupy spójnych jednostek znaczeniowych (domeny)	Pojedyncze jednostki znaczeniowe (wąsko określone cechy)
XI	dysregulacji emocjonalnej	47 – niestabilny/chwiejny 48 – afektywny 51 – emocjonalny/rozhamowany 50 – o globalnej dysregulacji 49 – o niskim poziomie upośledzenia w dysregulacji

Adnotacja. Liczba w kolumnie trzeciej oznacza konkretną pojedynczą jednostkę znaczeniową z tabeli 2.

Między innymi Wright i in. (2012) dostarczyli dowodów na istnienie dwóch czynników psychopatologii osobowości – internalizacja i eksternalizacja. W kategoriach DSM-5 – czynnik internalizacji składał się z Negatywnego afektu i Izolacji (tj. niepokój/lęk, perseveratywność, depresyjność, wycofanie i anhedonia), podczas gdy czynnik eksternalizacji z Antagonizmu i Rozhamowania (tj. skłonność do manipulacji, skłonność do oszukiwania, wielkościowość, poszukiwanie uwagi, nieodpowiedzialność, impulsywność, skłonność do nadmiernego ryzyka; Widiger i in., 2019). Te doniesienia wydają się korespondować z badaniami Ramosa i in. (2014), którzy opierając się m.in. na skali wzorców osobowości MACI (*Millon Adolescent Clinical Inventory*; Millon, Millon, Davis, 1993) wskazali dwa rozwiązania opisujące osobowość borderline – typ internalizujący i eksternalizujący. Typ internalizujący prezentował wysokie wyniki w zakresie cech: poniżania siebie (*self-demeaning*), introwersji (*introversive*), bycia ponurym/smętnym (*doleful*), zahamowania (*inhibited*) i uległości (*submissive*), natomiast typ eksternalizujący – siły/gwałtowności (*forceful*), bycia niesfornym/nieposłusznym (*unruly*), samolubstwa (*egotistic*) oraz dramatyzacji (*dramatizing*). Dodatkowo, Digre i in. (2009) w wynikach badań raportują m.in. typ wycofany internalizujący, a Bradley i in. (2005) typ depresyjny internalizujący i gniewny eksternalizujący, wskazując tym samym na specyfikę internalizacji i eksternalizacji. Warto również wspomnieć, iż na podstawie teorii etiologii BPD Millon i in. (2012) wskazali (oprócz trzech innych) typ zniechęcony jako ten, który łączy w sobie cechy osobowości depresyjnej, uległej, zależnej i unikającej. Leihener i in. (2003) dowiedli także, iż autonomiczność osiągała niskie wyniki m.in. w uległości (*submissive*) i introwersji (*introverted*), a wysokie w pewności siebie (*assured*) i arogancji (*arrogant*). Z tej perspektywy wydaje się zasadne połączenie jednostek lękowych (53, 54, 55), zahamowania (52), depresji (22, 23), zależnej (19), uległej (17), nieasertywnej (18), zniechęconej (24) i unikającej (44) w ogólną grupę jednostek internalizacyjnych (II), natomiast w grupę eksternalizacji (VIII) następujące jednostki: o niewłaściwej złości (2), gniewne (3, 5, 15), drażliwą (4), antyspołeczne (6, 13), agresywne (7, 12, 14), mściwą (8), natrętną (39), psychopatyczne (40, 41), wykorzystujące (36, 37), autonomiczną (16), narcystyczną (35), histrioniczne (28, 29) i impulsywną (1).

Grupa jednostek autodestrukcyjnych (III) łączy ze sobą jednostkę autodestrukcyjną (45) i tę o niskim nasileniu zachowań autodestrukcyjnych (46), ponieważ odnoszą się one wprost do zachowań samouszkodzających i autoagresywnych. Grupa paranoidalna (VI) skupia jednostki: paranoidalną (30), podejrzliwą (31), o obniżonych cechach paranoidalnych (32), a także o niskim poziomie nieufności (33) ze względu na wzajemne podobieństwo znaczeniowe. Biorąc pod uwagę problemy z obrazem siebie i poczuciem własnej wartości, grupa jednostek o zaburzonej świadomości siebie (X) łączy jednostki o wspólnych cechach: zaburzonej tożsamości (42), o problemach z tożsamością (43), a także jednostkę niezdolną do odróżniania siebie od innych (59). Natomiast grupa jednostek dysregulacji emocjonalnej (XI) łączy wszystkie jednostki, które jakkolwiek związane były z dysregulacją emocjonalną/afektywną (47, 48, 51, 50, 49). Pozostałe jednostki, tj. obsesyjno-kompulsyjna (38), doświadczania pustki (56), wrażliwości na odrzucenie (57), schizotypowa (34) i niestabilności interpersonalnej (58), są różne od pozostałych, dlatego formują osobne domeny.

PODSUMOWANIE

Przy pomocy obszernej literatury przedstawiono aktualny stan wiedzy dotyczący heterogeniczności osobowości borderline z uwzględnieniem historycznego ujęcia, a także kategoryjnego i wymiarowego traktowania diagnozy. Kluczowym celem było uporządkowanie wymiarowych i typologicznych modeli, a także dokonanie ich systematyzacji poprzez wyodrębnienie i zgrupowanie szczegółowych jednostek znaczeniowych BPD w szersze grupy. Selekcjonowanie polegało głównie na porównywaniu różnych modeli ze sobą, wyłanianiu z nich podobnych lub zazębiających się znaczeniowo pojedynczych jednostek, a następnie umiejscawianie tych elementów w nowej grupie jednostek. Wynikiem owego sortowania są nowe, uproszczone, ujednoczone, spójne, ale zakresowo różne grupy jednostek, do których przypisano pojedyncze jednostki znaczeniowe. Wartością niniejszego artykułu jest propozycja kategoryzacji wielu różnych modeli, która może być niejako fundamentem umożliwiającym dopasowanie chociażby do innych modeli psychologicznych identyfikujące szersze tło osobowościowe.

BIBLIOGRAFIA

- Alessandri, G., Vecchione, M. (2017). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality types across cultures. W: A. T. Church (red.), *The Praeger handbook of personality across cultures: Culture and characteristic adaptations* (s. 211–246). Santa Barbara: Praeger/ABC-CLIO.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Waszyngton: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Text Revision. Waszyngton: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Waszyngton: APA.
- Asendorpf, J. B. (2002). Editorial: The puzzle of personality types. *European Journal of Personality*, 16, 51–55. <https://doi.org/10.1002/per.446>
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042–2047. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2042>
- Becker, D. F., McGlashan, T. H., Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.003>
- Benazzi, F. (2006). Borderline personality–bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(1), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.06.010>
- Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., Castlebury, F. D. (1997). Content validity of the DSM-IV borderline and narcissistic personality disorder criteria sets. *Comprehensive Psychiatry*, 38(1), 31–37. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90050-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90050-X)
- Bornovalova, M. A., Levy, R., Gratz, K. L., Lejuez, C. W. (2010). Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through latent class analysis: Initial results and clinical correlates among inner-city substance users. *Psychological Assessment*, 22(2), 233–245. <https://doi.org/10.1037/a0018493>
- Bradley, R., Conklin, C., Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006–1019. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x>
- Campbell, K., Clarke, K. A., Massey, D., Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 972–981. <https://doi.org/10.1111/inm.12737>
- Cavelti, M., Thompson, K., Betts, J., Fowler, C., Luebbers, S., Cotton, S. M., Chanen, A. M. (2021). Borderline personality disorder diagnosis and symptoms in outpatient youth as risk factors for criminal offenses and interpersonal violence. *Journal of Personality Disorders*, 35, 23–37. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_503
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 526–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>
- Chmielewski, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Paxton, R., Ng, S. A. M. (2011). A (re)-evaluation of the symptom structure of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(9), 530–539. <https://doi.org/10.1177/070674371105600904>
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Sowiło, J. F. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53(3–4), 134–141. <https://doi.org/10.1159/000508353>
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7(2), 137–143. <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.2.137>

- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 466–486. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.466>
- Conklin, C. Z., Bradley, R., Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69–77. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f>
- Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Kernberg, O. F. (2008). Organization of cooccurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 185–200. <https://doi.org/10.1348/014466507X240731>
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301–321.
- Digre, E. I., Reece, J., Johnson, A. L., Thomas, R. A. (2009). Treatment response in subtypes of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(1), 56–67. <https://doi.org/10.1002/pmh.64>
- Doering, S. (2019). Borderline personality disorder in patients with medical illness: A review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 584–594. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000724>
- Dowson, J. H., Grounds, A. (1995). *Personality disorders: Recognition and clinical management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Laurensen, E. M., Verheul, R., Busschbach, J. J., Soeteman, D. I. (2012). The burden of disease among adolescents with personality pathology: Quality of life and costs. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 593–604. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.593>
- Fossati, A., Madeddu, F., Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 268–280. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.3.268>
- Frosch, J. (1964). The psychotic character. *Psychiatric Quarterly*, 38, 81–96. <https://doi.org/10.1007/BF01573368>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Côté, A., Faucher, J., ... Tremblay, M. (2021). Latent profiles of patients with borderline pathology based on the alternative DSM-5 model for personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00146-w>
- Glover, K. (2021). Gender differences in the clinical presentation of borderline personality disorder: A review. *Dissertation*, 600. Pobrane z: <https://digitalcommons.nl.edu/diss/600>
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., de La Rivière, S. G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 199–210. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S156565>
- Gunderson, J. G., Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>
- Hallquist, M. N., Pilkonis, P. A. (2012). Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(3), 228–246. <https://doi.org/10.1037/a0027953>
- Henriques-Calado, J., Gonçalves, B., Marques, C., Paulino, M., Marques, J. G., Grácio, J., Pires, R. (2021). In light of the DSM-5 dimensional model of personality: Borderline personality disorder at the crossroads with the bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 294, 897–907. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.047>
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38, 82–86. <https://doi.org/10.1159/000084815>
- Huczewska, I., Didyk, P., Rogoza, R. (2019). From categorical diagnosis to dimensional assessment of borderline personality. *Current Issues in Personality Psychology*, 7(4), 355–360. <https://doi.org/10.5114/cipp.2019.89674>
- Jensen, P., Hoagwood, K., Zitner, L. (2006). What's in a name? Problems versus prospects in current diagnostic approaches. W: D. Cicchetti, D. J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology, t. 1: Theory and method* (s. 24–40). New Jersey: John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470939383.ch2>
- Johnson, B. N., Levy, K. N. (2020). Identifying unstable and empty phenotypes of borderline personality through factor mixture modeling in a large nonclinical sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(2), 141–150. <https://doi.org/10.1037/per0000360>
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Faltinsen, E., Todorovac, A., Simonsen, E. (2021). Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features – A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PLoS One*, 16(1), e0245331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245331>
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Klein, D. F. (1970). Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 117(538), 351–352. <https://doi.org/10.1192/S0007125000193523>
- Klein, D. F. (1977). Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. W: P. Hartocollis (red.), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient* (s. 365–384). Nowy Jork: International Universities Press.
- Knight, R. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1–12.
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 680–691. <https://doi.org/10.1037/a0028513>
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., ... Livesley, W. J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 170–191. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.170>

- Laursen, B., Hoff, E. (2006). Person-centered and variable-centered approaches to longitudinal data. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(3), 377–389. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0029>
- Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R., Bohus, M. (2003). Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(4), 248–254. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000061150.38924.2A>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., Levy, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 313–331. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.313>
- Lewis, K., Caputi, P., Grenyer, B. F. (2012). Borderline personality disorder subtypes: A factor analysis of the DSM-IV criteria. *Personality and Mental Health*, 6(3), 196–206. <https://doi.org/10.1002/pmh.1183>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, t. 29. Nowy Jork: The Guilford Press.
- Livesley, W. J. (2001). Conceptual and taxonomic issues. W: J. Livesley (red.), *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment* (s. 3–38). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Markon, K. E. (2013). Epistemological pluralism and scientific development: An argument against authoritative nosologies. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 554–579. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.5.554>
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. D. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: Pearson Assessments.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*. Hoboken–New Jersey: John Wiley & Sons.
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottet, A., Corcos, M., Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: The mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- Newhill, C. E., Vaughn, M. G., DeLisi, M. (2010). Psychopathy scores reveal heterogeneity among patients with borderline personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(2), 202–220. <https://doi.org/10.1080/14789940903281157>
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20–26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>
- Ramos, V., Canta, G., de Castro, F., Leal, I. (2014). Discrete subgroups of adolescents diagnosed with borderline personality disorder: A latent class analysis of personality features. *Journal of Personality Disorders*, 28(4), 463–482. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_126
- Rangell, L. (1955). Scientific proceedings: Panel reports: The borderline case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 285–298. <https://doi.org/10.1177/000306515500300208>
- Rapaport, D., Gill, M., Schafer, R. (1945). *Diagnostic psychological testing*, t. 1. Chicago: The Year Book Publishers.
- Rebok, F., Teti, G. L., Fantini, A. P., Cárdenas-Delgado, C., Rojas, S. M., Derito, M. N., Daray, F. M. (2015). Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 49–60. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9317-3>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Robbins, L. L. (1956). The borderline case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(3), 550–562. <https://doi.org/10.1177/000306515600400311>
- Rosenberger, P. H., Miller, G. A. (1989). Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 161–169. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.2.161>
- Rufino, K. A., Ellis, T. E., Clapp, J., Pearte, C., Fowler, J. C. (2017). Variations of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A latent profile analysis approach with adult psychiatric inpatients. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 17. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0068-2>
- Rusch, K. M., Guastello, S. J., Mason, P. T. (1992). Differentiating symptom clusters of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 730–738. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199211\)48:6<730::AID-JCLP2270480606>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199211)48:6<730::AID-JCLP2270480606>3.0.CO;2-V)
- Salzer, S., Streeck, U., Jaeger, U., Masuhr, O., Warwas, J., Leichsenring, F., Leibing, E. (2013). Patterns of interpersonal problems in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 94–98. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182532b59>
- Samuel, D. B., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Ball, S. A. (2013). Personality disorders as maladaptive, extreme variants of normal personality: Borderline personality disorder and neuroticism in a substance using sample. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 625–635. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.5.625>
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H. (2000). Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1629–1633. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1629>
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., ..., McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 284–290. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.284>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Joiner, T. E., Jr. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 375–387. <https://doi.org/10.1037/a0015711>

- Selby, E. A., Joiner, T. E., Jr. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology, 13*(3), 219–229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 53*(6), 765–774. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.003>
- Shevlin, M., Dorahy, M., Adamson, G., Murphy, J. (2007). Subtypes of borderline personality disorder, associated clinical disorders and stressful life-events: A latent class analysis based on the British Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 273–281. <https://doi.org/10.1348/014466506X150291>
- Siever, L. J., Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 148*(12), 1647–1658. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1647>
- Simonsen, E. (2010). The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology. W: T. Millon, R. F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (s. 350–361). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Slavin-Stewart, C., Boylan, K., Burke, J. D. (2018). Subgroups of adolescent girls with borderline personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders, 32*(5), 636–653. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_317
- Sleuwaegen, E., Claes, L., Luyckx, K., Berens, A., Vogels, C., Sabbe, B. (2017). Subtypes in borderline patients based on reactive and regulative temperament. *Personality and Individual Differences, 108*, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.065>
- Sleuwaegen, E., Claes, L., Luyckx, K., Wilderjans, T., Berens, A., Sabbe, B. (2018). Do treatment outcomes differ after 3 months DBT inpatient treatment based on borderline personality disorder subtypes? *Personality and Mental Health, 12*(4), 321–333. <https://doi.org/10.1002/pmh.1430>
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., de Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R., Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: A cluster-analytic approach. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4*, 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0066-4>
- Soeteman, D. I., Roijen, L. H. V., Verheul, R., Busschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(2), 259–265. <https://doi.org/10.4088/JCP.V69N0212>
- Soloff, P. H., Chiappetta, L. (2012). Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. *Journal of Personality Disorders, 26*(3), 468–480. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.468>
- Southward, M. W., Cheavens, J. S. (2018). Identifying core deficits in a dimensional model of borderline personality disorder features: A network analysis. *Clinical Psychological Science, 6*(5), 685–703. <https://doi.org/10.1177/2167702618769560>
- Speranza, M., Pham-Scottet, A., Revah-Levy, A., Barbe, R. P., Perez-Diaz, F., Birmaher, B., Corcos, M. (2012). Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(4), 230–237. <https://doi.org/10.1177/070674371205700406>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly, 7*(4), 467–489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stone, M. H. (1986). *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. Nowy Jork: University Press.
- Stone, M. H. (2000). Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 23*(1), 193–210. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70151-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70151-9)
- Sturova, D. (1991). Zaburzenie osobowości „z pogranicza”. W: M. Sokolik (red.), *Pacjenci z pogranicza nerwicy i psychozy i psychoty. Mechanizmy zaburzeń, specyficzne problemy terapii* (s. 45–53). Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Taylor, J., Reeves, M. (2007). Structure of borderline personality disorder symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 805–816. <https://doi.org/10.1002/jclp.20398>
- Thatcher, D. L., Cornelius, J. R., Clark, D. B. (2005). Adolescent alcohol use disorders predict adult borderline personality. *Addictive Behaviors, 30*(9), 1709–1724. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.008>
- Trull, T. J., Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Trull, T. J., Tomko, R. L., Brown, W. C., Scheiderer, E. M. (2010). Borderline personality disorder in 3-D: Dimensions, symptoms, and measurement challenges. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(11), 1057–1069. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00312.x>
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 481–502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>
- von Eye, A., Bogat, G. A. (2006). Person-oriented and variable-oriented research: Concepts, results, and development. *Merrill-Palmer Quarterly, 52*(3), 390–420. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0032>
- Whewell, P., Ryman, A., Bonanno, D., Heather, N. (2000). Does the ICD 10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder? *British Journal of Medical Psychology, 73*(4), 483–494. <https://doi.org/10.1348/000711200160679>
- Widiger, T. A. (red.). (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Widiger, T. A., Lowe, J. R. (2010). Personality disorders. W: M. M. Antony, D. H. Barlow (red.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (s. 571–605). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Widiger, T. A., Mullins-Sweatt, S. N. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorders. W: J. M. Oldham, A. E. Skodol, D. S. Bender (red.), *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders* (s. 35–53). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Widiger, T. A., Sellbom, M., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C. G., Kotov, R., ... Wright, A. G. C. (2019). Personality in a hierarchical model of psychopathology. *Clinical Psychological Science, 7*(1), 77–92. <https://doi.org/10.1177/2167702618797105>

- Widiger, T. A., Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- World Health Organization. (2020). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. Pobrane z: <https://icd.who.int/en> (dostęp: 16.12.2021).
- Wright, A. G., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., Scott, L. N., Stepp, S. D., Nolf, K. A., Pilkonis, P. A. (2013). Clarifying interpersonal heterogeneity in borderline personality disorder using latent mixture modeling. *Journal of Personality Disorders, 27*(2), 125–143. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.125>
- Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 951–957. <https://doi.org/10.1037/a0027669>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 42*(2), 144–150. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19749>
- Zilboorg, G. (1941). Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 4*, 149–155.

SOCIAL INHIBITION: THEORETICAL REVIEW AND IMPLICATIONS FOR A DUAL SOCIAL INHIBITION MODEL WITHIN THE CIRCUMPLEX OF PERSONALITY METATRAITS

MARIA M. KWIATKOWSKA * 

Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw

WŁODZIMIERZ STRUS 

Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present a new model of social inhibition conceptualised as a dual structured construct including shyness and modesty. The complexity and diversity of these two social inhibition forms are shown across various domains of psychosocial functioning (i.e., self-image, cognitive, emotional, and behavioural). Locating shyness and modesty within the space of the Circumplex of Personality Metatraits enabled us to identify conceptually adjacent constructs to social inhibition (i.e., humiliation and humility) and put the latter into a broad personality context. Through supplementary meta-analyses of the relationships of shyness and modesty with the Big Five personality traits, we confront our theoretical proposition with existing empirical findings. Our paper indicates that social inhibition can be treated as a psychosocial disposition with two related and sharing core elements, but distinct and differentially targeted forms—more neurotic and dysfunctional shyness and more agreeable and adaptive modesty.

SOCIAL INHIBITION
SHYNESS
MODESTY
HUMILIATION
HUMILITY
PERSONALITY METATRAITS

KEYWORDS

- | | |
|----|--|
| 58 | 1. SOCIAL INHIBITION: CURRENT STATE ACROSS DIFFERENT RESEARCH PERSPECTIVES |
| 61 | 2. SHYNESS AS A TYPICAL FACE OF SOCIAL INHIBITION AND ITS VARIETIES |
| 65 | 3. MODESTY AS A POTENTIAL SECOND FACE OF SOCIAL INHIBITION |
| 66 | 4. MODESTY AND SHYNESS AS SISTER-CONSTRUCTS |
| 69 | 5. PROPOSING A NEW THEORETICAL FRAMEWORK FOR SOCIAL INHIBITION |
| 83 | 6. BROADER THEORETICAL CONTEXT OF THE DUAL SOCIAL INHIBITION MODEL |
| 96 | 7. CONCLUSIONS AND FURTHER DIRECTIONS |



What would happen if you were able to take a step back and view people's social lives from a distance? Most noticeably, you would be able to see that there are some individuals who confidently and easily enter into social interactions or even initiate them themselves. Conversely, you would see individuals who find it difficult to initiate and fully participate in social situations or even restrict their interpersonal relations. In everyday language, but also in clinical observations, such inhibited individuals are on the one hand labelled as shy, fearful, or self-conscious, while on the other as quiet, mild, or modest (Gough & Thorne, 1986; Gregg, Hart, Sedikides, & Kumashiro, 2008; Maslow, 1939).

The aim of the current paper is to present new theoretical framework for social inhibition. We begin with a literature review in which we analyse former approaches on defining this phenomenon. We particularly focus on personality interpretation wherein social inhibition is often treated interchangeably with shyness (e.g., Grande, Romppel, Michal, & Brähler, 2014; Poole, Tang, & Schmidt, 2018), which in turn is often treated in the literature as possessing two theoretically and empirically distinguishable subtypes (cf. Schmidt & Poole, 2019). The first subtype of shyness reflects a rather common understanding of this construct, that is, inhibited and anxious behaviour in the presence of others and novel situations. The second one, in turn, is less obvious as it refers to self-regulatory abilities and firmly internalised socio-cultural norms. We have found conceptual relationships between this second subtype of shyness and literature consideration regarding modesty. On that basis we postulate that social inhibition should be treated as a dual-structured construct with two related but distinct forms, i.e., more neurotic and dysfunctional shyness or more agreeable and adaptive modesty. These two forms of social inhibition were analysed across various domains of psychosocial functioning including self-image, cognitions, emotions, and behaviours. In order to support our theoretical proposition we refer to the Circumplex of Personality Metatraits (CPM; Strus & Cieciuch, 2017) theoretical perspective, as well as to the meta-analytical relations of shyness and modesty with Big Five personality traits. Lastly, we used the CPM to identify and describe conceptual borders of social inhibition—which are designated by constructs of humiliation/harm-proneness and humility—as well as to place social inhibition into a broad theoretical context of personality.

1. SOCIAL INHIBITION: CURRENT STATE ACROSS DIFFERENT RESEARCH PERSPECTIVES

Social inhibition is a phenomenon that has been analysed from multiple different perspectives. On the one hand, (a) it is viewed more externally as reactions observed in a social setting, while on the other, (b) it is captured as an internal psychosocial disposition which is rather (b1) temperamentally and biologically conditioned or (b2) acquired in a socialisation process. In this vein, there is no single coherent view of this phenomenon in the literature, which leads to certain difficulties in consistent recognition of its nature (McCarty & Karau, 2017). Depending on the perspective, social inhibition is defined more specifically as (a) the social effect caused by a specific mechanism under social stimuli (e.g., Guerin, 1989, cf. McCarty & Karau, 2017), or (b) a psychosocial disposition responsible for individual differences that is either (b1) a biologically conditioned trait of temperament (e.g., Gray & McNaughton, 2003; Kagan, 2018; Kagan, Reznick, Clarke, Snidman, & Garcia-Coll, 1984), or (b2) a complex personality trait (e.g., Denollet, 2000; Denollet & Duijndam, 2019). The most concise proposition for defining social inhibition was developed under social-experimental psychology—social inhibition is captured as one of the effects

of social influence that boils down to minimising or completely eliminating behaviour in the presence of others (McCarty & Karau, 2017). In this way, the presence of others is of key importance as it precedes the inhibition of behaviour when the inhibition mechanism is evoked (Karau & Williams, 1993; Latané & Darley, 1968). Thus, social inhibition can be experienced by every human being (McCarty & Karau, 2017). It is primarily an outcome of a social situation and might be merely supported by other variables such as specific situational factors or certain individual differences (McCarty & Karau, 2017). However, it must be acknowledged that currently the most popular are the trait approaches that postulate recognising social inhibition as a set of specific features within the individual, which condition the tendency for inhibiting behaviours in the presence of others and explain individual difference in relevant reactions and behaviours. In this vein, according to the perspective of temperamental psychology—with a strong tradition of research on genetically conditioned behavioural inhibition in children established by scholars under the wing of Jerome Kagan—social inhibition reflects a stable tendency to be wary and an inability to act in a relaxed and natural way in the face of social stimuli (e.g., Garcia-Coll, Kagan, & Reznick, 1984; Kagan et al., 1984; Kagan, Reznick, & Snidman, 1987; Kagan, Reznick, & Snidman, 1988; Reznick et al., 1986; cf. Kagan, 2018). This is a biologically conditioned tendency which—at its source—is rather independent of social experiences, culture, or environment (Fox, Henderson, Marshall, Nichols, & Ghera, 2005). Social inhibition is demonstrated via a wide range of withdrawn and passive behaviours in infants and young children; inhibited reactions are especially aimed at seeking safety with a parent (such as a child burying their head in their mother's lap), retreating from a stranger (“freezing,” no response to a stranger's overtures), or expressing wariness (avoiding eye contact and interacting with a stranger in a timid fashion; Kochanska, 1991). Certainly, the temperamental approach offered a broad and precise view of biologically and genetically rooted emotional and behavioural reactions in infants and children. However, recognising social inhibition as a trait of temperament hinders the recognition of alternative, not biologically grounded reasons for developing this tendency, i.e., socio-cultural factors. Meanwhile, along with the development and confrontation with the social milieu, the human personality is hypothesised to acquire new qualities which also might contribute to inhibiting behaviour when with others.

Behavioural Inhibition System (BIS) developed under Gray's (1991) Reinforcement Sensitivity Theory (RST), which is a model of anxiety, could serve as a bridge between the temperamental and more general personality approach in recognising social inhibition in adults. Indeed, Gray (1991) used the terms temperament and personality interchangeably (see Strelau, 2012). The revised RST (Gray & McNaughton, 2003) is based on three separate, inborn, and neurobiologically-based systems that control behaviour: (1) Fight Flight and Freezing System (FFFS) which (as a punishment system) mediates responses to aversive stimuli and promotes avoidance behaviour, (2) Behavioural Approach System (BAS), which (as a reward system) mediates responses to appetitive stimuli and promotes approach behaviour, and (3) BIS which serves as a “conflict detection and resolution device” (Smillie, Pickering, & Jackson, 2006, p. 323) when BAS and BAS (conflict between two desired gratifications), FFFS and FFFS (conflict between two dangers or threats), or most often BAS and FFFS are co-activated (Britannica, 2014). Simultaneous activation of BAS and FFFS happens especially within highly unknown or unpredictable contexts, and an example of such an approach-avoidance conflict is trying to get highly coveted food in dangerous conditions, i.e., when a predator is nearby (Barker, Buzzell, & Fox, 2019; Corr, 2009; Corr, DeYoung, & McNaughton, 2013; Gray & McNaughton, 2003; Smillie et al., 2006). When the BIS is activated, the organism inhibits the ongoing behaviour and is cautious regarding the surrounding environment, focusing all its attention on the source of conflicting stimuli and assessing the risk. Such a state is highly related with anxiety and ruminations in the context of a potential threat (Corr, 2009). Depending on the evaluation, BIS leads to

conflict resolution through continued approach (promoted by BAS) or escape (promoted by the FFFS), but always with a certain tendency in favour of the latter due to enhancing the negative valence of perceived stimuli (Barker et al., 2019; Corr, 2009; Corr et al., 2013; Gray & McNaughton, 2003; Smillie et al., 2006). The RST grew out of basic animal learning research (Gray, 1987), which aimed to find the fundamental properties of brain-behavioural systems, but is now treated as a neuropsychological theory of emotion, motivation, and learning, which is crucial in developing human personality (Corr, 2004, 2009; Gray & McNaughton, 2003; Smillie et al., 2006). This means that long-term changes and consistency within systems shape the reactivity of the whole organism, which allows stable individual differences to be found in personality (Corr, 2004, 2009; Corr & McNaughton, 2008; Corr et al., 2013). The increased activity of BIS therefore favours the tendency to very easily generate motivational conflicts, and as a result, the formation of motivation-related personality traits such as anxiousness, withdrawal, depressiveness, vulnerability, and self-consciousness (DeYoung, 2010; DeYoung, Quilty, & Peterson, 2007) or psychopathology such as anxiety and mood disorders (cf. Corr et al., 2013), which have a strong impact on human social functioning.

