

Otrzymano: 12.10.2024

Zaakceptowano: 04.11.2024

Opublikowano: 27.06.2025

Jan Ciecuch^{1,2}

Model osobowości dla pozytywnej psychologii klinicznej

Personality model for positive clinical psychology

¹ Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, Polska

² Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Jan Ciecuch, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Wyszyńskiego, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14, 01-938 Warszawa, e-mail: janciecuch@gmail.com

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2025.0001>

ORCID iD

Jan Ciecuch <https://orcid.org/0000-0002-2291-8301>

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Artykuł stawia pytanie, jakiego modelu osobowości potrzebuje pozytywna psychologia kliniczna, i proponuje odpowiedź na to pytanie. Najpierw sformułowano wymagania wobec takiego modelu, a następnie przeprowadzono analizę modeli osobowości w DSM-5 oraz ICD-11 pod kątem ich przydatności dla pozytywnej psychologii klinicznej. W efekcie zidentyfikowano problemy, których rozwiązanie proponuje Kołowy Model Metacech Osobowości. **Materiał i metody:** Sformułowano pięć wymagań w stosunku do modelu osobowości, przydatnego dla pozytywnej psychologii klinicznej: (1) integracja wiedzy z pozytywnej psychologii klinicznej i psychologii osobowości, (2) względna niezależność od paradygmatów teoretycznych, (3) możliwość wykorzystania modelu w diagnozie, (4) możliwość wykorzystania modelu w terapii oraz (5) możliwość wykorzystania modelu w interwencjach pozytywnych i oddziaływaniach profilaktycznych. **Wyniki:** Ujęcia osobowości oparte na Wielkiej Piątce wprowadzone w DSM-5 oraz ICD-11 do konceptualizacji i diagnozy zaburzeń osobowości można zinterpretować jako próbę budowy takiego modelu. Ujęcia te jednak (1) dziedziczą pewne problemy związane z Wielką Piątką w psychologii osobowości, a dodatkowo (2) ich zastosowanie do psychologii klinicznej wywołuje kolejne problemy, co sprawia, że nie spełniają sformułowanych wymagań wobec takiego modelu, więc ich potencjał dla pozytywnej psychologii klinicznej jest ograniczony. **Wnioski:** Kołowy Model Metacech Osobowości przezwycięża te problemy, dobrze wpisuje się w ideę pozytywnej psychologii klinicznej oraz spełnia sformułowane wymagania wobec modelu, jakiego potrzebuje pozytywna psychologia kliniczna.

Słowa kluczowe: osobowość, pozytywna psychologia kliniczna, Kołowy Model Metacech Osobowości

Abstract

Introduction and objective: The article addresses the question of what kind of personality model is needed for positive clinical psychology and proposes an answer. First, the requirements for such a model were formulated, followed by an analysis of personality models in the DSM-5 and ICD-11 regarding their applicability to positive clinical psychology. As a result, issues were identified that the Circumplex of Personality Metatraits seems to address. **Materials and methods:** Five requirements for a personality model useful in positive clinical psychology were articulated: (1) integration of knowledge from positive clinical psychology and personality psychology, (2) relative independence from theoretical paradigms, (3) applicability of the model in diagnosis, (4) applicability of the model in therapy, and (5) applicability of the model in positive interventions and prevention. **Results:** Personality models based on the Big Five introduced in the DSM-5 and ICD-11 for the conceptualisation and diagnosis of personality disorders can be interpreted as an application of the principles of positive clinical psychology in this area. However, these models (1) inherit certain issues associated with the Big Five in personality psychology, and (2) their application to clinical psychology introduces additional problems, which means they fail to meet the formulated requirements for such a model, thereby limiting their potential for positive clinical psychology. **Conclusions:** The Circumplex of Personality Metatraits overcomes these problems, aligns well with the principles of positive clinical psychology, and meets the specified requirements for a model needed in this field.

Keywords: personality, positive clinical psychology, Circumplex of Personality Metatraits

CZYM JEST POZYTYWNA PSYCHOLOGIA KLINICZNA?

Pozytywna psychologia kliniczna jest połączeniem psychologii klinicznej z psychologią pozytywną. Psychologia kliniczna tradycyjnie była skoncentrowana na negatywnych aspektach psychologicznego funkcjonowania człowieka, czyli różnego rodzaju brakach, problemach i zaburzeniach. Natomiast pozytywna psychologia kliniczna, w odróżnieniu od psychologii klinicznej, uwzględnia również konstrukty pozytywne, które opisują dobre psychologiczne funkcjonowanie człowieka, a które były programowym przedmiotem zainteresowania psychologii pozytywnej (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000). Propagatorzy i zwolennicy pozytywnej psychologii klinicznej (Wood i Johnson, 2010, 2016) wskazują zarazem istotną właściwość różniącą ją od psychologii pozytywnej. Otóż podczas gdy psychologia pozytywna koncentrowała się na pozytywnych aspektach psychologicznego funkcjonowania, pozytywna psychologia kliniczna zajmuje się jednocześnie pozytywnymi i negatywnymi aspektami tegoż funkcjonowania. Owa integracja pozytywów i negatywów jest wielokrotnie podkreślaną istotą pozytywnej psychologii klinicznej i opiera się na idei kontinuum. Idea ta polega na tym, że funkcjonowanie człowieka w różnych aspektach i obszarach można zwykle opisać na kontinuum od negatywnego do pozytywnego bieguna. Psychologia kliniczna była skupiona na biegunie negatywnym, psychologia pozytywna – na biegunie pozytywnym, a głównym postulatem pozytywnej psychologii klinicznej jest jednoczesne uchwycenie obu biegunów.

Oczywiście idea kontinuum w psychologii klinicznej nie jest nowa. Wystarczy przywołać w tym kontekście choćby koncepcję salutogenezy Antonovsky'ego (1995), który właśnie w taki sposób rozumiał zdrowie i chorobę, czyli jako dwa przeciwne bieguny jednego kontinuum, a nie dwie osobne kategorie. Pozytywna psychologia kliniczna z takiego sposobu myślenia czyni jednak program badawczy i postulat praktyczny (Johnson i Wood, 2017).

Idea kontinuum – jako kluczowa dla pozytywnej psychologii klinicznej – została wyraźnie wprowadzona w swego rodzaju manifestie pozytywnej psychologii klinicznej autorstwa Wooda i Tarriera (2010). Podkreślają oni, że nie chodzi o badanie osobno pozytywnych i osobno negatywnych konstruktywów, ale o jednoczesne badanie konstruktywów, które zwykle mają dwa bieguny – pozytywny i negatywny. Jako przykład podawali klasyczną koncepcję z zakresu psychologii pozytywnej – katalog mocnych stron Petersona i Seligmana (2004). Wood i Tarrier (2010) przekonują, że negatywne bieguny tych konstruktywów w zasadzie mogłyby być przedmiotem zainteresowania psychologii klinicznej. Takie całościowe ujęcie konstruktywu jako kontinuum rozciągającego się od jednego bieguna (mocnej strony) do drugiego (problemu czy deficytu) nie zostało jednak dotąd systematycznie przeprowadzone ani w psychologii pozytywnej, ani w psychologii klinicznej. Według Wooda i Tarriera (2010)

powinno to zostać dokonane właśnie przez pozytywną psychologię kliniczną w tzw. podejściu kontinuum (*continuum approach*).

Wood i Tarrier (2010) wymieniają trzy główne argumenty przemawiające za zasadnością owego podejścia kontinuum: (1) Nieprzyjęcie tego podejścia jest błędne, ponieważ arbitralnie wybierany jest tylko jeden biegun badanego konstruktywu (odpowiednio negatywny w psychologii klinicznej lub pozytywny w psychologii pozytywnej). (2) Zastosowanie podejścia kontinuum pozwala uniknąć prowadzenia tych samych badań pod inną nazwą. Jeśli – na przykład – dużo wiadomo o poczuciu szczęścia i jego uwarunkowaniach, to wiele z tych wniosków można zaaplikować do wiedzy o depresji i odwrotnie. Oczywiście zawsze istnieje możliwość nieco innych zależności i mechanizmów, co powinno być dopracowane teoretycznie i empirycznie, ale tę skumulowaną wiedzę na temat jednego bieguna można przyjąć za punkt wyjścia badań drugiego. (3) Podejście kontinuum umożliwia integrację interwencji terapeutycznych i interwencji pozytywnych, ponieważ zawsze jest to ruch od strony negatywnej do strony pozytywnej. Oczywiście jest również możliwe, że – w zależności od ułożenia na kontinuum – działają nieco różne mechanizmy i inne strategie okazały się bardziej skuteczne bliżej jednego lub drugiego bieguna, niemniej wartościowym punktem wyjścia powinno być całościowe myślenie o różnego rodzaju interwencjach na jednym kontinuum. Fakt, że w badaniach ciągle utrzymuje się podział na pozytywne i negatywne konstrukty, Johnson i Wood (2017) nazywają ślepą plamką, która uniemożliwia dostrzeżenie czegoś, co jest oczywiste.