Within the research on adult personality, Denollet (2000) described social inhibition together with another construct, i.e., negative emotionality, under the model of type D (i.e., distressed) personality as key psychological determinants of morbidity and mortality from coronary heart diseases. This psychosomatic perspective allowed to thinking about social inhibition to be extended, especially in terms of concurrent cognitions and underlying motivations. In this theoretical proposition, social inhibition is captured as a complex underlying trait which evolves on the basis of both temperamental underpinnings and lifespan experiences (Denollet & Duijndam, 2019). As a temperamental legacy it involves processes related to the perception of social threat, and possesses inhibitory potential (Denollet, 2000, 2013; Denollet & Duijndam, 2019). In turn, during development it enlarges into a prototypical pattern of characteristics. As a multi-faceted disposition, social inhibition includes: (1) a behavioural component – reflected in inhibiting one's behaviour within social interactions, (2) a cognitive component – reflected in social evaluation sensitivity and related concerns, and (3) an affective component – reflected in anxiety, withdrawal, and suppressing emotions during social events (Denollet & Duijndam, 2019). Compared to the previously presented perspectives, here the picture of social inhibition as such appears to be much more substantial and complex.

As mentioned above, the type D personality – of which social inhibition is one of the constituent elements – is deemed a key determinant of psychosomatic diseases (Denollet, 2000). To go deeper, while social inhibition understood as a personality trait alone does not seem to be a construct inherently related to psychopathology, it is often a criterion or in some way accompanies some personality disorders, more specifically, avoidant personality disorder (APD) and dependent personality disorder (DPD). The APD and DPD substantially overlap, in particular in the negative affect domain which includes such traits as anxiety, vulnerability, submissiveness, and low self-confidence (Bach & First, 2018; McClintock & McCarrick, 2017; World Health Organization, 2018), but also in terms of sensitivity to social evaluations and excessive fear of rejection and criticism (Simonelli & Parolin, 2020; World Health Organization, 1992), which are crucial in social inhibition as well. However, whereas a pervasive social inhibition and avoidance of interpersonal interactions are used as the APD criteria (American Psychiatric Association, 2013; Lerner, Teitelbaum, & Meehan, 2020; World Health Organization, 1992, 2018), destructive overdependence captured by the DPD often rather leads to social inhibition and feelings of discomfort within close interpersonal relations (Bornstein, 2012; Simonelli & Parolin, 2020).

To conclude, regarding the dispositional approach, conceptualisations of social inhibition are very strongly associated with temperament and innate negative emotionality (Kagan et

al., 1984; cf. Kagan, 2018), and further attempts have been made to more accurately capture this phenomenon (e.g., Denollet, 2000; Denollet & Duijndam, 2019). Mostly, however, it is assumed that inhibition of behaviour in the presence of others is a result of emotional reactivity and cognitive sensitivity to social threat, which, in turn, leads to avoidant tendencies. This strongly coincides with another disposition thoroughly examined within the field of psychology, namely shyness, which—regardless of whether the research tradition is based on temperament or personality—is on a “conceptual par” with social inhibition and is sometimes even treated as a synonym.

2. SHYNESS AS A TYPICAL FACE OF SOCIAL INHIBITION AND ITS VARIETIES

Shyness is defined as a temperamentally conditioned personality trait which is disclosed by inhibition and a sense of discomfort within social, especially unfamiliar contexts (Asendorpf, 1990; Cheek & Buss, 1981). Either as traits of temperament or personality, social inhibition and shyness seem to be treated interchangeably or simply explicitly recognised as equivalent (Asendorpf, 1989; Grande et al., 2014; Poole et al., 2018; Kochanska & Radke-Yarrow, 1992; Rubin, Coplan, & Bowker, 2009)—they are defined as a “fear and inhibition in novel social situations and/or under conditions of perceived social evaluation” (Poole et al., 2018, p. 187) and rooted in temperamental inhibition. However, whereas social inhibition is mostly treated as a *temperamental trait* (cf. Kagan, 2018), shyness is rather defined in terms of a *personality trait that is conditioned by temperament* (e.g., Asendorpf, 1990; Cheek & Buss, 1981) and which might also appear or evolve along with social development. In this case, shyness is rather characterised by public self-consciousness and a wider spectrum of cognitive and affective states such as a sense of discomfort, awkwardness, embarrassment, and anxiety when interacting with others, especially in little-known social contexts and in interactions with strangers, or individuals with a higher status or the opposite sex (Asendorpf, 1990; Buss, 1980; Cheek & Briggs, 1990; Cheek & Buss, 1981; Cheek & Krasnoperova, 1999).

Within a narrow temperamental interpretation, social inhibition adopts a label of “fearful/early-developing shyness” (so-called “pure” form of shyness) defined as a genetically conditioned derivative of early temperamental traits—fear and unsociability—which manifests itself by fear in social situations in the first years of the child’s life (Buss, 1980, 1986; Buss & Plomin, 1984). Consequently, both social inhibition and shyness are established as constructs very strongly linked to temperament and inherent emotional reactivity (e.g., Asendorpf, 1989; Kagan et al., 1988; Poole, Tang, & Schmidt, 2018; Rubin, Coplan, & Bowker, 2009). Likewise, in a more general personality interpretation, the conceptualisation of social inhibition leads to an unheard-of similarity with shyness—more precisely with “self-conscious/late-developing shyness”—appearing during the socialisation process (at the earliest about 4–5 years of age) and resulting from the awareness of being a social object at the centre of other people’s attention, especially when making serious mistakes in social situations (Buss, 1980, 1986; Buss & Plomin, 1984). Consequently, this translates into a strong empirical overlap between social inhibition and shyness (e.g., Grande et al., 2014) regardless of the taken theoretical approach.

However, fearful/early-developing vs self-conscious/late-developing is not the only distinction of shyness that have been established and that function within the current literature; years of research have allowed researchers to integrate or distinguish new forms or subtypes (e.g., Asendorpf, 1990; Beer, 2002; Buss, 1980, 1986; Buss & Plomin, 1984; Gough & Thorne, 1986; Litwinski, 1950; Schmidt & Poole, 2019; Xu, Farver, Yu, & Zhang, 2009). Each subtype of shyness is hypothesised to have multiple origins and different

characteristics – the content of which sometimes even goes beyond the classic definitional boundary designated for this construct. On that account, we have found this to be good inspiration for deliberations on different social inhibitions—currently treated equally with shyness—in order to show a potentially wider picture of this phenomenon.

In 1950, Litwinski noted that “shyness is an adaptation so complex and so multiform that the inconsistencies of the shy ought not to surprise us” (p. 305). Accordingly, from the very beginning of scientific considerations on the phenomenon of shyness, it was recognised as a construct so capacious in terms of content that researchers were often tempted to distinguish its various subtypes. It also raised the issue of whether these subtypes may have different backgrounds and, by extension, whether the diverse genesis of shyness (biologically vs. environmentally conditioned) has a significant impact on its final picture as an internally divided construct which captures similar (in overall view) but still different personality phenomena. Trying to capture the essence of this kind of typology, shyness can be divided into two general subtypes which are also the result of its earlier or later appearance in time (Buss, 1980, 1986; Schmidt & Poole, 2019).

Another premise for discovering different subtypes of shyness are certain nuances and differences in its understanding brought to light in the framework of research traditions other than strictly temperamental ones. A completely new view of shyness has been discovered, for example, within the psycho-lexical research and cultural studies, which allowed the recognition of shyness as a construct that is adaptive to some degree in certain cases (Beer, 2002; Gough & Thorne, 1986) or specific cultural backgrounds (e.g., Asian contexts; Xu et al., 2009; Xu, Farver, Chang, Zhang, & Yu, 2007). These new directions led some researchers to reach alternative, yet still not well-established differentiations of shyness.

2.1. CLASSIC BIPARTITE DIFFERENTIATIONS OF SHYNESS

The first premises for two subtypes were discovered in early evolutionary psychology since the deliberations on shyness began. Baldwin (1894; cf. Cheek & Krasnoperova, 1999), for example, pointed to the existence of “primary/organic bashfulness” shared by infants and animals, and the “true bashfulness” observable only in humans after three years of age and associated with one’s own self-consciousness. Subsequently, temperamental and developmental research played a special role in distinguishing between the two best-established subtypes of shyness, attempting to answer the question of whether shyness is heritable or acquired on the path of development. The solution turned out to be quite compromising; it was recognised that shyness has two subtypes: fearful/early-developing and self-conscious/late-developing (Buss, 1980, 1986; Buss & Plomin, 1984). The self-conscious form of shyness might be an extension of the fearful one, and whereas both of these forms are present among older children and adults, only the fearful form of shyness occurs in infants (Buss & Plomin, 1984).

The other approaches that distinguished the two subtypes of shyness were perspectives locating shyness (or differentiating subgroups of shy individuals) within matrices in which the dimensions were constituted by two selected, more general constructs. Eysenck (1956), for instance, crossed personality traits of neuroticism and extraversion and pointed to the existence of “introverted shyness” (configuration of low extraversion and high neuroticism) characterised by a preference for solitude which is rather unlikely to interfere with effective participation in social life, and “neurotic/social shyness” (configuration of high extraversion and high neuroticism) characterised by deep self-consciousness and anxiety disclosed across social interactions (cf. Coplan & Weeks, 2010, Schmidt & Poole, 2019). Later on, Asendorpf (1990), when examining interindividual differences in social withdrawal in children, postulated crossing approach and avoidance social tendencies and, as a result, distinguished

three subtypes of socially withdrawn children, two of which concern shyness: (1) “shy” children trapped in approach-avoidance conflict and who desire peer interactions but simultaneously are too anxious and, as a consequence, inhibit social behaviour (also labelled as “conflicted shyness”; Coplan, Prakash, O’Neil, & Armer, 2004), and (2) “avoidant” children characterised by high avoidance and low approach motivation and who avoid their peers and reveal some signs of ambivalence in behaviour due to aggressiveness and relatively high shyness (also labelled as “avoidant shyness”; Poole, Van Lieshout, & Schmidt, 2017; Schmidt & Fox, 1999; Schmidt, Polak, & Spooner, 2005; cf. Schmidt & Poole, 2019). The third subtype of socially withdrawn children distinguished by Asendorpf (1990) does not concern shyness, as it included individuals with a low approach motive and no signs of avoidance or fear. Such children were more interested in solitary-constructive play with objects than in peer play (Asendorpf, 1990).

In this way, two types of shyness are well established within theoretical considerations. Although understanding of these two differs more or less across various theoretical proposals, this proposal seems to possess some common core components in respect to the two types of conceptualisation of shyness. Importantly, two types of shyness within this proposal, albeit having a different genesis (in temperamental fear vs. socio-emotional development), slightly different causes (novel social settings vs. awareness of social evaluation) and symptoms (e.g., on the emotional level – the primary emotions such as distress and fear vs. primary-secondary emotional blends such as embarrassment and shame), are strongly related and even merge during development, which makes them fully deserve a common label of shyness (Schmidt & Poole, 2019).

2.2. ALTERNATIVE DIFFERENTIATIONS OF SHYNESS AND NEW DIRECTIONS IN SHYNESS RESEARCH

A special inspiration for defining shyness—alternative to the temperamental branch of psychological research—was the results of psycho-lexical studies which followed a hypothesis that “the most important individual differences in human transactions will come to be encoded as single terms in some or all of the world’s languages” (Goldberg, 1990, p. 1216). According to this research perspective, detailed linguistic terms represent broader basic human characteristics. Gough and Thorne (1986) aimed to identify adjectives that would be diagnostic of shyness and revealed something that they expected only intuitively, based on their own experience gathered during their work in the personality assessment centre – namely, that the concept of shyness itself consists of both favourable and unfavourable qualities. This was in opposition to the current tendency of thinking about shyness as a trait that holds back the expression of one’s real self and constitutes a serious barrier to social functioning and that was treated, at least in American society, almost as a disability or disease to overcome (Leary, 1986; Zimbardo, 1977; Zimbardo, Pilkonis, & Norwood, 1974).

In conceptual analysis, when examining a single construct within psycho-lexical research there is a possibility of analytical navigation on a wide “map” of descriptors on which one might circumscribe the isomorph capturing all the strongest indicators of the construct of interest (Gough & Thorne, 1986). However, these indicators might occur jointly in a form of clusters representing different isomorphs and carrying rather different qualities. In this vein, Gough and Thorne (1986) found shyness to be constituted by two rather separate clusters: (1) “shy-positive” – characterised by modesty, attention to the needs of others, but also certain self-regulatory aspects (exemplary indicative items: “discreet,” “modest,” “reserved,” “self-controlled,” “sensitive”), and (2) “shy-negative” – reflecting most popular conceptions of shyness as characterised by anxiety, inhibition, and diffidence (“anxious,” “awkward,” “inhibited,” “timid,” “withdrawn”). A supplementary “shy-balanced” cluster was distinguished

in order to represent a blend of both favourable and unfavourable aspects of shyness, which taken together seemed to be a relatively non-pejorative assessment of shyness.

Traces of similar results, which amplify the stereotypical isomorph of shyness by also capturing its more “positive” aspects, can be found within the psycho-lexical research on personality structure. As opposed to the Five-Factor Model (FFM) of personality developed under a questionnaire approach, which underlines mostly anxious, inferior, and self-conscious aspects of shyness while ascribing it to the basic domain of Neuroticism (e.g., Costa & McCrae, 1992), models developed within a psycho-lexical approach, such as the (psycho-lexical) Big Five model (Goldberg, 1990), the Abridged Big Five Dimensional Circumplex (Hofstee, De Raad, & Goldberg, 1992; Goldberg, 1999) or the Big Six/HEX-ACO (Ashton & Lee, 2001, 2002), suggest placing shyness within the domain of Extraversion (and more precisely its negative pole, i.e., introversion). In this way, psycho-lexical models of personality structure more strongly underline motivational aspects of shyness, referring to a lack of social boldness, passiveness, reserve or even restraint, rather devoid of excess of negative emotionality. In some way, such a contribution allowed us to capture shyness alternatively – no longer as just a “socially maladaptive” trait which only disturbs one’s interactions with others, but rather as a construct that carries both an inhibitory and self-regulatory potential which results in very similar inhibited expressions.

A step further in recognising shyness was made within the cross-cultural research which aimed to compare the knowledge about shyness gained while studying Western societies to observations collected on the East. In Chinese Mandarin, for example, the concept of shyness has a broader meaning than in the languages of Western countries (especially Anglo-Saxon)—it captures both (1) passiveness grounded in social fearfulness/anxiety that impedes psychological functioning, and (2) social restraint resulting from self-control and the need to fit in with others which supports group functioning (Xu, Farver, Chang, Zhang, & Yu, 2007). In this way, Xu and collaborators (2007, 2009) distinguished two distinct subtypes of shyness within a Chinese setting – “anxious shyness” and “regulated shyness” –the key to this distinction was that they understood effortful control as the ability of an individual to refrain from reacting to stimuli coming directly from the environment while pursuing a goal whose cognitive representation was created by the individual (Rothbart, 1989). In contrast to the reactive inhibition resulting from fear or anxiety, this kind of self-control is recognised as an active inhibitory system (Kochanska, Coy, & Murray, 2001); therefore, while anxiously-shy individuals are characterised by relatively insufficient effortful control and have difficulty in taming their avoidant reactions, those representing the regulated-shy subtype are relatively high in effortful control and actively steer their personal expression in order to be socially unobtrusive and maintain group harmony (Xu et al., 2009). Both of these subtypes are hypothesised to have a common antecedent—“shyness toward strangers”—which emerges early in life and, depending on the regulatory capacity, may develop either into anxious or regulated shyness (Xu et al., 2009). Apart from effortful control, however, cultural factors are not without significance when it comes to distinguishing these two subtypes of shyness—the most prominent examples being behaviours that are socially valued and the parenting practices promoted in a given culture. In Confucian cultures, maintaining harmonious social relations is an important value, and the group-interest is often equal to the self-interest (Xu et al., 2007). Therefore, modest behaviours typical of regulated shyness, such as modesty, not boasting, not engaging in potential conflicts, but also politeness and attentiveness for the needs of others (Xu et al., 2007; Xu, Zhang, & Hee, 2014) are perceived as adaptive especially in Eastern cultures. In turn, within Western cultures, which highly promote individualistic behaviours, the distinction of regulated shyness is less apparent, though (due to the factor of effortful control) it is also possible to occur (e.g., Beer, 2002; Xu et al., 2009). Consequently, it is an anxious shyness that fully resembles the North American notion of self-conscious shyness as characterised by fear or anxiety in

social situations, avoiding social contact, and sensitivity to negative social evaluation (Xu et al., 2014) which in Eastern societies might lead to an increased risk of social exclusion (Xu et al., 2007, 2009).

In brief, distinguishing alternative shyness subtypes seems to be both an inspiring idea and a conceptual hurdle for researchers. Especially because it seems that shy behaviour is displayed not only by individuals who react in an inhibited way but also by individuals who “act in a reserved, modest, unassuming way in the presence of others, without signs of fear or anxiety” (Asendorpf, 2010, p. 161). Modesty (otherwise called “self-regulated inhibition,” “regulated shyness,” “positive shyness”; Asendorpf, 2010; Gough & Thorne, 1986; Poole & Schmidt, 2020; Xu et al., 2007, 2009) is, therefore, a psychological construct that is thought to very easily “impersonate” shyness in terms of social behaviour, even though both of these constructs do not share the same origin. Whereas shyness reflects a temperamental inhibition which is further confronted with the social milieu and impedes the development of effortful control, modesty is less determined by inherent reactivity and is rather sourced within strongly developed self-regulatory abilities and firmly internalised socio-cultural norms. In that spirit, we posit following Asendorpf’s (2010) thought that modesty is a construct which might finely complement the wider picture of social inhibition.

3. MODESTY AS A POTENTIAL SECOND FACE OF SOCIAL INHIBITION

Modesty in psychological science is defined either as a typical social behaviour or phenomenon, e.g., a self-presentation strategy, or as a psychosocial disposition, that is, a character or personality trait. Treated as a social phenomenon (Chen et al., 2009; Cialdini & de Nicholas, 1989; Gregg et al., 2008; Shi et al., 2017), the modesty mechanism entails “a moderate self-view—seeing oneself as intermediate, rather than as very positive or very negative, on key personal attributes such as personality traits, abilities and skills, physical appearance, and social behavior” (Sedikides, Gregg, & Hart, 2007, p. 165) and is used—more or less consciously—to support favourable social perception (Markus & Kitayama, 1991) and a sense of social adjustment (Sedikides et al., 2007). It is especially valued in the East because it entails a certain prosocial orientation aimed at fostering relational harmony through minimising a focus on the self (Chiu, Wan, Cheng, Kim, & Yang, 2011; Markus & Kitayama, 1991; Sedikides, Gaertner, & Cai, 2015; Shi et al., 2017; Xu et al., 2007). Therefore, in a more processual perspective, modesty is a specific moderate self-view which engages a scope of attention-avoiding, non-boastful, and restrained behaviours that foster deflecting attention from the self, followed by social acceptance (Ashton et al., 2004; Gregg et al., 2008; Chen et al., 2009; Sedikides et al., 2007).

Peterson and Seligman (2004) proposed a slightly different, uplifting look at this phenomenon by including modesty (along with humility) in their catalogue of 24 character strengths defined as “traitlike” processes or mechanisms that lead to cultivating virtues recognised as core positive characteristics valued over the centuries by philosophers and religious thinkers or present in the ethos of societies (Peterson & Seligman, 2004). As a strength of temperance, modesty is more external and socially oriented—it arises from an inner sense of humility, but also from situational pressure and appropriateness, and manifests itself in the form of a moderate estimation of oneself and propriety in dress and social behaviour in order to present oneself accurately and divert attention from oneself (Peterson & Seligman, 2004). Although modesty in this approach resembles a social strategy to a large extent, it manifests itself in a pervasive pattern of thoughts, feelings, and behaviours, and is stable across time (Peterson & Seligman, 2004), which leads to treating it in terms of a personality trait or individual difference as well.

As a trait of personality, modesty is defined by viewing oneself as an ordinary person, and behaving in an unassuming and self-effacing manner. Most often, however, modesty is recognised through the prism of its opposites, such as vanity, bragging or feelings of superiority, grandiosity, and entitlement (Ashton et al., 2014; Costa et al., 1991; Costa & McCrae, 1992; Crowe, Lynam, & Miller, 2018; McCrae & Costa, 2003). While in this perspective there is some definitional consensus regarding the content of modesty (McCrae & Costa, 2008), there is no agreement about its position in the personality structure depending on the adopted model of basic personality domains (or simply factor solution). In a five-factor solution, postulated in a Big Five model and FFM (Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 2003), modesty is assigned to the domain of Agreeableness, whereas in a six-factor solution, postulated in the HEXACO model, modesty is assigned to the domain of Honesty-Humility (Ashton & Lee, 2001, 2002; Ashton et al., 2014). Despite both of these domains seeming to reflect a cooperative tendency or reciprocal altruism (Ashton et al., 2014), and, moreover, according to proponents of the Big Five, seeming to be conceptually and empirically indistinguishable (Crowe et al., 2018; Lynam, Crowe, Vize, & Miller, 2020; McCrae & Costa, 2008), a subtle but key difference between them lies in the adaptive and socially desirable nature of Agreeableness versus the moral nature of Honesty-Humility which is rather peripheral to the former (Ashton et al., 2014) and somewhat closer to the area of virtues or values. To illustrate this difference, Ashton and Lee (2020) use a juxtaposition of tolerance for being exploited by others (present in Agreeableness factor) and the tendency to avoid exploitation of others and to treat them fairly (present in Honesty-Humility factor; see also Ashton et al., 2014; Hilbig, Zettler, Leist, & Heydasch, 2013). Even with this perspective, however, modesty is a tricky facet trait because—when considered conceptually and apart from domain deliberations—it is spread between Honesty-Humility and Agreeableness (as it virtually meets the “criteria” delineated by both of these factors), but also, as suggested by McCrae and Costa (2008) and as we point out and discuss further, exhibits more introverted aspects, which possibly opens a gateway to coupling modesty with other kindred constructs.

4. MODESTY AND SHYNESS AS SISTER-CONSTRUCTS

Across the literature there are many traces of relating modesty and shyness, either theoretically or empirically (e.g., Asendorpf, 2010; Ben-Ze'ev, 1993; Gregg et al., 2008; Liu et al., 2019; Maslow, 1939; Timmerman, 2006; Xu et al., 2009; see Kwiatkowska & Rogoza, 2019a). According to McDougall (1963; cf. Cheek & Melchior, 1990), these two constructs share the common element of self-consciousness. Indeed, in the very first observations, both shyness and modesty, together with shame, were deemed as “emotions that excite a blush” (Gruenewald, Dickerson, & Kemeny, 2007, p. 70) and that occur due to intensified preoccupation with the social self, i.e., how others might perceive us in social situations (Darwin, 1872/1965; cf. Gruenewald et al., 2007). That relation is also reflected in psycho-lexical research; for example, in the Oriya language, modesty and shyness are covered by the same word encompassing a broad space of self-conscious emotions, which is also used as a label for two different emotional facial expressions – one related to praise (e.g., when hearing compliments) and another to punishment (e.g., when doing something wrong; Haidt & Keltner, 1999; Menon & Shweder, 1994, cf. Goetz & Keltner, 2007). This is in agreement with a view that modesty is treated as a positive, favourable connotation of shyness (Ben-Ze'ev, 1993; Gough & Thorne, 1986; Zimbardo, 1977; cf. Cheek, 2007; Cheek & Melchior, 1990).

Within theoretical considerations and more complex personality theories, modesty and shyness were also often close to each other (even somewhere at the initial stage of constructing a model, e.g., Goldberg, 1990). For example, Maslow (1939, 1954), in a clinical

examination, grouped together several attributes of personality under one syndrome of “dominance-feeling” within which, in turn, he observed the “tendency toward a natural clustering of the parts into groups that seem intrinsically to belong close together” (Maslow, 1954, p. 315). This resulted in two closely related groups referring to qualities focused around (1) modesty, conventionality, morality, and (2) shyness, timidity, low self-esteem, and lack of self-confidence.

4.1. RELATION OF MODESTY AND SHYNESS IN A PERSPECTIVE OF GENERAL PERSONALITY STRUCTURE

Nowadays, within a perspective of personality structure, such a possible relation of modesty and shyness is rather contradicted due to categorically separating them into different personality domains. For example, in the FFM, modesty is a facet of Agreeableness while shyness is a facet of Neuroticism (Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 2003). Nevertheless, recent empirical research supports the hypothesis on the mutual relation between shyness and modesty—as they are both related through the (negative) relation with Extraversion and differentiated by the relations with Agreeableness (modesty) and Neuroticism (shyness, e.g., Kwiatkowska & Rogoza, 2019a). Moreover, these empirical results also call into question the adequacy of the location of the Modesty facet within the FFM measurement model (Herrmann & Pfister, 2013; Vassend & Skrandal, 2011). At first, Costa and McCrae (1985) attributed items related to modesty and unassuming behaviour to (low) Assertiveness, a facet of Extraversion (in the NEO Personality Inventory); only after they developed new scales to measure facets of Agreeableness and Conscientiousness (in the NEO Personality Inventory – Revised) did they admit that these items were misplaced and, consequently, they attributed them to Modesty, a facet of Agreeableness (Costa & McCrae, 1992, 1995; Costa, McCrae, & Dye, 1991). Despite this refinement, the Modesty facet within the FFM shows the strongest factor loadings for Extraversion, just after Agreeableness (e.g., Costa et al., 1991; McCrae, Costa, Del Pilar, Rolland, & Parker, 1998); it is also often the case that Extraversion is the strongest correlating factor for Modesty (e.g., Hahn, Gottschling, & Spinath, 2012; Oshio, Abe, Cutrone, & Gosling, 2013; Kwiatkowska & Rogoza, 2019a) or that Modesty loads a latent factor which is a blend of the facet scales of Extraversion and Agreeableness (e.g., Le Corff & Busque-Carrier, 2016). From this perspective, modesty not only represents the moral aspects of high Agreeableness, but is also represented through the motivational-behavioural component of low Extraversion which encompasses limited behavioural activity in social interactions, and which places it close to shyness (Kwiatkowska & Rogoza, 2019a), especially when we take into account the above-mentioned psycho-lexical (e.g., Big Five or HEXACO) location of shyness in the negative pole of Extraversion.

4.2. RELATION OF MODESTY AND SHYNESS IN THE INTERPERSONAL CIRCUMPLEX PERSPECTIVE

Similar relations of modesty and shyness might be observed in Wiggins’s (1995) Interpersonal Circumplex (IPC)—a model based on the two basic dimensions represented as independent axes, i.e., Dominance – alternatively labelled as Agency or Status, and Warmth – alternatively labelled as Communion or Love, which create a structure meant to cover all interpersonal behaviours and traits. The position of particular behaviours/traits in this matrix space is illustrated through an angular location, i.e., a shift in relation to the horizontal and vertical axis—in this way a 90° angle indicates the orthogonality of the dimensions

(i.e., no relation), an angle $> 90^\circ$ indicates a negative relation, and an angle $< 90^\circ$ indicates a positive relation (Wiggins, 1995; Wiggins, Trapnell, & Phillips, 1988). Wiggins (1995) presents interpersonal traits/behaviours within the circumplex model continuously in eight categories, called octants (see Figure 1). Two of these octants are to some extent a reflection of shyness and modesty. Namely, the Unassured-Submissive (HI) octant—characterised by fear and lack of self-confidence in interpersonal relations, reduced self-esteem, and avoidance of situations of being the centre of others' attention—reflects shyness, whereas the Unassuming-Ingenuous (JK) octant—characterised by respect and politeness towards others, willingness to provide help and support, and avoidance of conflicts—reflects modesty (Wiggins, 1995). The angle between HI and JK is exactly 45° which indicates a fairly close relation (Wiggins, 1995; Wiggins et al., 1988) —reflects proximity though not overlap between shyness and modesty. Moreover, the IPC framework allows not only the precise determination of the relationship between shyness and modesty, but also interpretation of the former only in terms of Dominance/Agency/Status deficiency, while the latter as additionally possessing the elements of Warmth/Communion/Love.

Studies on unifying hierarchical-structural personality models and the IPC have demonstrated that the dimensions of Extraversion and Agreeableness (but likewise the dimension of Honesty-Humility, whose location on the IPC was very similar to the location of Agreeableness, i.e., focused around the JK octant; Barford, Zhao, & Smillie, 2015) fully correspond to the constructs covered by the IPC (Barford et al., 2015; DeYoung, Weisberg, Quilty, & Peterson, 2013; McCrae & Costa, 1989) and are rotated relative to its two main dimensions (Dominance and Warmth) by 22.5° (in case of the Big Five/FFM; DeYoung et al., 2013) to about 35° (in case of HEXACO; Barford et al., 2015), as depicted in Figure 1. In this light, the IPC on the one hand seems to almost adequately cover modesty as a construct that is mostly a blend of low Extraversion and high Agreeableness (or/and Honesty-Humility). On the other hand, the IPC seems to be deficient in covering the whole content of shyness—especially its disadvantage features—due to the minimal coverage of the neurotic and self-conscious nature of some interpersonal traits/behaviours. In other words, the IPC seems to fail in capturing these aspects of shyness that are beyond low Extraversion and seem to be of key importance, which was expressed, e.g., in attributing shyness to the factor of Neuroticism within the FFM (Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 2003). The IPC is therefore a matrix that depicts the mutual relations of shyness and modesty well, although in terms of the scope of the content it does not possess such a broad range as hierarchical-structural models of personality traits. However, due to some theoretical ambiguities within the latter, it seems that integrating shyness and modesty into one, more general phenomenon would be possible when reaching a consensus between the circumplex and hierarchical-structural approach to personality.

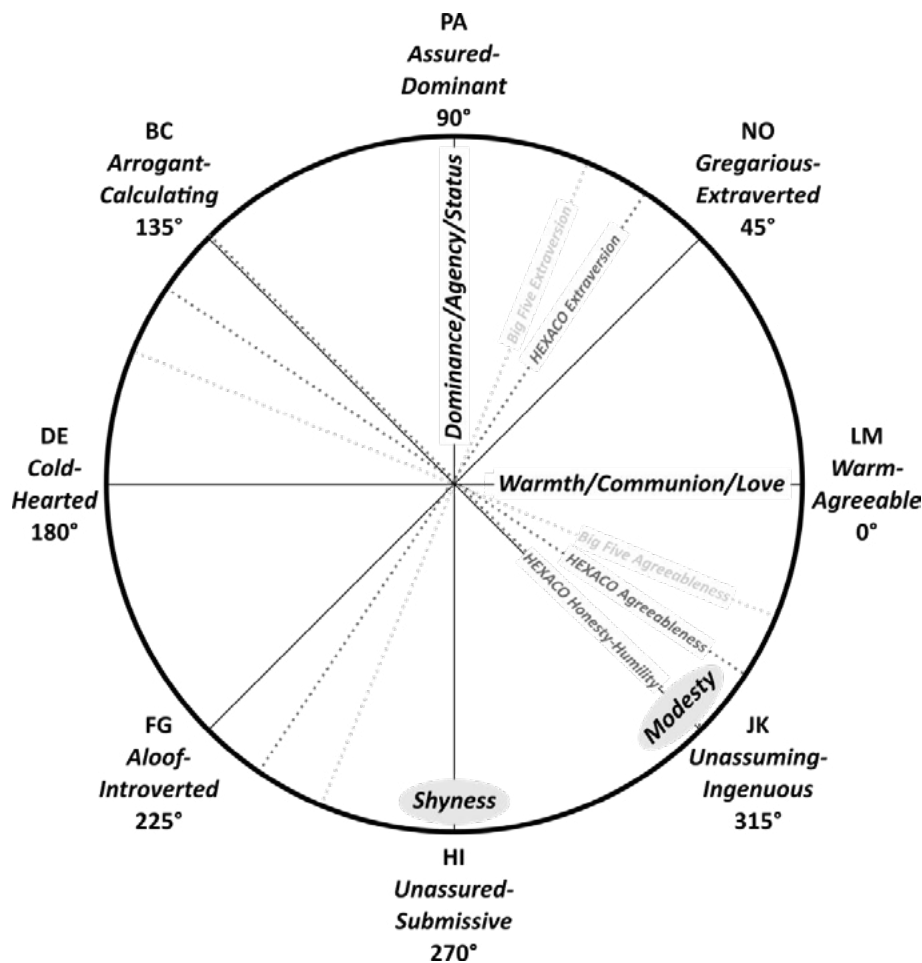


Figure 1. Shyness and Modesty Inscribed within the Interpersonal Circumplex as referring to Wiggins et al. (1988), DeYoung et al. (2013), and Barford et al. (2015)

Note. Adapted and modified from *Interpersonal Adjective Scales professional manual* (p. 4), by J.S. Wiggins, 1995, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Copyright 1995 by the Psychological Assessment Resources.

5. PROPOSING A NEW THEORETICAL FRAMEWORK FOR SOCIAL INHIBITION

Given the signalled difficulties and challenges within conceptualising social inhibition, we put forward for consideration construing this phenomenon as a complex psychosocial disposition of a twofold nature – containing both shyness and modesty – under the *Dual Social Inhibition Model* (DSIM). By defining social inhibition as a *psychosocial disposition* we would like to stress that it is a recurrent tendency of ambiguous origin—developed by virtue of certain temperamental predispositions (biologically-based basic behavioural response patterns; García-Coll, et al., 1984; Kagan, 2001; Kagan, et al., 1987; cf. Cavigelli, 2018; Kagan, 2018) and environmental, social, and cultural factors influencing the individual throughout the lifespan (Fox et al., 2005; Klein & Mumper, 2018; Poole et al., 2018; Schmidt & Poole, 2019; Xu et al., 2009).

Furthermore, we posit capturing social inhibition broadly enough so as not to dictate one specific path of development for this disposition. For many years it was considered the outcome of, above all, temperamentally conditioned reactivity or behavioural inhibition, while

the other factors, such as culture, social experiences, or parenting practices, were deemed to play a secondary role. Consequently, the latter were rather treated as intensity modifiers—for instance, social inhibition was supposed to increase after stressful social events or through overprotective parenting, and thus, contribute to its maladaptive nature (Klein & Mumper, 2018). The opposite views, however, suggested treating such environmental factors as mediators that accommodate a qualitative change within the individual. According to this perspective, specific settings, e.g., Eastern culture, where unassuming behaviour is beneficial for maintaining social harmony, might both (a) support the development of social inhibition within uninhibited children due to its socially desirable nature, and (b) add a certain adaptive quality to the inherent inhibition of temperamentally inhibited children, and thus, improve their social functioning (Rubin et al., 2018; Xu et al., 2009). Within the proposed framework we aim to acknowledge transactions between temperament and the environment as key determinants for inhibiting behaviour when interacting with others (Klein & Mumper, 2018; Poole et al., 2018; Poole & Schmidt, 2020; Schmidt & Poole, 2019); however, without giving special ranks to these factors when considering social inhibition at a general level (McCarty & Karau, 2017) which is in contrast to current temperamental and personality perspectives capturing social inhibition (e.g., Denollet & Duijndam, 2019; Kagan et al., 1984; Kagan, 2018).

In this way we would like to open the door to the hypothesis that social inhibition might have its qualitatively different “tinges” depending on its genesis and nature but also depending on the centrality of the factors located within temperament (e.g., high avoidant vs. low approach motivation) and within environment (e.g., overprotective and controlling vs. tolerant and supportive parenting styles, low agentic vs. high communal social motives, or negative vs. positive social events). Under that reasoning, the tenets and definitional structure of the proposed dual social inhibition model are explicated below.

5.1. SOCIAL INHIBITION IS REVEALED WITHIN SOCIAL CONTEXTS AND ON THE BASIS OF PERCEIVED SOCIAL EVALUATION

Social context is a prerequisite for activating the disposition of social inhibition. As the term itself implies, *social* inhibition appears in the presence of others and in social interactions (Asendorpf, 1994; Buss, 1980; Denollet, 2000, 2005; Fox et al., 2005; Kagan et al., 1987; Klein & Mumper, 2018; McCarty & Karau, 2017). However, not every class of social stimuli will trigger an inhibited reaction because some of them are natural and secure to the individual and, thus, do not disturb the state of being free from evaluations of others and do not pose a potential threat to the self. Exemplars of such familiar social stimuli are being in a mother’s arms (for children) or meeting close friends and relatives (for adolescents and adults; Asendorpf, 1994; Denollet, 2000, 2005). Therefore, the disposition of social inhibition can be disclosed only within the “social world” (Poole et al., 2018, p. 190), and more specifically, within both real and imaginary (anticipated or recalled) social interactions, as well as on the basis of focusing on oneself as a social object and the premonition of being evaluated by others (Buss, 1980; Eysenck & Eysenck, 1969). Moreover, another significant attribute of social situations that makes it threatening for the self is unfamiliarity in the sense of context or particularly (unfamiliar) people involved (Asendorpf, 1994; Buss, 1980; Fox et al., 2005; Kagan et al., 1987). Such elements enhance the unpredictability of situations and difficulties in identifying proper conduct, which together increase the probability of inappropriate behaviour and actual or alleged negative social evaluation made by others. Therefore, social evaluation and unfamiliarity with the social situation are core or crucial elements of social interactions which constitute a situational, triggering context of social inhibition. Although McCarty and Karau (2017) postulate focusing on social inhibition as

an outcome and not restricting it to an effect of a limited set of influential factors embedded within both an individual and situation, the dispositional approach allows us to look for certain processes leading to inhibiting behaviour in the presence of others. In turn, when analysing social inhibition at the dispositional level and following the synthesis for the person-situation debate (Fleeson & Nofhle, 2008), certain types of situations might serve as a specific trigger for displaying this complex disposition, and thus differentiate it from other, similar and often strongly related individual differences. What is more, some diversity within situational factors may also lead to the occurrence of specific forms of social inhibition and thus help to distinguish between them.

5.2. SOCIAL INHIBITION MANIFESTS IN VARIOUS DOMAINS OF PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING AND HAS AN INTERNAL, COMPONENT-BASED STRUCTURE WITH SPECIFIC FUNCTIONAL ASPECTS

Agreeing with previous conceptions (e.g., Denollet, 2013; Denollet & Duijndam, 2019; Poole et al., 2018; Schmidt & Poole, 2019), we posit treating social inhibition as a multifaceted construct and describe it through the basic domains of psychosocial functioning which develop throughout the lifespan. These domains—which refer to one’s self-image, cognitions, emotions, and behaviours—together with the specific social context (as already mentioned above) outline the definitional components of social inhibition. Although our approach to social inhibition is rather structural, we believe that the chronology of components also has functional significance.

5.2.1. Social Inhibition in the Self-Image Domain

Self-esteem is a crucial parameter of the self-image domain which plays a central role in social inhibition. In a global sense, self-esteem refers to “the way people generally feel about themselves” (Brown & Marshall, 2006, p. 4) which is relatively stable across time as well as situations and is explicitly measured throughout involving conscious self-assessment (Buhrmester, Blanton, & Swann, 2010). However, in line with the body of previous research, self-esteem is a heterogeneous construct (Zeigler-Hill, Clark, & Beckman, 2011), and in order to fully understand this phenomenon researchers take into consideration several of its aspects such as stability (whether self-esteem is stable across long- or short-term periods of time), contingency (whether there are any particular domains of functioning in which self-esteem is threatened or boosted; Crocker, Luhtanen, Cooper, & Bouvrette, 2003), and implicit self-esteem (whether self-esteem differs at conscious and unconscious levels; Buhrmester et al., 2010; cf. Kernis & Goldman, 2006; Zeigler-Hill et al., 2011). We find this approach extremely helpful in understanding the role of self-view in social inhibition and precisely defining the self-image component within this psychosocial disposition.

In our view, social inhibition possesses the qualities of uncertain low self-esteem as designated by Zeigler-Hill et al. (2011): It is generally lowered, unstable, and highly contingent on social reinforcements, and—due to the nature of social inhibition—it always concerns the social self (i.e., how an individual perceives oneself in relation to other people; Gruenewald et al., 2007; McDougall, 1963) and results in either a sense of inferiority or at most mediocrity. Low self-esteem, loneliness, social anxiety, and other internalising problems might be the long-term costs of withdrawn and avoidant social behaviours which in turn are to some extent the descendants of temperamental behavioural inhibition (Crozier, 1981b; Rubin et al., 2009; Schmidt & Poole, 2019). Nevertheless, lowered self-esteem is virtually formed during development and based on a broad range of social experiences,

especially those in which behaviourally inhibited individuals experience anxiety, failure, or rejection and, at the same time, do not receive adequate support from the surrounding social environment (Fox et al., 2005; Rubin et al., 2018). It is worth noting that the decrease affects mostly the explicit, social aspect of self-esteem (i.e., rather than self-esteem in a global sense; Buss, 1980; Cheek & Melchior, 1990; Crozier, 1981b, 1999, 2010; Henderson & Zimbardo, 1998; Miller, 1999; Mosher & White, 1981). This seems to be particularly important when also considering the implicit aspect of self-esteem which refers to its indirect measurement (Buhrmester et al., 2010) as well as to the view of object relation theorists that “the most fundamental source of self-esteem is the internalization of the evaluation of a person by significant others, particularly parental figures” (Epstein, 2006, p. 72). In that spirit, implicit self-esteem might be treated as a deeply rooted sense of self-worth which provides resilience in situations that are critical for the self and influence one’s feelings, behaviours, and interpretation of events during development (Epstein, 2006). Consequently, implicit self-esteem is rather orthogonal in relation to explicit self-esteem as both of these aspects are hypothesised to give rise to four configurations, two of which—i.e., low explicit/low implicit and low explicit/high implicit, are supposed to be covered by the self-image component of social inhibition. The reason for this is that socially inhibited individuals possess consciously (or explicitly) lowered levels of social self-esteem, not low level of self-worthiness “deep inside” (i.e., unconsciously or implicitly). As a result, at the global level, social inhibition manifests itself in a sense of inferiority in relation to other people or just in a conviction that one is not superior to them in any respect—in this regard, a socially inhibited individual may feel a sense of being worse or merely not better than others.

5.2.2. Social Inhibition in the Cognitive Domain

Thoughts of socially inhibited individuals are easily preoccupied with being evaluated by others (Denollet, 2013; Denollet & Duijndam, 2019). According to the previous research, social inhibition is cognitively biased toward social threats which unwittingly leads to concerns and anxious reactions, even during neutral events (Grynberg, Gidron, Denollet, & Luminet, 2012; Kagan, 2001). This is related to the activation of certain brain regions involved in perceiving the action goal of the observed other and, thus, increased vigilance (Kret, Denollet, Grèzes, & de Gelder, 2011).

Within the proposed framework, we posit that social evaluation concerns occur regardless of the content, valence (either positive or negative), and reality of these evaluations. A good example here seems to be the juxtaposition of situations of praise and punishment; a socially inhibited person might feel tense in both cases because he or she is a subject of evaluation and the attention of others which is always perceived as a potential threat to the self. People are generally aware of being an object of others’ perception and, subsequently, they engage in thinking about how they can be perceived by others; these imaginings are called meta-perceptions (Back & Kenny, 2010). Socially inhibited individuals are more (or more often) socially aware and their thoughts are centred not only on how they can be perceived but also how they can be evaluated by others. One could say that their meta-perceptions are supplemented by so called meta-evaluations, i.e., thinking about how others might judge them, which are activated on the basis of “meta-self-consciousness” (Cheek & Melchior, 1990, p. 51; McDougall, 1963). The latter is otherwise called public self-consciousness and is strongly acquired during development (Buss, 1980).

Self-consciousness refers to the “coding, processing, and integration of information about the self,” (Zaborowski, 1987, p. 52) and public self-consciousness is defined as the individual tendency to focus on the impression that the individual makes on other people, and on those aspects of self-image that are available to other people’s observations such

as appearance or social behaviour (Buss, 1980; Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975). Consequently, the activation of public self-consciousness in socially inhibited individuals is more frequent and forces them to divide their attention in two directions—on one hand, they are absorbed in meta-perceptions and social (meta-)evaluations, while on the other they are intensively engaged in monitoring one's own actual social behaviour in order to avoid other people's attention and evaluation. However, once public self-consciousness is activated and social evaluation concerns are enhanced, they might differ depending on one's more or less socially-oriented goals and motives, as well as the ability to voluntarily control attention and modulate reactive responses through, e.g., cognitive reframing of the possibly distressing stimuli or shifting attention away from this stimuli (Eisenberg, Shepard, Fabes, Murphy, & Guthrie, 1998; Rothbart & Derryberry, 1981; cf. Fox et al., 2005).

5.2.3. Social Inhibition in the Emotional Domain

Perceived social threats to the self—in a subsequent, emotional domain—activate a sense of tension and uncertainty related to social evaluation and awareness of being at the centre of others' attention (Buss, 1980, 1986; Buss & Plomin, 1984). More specifically, feeling uncertain refers to “not understanding what is happening, and feeling unsure about what will happen next” (Tiedens & Linton, 2001, p. 974) which further “prompts a discomforting, uneasy sensation that may be affected (reduced or escalated) through cognitive, emotive, or behavioural reactions” (Penrod, 2001, p. 241). In our view, in regard to social functioning, this kind of wariness covers a spectrum of anxiety-based and/or (public) self-conscious emotions which might occur as a descendant, on the one hand, of inherent emotional reactivity (Fox et al., 2005; Kagan et al., 1984; Kochanska et al., 2001; cf. Kagan, 2018) and, on the other, of intense preoccupation with the social self as coming forth during development (Asendorpf, 1990; Cheek & Briggs, 1990; Cheek & Buss, 1981; Cheek & Melchior, 1990; Gruenewald et al., 2007; McDougall, 1963; Schmidt & Poole, 2019). Furthermore, we posit that these emotional reactions—as nested within the concept of social inhibition—differ in terms of their intensity and durability (whether the emotional response goes beyond the situation that triggers the inhibited reaction) in relation to individuals' self-regulatory capacity (Asendorpf, 2010; Han, 2011; Hartman, 2015; Rothbart, 1989; Xu et al., 2007, 2009). In this way socially inhibited individuals may either experience rather temporary exposure embarrassment and abashment (Goetz & Keltner, 2007; Lewis, 2016; Miller, 1995) or shame and evaluative embarrassment which are much more prolonged over time and which possess the potential for a drop in one's social self-esteem (Crozier, 1999, 2010; Henderson & Zimbardo, 1998; Litwinsky, 1950; Lewis, 2016; Miller, 1995; Mosher & White, 1981).

5.2.4. Social Inhibition in the Behavioural Domain

Social inhibition encompasses constraint of actual behaviour of a twofold nature as it covers both limiting or modifying goal-directed activity and taking “protective” avoidant behaviour. In this way it possibly integrates reactive and self-regulatory behavioural reactions which often result in similar inhibited expression (McCarty & Karau, 2017) but in fact have different genesis and causes (Asendorpf, 2010; Kochanska et al., 2001; Rothbart, 1989). Therefore, during highly-evaluative social interactions, socially inhibited individuals might either stop the actual behaviour when in the company of others or simply withdraw from such social situations (and, as a result, avoid such situations in the future; Denollet & Duijndam, 2019; Kagan et al., 1984; Kagan et al., 1987; cf. Kagan, 2018) or rather act in an unassuming, socially desirable (or even prosocial) manner according to socio-cultural norms

to avoid being at the centre of others' attention (Asendorpf, 2010; Gough & Thorne, 1986; Han, 2011; Hartman, 2015; Xu et al., 2007, 2009; Wiggins, 1995).

Accordingly, with all the elements described above, we posit defining social inhibition as *a psychosocial disposition that is revealed within (1) social interactions that are related to evaluation and/or are unfamiliar (situational context), on the basis of (2) contingent and generally lowered self-esteem, which is dependent on social reinforcements (self-image component). Consequently, it manifests in (3) a preoccupation with being evaluated by others, and monitoring one's own behaviour (cognitive component), (4) feeling uncertainty and tension (emotional component), and (5) avoiding social exposure, attention, and evaluation through limiting goal-directed activity or taking self-protective behaviour (behavioural component).*

5.3. SOCIAL INHIBITION IS ORGANISED IN A TWO-LEVEL HIERARCHICAL STRUCTURE WITHIN WHICH IT HAS TWO DISTINCT BUT RELATED FORMS: SHYNESS AND MODESTY

Our model allowed us to integrate the knowledge present in the literature concerning shyness and modesty, capturing these two precisely, with a clear distinction and determination of relations between them. Social inhibition may take two related, but distinct forms where in both share core elements of social inhibition, yet are differentially targeted in order to capture their divergences, such as a reactive vs. volitional inhibitory potential or more or less socially (mal)adaptive qualities. Within Figure 2 we present crucial definitional elements of social inhibition together with their different forms included in shyness and modesty. In further sections we characterise specific self-image, cognitions, emotions, and behaviours as elements of the shyness and modesty dispositions, together with social contexts conducive to activation of each of these two forms of social inhibition. The order of definitional elements in the description is ordered in this way to highlight the crucial role of certain components within a particular form of social inhibition. Namely, shyness seems to be dominated by emotional and behavioural aspects whereas the most essential attributes of modesty are supposed to appear in its specific self-image and cognitive aspects. However, this is not about the causal mechanism, which is assumed here, but about the foreground in the manifestation and functioning within the psychosocial domain.

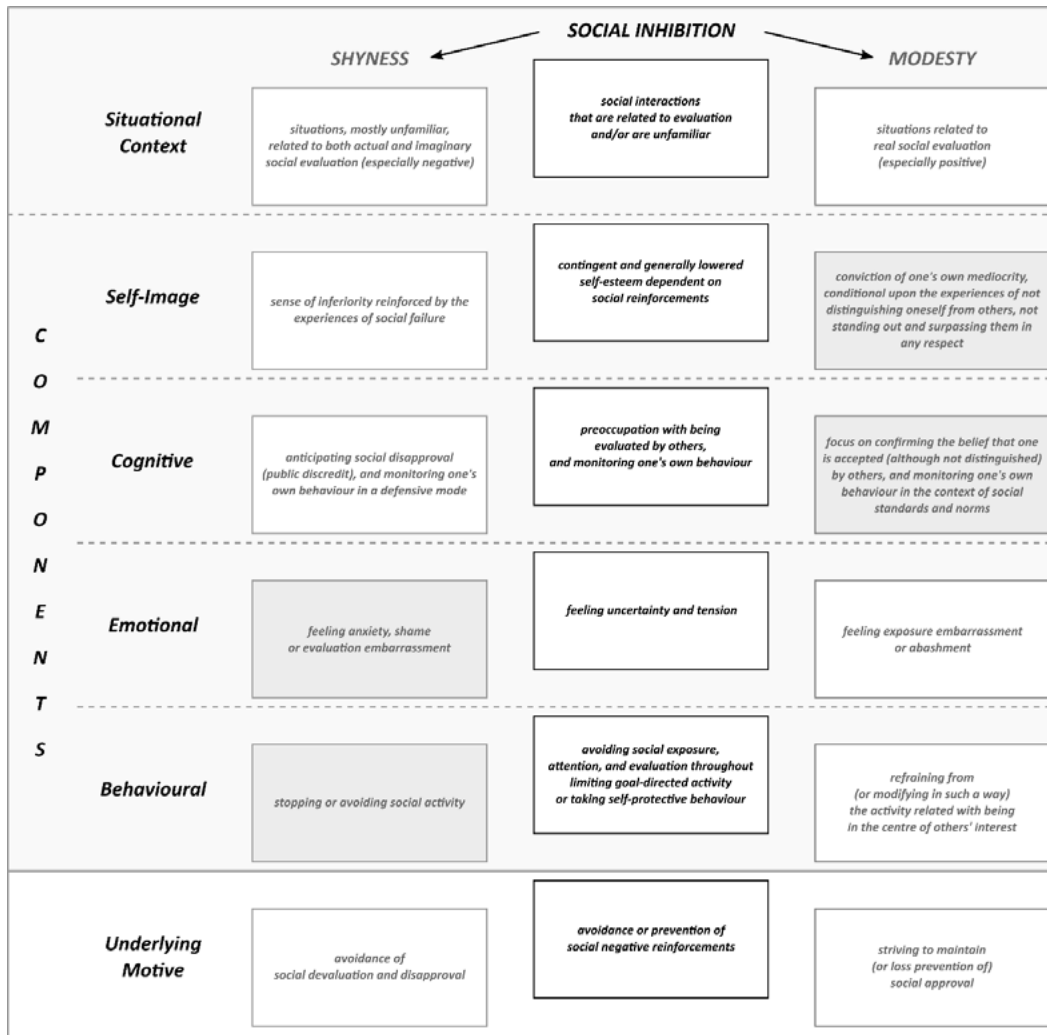


Figure 2. The Structure of Social Inhibition in the Dual Social Inhibition Model

Note. Key definitional components for a given form of social inhibition are in grey boxes. The underlying motive is separated as it is not a definitional element per se although it manifests itself in each of the definitional elements.

5.3.1. Shyness as a Form of Social Inhibition

Shyness is defined as a form of dispositional social inhibition that is characterised by (1) feeling anxiety, shame or evaluation embarrassment (emotional component), and (2) stopping or avoiding social activity (behavioural component). These are revealed within (3) situations, particularly those that are unfamiliar, related to both actual and imaginary social evaluations (especially negative) (situational context) in conjunction with (4) anticipating social disapproval (public discredit), and monitoring one's own behaviour in a defensive mode (cognitive component), as well as (5) a sense of inferiority reinforced by experiences of social failure (self-image component).

These five components of shyness are displayed in Figure 2, and briefly discussed below.

5.3.1.1. Emotional Component of Shyness. Shyness is a form of social inhibition that highly involves emotional processes: both basic, strongly biologically conditioned processes (e.g., negative affect of fear, anxiety, discomfort; Asendorpf, 1986; Cheek & Buss, 1981)

and—above all—those related to strong public self-consciousness, activated in the wake of perception or anticipation of a specific threat, i.e., social disapproval (Buss, 1980; Miller, 1995). So at the neuronal level, shyness is characterised by a certain innate emotional sensitivity resulting from, among others, heightened (re)activity of the autonomic nervous system (Cattell, 1965; Poole et al., 2018); hence, physiological symptoms observable in the face of social interactions, such as increased pulse, pounding heart, blushing, sweating, or upset stomach, are considered to be the most common signs of shyness (Beer, 2002; Buss, 1984; Cheek & Buss, 1981; Cheek & Krasnoperova, 1999). However, in contrast to biologically conditioned emotional reactivity, the key elements of shyness are secondary emotions that involve primary ones, but are also based on the individual's strong public self-consciousness (which seems to be both affective and cognitive; Crozier, 2010), i.e., the perception of self as a social object and the object of other people's assessments (Beaton, Schmidt, Schulkin, & Hall, 2010).

In this way, in addition to the sense of uncertainty as imposed by social inhibition in general, shyness also strongly engages such emotions as shame and evaluation embarrassment. These emotions are in turn associated with increased awareness of being assessed by the social environment (Buss, 1980, 1986; Buss & Plomin, 1984; Lewis, 2016; Poole et al., 2018), which secondarily contributes to an even more intense sense of worry (shame-related cognitions) and the whole range of anxiety-based feelings, as well as a decrease in social self-esteem (Buss, 1980; Cheek & Melchior, 1990; Crozier, 1999, 2010; Henderson & Zimbardo, 1998; Litwinsky, 1950; Miller, 1995; Mosher & White, 1981). Feelings of shame concern a broader spectrum of situations (it affects not only the social but also moral functioning of the individual) and, therefore, cannot be equivalent to shyness (Mosher & White, 1981); however, in a social context, both constructs elicit internal attributions and lead to behavioural inhibition, especially in situations of hypothetical interpersonal failure (Buss, 1980; Crozier, 1999, 2010). This close relation of shame and embarrassment with shyness can also be the result of existing social norms related to the perception of shyness itself—individuals who reveal shyness are often considered to be socially incompetent and their behaviour is treated as unacceptable or even disgraceful, especially in cultures that put a strong emphasis on developing self-confidence and self-worth (Harris, 1984a; Pines & Zimbardo, 1978; Zimbardo et al., 1974). Sensitivity to social evaluations and self-critical thinking that overrides the real picture, makes that within situations related to negative evaluation (e.g., criticism of others), shyness is activated in the form of shame and embarrassment, while in situations that give positive reinforcement (e.g., praise), shyness is activated in the form of an incredulous reaction, doubt about received feedback, and feeling ridiculous. It is worth noting that shyness-related emotions such as shame and evaluation embarrassment tend to persevere (after the triggering situation has ended) and/or ruminate (possibly because of its strong influence on self-esteem).

5.3.1.2. Behavioural Component of Shyness. Shyness is characterised by stopping or avoiding social activity (Asendorpf, 1990; Poole et al., 2017, 2018; Schmidt & Fox, 1999; Schmidt et al., 2005; Schmidt & Poole, 2019). In interpersonal relations, shyness manifests itself in the avoidance of eye contact, reticence in conversation, and awkward body language (Buss, 1981, 1984; Cheek, Buss, 1981). Due to their physiological ailments (such as sweating, pounding heart, blushing; e.g., Beer, 2002; Buss, 1984; Cheek & Buss, 1981; Cheek & Krasnoperova, 1999; Cheek & Melchior, 1990; Zimbardo, 1977; Zimbardo et al., 1974) instead of the expected social responses, shy individuals respond in ways that are considered socially incompetent, less intelligent or less attractive (Buss, 1984; Cheek, Buss, 1981; Gough & Thorne, 1986; Jones et al., 1986; Paulhus & Morgan, 1997). Shy people are fully aware of their behaviour and often treat their shyness as a nuisance in everyday social life because they are unable to find a good way to control these ailments (Beer, 2002; Crozier, 1981a, 1981b; Henderson & Zimbardo, 1999; Jones, Briggs, & Smith, 1986; Zimbardo,

1977; Zimbardo et al., 1974). Lack of social competence results in avoidance behaviours (Zimbardo et al., 1974)—the dominant motive of shy people is, thus, to hide outside the group so as to reduce the fear of disapproval by others, which, with insufficient effortful control, contributes to a reduced overall level of socialisation (Xu et al., 2009; Kochanska et al., 2001).

5.3.1.3. Situational Context of Shyness. “The presence of strangers and the anticipation of social evaluation”—these two different kinds of situational antecedents were indicated by Asendorpf (1989, p. 482) for eliciting state shyness. Shyness is activated on the basis of public self-consciousness across social situations posing real or potential (also imaginary) threats to the self, i.e., negative evaluations, which subsequently cause wariness and caution. According to previous research, shyness is especially exhibited in unfamiliar contexts or when interacting with strangers, people with a higher social status or of the opposite sex (Asendorpf, 1989, 1990; Buss, 1980; Cheek & Briggs, 1990; Cheek & Buss, 1981; Cheek & Krasnoperova, 1999)—such situations force social evaluations and are often unpredictable; therefore, they carry the risk of interpersonal failure or serious social mistakes (Buss, 1980, 1986; Buss & Plomin, 1984; Crozier, 1999, 2010). Importantly, shy individuals anticipate failure in social situations, whereby their perceptions are often cognitively biased by these imaginings regarding their own performance in the presence of other people and, as a consequence, induce inhibition of the behaviour (Nelson et al., 2005; Rubin et al., 2009; Schmidt & Robinson, 1992).

5.3.1.4. Cognitive Component of Shyness. Shyness is strongly related to anticipation of social disapproval or public failure through increased self-consciousness and apprehension about being negatively evaluated by others (Buss, 1980, 1986; Buss & Plomin, 1984; Asendorpf, 1993; Crozier, 1999, 2010; Miller, 1995; Zimbardo et al., 1974). The activation of public self-consciousness requires shy individuals to achieve a perspective-taking ability (adopting other people’s perspectives; Asendorpf, 1989; Crozier, 1999; Litwinsky, 1950), but also the ability to monitor one’s own emotional responses, physiological symptoms, and social behaviour in terms of how they could affect others’ perceptions. This serves as a defensive attitude which protects against negative outcomes of interpersonal interactions (Crozier, 2010), and the anticipation of these outcomes is the core cognitive component of shyness. Paraphrasing Fritz Perls (1969), the founder of Gestalt therapy, shy individuals anticipate the future because they do not want to be part of it. In addition, each social situation (embedded in present, past, or future) involving cognitive assessments (recurrent/persevered, exaggerated, or anticipated) potentially threaten the individual and trigger social evaluation concerns, i.e., fear of being negatively assessed by others (Asendorpf, 1989, 1993; Denollet & Duijndam, 2019). Public self-consciousness is highly related to another, defensive form of self-consciousness which induces anxiety-based (threat-seeking) processing of information about oneself, and thus strongly narrows the field of awareness, suppresses abstract thinking, and weakens the top-down voluntary attention responsible for taking goal-directed and volitional activity (Zaborowski, 1987, 2000; Zaborowski & Ślaski, 2004). Defensively self-conscious individuals seek to avoid focusing on the self, and each attempt of raising their self-awareness makes them lapse into negative emotions and aversive states (Zaborowski, 1987, 2000).

Therefore, one might hypothesise that the heightened avoidance motivation of shy individuals makes them highly sensitive to any signals of social fear or threat, frustration of needs, or conflicted motives—also within the domain of cognitions which are not accessible to others. That serves as a perfect “breeding ground” for developing a defensive form of self-consciousness and cognitive reactivity (rather than flexibility) which might further favour negatively biased thinking patterns, lower self-esteem, and depressive symptoms (Zaborowski, 1987, 2000; Zaborowski & Ślaski, 2004).

5.3.1.5. Self-Image Component of Shyness. In one of his many scientific papers on shyness, Jonathan Cheek emphasised that “shy people are their own worst critics” (Cheek & Melchior, 1990, p. 66); through cognitive preoccupation with negative social assessments (which are sometimes not real, but rather imagined and attributed by a shy person) and negative auto-evaluation, they “nurture” low self-regard on their own. Despite low self-esteem having never been directly inscribed in any concept of shyness (it was considered rather one of its further characteristics or correlates), these variables seem to tightly cling together across empirical studies; regardless of whether shyness is considered holistically or its specific subtype is analysed (e.g., fearful vs. self-conscious; Schmidt & Robinson, 1992), it is moderate-to-highly related to low self-esteem (Briggs, 1988; Cheek & Buss, 1981; Cheek & Melchior, 1990; Coplan et al., 2004, 2013; Crozier, 1981a, 1981b, 1995; Miller, 1995). As a result of ongoing debates regarding the ontogenesis of both constructs (whether shyness is a cause or a consequence of low self-esteem; Cheek & Melchior, 1990; Crozier, 1981a), it was considered that, in the developmental context, low self-esteem is fostered by social-evaluative concerns and recognised as an outcome of experiencing social failures (Asendorpf, 1989; Buss, 1980, 1986; Nelson, Rubin, & Fox, 2005; Rubin et al., 2009). Due to this strong dependence on the self-esteem of shy individuals from the context of social and interpersonal situations (i.e., the course of these situations, but also to what extent they are “biased” by social assessments), self-esteem within the construct of shyness is labile; i.e., the self-esteem of a shy individual can easily be lowered by his or her own negative self-evaluation, for which social failure is a strong stimulus (Nelson et al., 2005; Rubin et al., 2009; Schmidt & Robinson, 1992). In addition, in every interaction with other people, shy people are accompanied by so called strong self-perceptions of their own traits, i.e., they are aware of their shyness, social incompetence, or low personal qualities at the baseline (e.g., Crozier, 1981a, 1981b; Henderson & Zimbardo, 1999; Jones, Briggs, & Smith, 1986; Zimbardo, 1977; Zimbardo et al., 1974), and put themselves in a disadvantaged position in relation to others. In this way, through a sense of inferiority, shyness primarily affects the social aspect of self-esteem, not necessarily its global, holistic image (Cheek & Melchior, 1990; Costa & McCrae, 1992; Maslow, 1939; Zimbardo, 1977); this can be treated optimistically in some perspectives, e.g., in a therapeutic context.

5.3.2. Modesty as a Form of Social Inhibition

Modesty is defined as *a form of dispositional social inhibition that is characterised by (1) the conviction of one's own mediocrity, conditional upon the experiences of not distinguishing oneself from others, not standing out and surpassing them in any respect (self-image component), as well as (2) a focus on confirming the belief that one is accepted (although not distinguished) by others, and monitoring one's own behaviour in the context of social standards and norms (cognitive component). These are revealed within (3) situations related to real social evaluation (especially positive) (situational context) through (4) feeling exposure embarrassment or abashment (emotional component) along with (5) refraining from (or modifying in such a way) activity related to being at the centre of others' attention (behavioural component).*

These five components of modesty are displayed in Figure 2 and briefly discussed below.

5.3.2.1. Self-Image Component of Modesty. Modesty includes a specific, moderate self-view and this is its key element that stands out even above behaviour, emotions, and other visible aspects of functioning (Ben-Ze'ev, 1993; Chen et al., 2009; Sedikides et al., 2007; Zheng et al., 2017). When recognised as a form of social inhibition, modesty is characterised by a conviction of one's own mediocrity which is conditioned by experiences of not distinguishing oneself from others, not standing out and surpassing them in any respect. Prototypically, this moderate self-evaluation is present both publicly and privately, i.e., this sense

of ordinariness accompanies modest individuals both when thinking about themselves as a subject of observation and evaluation of others, as well as their own self-reflection and analysis of their own perceptions, feelings, and behaviours (Gregg et al., 2008; Szmajke, 1999). The self-esteem of modest individuals, however, is also unstable when it comes to public self-consciousness, because it is easily threatened when modest individuals are at the centre of attention of others, but also when they receive signals—paradoxically especially those that are positive—directly related to a given individual, and flowing from the social environment (Chen et al., 2009; Du & Jonas, 2015; Shi et al., 2017). Being praised is contrary to the moderate self-esteem of modest individuals and might arouse fear of losing social bonds and acceptance of others as a result of standing out from them. Therefore, any experience associated with “standing out from the crowd” or surpassing others compensatively induces a decrease in self-esteem. Ultimately though, this drop affects explicit self-esteem, the so-called self-declared self-image, while maintaining the same level of implicit self-esteem or even strengthening it (e.g., in the case of Eastern cultures; Cai et al., 2011; Du & Jonas, 2015; Zheng et al., 2017). In the definitions of modesty, it is emphasised that modest individuals stay off the beaten track and avoid publicity, but do not lack self-worth, thus modesty cannot be directly associated with low self-esteem (Costa & McCrae, 1992; Gregg et al., 2008; Sedikides et al., 2007). Such an explicitly reduced attitude to oneself in response to positive social stimuli is often socially expected, especially in collective and Confucian cultures (e.g., the social norm in China is that the complimenter does not expect an agreement from the complimentee, nor does it mean that the individual does not think positively of oneself; Chen, 1993). Modesty, through the tempering of cognitive self-evaluations, is often recognised as a kind of culturally conditioned tactic or strategy for self-enhancement, but also other-enhancement and fostering group harmony (Bond, Kwan, & Li, 2000; Cai et al., 2011; Chen, 1993; Chen et al., 2009; Cialdini & De Nicolas, 1989). Although historically in Western cultures modesty was considered as a virtue, and its image was very close to the Far Eastern sense, nowadays it seems that it has not survived the test of time, because it is strongly obscured by the omnipresent cult of personality and the idea of individualism (Exline & Geyer, 2004; Peterson & Seligman, 2004). This kind of cultural mentality in the West makes modesty less desirable and socially appreciated, which can directly contribute to cross-cultural differences (especially when compared with Eastern cultures) in terms of its relation with both explicit and implicit self-esteem (Cai et al., 2011).

In conclusion, despite modesty carrying a moderate self-image, the instability of explicit self-esteem is in some way inscribed in this construct. Although modest individuals often are and thus present themselves as insecure in social situations—i.e., they explicitly often feel and show lowered self-esteem—this sensitive self-image is compensated by a securely rooted, positive implicit self-esteem (Gregg et al., 2008).

5.3.2.2. Cognitive Component of Modesty. Modesty encompasses a focus on confirming the belief that one is accepted by others, as well as monitoring one’s own behaviour in the context of social standards and norms. Modest people care about maintaining their positive image in the eyes of others—the image of a prosocial person who complies with socio-cultural norms; Asendorpf, 2010; Barbey, Krueger, & Grafman, 2009; Baumeister, Heatherton, & Tice, 1993; Crocker & Park, 2004; Sedikides et al., 2007; Spitzer, Fischbacher, Herrnberger, Grön, & Fehr 2007; Weissman, Perkins, & Woldorff, 2008; cf. Zheng et al., 2017)—as this is the basis for maintaining harmonious relationships and thinking about oneself as a member of the group (Xu et al., 2007, 2009). Through their attitude focused on good relations with others, modest individuals ensure self-protection because they regulate their behaviour, emotions, and thoughts so as not to pose any threat to others (Han, 2011; Hartman, 2015; Wood, 1989; cf. Sedikides et al., 2007), and unwittingly contribute to strengthening the self-esteem of others by providing them with a beneficial comparison (Vonk, 2002; cf. Sedikides et al., 2007). As one form of social inhibition, modesty draws from public

self-consciousness but also—as guided by the above-mentioned socio-adaptive motives—it alters it to the specific outer (or social) form of self-consciousness (Zaborowski, 1987, 2000; Zaborowski & Ślaski, 2004). This form enables awareness of social norms and standards that function in various situations along with relatively objective processing of information about oneself (Zaborowski, 1987, 2000; Zaborowski & Ślaski, 2004). It supports the individual in subordinating and internalising social norms and leads to a tendency to adapt and conform (Zaborowski & Ślaski, 2004). Therefore, social self-consciousness directly impacts individuals to modify their behaviour to meet certain standards (Zaborowski, 1987, 2000). Consequently, modest individuals are not only preoccupied with the need to be accepted by others but also tend to cognitively monitor their own emotional responses and behaviour in order to compare and adjust it to social standards. Although, in general, modesty leads to social adaptation, it may lead an individual to fall into a “trap” because it can also pose a risk to the development of traits of dependent personality disorder such as subordinating one’s own needs to the needs of others, excessive succumbing to the wishes of others, and difficulty in making independent decisions due to a lack of confidence in one’s own judgments (American Psychiatric Association, 2013; Simonelli & Parolin, 2020; World Health Organization, 1992, 2018).

5.3.2.3. Situational Context of Modesty. Modesty is likely to arise only within interpersonal interactions, especially those requiring some element of self-presentation (Tice, Butler, Muraven, & Stillwell, 1995). Yet modesty is deemed as a fundamentally social phenomenon (Whetstone, Okun, & Cialdini, 1992). It exhibits itself in a certain class of situations which are related to real, especially positive, social evaluations. Experimental research indicates at least two main circumstances for eliciting modest behaviour. Firstly, the awareness of one’s own strengths or success in a given situation (Cialdini & De Nicolas, 1989; Whetstone et al., 1992). Secondly, being surrounded by “a properly informed audience” (Cialdini & De Nicolas, 1989, p. 626; Baumeister & Jones, 1978), i.e., individuals who publicly notice and appreciate one’s strength or success, but notably friends or acquaintances who—unlike strangers—already possess some knowledge about the individual’s positive qualities or achievements (Tice et al., 1995). In this vein, exemplary triggers for disclosing dispositional modesty within social interactions are receiving positive feedback or praise, attracting the excessive attention of others, or comparing oneself with others (Chen, 1993; Cialdini & De Nicolas, 1989; Du & Jonas, 2015; Kobayashi & Greenwald, 2003; Markus & Kitayama, 1991; Shi et al., 2017; Whetstone et al., 1992).

5.3.2.4. Emotional Component of Modesty. Similarly to shyness, modesty also engages emotions related to the public self-consciousness, however, not those resulting from temperamentally conditioned negative emotionality, but rather from the inconvenience of the situation and being at the centre of others’ attention. Attention by others, especially in the form of praise or compliments, makes modest individuals receive signals about the self-image that deviate from their own moderate self-esteem, which they wish to maintain. Such a situation causes a certain kind of discomfort and such self-conscious emotions as exposure embarrassment and abashment, which secondarily motivate modest actions and social behaviour control (Hartman, 2015; Lewis, 2016). Maslow (1939) observed a similar reaction in his patients during clinical practice: When the nature of the situation was such that being objective was impossible or there was some suspicion about the therapist-investigator motive (e.g., the conversation concerned embarrassing issues such as sexual topics), modest patients could not continue the session without experiencing discomfort and embarrassment, but also reacted with inhibiting behaviour, and careful, cautious choice of words. However, these emotions, as reported in Maslow’s (1939) study, were not strong and self-referent enough to affect inner self-esteem. One can say, by analogy with the Lewis’s (2016) concept of evaluation embarrassment, the emotional elements of modesty, i.e., embarrassment and abashment, do not devastate self-esteem and accompany the individual as long as he or she

is in this embarrassing social event or at the centre of others' attention. Additionally, within social interactions, modesty engages positively emotive attitudes towards others; modest people are prosocial through their respect and kindness in relation to others (Chen, 1993; Gu, 1990), and because their reactions are desirable or adequate to the situation, they make a positive impression in contrast to people who are excessively self-deprecating or self-exalting (Schlenker & Leary, 1982). On the other hand, these modest characteristics might coexist with features of a dependent personality mentioned above as excessive submissiveness or subordinating one's own needs to the needs of others.

5.3.2.5. Behavioural Component of Modesty. Modesty manifests itself in refraining from the activities related with being at the centre of others' attention or modifying own actions in such a way to achieve that. In a broader perspective, modesty is related with limiting or modifying activities attractive to public attention, and such processes are hypothesised to be underpinned by the activation of higher cortical functions and neuronal pathways that underlie self-evaluation, self-regulation, and social cognition (Zheng et al., 2017). The inhibited behavioural response of modest individuals is strongly grounded in the ability to regulate goal-oriented interpersonal behaviour in order to adapt to social norms (Barbey et al., 2009; Baumeister et al., 2003; Crocker & Park, 2004; Sedikides et al., 2007; Spitzer et al., 2007; Weissman et al., 2008). Despite the fact that modesty is associated with avoiding attracting others' attention, personal restraint, and establishing relations with others in a careful and reserved manner (Chen et al., 2009), this is the result of a constructive interpersonal and prosocial orientation, beneficial for both parties in the interaction (Sedikides et al., 2007). Modesty is, thus, called the mechanism of social control consisting of restraint of one's emotions, goals, and behaviours for a greater good (Han, 2011; Hartman, 2015). Therefore, modesty, as opposed to shyness, contributes to increased socialisation of the individual, but in its own specific way: Modest individuals desire to be with others but at the same time want to "hide" in a group, and do not want to attract attention in a way that sustains social approval. However, this also runs the risk that modest individuals will succumb to excessive compliance, conformist behaviours and that subordinating to the benefit of others may lead to negligence of the one's own needs, personal growth or self-actualisation.

5.4. SOCIAL INHIBITION ENABLES THE AVOIDANCE OR PREVENTION OF SOCIAL NEGATIVE REINFORCEMENTS WHICH SERVES AS THE UNDERLYING MOTIVE OF THIS DISPOSITION

"Motives are the underlying wishes and desires that people possess" (Gable, 2006, p. 180) and form a reason for specific human behavioural, cognitive, and affective processes enabling their implementation (Gable & Gosnell, 2013). Social inhibition, when described in each domain of psychosocial functioning, is overcome or steeped by the underlying need to avoid or prevent negative social reinforcements either in the form of devaluation or loss of others' approval. Therefore, for example, according to Gable's (2006) approach, an avoidance model of social motivation, social inhibition is a kind of aversively oriented disposition which influences the individual in such a way that pleasing interactions are those that lack any sign of uncertainty or anxiety, whereas painful interactions are those that possess negative reinforcement such as rejection or negative social evaluation. However, avoidance and prevention of negative social reinforcements, as driven by social inhibition, can be seen in a twofold way, which is in line with our proposal of treating it as a construct of a dual nature. Namely, social inhibition in the form of shyness is motivated by *the avoidance of social devaluation and disapproval*, whereas in the form of modesty it is motivated by *a striving to maintain and prevent the loss of social approval* (see Figure 2). In both cases it protects an individual from experiencing social punishments—either more directly throughout receiving disapproval or more indirectly throughout losing approval.

5.5. TOWARDS SUMMARY AND CONCLUSIONS – COMPARING SHYNESS AND MODESTY WITHIN THE DUAL SOCIAL INHIBITION MODEL

To summarise and give a comprehensive picture of the dual nature of social inhibition, in this section we briefly stress the differences between shyness and modesty across definitional components reflecting the situational context, the domains of psychosocial functioning as well as the underlying motives which are concisely depicted in Figure 2.

1. **Situational context:** Both shyness and modesty are revealed within social interactions which include the element of social evaluation or that are particularly unfamiliar and unforeseen; however, they occupy opposite ends of the valence dimension of these evaluations. Shyness is activated mainly when being the object of (even conjectured) criticism or being frowned upon and stared at, especially in the presence of relevant figures such as authorities or potential romantic partners. In turn modesty is particularly activated within actual situations of being praised and complimented, or being a winner and the object of admiration. In addition, the key difference appears to be the reality of social evaluations—modesty relies upon actual on-site evaluations whereas shyness seems to be steeped in evaluations regardless of time (evaluations might be anticipated or recalled) and their factuality (evaluations might be actually experienced or only imagined by a shy person).
2. **Self-image component:** The self-esteem of socially inhibited individuals always relates to other people. It is highly contingent (i.e., prone to fluctuation) and generally lowered, being dependent on social exposure and interactions. However, shyness and modesty differ at a baseline level of self-esteem—shy individuals feel inferior to others whereas modest individuals instead feel no better than others. This is established and further supported by different kinds of social experiences such as social failures (to which shy individuals are particularly sensitive) or not distinguishing oneself from others and not surpassing them in any respect (which is what modest individuals strive for). Although in this way both dispositions share sensitive and rather low explicit self-esteem, the key underlying difference between them might be found within implicit self-esteem which is negative/insecure (for shyness) vs. positive/securely rooted (for modesty).
3. **Cognitive component:** Both shy and modest individuals are highly preoccupied with social evaluations and monitoring one's own behaviour on the basis of public self-consciousness. However, this preoccupation proceeds in clearly different way—shy individuals anticipate social failure or disapproval whereas modest individuals are instead focused on confirming a belief that one is accepted by others as a member of the group. This also translates into specific ways of monitoring oneself. Shy individuals process information about themselves in a defensive, threat-seeking mode and are particularly focused on body signals such as sweating, shivering, or blushing which relates to feeling unsafe and stressed. Modest individuals, in turn, compare their own behaviour and reactions to social standards, and are focused on regulating it in such a way so as not to violate these norms or arouse others' interest.
4. **Emotional component:** Social inhibition is characterised by feeling uncertain and tense in the presence of others. Because it is strongly affected by social evaluation, it covers a part of the spectrum of self-conscious emotions within which shyness causes more intense and sustained emotional responses as shame or evaluation embarrassment, and modesty causes more benign and transient responses closer to abashment or exposure embarrassment. Within shyness, the emotional response is stretched out over a longer period of time and related to negative evaluations which more globally “flood” the self (and thus lower self-esteem). Within modesty, the response is limited to the situation itself, and is rather ephemeral as well as less

- destructive and painful for the self. Moreover, shyness is a much more anxiety-based form of social inhibition due to its strong relationship with emotional reactivity.
5. Behavioural component: Social inhibition is behaviourally expressed in limiting goal-directed activity or self-protective behaviour aimed at avoiding social exposure, attention, and evaluation in a twofold way. On one hand shy individuals avoid social interactions ahead of the situation, stop social activity on-site or escape from it. On the other hand, modest individuals modify their behaviours to prevent or refrain from situations or activities that are related to being at the centre of social interest (such as being praised, awarded, distinguished).
 6. Underlying motive: Social inhibition is driven by avoiding and preventing negative social reinforcements. However, it can adopt the form of shy avoidance of social disapproval or the form of modest prevention of losing social approval. One could say that both shy and modest individuals do not want to attract the attention of others. However, the former realise this need outside the group and are aloof around others, whereas the latter realise it thorough hiding within a group and being its regular member.

In essence, shyness and modesty have a lot in common—they are both forms of social inhibition and contain elements that hinder functioning and pose a threat to psycho-social functioning (e.g., in terms of mental health or the quality of relationships with others). Nevertheless, the risks stemming from shyness is more severe as it is generally a less adaptive and socialised form of social inhibition (e.g., through less pro-social motivation and weaker internalisation of social norms, etc.). In modesty—although there is a risk of dependent personality features and “loss of self” for others—the threat is much smaller as modesty appears to be more adaptive and socialised, having some beneficial social potential. These latter aspects will become clear-cut as we move on to examine the outer borders of these two constructs, related to the extreme intensities of the negative elements of shyness and the positive elements of modesty.

6. BROADER THEORETICAL CONTEXT OF THE DUAL SOCIAL INHIBITION MODEL

To substantiate our approach to social inhibition, we decided to use an integrative and comprehensive personality model that can be treated as a matrix on which we could precisely locate reconceptualised shyness and modesty constructs and analyse their mutual relations in a broader theoretical perspective. Wiggins's (1995) IPC could serve as one such integrative framework; however, it seems to be too narrow in terms of analysing social inhibition: The IPC mostly emphasises motivations and behaviours, unlike emotions and cognitions, and grasps the aspects of Extraversion and Agreeableness to the greatest degree while simultaneously undervaluing the role of Neuroticism in interpersonal relations, which is crucial especially in the context of shyness. A much more extensive model on which we decided to lean when considering social inhibition is the Circumplex of Personality Metraits (CPM; Strus, Ciecuch, & Rowiński, 2014; Strus & Ciecuch, 2017). Although the CPM is a theoretical model based on a trait-structural approach to personality, it possessed a specific synthetizing potential that makes it possible to integrate many personality, temperamental, emotional, motivational and mental health constructs and models (Strus et al., 2014). And indeed, to date, empirical findings have supported such a potential of the CPM model (Strus & Ciecuch, 2017), additionally proving its value in understanding the relations among personality disorder categories, Dark Triad traits, various forms of narcissism, and other maladaptive or antisocial tendencies (Brud, Rogoza, & Ciecuch, 2020; Rogoza, Ciecuch, Strus, & Baran, 2019; Rogoza, Kowalski, & Schermer, 2019; Zawadzki, 2018).

6.1. THE CIRCUMPLEX OF PERSONALITY METATRAITS

The CPM model (Strus et al., 2014; Strus & Ciecuch, 2017) is an outcome of searching for a complex, theoretically and empirically (i.e., both deductively and inductively; Ciecuch & Strus, 2017) justified framework that would allow for the comprehensive integration of narrower or more specific psychological constructs that capture personality and human functioning across various areas (emotional, motivational, interpersonal, etc.). Currently, such a prevailing taxonomy is the Big Five/FFM (McCrae & Costa, 2003) which is based on the assumption that human personality can be described and organised within five universal, broad, and orthogonal dimensions, i.e., Neuroticism (vs. Emotional stability), Extraversion, Openness to Experience (or Intellect), Agreeableness, and Conscientiousness. Despite promising assumptions and thriving applications within scientific research, there are objections against the Big Five/FFM's fundamental status in personality science, which primarily refer to its atheoretical nature (Block, 2001), limited integrative potential, and non-orthogonality of distinguished dimensions (e.g., Becker, 1999). Echoing these concerns, a body of research over recent years has provided the evidence for the existence of the two-factor higher-order structure established above the Big Five/FFM (e.g., Becker, 1999; Digman, 1997; DeYoung, Peterson, & Higgins, 2002). These two basic dimensions are labelled as metatraits (DeYoung, 2015; DeYoung et al., 2002; Digman, 1997)—as they appear to be at the top of the personality hierarchy without a more general factor above it (DeYoung, 2015; Revelle & Wilt, 2013)—and are more specifically defined as: (1) Alpha/Stability, interpreted as stability across emotional, motivational, and social domains (DeYoung, 2015; DeYoung et al., 2002) or general socialisation tendency (Becker, 1999; Digman, 1997), and (2) Beta/Plasticity, interpreted as behavioural and cognitive engagement in new experiences (DeYoung, 2015; DeYoung et al., 2002) or an orientation towards personal growth (Digman, 1997; Becker, 1999). Both Alpha/Stability and Beta/Plasticity—treated as orthogonal axes—constitute the core of the CPM. They form a matrix, within which two further metatraits are determined: (3) Gamma/Integration, treated as a reinterpretation of Musek's (2007) the general factor of personality, and (4) Delta/Self-Restraint. Each metatrait in the CPM is a bipolar dimension, under which the opposite poles have their unique meaning and, thus, are defined separately as eight octants—four octants representing positive poles (Alpha-Plus/Stability, Beta-Plus/Plasticity, Gamma-Plus/Integration, Delta-Plus/Self-Restraint) and four negative albeit non-literal counterparts (Alpha-Minus/Disinhibition, Beta-Minus/Passiveness, Gamma-Minus/Dis-harmony, and Delta-Minus/Sensation-Seeking; Strus et al., 2014; Strus & Ciecuch, 2017). Such defined octants are organised within a circular structure in which—according to the logic of circumplex models—the predicted positive relation between adjacent octants (e.g., Alpha-Plus and Gamma-Plus) is depicted as an angle of 45° whereas the predicted null relation between orthogonal metatraits (e.g., Alpha and Beta) is depicted as an angle of 90° (see Wiggins, 1995; Wiggins et al. 1988).

Although Beta/Plasticity (as developed under a questionnaire approach to personality; see De Raad & Perugini, 2002) initially refers to the covariation of Extraversion and Openness to experience (Becker, 1999; DeYoung et al., 2002; Digman, 1997), studies on the psycho-lexical Big Two (i.e., Social Self-Regulation and Dynamism; e.g., Saucier, et al., 2014) as well as on integrating questionnaire and psycho-lexical Big Twos (Stability and Plasticity vs. Social Self-Regulation and Dynamism; Strus & Ciecuch, 2019; see Saucier et al., 2014) indicated that the central location of Neuroticism vs. Emotional stability in the CPM should be shifted from Alpha to Gamma. Therefore, Neuroticism—especially its internalising, self-conscious aspect—would be secondarily positively related to Beta-Minus/Passiveness (Strus & Ciecuch, 2019). The inspiration for such a reposition was found in the content of the psycho-lexical higher-order factor of Dynamism, which—through qualities

such as self-confidence and social competencies—reveals a consistent relation with Emotional Stability (Saucier & Srivastava, 2015; Saucier et al., 2014). To give an example, in the research by Saucier et al. (2014), adjectives such as “bold,” “timid,” and “shy” appeared as negative loadings of the Dynamism factor (i.e., the counterpart of Beta/Plasticity). All of these observations broadened the previous meaning of both poles of Beta and slightly changed the meaning of the poles of Delta (Rogoza, Cieciuch, & Strus, 2021; Strus & Cieciuch, 2017, 2019, 2021). It is likewise worth mentioning that recent research has supported the possibility of also integrating CPM with the HEXACO model—in this light the CPM is not indissolubly related to the Big Five/FFM, but integrates various personality taxonomies (Strus & Cieciuch, 2021). Of particular relevance, the factor of Honesty-Humility was located in Delta-Plus/Self-Restraint (Strus & Cieciuch, 2021), and that also has significant meaning for locating social inhibition (as a construct of a dual nature) within the CPM.

The refined version of the CPM model is presented in Figure 3 and definitions of each CPM metatrait are given in Table 1. With this background, the presence of the elements closely related to Neuroticism in the proposed conceptualisation of social inhibition—such as self-consciousness and social evaluation concerns, sense of insecurity built on threat sensitivity, and unstable self-esteem—serve as a premise for positioning social inhibition within Beta-Minus/Passiveness.

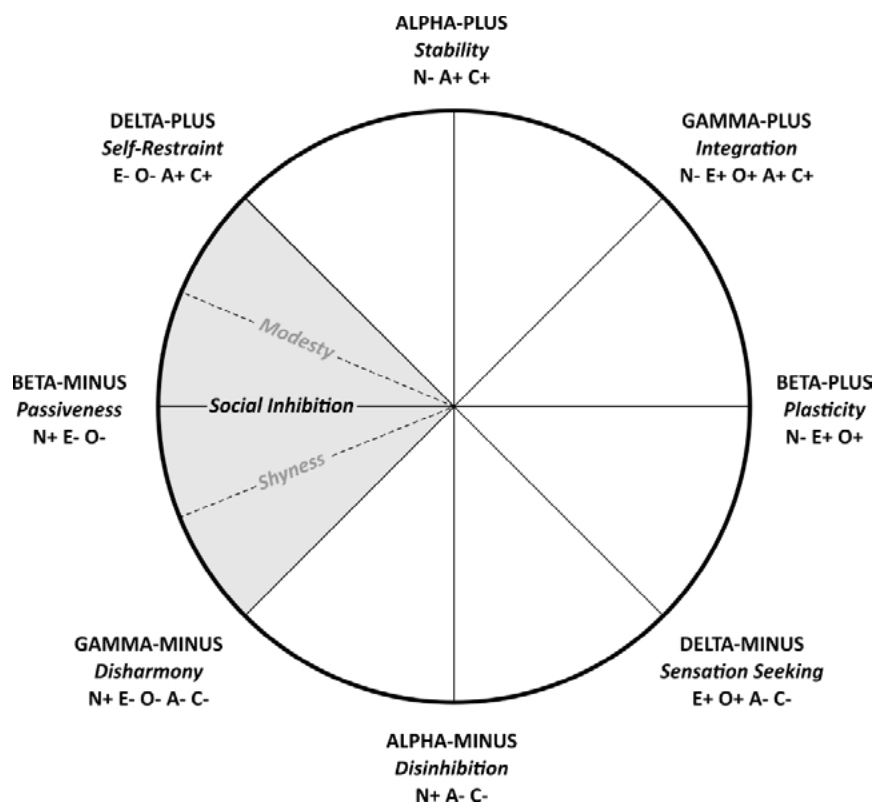


Figure 3. The Circumplex of Personality Metatraits and the Dual Social Inhibition Model (in grey)

Note. N = Neuroticism; E = Extraversion; O = Openness to Experience; A = Agreeableness; C = Conscientiousness; + means positive pole of the trait; – means negative pole of the trait. Adapted and modified from “The Circumplex of Personality Metatraits and the HEXACO model: Toward refinement and integration,” by W. Strus and J. Cieciuch, 2021, *Journal of Personality*, 89, 803–818 (<https://doi.org/10.1111/jopy.12616>). Copyright 2021 by the Wiley Periodicals LLC.

Table 1. Meaning of the Eight Metatraits in the Circumplex of Personality Metatraits

Metatrait	Big Five configuration	Meaning
Delta-Plus (Self-Restraint)	E-, O-, A+, C+ (N ₀)	Low emotionality (both negative and positive), high behavioural and emotional control, meticulousness, and perfectionistic tendencies as well as modesty, conventionality and severe social adjustment.
Alpha-Plus (Stability)	N-, A+, C+ (E ₀ , O ₀)	Stability in the area of emotional, motivational, and social functioning, expressed as a general social adaptation tendency, an ethical attitude towards the world, benevolence, and calmness, as well as the ability to delay gratification, diligence and perseverance.
Gamma-Plus (Integration)	N-, E+, O+, A+, C+	Well-being, a warm and prosocial attitude towards people, both intra- and interpersonal balance and harmony; serenity, openness to the world in all its richness, as well as endurance and effectiveness in attaining important goals.
Beta-Plus (Plasticity)	N-, E+, O+ (A ₀ , C ₀)	Cognitive and behavioural openness to change and engagement in new experiences, a tendency to explore, self-confidence, initiative and invention in social relations, as well as enthusiasm, and an orientation towards personal growth.
Delta-Minus (Sensation-Seeking)	E+, O+, A-, C- (N ₀)	Broadly defined impulsiveness, recklessness, emotional volatility, stimulation seeking and risk taking; self-enhancement and hedonistic tendencies as well as interpersonal dominance and expansiveness.
Alpha-Minus (Disinhibition)	N+, A-, C- (E ₀ , O ₀)	High level of antisocial tendencies underpinned by unsustainability, low frustration tolerance, and egotism, as well as aggression and antagonism towards people, social norms, and obligations.
Gamma-Minus (Disharmony)	N+, E-, O-, A-, C-	Inaccessibility, coldness and distrust in interpersonal relations; negative affectivity and low self-worthiness; depressiveness, pessimism, and proneness to suffer from psychological problems.
Beta-Minus (Passiveness)	N+, E-, O- (A ₀ , C ₀)	Social avoidance and timidity, together with submissiveness and dependency in close relationships; cognitive and behavioural passivity and inhibition; some type of stagnation, apathy and tendency for anhedonia.

Note. For abbreviations see Figure 3; 0 = medium level of trait intensity; - = low level of trait intensity; + = high level of trait intensity. Adapted from "Towards a model of Personality Competencies underlying social and emotional skills: Insight from the Circumplex of Personality Metatraits," by J. Ciecuch and W. Strus, *Frontiers in Psychology*, 12, 711323. Copyright 2021 by the Frontiers Media SA.

6.2. LOCATING THE DUAL SOCIAL INHIBITION WITHIN THE CPM

When placing social inhibition in the CPM space (Strus et al., 2014; Strus & Ciecuch, 2017), we must bear in mind that this construct is a part of a certain universe of personality dispositions which manifest only in a social and interpersonal context (Asendorpf, 1994; Buss, 1980; Denollet, 2000, 2005; Fox et al., 2015; Kagan et al., 1987; Karau & Williams, 1993; Klein & Mumper, 2018; Latané & Darley, 1968; McCarty & Karau, 2017). For this reason, when locating social inhibition (likewise any other psychosocial disposition) within the CPM one must focus on the content of the metatraits in this respect, i.e., how they manifest in the context of relationships with other people, including both their quantity (to what extent they are stimulating for the individual, which determines the degree of involvement, e.g., in initiating new relationships) and quality (how these relationships develop and how they affect the well-being of the individual and his or her further attitude to people, the world, social norms, etc.). In this vein, we posit that the key location for social inhibition within the CPM is the pole Beta-Minus/Passiveness which encompasses submissiveness and dependency in interpersonal relations, but also self-consciousness which seems to be crucial for controlling and inhibiting behaviour in social situations (Becker, 1999; Strus et al., 2014; Strus & Ciecuch, 2017). Thus, Beta-Minus/Passiveness may include both limiting, modifying, or inhibiting the goal directed activity (Denollet, 2000, 2013; Denollet & Duijndam, 2019; McCarty & Karau, 2017) and taking protective, avoidance-oriented

behaviours (Kochanska, 1991; Kagan et al., 1984; cf. Kagan, 2018) as ascribed to the concept of social inhibition. Such a location of social inhibition—which is the opposite to the tendency to explore and voluntarily engage in new experiences, likewise self-confidence, initiative and invention in social relations (characteristic for Beta-Plus/Plasticity; DeYoung et al., 2002)—also corresponds with its notion of particular sensitivity to new, unfamiliar social stimuli (Asendorpf, 1990; Buss, 1980; Cheek & Briggs, 1990; Cheek & Buss, 1981; Cheek & Krasnoperova, 1999; Kochanska, 1991; Poole et al., 2018).

Correspondingly, we posit locating shyness halfway between Beta-Minus/Passiveness and Gamma-Minus/Disharmony, whereas modesty is located halfway between Beta-Minus/Passiveness and Delta-Plus/Self-Restraint. In this way we stick to the assumption that both constructs—as forms of social inhibition—are rooted within Beta-Minus/Passiveness, but simultaneously tend to deviate towards adjacent poles, i.e., shyness towards Gamma-Minus/Disharmony, as this metatrait refers to negative affectivity and low self-worth (also in respect to other people), whereas modesty deviates towards Delta-Plus/Self-Restraint, as this metatrait includes high control over spontaneous social reactions and feelings, but also propriety and severe social adjustment. What is more, these locations are also supported by the central position of Neuroticism within Gamma-Minus/Disharmony, and Honesty-Humility within Delta-Plus/Self-Restraint (Strus & Cieciuch, 2021). Therefore, we hypothetically locate shyness and modesty exactly at an angle of $\pm 22.5^\circ$ to Beta-Minus/Passiveness. With this location, we also maintain the assumption of a mutual positive relation between these two constructs, which in the CPM space is expressed exactly as 45° . We present the hypothetical location of social inhibition and its two forms in Figure 3.

6.3. PRELIMINARY SUPPORT FROM A META-ANALYSIS ON THE RELATIONS OF SHYNESS AND MODESTY WITH BIG FIVE PERSONALITY TRAITS

To initially recognise the validity of our hypotheses regarding the location of dual social inhibition within the CPM (Strus et al., 2014; Strus & Cieciuch, 2017), we conducted two independent meta-analyses focused on the relationship of shyness and modesty with the Big Five personality traits. We did so because there is a lot of research communicating the relations between shyness and modesty with the Big Five (mainly as a side effect of the investigations on the Big Five/FFM structure), while there is relatively little research on the relations with metatraits (i.e., we found only individual articles about this relation – e.g., De Raad et al., 2018). In order to identify eligible studies, in November 2019 we searched the literature using two databases (PsycINFO and Google Scholar) for keywords “shyness” or “modesty,” and “Big Five” or “Five-Factor Model” or “Extraversion” or “Neuroticism” or “Agreeableness” or “Openness” or “Conscientiousness.” The final database for shyness included 218 effect sizes from 39 studies with 44 independent samples and a total of 23,369 participants, whereas the final database for modesty included 113 effect sizes from 20 studies with 25 independent samples and a total of 27,361 participants.¹ Detailed study characteristics are presented within Table 2.

¹ Databases and R code to reproduce our results, are available on the Open Science Framework: https://osf.io/wqj8z/?view_only=02047ca508b24e609c24a16cef4e5b32

Table 2. Meta-Analytical Studies Characteristics

Studied variable	Sample sizes		Age		Proportion of men		Effect sizes								
	<i>j</i>	Total <i>n</i>	Min-Max	<i>Md</i>	Min-Max	<i>M(SD)</i>	% Min-Max	<i>M(SD)</i>	<i>k</i>	E	N	A	O	C	% published
Shyness	39	23,369	29–9,172	314	1.5–47	18.32(11.18)	0–100%	41.99(22.43)	218	48	46	44	41	39	91%
Modesty	20	27,361	163–9,172	467	15–42	24.68(7.12)	22.77–62.87%	38.67(10.81)	113	22	25	23	21	22	96%

Note. *j* = number of studies, *k* = number of effect sizes, E = Extraversion, N = Neuroticism, A = Agreeableness, O = Openness to Experience, C = Conscientiousness.

Within the current study we applied a basic meta-analytic procedure elaborated by Buecker, Maes, Denissen, and Luhmann (2020) for the needs of investigating the relations of the Big Five personality traits and loneliness. Therefore, in order to calculate bivariate relations between the Big Five personality traits and shyness and modesty, we first converted effect sizes to Fisher's *Z* values to obtain unbiased estimates of the correlation coefficients (Shadish & Haddock, 2009; these values were then back-transformed in order to report *r* values for further interpretability and comparison purposes). Second, we corrected effect sizes for unreliability (Hunter & Schmidt, 2004), and third, we calculated meta-analytic estimates using robust variance estimation (Tanner-Smith & Tipton, 2014; Tanner-Smith, Tipton, & Polanin, 2016) and supplemented them with τ^2 , an estimate reflecting the magnitude of heterogeneity between study-average effects (Deeks, Higgins, & Altman, 2008) and *I*², an estimate which informs about the proportion of variance which occurs due to variability in true effects rather than sampling errors (Borenstein, Higgins, Hedges, & Rothstein, 2017; Fisher, Tipton, & Zhipeng, 2017; Higgins & Thompson, 2002). Meta-analytical estimates of the bivariate relations (both corrected and uncorrected for measurement unreliability; Hunter & Schmidt, 2004) of shyness and modesty with the Big Five personality traits are presented in Table 3.

Table 3. Meta-Analytical Estimates of the Bivariate Relations of Shyness and Modesty with Big Five Personality Traits

Big Five trait	Estimates corrected for measurement error							Uncorrected estimates				
	<i>j</i>	<i>k</i>	<i>df</i>	<i>r</i> ⁺	95% CI	<i>I</i> ²	τ^2	<i>r</i>	95% CI	<i>I</i> ²	τ^2	
Shyness												
Extraversion	35	48	33.64	-.53	[-.61, -.45]	99.10	0.128	-.50	[-.57, -.43]	95.87	0.053	
Neuroticism	33	46	31.64	.34	[.26, .43]	94.04	0.042	.31	[.23, .38]	93.87	0.034	
Agreeableness	30	44	27.98	-.16	[-.22, -.09]	88.38	0.019	-.14	[-.19, -.08]	88.70	0.016	
Openness	30	41	28.85	-.25	[-.33, -.18]	95.84	0.064	-.22	[-.28, -.15]	96.24	0.059	
Conscientiousness	28	39	26.16	-.19	[-.26, -.13]	88.31	0.020	-.17	[-.22, -.11]	89.11	0.018	
Modesty												
Extraversion	17	22	15.78	-.23	[-.32, -.13]	94.82	0.024	-.19	[-.27, -.11]	93.09	0.012	
Neuroticism	17	25	15.88	.02	[-.05, .09]	94.52	0.023	.02	[-.05, .08]	94.94	0.017	
Agreeableness	17	23	15.89	.26	[.17, .35]	93.54	0.021	.22	[.14, .30]	95.15	0.018	
Openness	16	21	14.98	-.14	[-.25, -.03]	98.10	0.067	-.12	[-.21, -.02]	98.24	0.050	
Conscientiousness	17	22	15.60	.05	[-.02, .12]	88.92	0.010	.04	[-.02, .10]	90.00	0.008	

Note. *j* = number of studies, *k* = number of effect sizes, *df* = degrees of freedom, *r*⁺ = meta-analytic correlation corrected for measurement error, 95% CI = 95% confidence interval, τ^2 = measure of heterogeneity, *I*² = proportion of variance due to variability in true effects rather than sampling error, *r* = meta-analytic correlation without correction.

The $I2$ estimate indicated substantial variance due to variability in true effects rather than sampling errors—for the uncorrected effect sizes it ranged from 88.70% to 96.24% for shyness and from 90% to 98.24% for modesty. When interpreting the magnitude of the effect sizes we used Gignac's and Szodorai's (2016) guidelines. Regarding shyness, the relations with extraversion ($r = -.50$, 95% CI $[-.57, -.43]$) and neuroticism ($r = .31$, 95% CI $[.23, .38]$) were the largest in magnitude, while the relations with openness ($r = -.22$, 95% CI $[-.28, -.15]$), conscientiousness ($r = -.17$, 95% CI $[-.22, -.11]$), and agreeableness ($r = -.14$, 95% CI $[-.19, -.08]$) were visibly smaller. These results perfectly corresponded with the hypothesised location of shyness in the CPM space, i.e., halfway between Beta-Minus/Passiveness and Gamma-Minus/Disharmony. For modesty, the picture is slightly less clear as the relations with agreeableness ($r = .22$, 95% CI $[.14, .30]$) and extraversion ($r = -.19$, 95% CI $[-.27, -.11]$) were (almost – in terms of extraversion) medium in magnitude, and relation with openness ($r = -.12$, 95% CI $[-.21, -.02]$) was low. Successively, the relation with neuroticism turned out to be null. This supports to a large extent, though not perfectly, the hypothesised location of modesty in the CPM space, i.e., halfway between Beta-Minus/Passiveness and Delta/Self-Restraint. The partial imperfection of these results, however, comes as no surprise due to controversies regarding lack of consistent conceptualisation of modesty within the literature—which seems to be especially disrupted by theoretical propositions that set modesty side by side with a construct of humility and treat modesty as a character strength (e.g., Ashton et al., 2014; Ashton & Lee, 2001, 2007; Davis et al., 2016; McElroy et al., 2014; Peterson & Seligman, 2004). The lack of adequacy of popular measurement models of modesty within personality research is likewise not negligible (e.g., Herrmann & Pfister, 2013; Vassend & Skrandal, 2011).

6.4. SETTING CONCEPTUAL BOUNDARIES OF SOCIAL INHIBITION WITHIN THE CPM

To exclude potential bias due to unclear definitions “it is important to decide where to draw the conceptual line” (Tangney, 2000, p. 74; see also Harris, 1984b; Hartling & Luchetta, 1999). This applies both to the relation between shyness and modesty—for which this conceptual line within the CPM (Strus et al., 2014; Strus & Cieciuch, 2017) is designated by the metatrait of Beta-Minus/Passiveness—and relations with so called “border constructs” for these two forms of social inhibition. Following the logic of the circumplex structure, potential borders of social inhibition should be hypothetically located at an angle of $\pm 45^\circ$ to Beta-Minus/Passiveness and, therefore, designated by the poles Gamma-Minus/Disharmony from the side of shyness and Delta-Plus/Self-Restraint from the side of modesty (see Figure 4).

In this way we get two spaces—between Gamma-Minus/Disharmony and Alpha-Minus/Disinhibition and between Delta-Plus/Self-Restraint and Alpha-Plus/Stability—which can accommodate psychosocial dispositions that are in some peripheral way related to shyness and modesty, but are in themselves strongly related to (or manifestations of) another dimension, which is orthogonal in relation to social inhibition (see Figure 4). This dimension is characterised by qualities that occur across social and interpersonal relations and which—within the CPM (Strus et al., 2014; Strus & Cieciuch, 2017)—are determined by Alpha (i.e., Alpha-Plus/Stability vs. Alpha-Minus/Disinhibition). Hence, the positive pole of this dimension encompasses a general tendency towards social adaptation and a highly socially desirable, ethical, and communal attitude towards other people which could be more simply labelled as *social inclusion* (Becker, 1999; Digman, 1997; cf. Strus et al., 2014; Strus & Cieciuch, 2017), whereas the negative pole encloses more externalising (e.g., anger, aggression) and more internalising (e.g., spitefulness, vindictiveness, or envy) problems, anti-social tendencies, and disregard for social norms and other people which could be more

simply labelled as *social antagonism* (Becker, 1999; DeYoung, Peterson, Seguin, & Tremblay, 2008; Saucier et al., 2014; cf. Strus et al., 2014; Strus & Ciecuch, 2017).

Although both shyness and modesty (as forms of social inhibition) are related to the dimension of social inclusion vs. social antagonism in a rather peripheral way (the hypothetical angular distance between shyness/modesty and the ends of this dimension is 67.5°), this dimension still has the potential to differentiate between these two constructs. Shyness—through a sense of inferiority and being different from others, and preoccupation with one's own feelings (especially anxiety and shame) in interpersonal relations, as well as avoidance (which is very close to the transition to isolating oneself)—corresponds to the internalising aspects of social antagonism. One of the reasons for this relation is the deceptive similarity of shyness and narcissistic vulnerability reported empirically and considered theoretically across the literature and research (e.g., Cheek, Hendin, & Wink, 2013; Hendin & Cheek, 1997; Kwiatkowska, 2018; Rogoza, Żemojtel-Piotrowska, Kwiatkowska, & Kwiatkowska, 2018; Wink, 1991). According to the theorists of narcissism, narcissistic vulnerability “involves hypervigilance to insults, and excessive shyness or interpersonal avoidance in order to retreat from perceived threats to self-esteem” (Kealy, & Rasmussen, 2012, p. 358). That kind of self-absorption, mistrust, distance, and closeness avoidance in interpersonal relations (Kealy, & Rasmussen, 2012), which is to some extent ascribed to social antagonism, is, in turn, quite the opposite of modesty which is rather closer to the “constructive social orientation” (Sedikides et al., 2007, p. 171) full of affiliation, gratitude and understanding in social relationships, and without any signs of hostility toward others (Sedikides, Campbell, Reeder, Elliot, & Gregg, 2002; cf. Sedikides et al., 2007) as represented by social inclusion. It is not without reason that, in positive psychology, modesty is deemed to be a character strength rather than a weaknesses (Peterson & Seligman, 2004); it supports an individual in building a sense of social adjustment and feeling part of a community, but also leads to general social acceptance (Sedikides et al., 2007). In this vein, social inclusion vs. social antagonism serves as the axis which neatly, although generally to a small extent, differentiates shyness and modesty as two forms of social inhibition. However, this axis gives rise to and utterly differentiates another two psychosocial dispositions which should not be considered as forms of social inhibition, but which share some characteristics of modesty and shyness (as border constructs) and are sometimes confused with them. In this way, in terms of potential candidates that are derived from the dimension of social inclusion vs. social antagonism but are still peripherally related to social inhibition, we recognise humility and humiliation/harm-proneness (see Figure 4).

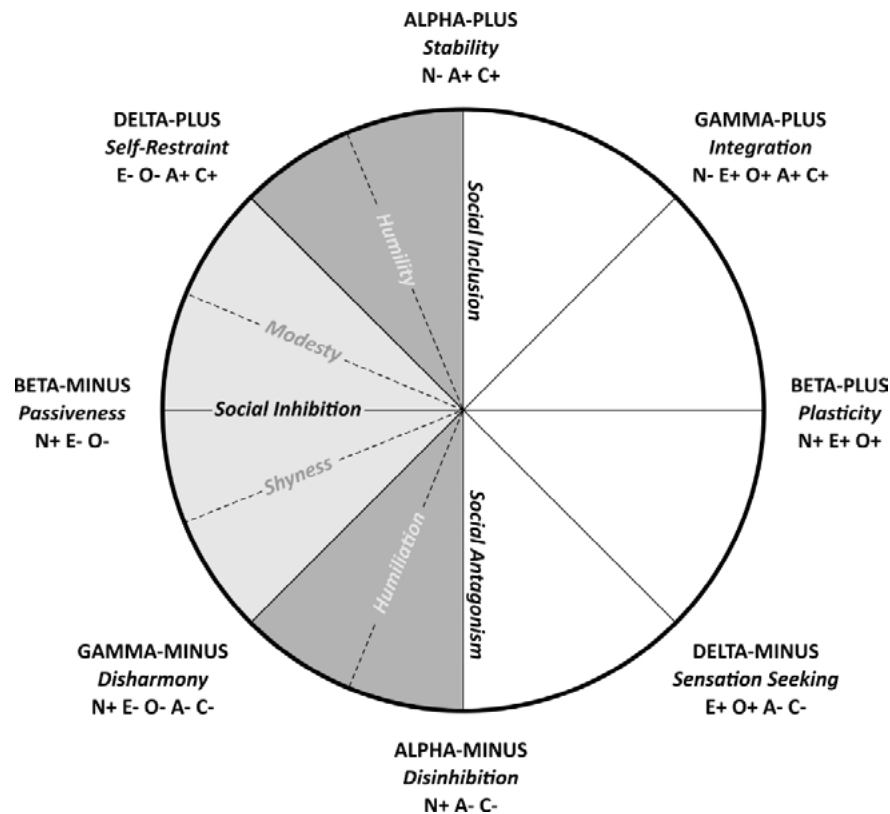


Figure 4. Conceptual Boundaries of the Dual Social Inhibition Model (in dark grey) as Designated by the Circumplex of Personality Metatraits

Note. N = Neuroticism; E = Extraversion; O = Openness to Experience; A = Agreeableness; C = Conscientiousness; + means positive pole of the trait; – means negative pole of the trait. Adapted and modified from “The Circumplex of Personality Metatraits and the HEXACO model: Toward refinement and integration,” by W. Strus and J. Ciecuch, 2021, *Journal of Personality*, 89, 803–818 (<https://doi.org/10.1111/jopy.12616>). Copyright 2021 by the Wiley Periodicals LLC.

6.5. TOWARDS SOCIAL INCLUSION: MODESTY AND HUMILITY.

Humility is a phenomenon investigated in theological, philosophical, and finally also in psychological science (Davis & Hook, 2014; Davis, Hook, McAnnally-Linz, Choe, & Placeres, 2017; Tangney, 2000). However, the psychological perspective is not unequivocal; humility is recognised as a virtue (Peterson & Seligman, 2004) and a value (Schwartz et al., 2012), but also as a personality trait (Davis, Worthington, & Hook, 2010; Lee & Ashton, 2004), or a state (Chancellor & Lyubomirsky, 2013; Kruse, Chancellor, & Lyubomirsky, 2017). Most of the conceptualisations grasp humility as a multifaceted construct; thus, to better facilitate the description of this phenomenon, researchers have made classifications and indicated its particular key elements, hallmarks, or attributes, such as accurate assessment of one’s abilities and achievements, ability to acknowledge one’s limitations, low self-focus, openness to advice, and appreciation of different world views (Chancellor & Lyubomirsky, 2013; Tangney, 2000). Also, Chancellor and Lyubomirsky (2013) shared markers for defining humility; they distinguished (1) personal hallmarks – including secure, accepting identity and freedom from distortion (i.e., “honest admission of weaknesses and imperfections”; p. 824; Lee & Ashton, 2004), and (2) relational hallmarks – including other-focus and egalitarian beliefs (“seeing others as having the same intrinsic value and importance as

oneself”; p. 827; Peterson & Seligman, 2004). A positive psychology perspective, however, slightly contrasts with the view of personality psychology which is much closer to the less attractive, “low self-esteem,” abasing—and definitely closer to modesty—conception of humility which is present in dictionaries, lexicons, and “ordinary people’s” minds (e.g., Gregg et al., 2008; Klein, 1992; Knight & Nadel, 1986; Langston & Cantor, 1988; Lee & Ashton, 2004; McElroy-Heltzel, Davis, DeBlaere, Worthington, & Hook, 2019; Weidman, Cheng, & Tracy, 2018; Weiss & Knight, 1980; cf. Tangney, 2000).

“Is it possible to create a measure that effectively differentiates between humility and modesty?” was one of the important questions concerning modesty and humility raised by Peterson and Seligman (2004, p. 475). Humility researchers already expressed their concerns about refining and consolidating definitions and measures of both constructs (Davis et al., 2011; Davis et al., 2016; McElroy et al., 2014), or even incorporating modesty into the definition of humility (McElroy-Heltzel et al., 2019). The reason for such exertions is twofold: Firstly, the content of a great deal of humility measures overlaps with modesty and its qualities (Davis & Hook, 2014; McElroy-Heltzel et al., 2019), and secondly, there are formerly introduced theoretical models of humility which include (interpersonal) modesty as one of their (central) subdomains (McElroy et al., 2014; Peterson & Seligman, 2004; cf. Davis et al., 2016). There have already been attempts to empirically verify the “unity” of both constructs via testing various structural models (Davis et al., 2016). However, these analyses were performed on the very imperfect measurement of modesty (i.e., based only on Modesty facet of the Honesty–Humility subscale of the HEXACO-PI; Lee & Ashton, 2004) which contains four items affected by the content characteristic not only for modesty but also for other constructs (e.g., two items directly fall into superiority which is also hypothesised to be a component of humility or narcissism; Davis et al., 2011).

Tangney (2000) devoted a small paragraph to the modesty–humility topic and crowned it by stating: “One might view modesty—in the sense of an accurate, unexaggerated estimation of one’s strengths—as a component of humility. However, this is not the whole story.” (p. 74). Despite the huge similarity, one can and should look for differences that could potentially distinguish between focal and other related but distinct concepts, at least for the sake of how this may impact the results of empirical research (Tangney, 2000). Firstly, the resemblance to a great degree relies on interpersonal aspects of modesty (McElroy-Heltzel et al., 2019); modesty is considered in terms of propriety related to specific social behaviours (Davis et al., 2016; Tangney, 2000). Humility and modesty are believed to share the same range of behaviours – a non-arrogant way of self-presentation which includes not showing off, boasting, bragging, or calling attention to the self (McElroy-Heltzel et al., 2019; Peterson & Seligman, 2004; Worthington & Allison, 2017). However, while humility is represented by a wide range of internal qualities, which are hard to counterfeit (e.g., “forgetting of the self”; Tangney, 2000), modesty is probably much easier to pretend (i.e., one can easily act modestly, while acting humble is less likely) due to its simple behavioural and socially desirable character (Davis et al., 2013). Such an approach unjustifiably rejects the possible existence of intrapersonal reality related to modesty – the fact is that it is truly hard to unambiguously grasp and define it. Secondly, modesty is closely related to compliance with socio-cultural standards, rules, and traditions, and is dependent on what is well-seen and what is not, especially in one’s social milieu (e.g., showing off in front of others or wearing clothes that draw people’s attention; Chen et al., 2009; Schwartz et al., 2012). Humility requires a more generalised and cross-cultural view and it may even be in conflict with certain cultural norms. Thirdly, both humility and modesty are similar in expression and behaviour (even when it comes to test item responses, which makes the self-report measurement of humility very difficult, cf. Davis et al., 2010), although their motivational source seems to be different. While modesty seems to be based on norms, conventions, or adapting to the environment with some specific intention (through the prism of inhibition the motivation

could be an aversion to social exposure and “being in the spotlight”), humility seems to be separate from conventions, as it is based on something more internal. This may be related to adequate self-esteem with a simultaneous pursuit of internal development – though not the development of oneself as an independent self-focused individual, but rather oneself in relation to the world and community, as part of something bigger. A humble person behaves gently and modestly because he or she is self-aware and free from any appraisals and, therefore, can focus on others and on the relationships that bind them. A modest person behaves modestly and cautiously because his or her sense of self depends on other-appraisals and comparisons with others (examining if one does not stick out from others), so he or she is more self-focused; therefore, following social standards, not demanding attention, and seeing oneself as ordinary (no worse and no better) might be a remedy for feeling better within oneself and boosting one’s self-esteem which seem to be slightly reduced at the baseline.

6.6. TOWARDS SOCIAL ANTAGONISM: SHYNESS AND HUMILIATION/HARM-PRONENESS.

Humiliation in psychology is, in turn, generally considered in terms of emotion, feeling, state, or experience (Elison & Harter, 2007; Hartling & Luchetta, 1999; Klein, 1991; Shaver, Schwartz, Kirson, & O’Connor, 1987; Walker & Knauer, 2011); however, it may be captured in terms of an emotional trait or disposition as well (i.e., humiliation- or harm-proneness; Tangney, 1990; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007). Together with three akin emotions— (1) shame – “more ‘public’ emotion arising from public exposure and disapproval of some shortcoming or transgression” (Tangney et al., 2007, p. 348), (2) guilt – “a more ‘private’ experience arising from self-generated pangs of conscience” (Tangney et al., 2007, p. 348), and (3) embarrassment – “an aversive state of mortification, abashment, and chagrin that follows public social predicaments” (Miller, 1995, p. 322)—humiliation establish a “shame family,” a group of self-conscious emotions where shame takes the reins and overlaps with the other three (Elison & Harter, 2007).

Humiliation as an emotional state (the feeling of being humiliated, not to humiliate), however, also has its own qualities and requires specific conditions. First, there must be an antecedent in the form of being lowered and “being dragged through the mud” in the eyes of others by, e.g., attack, harassment, mocking, teasing, ridiculing, or bullying (Klein, 1991; Hartling & Luchetta, 1999; cf. Elison & Harter, 2007). Secondly, humiliation typically involves more than a dyad: (1) the humiliated person who identifies himself or herself as a victim, (2) the perpetrator, and (3) the audience, which plays a key role because it brings whole situation into the public sphere (Hartling & Luchetta, 1999; Klein, 1991; Mann, Feddes, Leiser, Doosje, & Fischer, 2015; cf. Elison & Harter, 2007). Thirdly, it also requires a sense of unfairness (the feeling that being humiliated is not deserved) mixed with a simultaneously strong effect of self-concept congruence (i.e., the humiliated person sees oneself in a negative light at the baseline so the emotional response is more intense; Elison & Harter, 2007). It leads to high-intensity emotional reactions of embarrassment and anger toward others (Lewis, 1987) which reinforce the wide range of outward (retaliation or revenge labelled as humiliated fury; Klein, 1991; Thomaes, Stegge, Olthof, Bushman, & Nezlek, 2011) and inward behaviours (self-harm or suicide, desire to hide or escape), but also, in the long term, correlate in a similar way to sadness and depression (Elison & Harter, 2007; Harter, Low, & Whitesell, 2003; Klein, 1991). Although humiliation is mostly treated as a transient state or experience, it is defined in dispositional terms as well—one might distinguish individuals who are especially prone to feeling harmed and experience humiliation with the whole spectrum of related emotions and cognitions within social relations (e.g., sensitive delusions of reference).

Within the prototype approach (i.e., where it is assumed that features differ in their relatedness to the concept and there are no critical features of a concept; Rosch, 1975), humiliation is defined by “feeling powerless, small, and inferior in a situation in which one is brought down and in which an audience is present – which may contribute to these diminutive feelings – leading the person to appraise the situation as unfair and resulting in a mix of emotions, most notably disappointment, anger, and shame” (Elshout, Nelissen, & van Beest 2017, p. 1592). The content of this definition refers to central features; however, the authors pointed out several less important but still related constructs. Shyness is one such peripheral feature of humiliation; thus, there are certain reasons for a conceptual overlap between these two (Elshout et al., 2017). The strongest adhesive element of these two constructs is self-consciousness—the awareness of centrality of the social self and of exposure to social evaluation, which depend on one’s concern for what others may think of them (Miller, 1996, 2001, 2007). It elicits a feeling of being small, inferior, and decreases one’s self-esteem (Schmidt & Fox, 1995; Walker & Knauer, 2011). Shyness and humiliation/harm-proneness also share similar behavioural response in the form of withdrawal or avoidance (e.g., Asendorpf, 1990; Barstead et al., 2018; Elison & Harter, 2007; Elshout et al., 2017; Mann et al., 2015; Rodriguez Mosquera, Fischer, Manstead, & Zaalberg, 2008; Rubin et al., 2009; Rubin, Stewart, & Coplan, 1995). Particularly extreme shyness and humiliation are close to each other because both may serve as ascendants of mental disorders like depression or anxiety (Anderson & Harvey, 1988; Barstead et al., 2018; Collazzoni et al., 2015; Gilbert, 2000; Karevold, Ystrom, Coplan, Sanson, Mathiesen, 2012; Kendler, Hette- ma, Butera, Gardner, & Prescott, 2003; Klein, 1991; Poole et al., 2017; Rossetti et al., 2017).

Even though shyness and humiliation are peripherally related, one should also be aware of the following differences between them. Firstly, humiliation entails identification with the victim role and is related to the subjectively perceived harm done by the perpetrator in front of an audience (Elison & Harter, 2007; Elshout et al., 2017; Hartling & Luchetta, 1999; Klein, 1991; Mann et al., 2015), while shyness refers to a sense of discomfort in public or interpersonal situations in general, i.e., it motivates vigilance and avoidance of impending threat but does not require any kind of harm to appear (Schmidt & Poole, 2019). Secondly, they both elicit negative emotions but vary in emotional intensity and scope—humiliation/sense of harm is very intense and involves a blend of shame, guilt, anxiety, sadness, and anger (Elison & Harter, 2007; Elshout et al., 2017; Hartling & Luchetta, 1999). Shyness, in turn, is not as strong in expression and, to the greatest degree, it is related to anxiety, shame and embarrassment (Anderson & Harvey, 1988; Beer, 2002; Crozier, 2010; Miller, 1995; Otten & Jonas, 2014; Poole, et al., 2017; Poole et al., 2018; Rodriguez Mosquera et al., 2008; Thomaes et al., 2011). Thirdly, humiliation has a much broader clinical picture and much greater potential for the occurrence of psychopathological and antisocial phenomena; through acts of revenge and putting into practice a “tit for tat” rule, it is a trigger for outwardly directed violence but simultaneously it may elicit inwardly directed, auto-aggressive behaviours that are rather outside the scope of such a submissive and unassertive construct as shyness. To recap, both humiliation/harm-proneness and shyness are susceptible to activation of strong self-conscious and negative emotions, but whereas humiliation/harm-proneness leads to antisocial tendencies, hostility, antagonism, and disinhibition, shyness resorts to avoidance and inhibition.

6.7. COMPARING THE DUAL SOCIAL INHIBITION WITH HUMILIATION AND HUMILITY

To provide a brief although quite illustrative comparison between dual social inhibition and its hypothetical peripheral constructs, in Table 4 we outlined the similarities and differences across selected characteristics between the pairs of constructs: humiliation/harm-proneness

and shyness as well as modesty and humility. We included four comparison criteria: (1) social self-worth, (2) self-consciousness and cognitions, (3) dominant emotions as well as (4) social behaviour and interpersonal relations, as they reflect in some way the structure of definitional components (i.e., the domains of psychosocial functioning) distinguished in a proposed model of social inhibition. Such a parallel allows us to easily see the sinusoidal relations between the four psychosocial constructs according to their hypothetical locations within the CPM space. To illustrate how to interpret the table, two sample comparisons are demonstrated below.

Table 4. Similarities and Differences across Selected Characteristics between the Pairs of Constructs: Humiliation and Shyness, and Modesty and Humility

Selected characteristics	Humiliation	Shyness	Modesty	Humility
Social self-worth				
<i>Similarities</i>	Low level of global self-esteem		Moderate level of global self-esteem	
<i>Differences</i>	Sense of abasement maintained both privately and publicly, independent of current social reinforcements although highly absorbing negative evaluations, deep-rooted in pain experienced in relations with others	Sense of inferiority maintained publicly, dependent on perceived negative evaluation, and easily reinforced by social failures	Sense of mediocrity maintained publicly, dependent on perceived positive evaluation and easily threatened under praise, compliments, rewards	Sense of equality maintained both privately and publicly, rather stable and imperturbable by social evaluations and reinforcements, based on one's self-awareness and resilience
Self-consciousness and cognitions				
<i>Similarities</i>	Processing information about oneself on the basis of anxiety and threat, reduced openness to new information, perseverance of negative thoughts and perceptions, strong self-perception of a trait		Objectified and socialised way of processing information about oneself, standards and social norms dominate the process of self-evaluation and appraisal of the environment, weak self-perception of a trait	
<i>Differences</i>	Focus on both external (unpleasant social experiences) and internal (pervasive negative thoughts and feelings about oneself and others) contents, self-absorption	Focus on external content (appearance, social behaviour), pre-occupation with being negatively evaluated by others	Focus on external contents (compliance with social standards), bias against being distinguished by others	Focus on both external (respecting others) and internal (considering one's own internal states and personal worldviews, discovering their meaning) content, a broader perspective without social comparisons
Dominant emotions				
<i>Similarities</i>	High negative affectivity, intense and sustained emotional response		Low negative affectivity, benign and transient emotional response	
<i>Differences</i>	Predominance of mortification, self-pity, sense of harm, vindictiveness, and anger	Predominance of anxiety, evaluative embarrassment and shame	Predominance of exposure embarrassment and abashment	Predominance of acceptance and understanding toward oneself and others
Social behaviour and interpersonal relations				
<i>Similarities</i>	Avoiding or withdrawing from social relations		Maintaining affiliation and close social relations	
<i>Differences</i>	Isolating from others in a hostile manner, mistrust; oscillation between avoidance and passive-aggressive behaviours	Hiding outside the group, anxious avoidance and passiveness, intense physiological stress response, prompt withdrawal from social relations	Hiding inside the group, submissiveness and conformism, behaving in a socially desirable manner and being easily exploited by others	Being an integral part of the community, fostering non-evaluative social relations, being moral and treating others fairly

With the first example, within the domain of social self-worth, shyness and humiliation/harm-proneness are similar due to the low level of self-esteem in a global sense (see e.g., Schmidt & Fox, 1995; Walker & Knauer, 2011). However, whereas low self-esteem of shy individuals—a sense of inferiority—mostly refers to the explicit/public aspects of their self-view and thus is highly dependent on any signs of negative social evaluation or failure, the low self-esteem of humiliation-prone individuals—a sense of abasement—affects both the implicit/private and explicit/public aspect of their self-view due to the pain or rejection previously experienced in social relations and failure in developing a secure bond with others and oneself. The baseline level of self-esteem of humiliation-prone individuals is so low that it is not affected by any kind of social reinforcements—negative reinforcements are absorbed and only confirm the individual’s feeling of worthlessness, and positive reinforcements tend to be rejected or misinterpreted as deceit or an attempt to ridicule. In turn, they find any insights about themselves (self-criticism or awareness of one’s own mistakes and flaws) acutely painful and insuppressible because “they lack an integrated realistic sense of themselves” (Greenberg, 1996, p. 114). Although the level of self-esteem of shy individuals is low as well, it is susceptible to change depending on the signals received from others (see, e.g., Nelson et al., 2005; Rubin et al., 2009; Schmidt & Robinson, 1992): On one hand it might be easily lowered under any subtle signs of negative evaluation, while on the other it might be gradually heightened by positive social experiences and constructive (i.e., not exuberant and embarrassing) support.

With the second example, within the domain of self-consciousness and cognitions, modesty and humility are similar due to the same, outer form of self-consciousness, i.e., an objectified and socialised way of processing information about oneself, which means that standards and social norms dominate the process of self-evaluation and appraisal of the environment (Zaborowski, 1987, 2000; Zaborowski & Ślaski, 2004). What additionally connects both of these dispositions is the weak self-perception of a trait—both a modest and a humble individual will not describe themselves in this way alone—which makes their direct measurement, e.g., through adjective scales, rather difficult (see e.g., Davis et al., 2010). The difference, however, lies in the type of content on which modest and humble individuals focus: Whereas modest individuals strongly focus on external content, e.g., by ensuring that their behaviour complies with social standards (see, e.g., Sedikides et al., 2007; Zheng et al., 2017), humble individuals focus on both external and internal content, e.g., by both respecting the opinions and feelings of others as well as considering one’s own internal states and personal worldviews as well as discovering their meaning (see e.g., Chancellor & Lyubomirsky, 2013; Tangney, 2000). Modest individuals are too overwhelmed with what is happening around them and how they behave, which does not allow them to focus on their own inner feelings or answer the question of what they would really like for themselves. Humble individuals, in turn, can stop and maintain some kind of harmony between “listening” to others and oneself.

7. CONCLUSIONS AND FURTHER DIRECTIONS

Within the current paper we aimed to review the literature of social inhibition, examine the diversity of its existing conceptualisations, and identify substantial overlaps across closely kindred personality constructs, i.e., shyness and modesty, which possess inhibitory qualities as well. Consequently, we attempted to integrate previous investigations and propose a new approach to conceptualise social inhibition, considering (a) the complexity of this construct through the prism of various domains of psychosocial functioning (i.e., self-image, cognitive, emotional, and behavioural) and (b) the dual structure of this construct—represented

by shyness and modesty as two potential forms of social inhibition—that reflects its internal diversity. Furthermore, by locating the newly proposed model within a space of the CPM model (Strus et al., 2014; Strus & Ciecuch, 2017), we justified its legitimacy and precisely determined the hypothetical degree of mutual relation between shyness and modesty as two forms of social inhibition. Through supplementary meta-analyses of the relations of shyness and modesty with the Big Five personality traits, we confronted our theoretical proposition with a broad body of already existing empirical findings. Finally, using the circumplex structure of the CPM, we theoretically set conceptual boundaries designated by constructs of humiliation/harm-proneness and humility which are only peripherally related to social inhibition and seem to be derivatives of different social phenomena, namely social antagonism vs. social inclusion.

There are three potential directions for further development of the proposed model. The direction that naturally arises, and therefore indicated as the first, is empirical verification of the model. The indispensable step for that seems to be a precise re-operationalisation of shyness and modesty as two forms of social inhibition (i.e., coherently with the proposed re-conceptualisation of both constructs) and the construction of a valid and reliable measurement tool. Once we hypothetically combine our theoretical proposition with existing conceptualisations of social inhibition, shyness, and modesty, they should be tested in a set of empirical studies and, at best, within the circumplex approach through which one could prominently see and test the congruence between theoretical predictions and empirically derived locations (see Rogoza et al., 2021). It would also be desirable to control humiliation and humility as constructs peripheral to social inhibition. Hence, it would be advisable to include their measurement in future research as well.

In agreement with Kurt Lewin (1951), a good theory should have practical implications. Thus, the second direction could concern development of social inhibition as captured by the proposed model and investigation of its dynamic aspects (i.e., mechanisms, outcomes and causes). On one hand, further research could include the prediction of outcomes, such as well-being, pathology, interpersonal relationships, etc., and this knowledge could be further implemented in therapeutic interventions. On the other hand, future research could focus on investigating possible developmental paths of social inhibition and make an attempt to integrate the proposed model with thriving theoretical propositions based on developmental and temperamental psychology rather than on the personality approach. The developmental model of adaptive shyness subtypes of Poole and Schmidt (2020), where positive/adaptive shyness could be the antecedent of modesty whereas negative/non-adaptive shyness could be the antecedent of shyness, could serve as an example. Another suitable example could be the attachment theory with its two major dimensions of attachment anxiety and avoidance as crucial for interpersonal relationships and behaviour (see Shaver & Mikulincer, 2011). The question which is crucial here concerns the main bio-temperamental and socio-environmental factors responsible for development of social inhibition as well as determinants of the emergence of its specific form, that is shyness or modesty.

The third direction, in turn, could concern a broad theoretical extension of the model, which—as we elaborated within this paper—occupies a quarter of a circumplex space focused around the pole of social inhibition that is orthogonal to the dimension of social antagonism vs. social inclusion. The latter dimension enabled us to additionally distinguish humiliation and humility which, together with shyness and modesty, determined half of the circumplex space. Such a perspective seems to be a promising complement to Wiggins's (1995) interpersonal model (IPC) and creates a possibility for developing a comprehensive *social circumplex model*. However, a complete and closed circumplex space of psychosocial dispositions is still a long way away and requires answers to questions about the opposite pole of social inhibition and the other half of the circumplex space that would accommodate the opposite of humiliation, shyness, modesty, and humility. On the other hand, this

would also provide an exhaustive rationale that all these four variables belong to the same level of personality organization.

ACKNOWLEDGEMENTS

Maria M. Kwiatkowska received funding from Diamond Grant program 0101/DIA/2017/46 from the Polish Ministry of Science and Higher Education.

REFERENCES

References marked with an asterisk (*) indicate studies included in the meta-analyses.

- *Afshan, A., Askari, I., & Manickam, L.S.S. (2015). Shyness, self-construal, extraversion–introversion, neuroticism, and psychoticism: A cross-cultural comparison among college students. *SAGE Open*, *5*, 1–8. <https://doi.org/10.1177/2158244015587559>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, C.A., & Harvey, R.J. (1988). Discriminating between problems in living: An examination of measures of depression, loneliness, shyness, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *6*, 482–491. <https://doi.org/10.1521/jscp.1988.6.3-4.482>
- *Arslan, C., Bülbül, A.E., & Büyükbayraktar, Ç.G. (2017). The predictive role of emotional intelligence on personality and shyness. *Universal Journal of Educational Research*, *5*, 1835–1842. <https://doi.org/10.13189/ujer.2017.051022>
- Asendorpf, J.B. (1989). Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 481–492. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.3.481>
- Asendorpf, J.B. (1990). Beyond social withdrawal: Shyness, unsociability, and peer avoidance. *Human Development*, *33*, 250–259. <https://doi.org/10.1159/000276522>
- Asendorpf, J.B. (1993). Beyond temperament: A two-factorial coping model of the development of inhibition during childhood. In K.H. Rubin & J. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 265–289). Hove, UK: Erlbaum.
- Asendorpf, J.B. (1994). The malleability of behavior inhibition: A study of individual developmental functions. *Developmental Psychology*, *30*, 912–919. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.6.912>
- Asendorpf, J.B. (2010). Long-term development of shyness: Looking forward and looking backward. In K.H. Rubin & R.J. Coplan (Eds.), *The development of shyness and social withdrawal* (pp. 157–175). New York, NY: Guilford.
- *Asendorpf, J.B., & Denissen, J.J.A. (2006). Predictive validity of personality types versus personality dimensions from early childhood to adulthood: Implications for the distinction between core and surface traits. *Merrill-Palmer Quarterly*, *52*, 486–513. <https://www.jstor.org/stable/23096204>
- *Asendorpf, J.B., & Wilpers, S. (1998). Personality effects on social relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 1531–1544. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1531>
- Ashton, M.C., & Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality*, *15*, 327–353. <https://doi.org/10.1002/per.417>
- Ashton, M.C., & Lee, K. (2002). Six independent factors of personality variation: A response to Saucier. *European Journal of Personality*, *16*, 63–75. <https://doi.org/10.1002/per.433>
- *Ashton, M.C., & Lee, K. (2005). Honesty-Humility, the Big Five, and the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, *73*, 1321–1354. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00351.x>
- 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>
- Ashton, M.C., & Lee, K. (2020). Objections to the HEXACO model of personality structure—And why those objections fail. *European Journal of Personality*, *34*, 492–510. <https://doi.org/10.1002/per.2242>
- Ashton, M.C., Lee, K., & de Vries, R.E. (2014). The HEXACO honesty-humility, agreeableness, and emotionality factors: A review of research and theory. *Personality and Social Psychology Review*, *18*, 139–152. <https://doi.org/10.1177/1088868314523838>
- Ashton, M.C., Lee, K., Perugini, M., Szarota, P., De Vries, R.E., Di Blas, L., . . . & De Raad, B. (2004). A six-factor structure of personality-descriptive adjectives: Solutions from psycholexical studies in seven languages. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*, 356–366. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.356>

- *Ashton, M.C., Lee, K., & Son, C. (2000). Honesty as the sixth factor of personality: Correlations with Machiavellianism, primary psychopathy, and social adroitness. *European Journal of Personality, 14*, 359–368. [https://doi.org/10.1002/1099-0984\(200007/08\)14:4<359::AID-PER382>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<359::AID-PER382>3.0.CO;2-Y)
- *Baardstu, S., Coplan, R.J., Karevold, E.B., Laceulle, O.M., & von Soest, T. (2020). Longitudinal pathways from shyness in early childhood to personality in adolescence: Do peers matter? *Journal of Research on Adolescence, 30*, 362–379. <https://doi.org/10.1111/jora.12482>
- *Babarović, T., & Šverko, I. (2013). The HEXACO personality domains in the Croatian sample. *Društvena istraživanja – Časopis za opća društvena pitanja, 22*, 397–411. <https://doi.org/10.5559/di.22.3.01>
- Bach, B., & First, M.B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry, 18*:351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Back, M.D., & Kenny, D.A. (2010). The Social Relations Model: How to understand dyadic processes. *Social and Personality Psychology Compass, 4*, 855–870. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00303.x>
- *Back, M.D., Penke, L., Schmuckle, S.C., Sachse, K., Borkenau, P., & Asendorpf, J.B. (2011). Why mate choices are not as reciprocal as we assume: The role of personality, flirting and physical attractiveness. *European Journal of Personality, 25*, 120–132. <https://doi.org/10.1002/per.806>
- Baldwin, J.M. (1894). Bashfulness in children. *Educational Review, 8*, 434–441.
- Barbey, A.K., Krueger, F., & Grafman, J. (2009). An evolutionarily adaptive neural architecture for social reasoning. *Trends in Neurosciences, 32*, 603–610. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2009.09.001>
- Barford, K.A., Zhao, K., & Smillie, L.D. (2015). Mapping the interpersonal domain: Translating between the Big Five, HEXACO, and Interpersonal Circumplex. *Personality and Individual Differences, 86*, 232–237. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.038>
- Barker, T.V., Buzzell, G.A., & Fox, N.A. (2019). Approach, avoidance, and the detection of conflict in the development of behavioral inhibition. *New Ideas in Psychology, 53*, 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2018.07.001>
- Barstead, M.G., Smith, K.A., Laursen, B., Booth-LaForce, C., King, S., & Rubin, K.H. (2018). Shyness, preference for solitude and adolescent internalizing: The roles of maternal, paternal, and best-friend support. *Journal of Research on Adolescence, 28*, 488–504. <https://doi.org/10.1111/jora.12350>
- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., & Tice, D.M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 141–156. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.1.141>
- Baumeister, R.F., & Jones, E.E. (1978). When self-presentation is constrained by the target's knowledge: Consistency and compensation. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 608–618. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.36.6.608>
- *Bağ, W. (2016). Personality predictors of anger. The role of FFM traits, shyness, and self-esteem. *Polish Psychological Bulletin, 47*, 373–382. <https://doi.org/10.1515/ppb-2016-0044>
- Beaton, E.A., Schmidt, L.A., Schulkin, J., & Hall, G.B. (2010). Neural correlates of implicit processing of facial emotions in shy adults. *Personality and Individual Differences, 49*, 755–761. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.021>
- 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)
- Beer, J.S. (2002). Implicit self-theories of shyness. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 1009–1024. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.1009>
- Ben-Ze'ev, A. (1993). On the virtue of modesty. *American Philosophical Quarterly, 30*, 235–246. <https://www.jstor.org/stable/20014461>
- 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>
- Bond, M.H., Kwan, V.S.Y., & Li, C. (2000). Decomposing a sense of superiority: The differential social impact of self-regard and regard for others. *Journal of Research in Personality, 34*, 537–553. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2000.2297>
- Borenstein, M., Higgins, J.P.T., Hedges, L.V., & Rothstein, H.R. (2017). Basics of meta-analysis: I2 is not an absolute measure of heterogeneity. *Research Synthesis Methods, 8*, 5–18. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1230>
- Bornstein, R.F. (2012). From dysfunction to adaptation: An interactionist model of dependency. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 291–316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143058>
- *Bratko, D., Vukosav, Ž., Zarevski, P., & Vranić, A. (2002). The relations of shyness and assertiveness traits with the dimensions of the five-factor model in adolescence. *Review of Psychology, 9*, 17–23. Retrieved from <https://hrcak.srce.hr/file/5010>
- Britannica, T. Editors of Encyclopaedia (2014, February 3). *Conflict*. *Encyclopedia Britannica*. Retrieved from <https://www.britannica.com/science/conflict-psychology>
- Brown, J.D., & Marshall, M.A. (2006). The three faces of self-esteem. In M.H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 4–9). New York, NY: Psychology Press.
- Brud, P.P., Rogoza, R., & Cieciuch, J. (2020). Personality underpinnings of dark personalities: An example of Dark Triad and deadly sins. *Personality and Individual Differences, 163*, 110085. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110085>
- Buecker, S., Maes, M., Denissen, J.J.A., & Luhmann, M. (2020). Loneliness and the Big Five personality traits: A meta-analysis. *European Journal of Personality, 34*, 8–28. <https://doi.org/10.1002/per.2229>
- Buhrmester, M.D., Blanton, H., & Swann, W.B., Jr. (2010). Implicit self-esteem: Nature, measurement, and a new way forward. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*, 365–385. <https://doi.org/10.1037/a0021341>
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.

- Buss, A.H. (1986). A theory of shyness. In W.H. Jones, J.M. Cheek, & S.R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 39–46). New York: Plenum.
- Buss, A.H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cai, H., Sedikides, C., Gaertner, L., Wang, C., Carvallo, M., Xu, Y., ... Jackson, L.E. (2011). Tactical self-enhancement in China: Is modesty at the service of self-enhancement in East Asian culture? *Social Psychological and Personality Science*, 2, 59–64. <https://doi.org/10.1177/1948550610376599>
- *Caprara, G.V., Steca, P., Cervone, D., & Artisticco, D. (2003). The contribution of self-efficacy beliefs to dispositional shyness: On social-cognitive systems and the development of personality dispositions. *Journal of Personality*, 71, 943–970. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.7106003>
- Cattell, R.B. (1965). *The scientific analysis of personality*. London, UK: Penguin.
- Cavigelli, S.A. (2018). Behavioral inhibition in rodents: A model to study causes and health consequences of temperament. In K. Pérez-Edgar & N.A. Fox (Eds.), *Behavioral inhibition: Integrating theory, research, and clinical perspectives* (pp. 35–58). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98077-5_3
- Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2013). Humble beginnings: Current trends, state perspectives, and hallmarks of humility. *Social and Personality Psychology Compass*, 7, 819–833. <https://doi.org/10.1111/spc3.12069>
- Cheek, J.M., & Briggs, S.R. (1990). Shyness as a personality trait. In W.R. Crozier (Ed.), *Shyness and embarrassment, perspectives from social psychology* (pp. 315–337). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Cheek, J.M., & Buss, A.H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 330–339. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.41.2.330>
- Cheek, J.M., Hendin, H.M., & Wink, P.M. (2013, June). *An expanded version of the Hypersensitive Narcissism Scale (The Maladaptive Covert Narcissism Scale)*. Poster presented at the 3rd Biennial Conference of the Association for Research in Personality, Charlotte, NC.
- Cheek, J.M., & Krasnoperova, E.N. (1999). Varieties of shyness in adolescence and adulthood. In L.A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 224–250). New York, NY: Oxford University Press.
- Cheek, J.M., & Melchior, L.A. (1990). Shyness, self-esteem, and self-consciousness. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 47–82). New York, NY: Plenum. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2504-6_3
- Chen, R. (1993). Responding to compliments: A contrastive study of politeness strategies between American English and Chinese speakers. *Journal of Pragmatics*, 20, 49–75. [https://doi.org/10.1016/0378-2166\(93\)90106-Y](https://doi.org/10.1016/0378-2166(93)90106-Y)
- Chen, S.X., Bond, M.H., Chan, B., Tang, D., & Buchtel, E.E. (2009). Behavioral manifestations of modesty. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40, 603–626. <https://doi.org/10.1177/0022022108330992>
- Chiu, C.-Y., Wan, C., Cheng, S.Y.-Y., Kim, Y.-H., & Yang, Y.-Y. (2011). Cultural perspectives on self-enhancement and self-protection. In M.D. Alicke & C. Sedikides (Eds.), *Handbook of self-enhancement and self-protection* (pp. 425–451). New York, NY: Guilford.
- Gialdini, R.B., & De Nicholas, M.E. (1989). Self-presentation by association. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 626–631. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.626>
- Cieciuch, J., & Strus, W. (2017). Two-factor model of personality. In V. Zeigler-Hill & T.K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1–16). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2129-1
- Cieciuch, J., & Strus, W. (2021). Towards a model of Personality Competencies underlying social and emotional skills: Insight from the Circumplex of Personality Metatraits. *Frontiers in Psychology*, 12, 711323. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711323>
- *Cieciuch, J., Toczyłowska-Niemiec, K., & Barbaranelli, C. (2016). Kwestionariuszowy pomiar pięciu cech osobowości dzieci dorastających. Polska adaptacja Big Five Questionnaire-Children (BFQ-C) [Questionnaire measurement of five personality traits in children and adolescents: A Polish adaptation of the Big Five Questionnaire-Children (BFQ-C)]. *Psychologia Rozwojowa*, 21, 73–85. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.16.011.5089>
- Collazzoni, A., Capanna, C., Bustini, M., Marucci, C., Prescenzo, S., Ragusa, M., Tosone, A., Di Ubaldo, V., Stratta, P., & Rossi, A. (2015). A comparison of humiliation measurement in a depressive versus non-clinical sample: A possible clinical utility. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1218–1224. <https://doi.org/10.1002/jclp.22212>
- Coplan, R.J., Prakash, K., O'Neil, K., & Armer, M. (2004). Do you “want” to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology*, 40, 244–258. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.244>
- Coplan, R.J., Rose-Krasnor, L., Weeks, M., Kingsbury, A., Kingsbury, M., & Bullock, A. (2013). Alone is a crowd: Social motivations, social withdrawal, and socioemotional functioning in later childhood. *Developmental Psychology*, 49, 861–875. <https://doi.org/10.1037/a0028861>
- Coplan, R.J., & Weeks, M. (2010). Unsociability and the preference for solitude in childhood. In K.H. Rubin & R.J. Coplan (Eds.), *The development of shyness and social withdrawal* (pp. 64–83). New York, NY: Guilford.
- Corr, P.J. (2009). Lęk i behawioralny system hamowania [Anxiety and the behavioural inhibition system]. In M. Fajkowska & B. Szymura (Eds.), *Lęk. Geneza-Mechanizmy-Funkcje [Anxiety. Genesis-Mechanisms-Functions]* (pp. 50–76). Warsaw, Poland: Scholar.
- Corr, P.J., DeYoung, C.G., & McNaughton, N. (2013). Motivation and personality: A neuropsychological perspective. *Social and Personality Psychology Compass*, 7, 158–175. <https://doi.org/10.1111/spc3.12016>
- Corr, P.J., & McNaughton, N. (2008). Reinforcement Sensitivity Theory and personality. In P.J. Corr (Ed.), *The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality* (pp. 155–187). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- *Costa, A.R.L., Jesuino, A.D.S.A., de Souza Lima, N.R., & Shu, F. (2019). Adaptation and validation of HEXACO-PI-R to a Brazilian sample adaptation of HEXACO-PI-R to Brazilian sample. *Personality and Individual Differences*, 147, 280–284. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.044>

- Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa Jr, P.T., & McCrae, R.R. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64, 21–50. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6401_2
- Costa Jr, P.T., McCrae, R.R., & Dye, D.A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12, 887–898. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90177-D](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90177-D)
- Crocker, J., Luhtanen, R.K., Cooper, M.L., & Bouvrette, A. (2003). Contingencies of self-Worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 894–908. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.894>
- Crocker, J., & Park, L.E. (2004). Reaping the benefits of pursuing self-esteem without the costs? Reply to DuBois and Flay (2004), Sheldon (2004), and Pyszczynski and Cox (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 430–434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.430>
- *Crowe, M.L., Lynam, D.R., & Miller, J.D. (2018). Uncovering the structure of agreeableness from self-report measures. *Journal of Personality*, 86, 771–787. <https://doi.org/10.1111/jopy.12358>
- Crozier, W.R. (1981a). Explanations of social shyness. *Current Psychological Reviews*, 2, 47–59. <https://doi.org/10.1007/BF02684454>
- Crozier, W.R. (1981b). Shyness and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, 20, 220–222. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1981.tb00537.x>
- Crozier, W.R. (1995). Shyness and self-esteem in middle childhood. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 85–95. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1995.tb01133.x>
- Crozier, W.R. (1999). Individual differences in childhood shyness: Distinguishing fearful and self-conscious shyness. In L.A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 14–29). New York, NY: Oxford University Press.
- Crozier, W.R. (2010). Shyness and the development of embarrassment and the self-conscious emotions. In K.H. Rubin & R.J. Coplan (Eds.), *The development of shyness and social withdrawal* (pp. 42–63). New York, NY: Guilford.
- *Dametto, D.M., & Noronha, A.P.P. (2021). Study between personality traits and character strengths in adolescents. *Current Psychology*, 40, 2067–2072. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0146-2>
- Darwin, C. (1872/1965). *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Davis, D.E., & Hook, J.N. (2014). Humility, religion, and spirituality: An endpiece. *Journal of Psychology and Theology*, 42, 111–117. <https://doi.org/10.1177/009164711404200112>
- Davis, D.E., Hook, J.N., Worthington, E.L., Jr., Van Tongeren, D.R., Gartner, A.L., Jennings, D.J., II, & Emmons, R.A. (2011). Relational humility: Conceptualizing and measuring humility as a personality judgment. *Journal of Personality Assessment*, 93, 225–234. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.558871>
- Davis, D.E., Hook, J.N., McAnnally-Linz, R., Choe, E., & Placeres, V. (2017). Humility, religion, and spirituality: A review of the literature. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9, 242–253. <https://doi.org/10.1037/rel0000111>
- Davis, D.E., McElroy, S.E., Rice, K.G., Choe, E., Westbrook, C., Hook, J.N., Van Tongeren, D.R., DeBlaere, C., Hill, P., Placeres, V., & Worthington, E.L., Jr. (2016). Is modesty a subdomain of humility? *The Journal of Positive Psychology*, 11, 439–446. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1117130>
- Davis, D.E., Worthington, E.L., Jr., & Hook, J.N. (2010). Humility: Review of measurement strategies and conceptualization as personality judgment. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 243–252. <https://doi.org/10.1080/17439761003791672>
- Davis, D.E., Worthington, E.L., Jr., Hook, J.N., Emmons, R.A., Hill, P.C., Bollinger, R.A., & Van Tongeren, D.R. (2013). Humility and the development and repair of social bonds: Two longitudinal studies. *Self and Identity*, 12, 58–77. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.636509>
- Deeks, J.J., Higgins, J.P.T., & Altman, D.G. (2008). Analysing data and undertaking meta-analyses. In J.P.T. Higgins & S. Green (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: Cochrane Book Series* (pp. 243–296). Chichester, UK: Wiley.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255–266. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00177-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00177-X)
- Denollet, J., & Duijndam, S. (2019). The multidimensional nature of adult social inhibition: Inhibition, sensitivity and withdrawal facets of the SIQ15. *Journal of Affective Disorders*, 245, 569–579. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.035>
- DeYoung, C.G. (2010). Mapping personality traits onto brain systems: BIS, BAS, FFFS, and beyond. *European Journal of Personality*, 24, 404–407. <https://doi.org/10.1002/per.780>
- DeYoung, C.G. (2015). Cybernetic Big Five theory. *Journal of Research in Personality*, 56, 33–58. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.07.004>
- 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>
- DeYoung, C.G., Quilty, L.C., & Peterson, J.B. (2007). Between facets and domains: 10 Aspects of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 880–896. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.5.880>

- DeYoung, C.G., Weisberg, Y.J., Quilty, L.C., & Peterson, J.B. (2013). Unifying the aspects of the Big Five, the Interpersonal Circumplex, and trait affiliation. *Journal of Personality, 81*, 465–475. <https://doi.org/10.1111/jopy.12020>
- Digman, J.M. (1997). Higher-order factor of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1246–1256. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.6.1246>
- Du, H. & Jonas, E. (2015). Being modest makes you feel bad: Effects of the modesty norm and mortality salience on self-esteem in a collectivistic culture. *Scandinavian Journal of Psychology, 56*, 86–98. <https://doi.org/10.1111/sjop.12175>
- Eisenberg, N., Shepard, S.A., Fabes, R.A., Murphy, B.C., & Guthrie, I.K. (1998). Shyness and children's emotionality, regulation, and coping: Contemporaneous, longitudinal, and across-context relations. *Child Development, 69*, 767–790. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06242.x>
- Elison, J., & Harter, S. (2007). Humiliation: Causes, correlates, and consequences. In J.L. Tracy, R.W. Robins, & J.P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 310–329). New York, NY: Guilford.
- Elshout, M., Nelissen, R.M.A., & van Beest, I. (2017). Conceptualising humiliation. *Cognition and Emotion, 31*, 1581–1594. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1249462>
- Epstein, S. (2006). Conscious and unconscious self-esteem from the perspective of Cognitive-Experiential Self-Theory. In M.H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 69–76). New York, NY: Psychology Press.
- Exline, J.J., & Geyer, A.L. (2004). Perceptions of humility: A preliminary study. *Self and Identity, 3*, 95–114. <https://doi.org/10.1080/13576500342000077>
- Eysenck, H.J. (1956). The questionnaire measurement of neuroticism and extraversion. *Revista Psicologica, 50*, 113–140.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1969). *Personality structure and measurement*. London, UK: Routledge & Kegan Paul.
- Fenigstein, A., Scheier, M.F., & Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 522–527. <https://doi.org/10.1037/h0076760>
- Fisher, Z., Tipton, E., & Zhipeng, H. (2017). *robumeta: Robust variance meta-regression*. R package version 2.0. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=robumeta>
- Fleeson, W., & Nofhle, E.E. (2008). The end of the person-situation debate: An emerging synthesis in the answer to the consistency question. *Social and Personality Psychology Compass, 2*, 1667–1684. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00122.x>
- Fox, N.A., Henderson, H.A., Marshall, P.J., Nichols, K.E., & Ghera, M.M. (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology, 56*, 235–262. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141532>
- Gable, S. (2006). Approach and avoidance social motives and goals. *Journal of Personality, 74*, 175–222. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00373.x>
- Gable, S.L., & Gosnell, C.L. (2013). Approach and avoidance behavior in interpersonal relationships. *Emotion Review, 5*, 269–274. <https://doi.org/10.1177/1754073913477513>
- Garcia-Coll, C., Kagan, J., & Reznick, J.S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development, 55*, 1005–1019. <https://doi.org/10.2307/1130152>
- *Gerbino, M., Cannistraro, S., & Steca, P. (2000). La misura della timidezza e della socievolezza in età adolescenziale [The measurement of shyness and sociability in adolescence]. *Ricerche di Psicologia, 24*, 7–21. Retrieved from https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_rivista.aspx?i=15123
- Gignac, G.E., & Szodorai, E.T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences, 102*, 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.069>
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 174–189. [https://doi.org/10.1002/1099-0879\(200007\)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U)
- Goetz, J.L., & Keltner, D. (2007). Shifting meanings of self-conscious emotions across cultures: A social-functional approach. In J.L. Tracey, R.W. Robins, & J.P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 153–173). New York, NY: Guilford.
- Goldberg, L.R. (1990). An alternative "description of personality": The Big Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1216–1229. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.59.6.1216>
- Goldberg, L.R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality psychology in Europe* (Vol. 7, pp. 7–28). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- *Gosling, S.D., Rentfrow, P.J., & Swann Jr, W.B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality, 37*, 504–528. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00046-1)
- Gough, H.G., & Thorne, A. (1986). Positive, negative, and balanced shyness: Self-definitions and the reactions of others. In W.H. Jones, J.M. Cheek, & S.R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 205–225). New York, NY: Plenum.
- Grande, G., Romppel, M., Michal, M., & Brähler, E. (2014). The Type D construct: Is social inhibition more than social fear? *European Journal of Psychological Assessment, 30*, 283–288. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000189>
- Gray, J.A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gray, J.A. (1991). The neuropsychology of temperament. In J. Strelau & A. Angleitner (Eds.) *Explorations in temperament: International perspectives on theory and measurement* (pp. 105–128). New York, NY: Plenum.

- Gray, J.A., & McNaughton, N. (2003). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the function of the septo-hippocampal system*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Greenberg, E. (1996). When insight hurts: Gestalt therapy and the narcissistically-vulnerable client. *The British Gestalt Journal*, 5, 113–120.
- Gregg, A.P., Hart, C.M., Sedikides, C., & Kumashiro, M. (2008). Everyday conceptions of modesty: A prototype analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 978–992. <https://doi.org/10.1177/0146167208316734>
- Gruenewald, T.L., Dickerson, S.L., & Kemeny, M.E. (2007). A social function for self-conscious emotions: The social preservation theory. In J.L. Tracy, R.W. Robins, & J.P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 68–87). New York, NY: Guilford.
- Grynberg, D., Gidron, Y., Denollet, J., & Luminet, O. (2012). Evidence for a cognitive bias of interpretation toward threat in individuals with a Type D personality. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 95–102. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9351-7>
- Gu, Y. (1990). Politeness phenomena in modern Chinese. *Journal of Pragmatics*, 14, 237–257. [https://doi.org/10.1016/0378-2166\(90\)90082-0](https://doi.org/10.1016/0378-2166(90)90082-0)
- Guerin, B. (1989). Social inhibition of behavior. *Journal of Social Psychology*, 129, 225–233. <https://doi.org/10.1080/00224545.1989.9711723>
- *Gurven, M., von Rueden, C., Massenkoff, M., Kaplan, H., & Lero Vie, L. (2013). How universal is the Big Five? Testing the Five-Factor Model of personality variation among forager-farmers in the Bolivian Amazon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104, 354–370. <https://doi.org/10.1037/a0030841>
- *Hagekull, B., & Bohlin, G. (1998). Preschool temperament and environmental factors related to the Five-Factor Model of Personality in middle childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 44, 194–215. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/23093666>
- *Hahn, E., Gottschling, J., & Spinath, F.M. (2012). Short measurements of personality – Validity and reliability of the GSOEP Big Five Inventory (BFI-S). *Journal of Research in Personality*, 46, 355–359. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.03.008>
- Haidt, J., & Keltner, D. (1999). Culture and facial expression: Open-ended methods find more expression and a gradient of recognition. *Cognition and Emotion*, 13, 225–266. <https://doi.org/10.1080/026999399379267>
- Han, K. (2011). The self-enhancing function of Chinese modesty: From a perspective of social script. *Asian Journal of Social Psychology*, 14, 258–268. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2011.01354.x>
- Harris, P.R. (1984a). The hidden face of shyness: A message from the shy for researchers and practitioners. *Human Relations*, 37, 1079–1093. <https://doi.org/10.1177/001872678403701205>
- Harris, P.R. (1984b). Shyness and psychological imperialism; on the dangers of ignoring the ordinary language roots of the terms we deal with. *European Journal of Social Psychology*, 14, 169–181. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420140204>
- Harter, S., Low, S.M., & Whitesell, N.R. (2003). What have we learned from Columbine: The impact of the self-system on suicidal and violent ideation among adolescents. *Journal of School Violence*, 2, 3–26. https://doi.org/10.1300/J202v02n03_02
- Hartling, L.M., & Luchetta, T. (1999). Humiliation: Assessing the impact of derision, degradation, and debasement. *The Journal of Primary Prevention*, 19, 259–278. <https://doi.org/10.1023/A:1022622422521>
- Hartman, L.M. (2015). Environmental modesty: Reclaiming an ancient virtue. *Journal of Religious Ethics*, 43, 475–492. <https://doi.org/10.1111/jore.12106>
- Henderson, L., & Zimbardo, P.G. (1998). Shyness. In H.S. Friedman, R. Schwartz, R. Cohen Silver, & D. Spiegel (Eds.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3, pp. 497–509). San Diego, CA: Academic Press.
- Henderson, L., & Zimbardo, P.G. (1999). Developmental outcomes and clinical perspectives. In L.A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 294–305). New York, NY: Oxford University Press.
- Hendin, H.M., & Cheek, J.M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcissism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588–599. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1997.2204>
- *Henriksen, R.E., & Murberg, T.A. (2009). Shyness as a risk-factor for somatic complaints among Norwegian adolescents. *School Psychology International*, 30, 148–162. <https://doi.org/10.1177/0143034309104149>
- Herrmann, A., & Pfister, H.R. (2013). Simple measures and complex structures: Is it worth employing a more complex model of personality in Big Five inventories? *Journal of Research in Personality*, 47, 599–608. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.05.004>
- Higgins, J.P.T., & Thompson, S.G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21, 1539–1558. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
- Hilbig, B.E., Zettler, I., Leist, F., & Heydasch, T. (2013). It takes two: Honesty–Humility and Agreeableness differentially predict active versus reactive cooperation. *Personality and Individual Differences*, 54, 598–603. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.11.008>
- Hofstee, W.K.B., de Raad, B., & Goldberg, L.R. (1992). Integration of the big five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 146–163. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.1.146>
- Hunter, J.E., & Schmidt, F.L. (2004). *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- *Jang, K.L., Livesley, W.J., Riemann, R., Vernon, P.A., Hu, S., Angleitner, A., . . . & Hamer, D.H. (2001). Covariance structure of neuroticism and agreeableness: A twin and molecular genetic analysis of the role of the serotonin transporter gene. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 295–304. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.295>
- Jones, W.H., Briggs, S.R., & Smith, T.G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629–639. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.51.3.629>
- Kagan, J. (2001). Temperamental contributions to affective and behavioral profiles in childhood. In S.G. Holman & P.M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 216–234). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Kagan, J. (2018). The history and theory of behavioral inhibition. In K. Pérez-Edgar & N.A. Fox (Eds.), *Behavioral inhibition: Integrating theory, research, and clinical perspectives* (pp. 1–15). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98077-5_1
- Kagan, J., Reznick, J.S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition toward the unfamiliar. *Child Development, 55*, 2212–2225. <https://doi.org/10.2307/1129793>
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development, 58*, 1459–1473. <https://doi.org/10.2307/1130685>
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*, 167–171. <https://doi.org/10.1126/science.3353713>
- *Kajonius, P.J., & Dåderman, A.M. (2014). Exploring the relationship between Honesty-Humility, the Big Five, and liberal values in Swedish students. *Europe's Journal of Psychology, 10*, 104–117. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i1.672>
- *Kamath, M., & Kanekar, S. (1993). Loneliness, shyness, self-esteem, and extraversion. *Journal of Social Psychology, 133*, 855–857. <https://doi.org/10.1080/00224545.1993.9713949>
- Karau, S.J., & Williams, K.D. (1993). Social loafing: A meta-analytic review and theoretical integration. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 681–706. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.4.681>
- Karevold, E., Ystrom, E., Coplan, R.J., Sanson, A.V., & Mathiesen, K.S. (2012). A prospective longitudinal study of shyness from infancy to adolescence: Stability, age-related changes, and prediction of socio-emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 1167–1177. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9635-6>
- Kealy, D., & Rasmussen, B. (2012). Veiled and vulnerable: The other side of grandiose narcissism. *Clinical Social Work Journal, 40*, 356–365. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0370-1>
- Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry, 60*, 789–796. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.789>
- *Kentle, R.L. (2002). Adjectives, phrases, and sentences: Intracorrelation of three five-factor personality inventories. *Psychological Reports, 91*, 1151–1154. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1151>
- Kernis, M.H., & Goldman, B.M. (2006). Assessing stability of self-esteem and contingent self-esteem. In M.H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 77–85). New York, NY: Psychology Press.
- Klein, D.C. (1991). The humiliation dynamic: An overview. *The Journal of Primary Prevention, 12*, 93–121. <https://doi.org/10.1007/BF02015214>
- Klein, D.C. (1992). Managing humiliation. *The Journal of Primary Prevention, 12*, 255–268. <https://doi.org/10.1007/BF02015513>
- Klein, D.N., & Mumper, E.E. (2018). Behavioral inhibition as a precursor to psychopathology. In K. Pérez-Edgar & N.A. Fox (Eds.), *Behavioral inhibition: Integrating theory, research, and clinical perspectives* (pp. 283–307). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98077-5_13
- Knight, P.A., & Nadel, J.L. (1986). Humility revisited: Self-esteem, information search, and policy consistency. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 38*, 196–206. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(86\)90016-6](https://doi.org/10.1016/0749-5978(86)90016-6)
- Kobayashi, C. & Greenwald, A.G. (2003). Implicit-explicit differences in self-enhancement for Americans and Japanese. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 34*, 522–541. <https://doi.org/10.1177/0022022103257855>
- Kochanska, G. (1991). Patterns of inhibition to the unfamiliar in children of normal and affectively ill mothers. *Child Development, 62*, 250–263. <https://doi.org/10.2307/1131001>
- Kochanska, G., Coy, K.C., & Murray, K.Y. (2001) The development of self-regulation in the first four years of life. *Child Development, 72*, 1091–1111. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00336>
- Kochanska, G., & Radke-Yarrow, M. (1992). Inhibition in toddlerhood and the dynamics of the child's interaction with an unfamiliar peer at age five. *Child Development, 63*, 325–335. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01630.x>
- Kret, M.E., Denollet, J., Grèzes, J., & de Gelder, B. (2011) The role of negative affectivity and social inhibition in perceiving social threat: An fMRI study. *Neuropsychologia, 49*, 1187–1193. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.02.007>
- Kruse, E., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2017) State humility: Measurement, conceptual validation, and intrapersonal processes. *Self and Identity, 16*, 399–438. <https://doi.org/10.1080/15298868.2016.1267662>
- Kwiatkowska, M.M. (2018, April). *To be shy not to get hurt: Investigating the relation of narcissism and shyness*. Talk presented at International Conference “Between Narcissism and Entitlement: Self-Enhancement in a Cross-Cultural Perspective,” Warsaw, Poland.
- *Kwiatkowska, M.M., Kwiatkowska, K., & Rogoza, R. (2016). Polish adaptation of the Revised Cheek and Buss Shyness scale and a significance of shyness in the context of personality traits and metatraits. *Studia Psychologiczne, 54*, 1–17. <https://doi.org/10.2478/V1067-010-0156-7>
- *Kwiatkowska, M.M., & Rogoza, R. (2019a). A modest proposal to link shyness and modesty: Investigating the relation within the framework of Big Five personality traits. *Personality and Individual Differences, 149*, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.026>
- *Kwiatkowska, M.M., & Rogoza, R. (2019b). Shy teens and their peers: Shyness in respect to basic personality traits and social relations. *Journal of Research in Personality, 79*, 130–142. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.03.005>
- *La Sala, L., Skues, J., & Grant, S. (2014). Personality traits and Facebook use: The combined/interactive effect of extraversion, neuroticism and conscientiousness. *Social Networking, 3*, 211–219. <https://doi.org/10.4236/sn.2014.35026>

- Langston, C.A., & Cantor, N. (1988). Social anxiety and social constraint: When making friends is hard. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 649–661. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.4.649>
- Latané, B., & Darley, J.M. (1968). Group inhibition of bystander intervention in emergencies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 215–221. <https://doi.org/10.1037/h0026570>
- *Lawrence, B., & Bennett, S. (1992). Shyness and education: The relationship between shyness, social class and personality variables in adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 62, 257–263. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1992.tb01019.x>
- Leary, M.R. (1986). Affective and behavioral components of shyness: Implications for theory, measurement, and research. In W.H. Jones, J.M. Cheek, & S.R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 27–38). New York, NY: Plenum.
- Le Corff, Y., & Busque-Carrier, M. (2016). Structural validity of the NEO Personality Inventory 3 (NEO-PI-3) in a French-Canadian sample. *International Journal of Arts & Sciences*, 9, 449–460. Retrieved from <https://www.universitypublications.net/ijas/0903/pdf/V6Z154.pdf>
- Lee, K., & Ashton, M.C. (2004). Psychometric properties of the HEXACO personality inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 329–358. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3902_8
- Lerner, E., Teitelbaum, J., & Meehan, K.B. (2020). Avoidant Personality Disorder. In V. Zeigler-Hill & T.K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 351–358). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_300231
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. New York, NY: Harper & Row.
- Lewis, H.B. (1987). Shame and the narcissistic personality. In D.L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (pp. 93–132). New York, NY: Guilford.
- Lewis, M. (2016). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, guilt, and hubris. In L.F. Barrett, M. Lewis, & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 792–814). New York, NY: Guilford.
- Litwinski, L. (1950). Constitutional shyness; its active and passive forms. *The Journal of General Psychology*, 42, 299–311. <https://doi.org/10.1080/00221309.1950.9920161>
- *Littman-Ovadia, H., & Lavy, S. (2012). Character strengths in Israel: Hebrew adaptation of the VIA inventory of strengths. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 41–50. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000089>
- Liu, J., Bowker, J.C., Coplan, R.J., Yang, P., Li, D., & Chen, X. (2019). Evaluating links among shyness, peer relations, and internalizing problems in Chinese young adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 29, 696–709. <https://doi.org/10.1111/jora.12406>
- Lynam, D.R., Crowe, M.L., Vize, C., & Miller, J.D., (2020, April 22). Little evidence that Honesty-Humility lives outside of FFM Agreeableness [Peer commentary on the paper “Objections to the HEXACO model of personality structure—And why those objections fail,” by M.C. Ashton & K. Lee, *European Journal of Personality*]. Retrieved from <https://doi.org/10.31234/osf.io/vnxpb>
- Mann, L., Feddes, A.R., Doosje, B., & Fischer, A.H. (2015). Withdraw or affiliate? The role of humiliation during initiation rituals. *Cognition and Emotion*, 30, 80–100. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1050358>
- Markus, H.R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224–253. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.98.2.224>
- *Marriott, T.C., & Buchanan, T. (2014). The true self online: Personality correlates of preference for self-expression online, and observer ratings of personality online and offline. *Computers in Human Behavior*, 32, 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.11.014>
- Maslow, A.H. (1939). Dominance, personality, and social behavior in women. *The Journal of Social Psychology*, 10, 3–39. <https://doi.org/10.1080/00224545.1939.9713343>
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper & Row.
- McCarty, M.K., & Karau, S.J. (2017). Social inhibition. In S.G. Harkins, K.D. Williams, & J.M. Burger (Eds.), *The Oxford handbook of social influence* (pp. 165–181). New York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199859870.013.9>
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. Jr. (1989). The structure of interpersonal traits: Wiggins’s circumplex and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 586–595. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.4.586>
- McCrae, R.R., & Costa, P.T., Jr. (2003). *Personality in adulthood: A Five-Factor Theory perspective* (2nd ed.). New York, NY: Guilford. <https://doi.org/10.4324/9780203428412>
- McCrae, R.R., & Costa, P.T., Jr. (2008). The five-factor theory of personality. In O.P. John, R.W. Robins, & L.A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 159–181). New York, NY: Guilford.
- McCrae, R.R., Costa Jr, P.T., Del Pilar, G.H., Rolland, J.P., & Parker, W.D. (1998). Cross-cultural assessment of the five-factor model: The Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29, 171–188. <https://doi.org/10.1177/0022022198291009>
- *McCroskey, J.C., Heisel, A.D., & Richmond, V.P. (2001). Eysenck’s BIG THREE and communication traits: Three correlational studies. *Communication Monographs*, 68, 360–366. <https://doi.org/10.1080/03637750128068>
- McDougall, W. (1963). *An introduction to social psychology* (31st ed.). London, UK: Methuen.
- McElroy, S.E., Rice, K.G., Davis, D.E., Hook, J.N., Hill, P.C., Worthington, E.L., Jr., & Van Tongeren, D.R. (2014). Intellectual humility: Scale development and theoretical elaborations in the context of religious leadership. *Journal of Psychology and Theology*, 42, 19–30. <https://doi.org/10.1177/009164711404200103>
- McElroy-Heltzel, S.E., Davis, D.E., DeBlare, C., Worthington, E.L., Jr., & Hook, J.N. (2019). Embarrassment of riches in the measurement of humility: A critical review of 22 measures. *The Journal of Positive Psychology*, 14, 393–404. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1460686>
- Menon, U., & Shweder, R.A. (1994). Kali’s tongue: Cultural psychology, cultural consensus and the meaning of “shame” in Orissa, India. In H. Markus & S. Kitayama (Eds.), *Culture and the emotions* (pp. 241–284). Washington, DC: American Psychological Association.

- *Miller, J.D., Gaughan, E.T., Maples, J., & Price, J. (2011). A comparison of agreeableness scores from the Big Five Inventory and the NEO PI-R: Consequences for the study of narcissism and psychopathy. *Assessment, 18*, 335–339. <https://doi.org/10.1177/1073191111411671>
- Miller, R.S. (1995). On the nature of embarrassability: Shyness, social evaluation, and social skill. *Journal of Personality, 63*, 315–339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00812.x>
- Miller, R.S. (1996). *Embarrassment: Poise and peril in everyday life*. New York, NY: Guilford.
- Miller, R.S. (2001). Shyness and embarrassment compared: Siblings in the service of social evaluation. In W.R. Crozier & L.E. Alden, (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 281–300). Chichester, UK: Wiley.
- Miller, R.S. (2007). Is embarrassment a blessing or a curse? In J.L. Tracy, R.W. Robins, & J.P. Tangney (Eds.), *Self-conscious emotions* (pp. 245–262). New York, NY: Oxford University Press.
- Mosher, D.L., & White, B.B. (1981). On differentiating shame and shyness. *Motivation and Emotion, 5*, 61–74. <https://doi.org/10.1007/BF00993662>
- *Murberg, T.A. (2009). Shyness predicts depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *School Psychology International, 30*, 507–519. <https://doi.org/10.1177/0143034309107065>
- 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>
- Nelson, L.J., Rubin, K.H., & Fox, N.A. (2005). Social withdrawal, observed peer acceptance, and the development of self-perceptions in children ages 4 to 7 years. *Early Childhood Research Quarterly, 20*, 185–200. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2005.04.007>
- *Oshio, A., Abe, S., Cutrone, P., & Gosling, S.D. (2013). Big Five content representation of the Japanese version of the Ten-Item Personality Inventory. *Psychology, 4*, 924–929. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.412133>
- Otten, M., & Jonas, K.J. (2014). Humiliation as an intense emotional experience: Evidence from the electro-encephalogram. *Social Neuroscience, 9*, 23–35. <https://doi.org/10.1080/17470919.2013.855660>
- *Ørnjford, M. (2018). The Norwegian HEXACO-PI-R: Psychometric properties and relationships with the Big Five Inventory. *Scandinavian Psychologist, 5*, 1–25. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e15>
- Paulhus, D.L., & Morgan, K.L. (1997). Perceptions of intelligence in leaderless groups: The dynamic effects of shyness and acquaintance. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 581–591. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.3.581>
- *Paulhus, D.L., & Trapnell, P.D. (1998). Typological measures of shyness: Additive, interactive, and categorical. *Journal of Research in Personality, 32*, 183–201. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1998.2215>
- Penrod, J. (2001). Refinement of the concept of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing, 34*, 238–245. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01750.x>
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association; New York, NY: Oxford University Press.
- Pines, A., & Zimbardo, P.G. (1978). The personal and cultural dynamics of shyness: A comparison between Israelis, American Jews and Americans. *Journal of Psychology and Judaism, 3*, 81–101.
- Poole, K.L., & Schmidt, L.A. (2020). Adaptive shyness: A developmental perspective. In L.A. Schmidt & K.L. Poole (Eds.), *Adaptive Shyness: Multiple Perspectives on Behavior and Development* (pp. 25–40). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-38877-5_2
- Poole, K.L., Tang, A., & Schmidt, L.A. (2018). The temperamentally shy child as the social adult: An exemplar of multifinality. In K. Pérez-Edgar & N.A. Fox (Eds.), *Behavioral inhibition: Integrating theory, research, and clinical perspectives* (pp. 185–212). Cham, Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-98077-5>
- Poole, K.L., Van Lieshout, R.J., & Schmidt, L.A. (2017). Shyness and sociability beyond emerging adulthood: Implications for understanding the developmental sequelae of shyness subtypes. *Journal of Social and Clinical Psychology, 36*, 316–334. <https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.4.316>
- *Rammstedt, B., & John, O.P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality, 41*, 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.02.001>
- 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>
- Reznick, J.S., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, M., Baak, K., & Rosenberg, A. (1986). Inhibited and uninhibited children: A follow-up study. *Child Development, 57*, 660–680. <https://doi.org/10.2307/1130344>
- Rodriguez Mosquera, P.M., Fischer, A.H., Manstead, A.S.R., & Zaalberg, R. (2008). Attack, disapproval, or withdrawal? The role of honour in anger and shame responses to being insulted. *Cognition and Emotion, 22*, 1471–1498. <https://doi.org/10.1080/02699930701822272>
- Rogoza, R., Ciecuch, J., & Strus, W. (2021). A three-step procedure for analysis of circumplex models: An example of narcissism located within the circumplex of personality metatraits. *Personality and Individual Differences, 169*, 109775. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109775>
- 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. <https://doi.org/10.1002/per.2206>
- Rogoza, R., Kowalski, C.M., & Schermer, J.A. (2019). Dark Triad traits within the framework of the Circumplex of Personality Metatraits model. *Journal of Individual Differences, 40*, 168–176. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000289>

- Rogoza, R., Żemotaj-Piotrowska, M., Kwiatkowska, M.M., & Kwiatkowska, K. (2018). The bright, the dark and the blue face of narcissism: The spectrum of narcissism in its relations to the metatraits of personality, self-esteem, and nomological network of shyness, loneliness and empathy. *Frontiers in Psychology, 9*, 343. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00343>
- *Role, M. (2012). *Personality, sexual attitudes, and unrestricted sociosexual behavior in college women*. [Doctoral dissertation, Wellesley College]. Wellesley College Digital Scholarship and Archive. Retrieved from <https://repository.wellesley.edu/thesiscollection/62>
- Rosch, E. (1975). Cognitive representations of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology: General, 104*, 192–233. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.104.3.192>
- Rossetti, M.C., Tosone, A., Stratta, P., Collazoni, A., Santarelli, V., Guadagni, E., Rossi, R., & Rossi, A. (2017). Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 39*, 216–219. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2045>
- Rothbart, M.K. (1989). Temperament and development. In G.A. Kohnstamm, J.A. Bates, & M.K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 187–247). New York, NY: Wiley.
- Rothbart, M.K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. Lamb & A. Brown, *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, pp. 37–86). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, K.H., Barstead, M.G., Smith, K.A., & Bowker, J.C. (2018). Peer relations and the behaviorally inhibited child. In K. Pérez-Edgar & N.A. Fox (Eds.), *Behavioral inhibition: Integrating theory, research, and clinical perspectives* (pp. 157–184). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98077-5_8
- Rubin, K.H., Coplan, R.J., & Bowker, J.C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology, 60*, 141–171. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163642>
- Rubin, K.H., Stewart, S.L., & Coplan, R.J. (1995). Social withdrawal in childhood: Conceptual and empirical perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology, 17*, 157–196.
- *Sato, E., Matsuda, K., & Carducci, B.J. (2018). A factor analytical investigation of the Japanese translation of the Cheek-Buss Shyness Scale in support of the three-component model of shyness. *Personality and Individual Differences, 124*, 160–167. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.006>
- Saucier, G., & Srivastava, S. (2015). What makes a good structural model of personality? Evaluating the Big Five and alternatives. In M. Mikulincer & P.R. Shaver (Eds.), *APA Handbook of Personality and Social Psychology* (Vol. 4. *Personality Processes and Individual Differences*, pp. 283–305). Washington, DC: American Psychological Association.
- Saucier, G., Thalmayer, A.G., Payne, D.L., Carlson, R., Sanogo, L., Ole-Kotikash, L., Church, A.T., Katigbak, M.S., Somer, O., Szarota, P., Szirmak, Z., & Zhou, H. (2014). A basic bivariate structure of personality attributes evident across nine languages. *Journal of Personality, 82*, 1–14. <https://doi.org/10.1111/jopy.12028>
- Schlenker, B.R., & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin, 92*, 641–669. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.641>
- Schmidt, L.A., & Fox, N.A. (1995). Individual differences in young adults' shyness and sociability: Personality and health correlates. *Personality and Individual Differences, 19*, 455–462. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00083-I](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00083-I)
- Schmidt, L.A., & Fox, N.A. (1999). Conceptual, biological, and behavioral distinctions among different categories of shy children. In L.A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 47–66). New York, NY: Oxford University Press.
- Schmidt, L.A., Polak, C.P., & Spooner, A.L. (2005). Biological and environmental contributions to childhood shyness: A diathesis-stress model. In W.R. Crozier & L.E. Alden (Eds.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (pp. 33–55). Chichester, UK: Wiley.
- Schmidt, L.A., & Poole, K.L. (2019). On the bifurcation of temperamental shyness: Development, context, and neoteny. *New Ideas in Psychology, 53*, 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2018.04.003>
- Schmidt, L.A., & Robinson, T.N., Jr. (1992). Low self-esteem in differentiating fearful and self-conscious forms of shyness. *Psychological Reports, 70*, 255–257. <https://doi.org/10.2466/pr0.1992.70.1.255>
- *Schmitt, D.P., Allik, J., McCrae, R.R., & Benet-Martinez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 173–212. <https://doi.org/10.1177/0022022106297299>
- Schwartz, S.H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., . . . Konty, M. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology, 103*, 663–688. <https://doi.org/10.1037/a0029393>
- Sedikides, C., Campbell, W.K., Reeder, C., Elliot, A.J., & Gregg, A.P. (2002). Do others bring out the worst in narcissists? The “Others Exist for Me” illusion. In Y. Kashima, M. Foddy, & M. Platow (Eds.), *Self and identity: Personal, social, and symbolic* (pp. 103–123). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Sedikides, C., Gaertner, L., & Cai, H. (2015). On the panculturality of self-enhancement and self-protection motivation: The case for the universality of self-esteem. *Advances in Motivation Science, 2*, 1–31. <https://doi.org/10.1016/bs.adms.2015.04.002>
- Sedikides, C., Gregg, A.P., & Hart, C.M. (2007). The importance of being modest. In C. Sedikides & S. Spencer (Eds.), *The self: Frontiers in social psychology* (pp. 163–184). New York, NY: Psychology Press.
- Shadish, W.R., & Haddock, C.K. (2009). Combining estimates of effect size. In H. Cooper, L. V. Hedges, & J.C. Valentine (Eds.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (pp. 257–277). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2011). An attachment-theory framework for conceptualizing interpersonal behavior. In L. M. Horowitz & S. Strack (Eds.), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (pp. 17–35). John Wiley & Sons, Inc.

- Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D., & O'Connor, C. (1987). Emotion knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 1061–1086. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.6.1061>
- Shi, Y., Sedikides, C., Cai, H., Liu, Y., & Yang, Z. (2017). Disowning the self: The cultural value of modesty can attenuate self-positivity. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *70*, 1023–1032. <https://doi.org/10.1080/17470218.2015.1099711>
- *Simonds, J. (2006). *The role of reward sensitivity and response: Execution in childhood extraversion*. [Doctoral dissertation, University of Oregon]. Retrieved from https://research.bowdoin.edu/rothbart-temperament-questionnaires/files/2016/09/Simonds_Dissertation_2006.pdf
- Simonelli, A., & Parolin, M. (2020). Dependent Personality Disorder. In V. Zeigler-Hill & T.K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1048–1059). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_578
- Smillie, L.D., Pickering, A.D., & Jackson, C.J. (2006). The new Reinforcement Sensitivity Theory: Implications for personality measurement. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 320–335. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_3
- Spitzer, M., Fischbacher, U., Herrnberger, B., Grön, G., & Fehr, E. (2007). The neural signature of social norm compliance. *Neuron*, *56*, 185–196. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.09.011>
- *Stankov, L. (2013). Depression and life satisfaction among European and Confucian adolescents. *Psychological Assessment*, *25*, 1220–1234. <https://doi.org/10.1037/a0033794>
- Strelau, J. (2012). *Psychologia temperamentu* [The psychology of temperament]. Warsaw, Poland: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 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. (2019). Are the questionnaire and the psycho-lexical Big Twos the same? Towards an integration of personality structure within the Circumplex of Personality Metatraits. *International Journal of Personality Psychology*, *5*, 18–35. <https://doi.org/10.21827/ijpp.5.35594>
- Strus, W., & Ciecuch, J. (2021). The circumplex of personality metatraits and the HEXACO model: Toward refinement and integration. *Journal of Personality*, *89*, 803–818. <https://doi.org/10.1111/jopy.12616>
- Strus, W., Ciecuch, J., & Rowiński, T. (2014). 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>
- Szmajke, A. (1999). *Autoprezentacja. Maski, pozy, miny* [Self-presentation. Masks, poses, facial expressions]. Olsztyn, Poland: Ursula Consulting.
- Tangney, J.P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 102–111. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.1.102>
- Tangney, J.P. (2000). Humility: Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *19*, 70–82. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.70>
- Tangney, J.P., & Dearing, R.L. (2002). *Emotions and social behavior. Shame and guilt*. New York, NY: Guilford. <https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388>
- Tangney, J.P., Stuewig, J., & Mashek, D.J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, *58*, 345–372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- Tanner-Smith, E.E., & Tipton, E. (2014). Robust variance estimation with dependent effect sizes: Practical considerations including a software tutorial in Stata and SPSS. *Research Synthesis Methods*, *5*, 13–30. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1091>
- Tanner-Smith, E.E., Tipton, E., & Polanin, J.R. (2016). Handling complex meta-analytic data structures using robust variance estimates: a tutorial in R. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, *2*, 85–112. <https://doi.org/10.1007/s40865-016-0026-5>
- Thomaes, S., Stegge, H., Olthof, T., Bushman, B.J., & Nezlek, J.B. (2011). Turning shame inside-out: “humiliated fury” in young adolescents. *Emotion*, *11*, 786–793. <https://doi.org/10.1037/a0023403>
- Tice, D.M., Butler, J.L., Muraven, M.B., & Stillwell, A.M. (1995). When modesty prevails: Differential favorability of self-presentation to friends and strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 1120–1138. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.6.1120>
- Tiedens, L.Z., & Linton, S. (2001). Judgment under emotional certainty and uncertainty: The effects of specific emotions on information processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*, 973–988. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.6.973>
- Timmerman, T.A. (2006). Predicting turnover with broad and narrow personality traits. *International Journal of Selection and Assessment*, *14*, 392–399. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.2006.00361.x>
- *Triche, A.B. (2006). *Characteristics of shy and socially phobic individuals*. [Doctoral dissertation, Boston College]. Chestnut Hill, MA: Boston College Libraries. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2345/373>
- *Vaidya, J.G., Gray, E.K., Haig, J.R., Mroczek, D.K., & Watson, D. (2008). Differential stability and individual growth trajectories of Big Five and affective traits during young adulthood. *Journal of Personality*, *76*, 267–304. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00486.x>
- Vassend, O., & Skrondal, A. (2011). The NEO personality inventory revised (NEO-PI-R): Exploring the measurement structure and variants of the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, *50*, 1300–1304. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.03.002>
- Vonk, R. (2002). Self-serving interpretations of flattery: Why ingratiation works. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 515–526. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.515>
- *Wakabayashi, A. (2014). A sixth personality domain that is independent of the Big Five domains: The psychometric properties of the HEXACO Personality Inventory in a Japanese sample. *Japanese Psychological Research*, *56*, 211–223. <https://doi.org/10.1111/jpr.12045>

- Walker, J., & Knauer, V. (2011). Humiliation, self-esteem and violence. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22, 724–741. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.617542>
- Weidman, A.C., Cheng, J.T., & Tracy, J.L. (2018). The psychological structure of humility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114, 153–178. <https://doi.org/10.1037/pspp0000112>
- Weiss, H.M., & Knight, P.A. (1980). The utility of humility: Self-esteem, information search, and problem-solving efficiency. *Organizational Behavior and Human Performance*, 25, 216–223. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(80\)90064-1](https://doi.org/10.1016/0030-5073(80)90064-1)
- Weissman, D.H., Perkins, A.S., & Woldorff, M.G. (2008). Cognitive control in social situations: A role for the dorsolateral prefrontal cortex. *Neuroimage*, 40, 955–962. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.12.021>
- *West, N.M. (2006). *The relationship among personality traits, character strengths, and life satisfaction in college students*. [Doctoral dissertation, University of Tennessee]. Knoxville, TN: Tennessee Research and Creative Exchange. Retrieved from https://trace.tennessee.edu/utk_grad-diss/4271
- Whetstone, M.R., Okun, M.A., & Cialdini, R.B. (1992, June). *The Modest Responding Scale*. Paper presented at the convention of the American Psychological Society, San Diego, CA.
- Wiggins, J.S. (1995). *Interpersonal Adjective Scales professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Wiggins, J.S., Trapnell, P., & Phillips, N. (1988). Psychometric and geometric characteristics of the Revised Interpersonal Adjective Scales (IAS-R). *Multivariate Behavioral Research*, 23, 517–530. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2304_8
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590–597. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.4.590>
- Wood, J.V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, 106, 231–248. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.2.231>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Worthington, E.L., Jr., & Allison, S.T. (2017). *Heroic humility: What the science of humility can say to people raised on self-focus*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Xu, Y., Farver, J.A.M., Chang, L., Zhang, Z., & Yu, L. (2007). Moving away or fitting in? Understanding shyness in Chinese children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 53, 527–556. <https://doi.org/10.1353/mpq.2008.0005>
- Xu, Y., Farver, J.A.M., Yu, L., & Zhang, Z. (2009). Three types of shyness in Chinese children and the relation to effortful control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 1061–1073. <https://doi.org/10.1037/a0016576>
- Xu, Y., Zhang, L., & Hee, P. (2014). Parenting practices and shyness in Chinese children. In H. Selin (Ed.), *Parenting across cultures: Childrearing, motherhood and fatherhood in non-western cultures* (Vol. 7. *Science across cultures: The history of non-western science*, pp. 13–24). https://doi.org/10.1007/978-94-007-7503-9_2
- Zaborowski, Z. (1987). A theory of internal and external self-consciousness. *Polish Psychological Bulletin*, 18, 51–61.
- Zaborowski, Z. (2000). *Teoria treści i form samoświadomości* [Contents and forms theory of self-awareness]. Warsaw, Poland: Żak.
- Zaborowski, Z., & Ślaski S. (2004). Contents and forms theory of self-awareness. *Imagination, Cognition and Personality*, 3, 99–119. <https://doi.org/10.2190/TCX3-E1U1-5G7M-U2V1>
- Zawadzki, B. (2018). 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>
- Zeigler-Hill, V., Clark, C.B., & Beckman, T.E. (2011). Fragile self-esteem and the Interpersonal Circumplex: Are feelings of self-worth associated with interpersonal style? *Self and Identity*, 10, 509–536. <http://doi.org/10.1080/15298868.2010.497376>
- Zheng, C., Wu, Q., Jin, Y., & Wu, Y. (2017). Regional gray matter volume is associated with trait modesty: Evidence from voxel-based morphometry. *Scientific Reports*, 7:14920. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-15098-x>
- *Ziller, R.C., & Rorer, B.A. (1985). Shyness-environment interaction: A view from the shy side through auto-photography. *Journal of Personality*, 53, 626–639. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1985.tb00387.x>
- Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Zimbardo, P.G., Pilkonis, P.A., & Norwood, R.M. (1974). *The silent prison of shyness*. Stanford, CA: Stanford University.