Podobny sposób myślenia można dostrzec w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń osobowości, czyli Sekcji III DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) oraz ICD-11 (World Health Organization, 2022), które zmieniły podejście do zaburzeń osobowości z kategoryjnego na dymensjonalne. Diagnoza kategoryjna polegała na przypisaniu pacjentowi danej jednostki nozologicznej (np. antyspołeczne zaburzenie osobowości), która różni się od innych jednostek (np. narcystycznego zaburzenia osobowości) oraz zdrowego funkcjonowania. Z kolei diagnoza dymensjonalna polega na identyfikacji patologicznego nasilenia określonych dymensji (np. nasilenie antagonizmu lub rozhamowania). W niniejszym artykule najpierw zostaną omówione warunki, jakie powinien spełniać model osobowości, aby był przydatny w pozytywnej psychologii klinicznej. Następnie modele osobowości przyjęte w DSM-5 oraz ICD-11 zostaną zinterpretowane jako próby konstrukcji takiego modelu poprzez zastosowanie idei kontinuum i innych postulatów pozytywnej psychologii klinicznej. Jak to jednak zostanie wykazane, próby te okazały się nieoptymalne. W odpowiedzi na zidentyfikowane problemy zostanie przedstawiony Kołowy Model Metacech Osobowości (Strus i Ciecuch, 2017; Strus *et al.*, 2014) i jego rozwinięcie, czyli Model Objawy-Kompetencje-Cechy (Ciecuch *et al.*, 2023), jako propozycja, która realizuje integracyjne postulaty myślenia o osobowości

w kategoriach kontinuum formułowane przez pozytywną psychologię kliniczną. Model ten powstał w polskiej psychologii, ale wpisuje się w aktualne dyskusje toczone na forum międzynarodowym i rozwiązuje szereg problemów tam zidentyfikowanych.

JAKIEGO MODELU OSOBOWOŚCI POTRZEBUJE POZYTYWNA PSYCHOLOGIA KLINICZNA?

Pozytywna psychologia kliniczna w zakresie, w jakim zajmuje się osobowością, potrzebuje odpowiedniego modelu osobowości. Najpierw warto zastanowić się, jakie warunki dany model osobowości powinien spełniać, żeby mógł być przydatny w pozytywnej psychologii klinicznej. Oczywiście model ten z całą pewnością musi spełniać warunki wspólne dla wszystkich modeli psychologicznych, które – najogólniej rzecz ujmując – można sprowadzić do dwóch głównych, czyli (a) teoretycznej elegancji oraz (b) empirycznej weryfikowalności. Jednak z perspektywy pozytywnej psychologii klinicznej taki model musi spełniać jeszcze szereg innych warunków, które można sprowadzić do wymienionych poniżej.

Po pierwsze, model osobowości przydatny w pozytywnej psychologii klinicznej powinien umożliwiać integrację wiedzy z pozytywnej psychologii klinicznej oraz psychologii osobowości. Zauważmy, że kategoria integracji jest istotna zarówno w pozytywnej psychologii klinicznej, jak i psychologii osobowości. Szeroko rozumiana psychologia osobowości obejmuje zarówno zdrowe, jak i zaburzone funkcjonowanie, opisuje intraindywidualną stałość oraz interindywidualne zróżnicowanie zachowania, zatem musi integrować wiele konstruktów psychologicznych. Z kolei istotą pozytywnej psychologii klinicznej jest integracja negatywnych konstruktów opisywanych przez psychologię kliniczną z pozytywnymi, opisywanymi przez psychologię pozytywną. Skoro integracja jest istotą zarówno pozytywnej psychologii klinicznej, jak i psychologii osobowości, to tym bardziej model osobowości mający zastosowanie w pozytywnej psychologii klinicznej powinien mieć potencjał integracyjny.

Po drugie, model osobowości przydatny w pozytywnej psychologii klinicznej powinien być względnie niezależny od paradygmatów teoretycznych. Zarówno w psychologii osobowości, jak i w psychologii klinicznej oraz pozytywnej psychologii klinicznej funkcjonuje wiele modeli wywodzących się z różnych paradygmatów. Modele te są częściowo spójne, a częściowo sprzeczne; czasem identyfikują podobne, a czasem zupełnie różne problemy i mechanizmy; czasem używają tych samych określeń na różne zjawiska, a czasem różnych określeń na to samo zjawisko. W sytuacji takiego teoretycznego tyleż bogactwa, co chaosu model osobowości przydatny dla pozytywnej psychologii klinicznej powinien być względnie od tych paradygmatów niezależny i mieć potencjał porządkowania tych różnorodnych konstruktów. Niekoniecznie powinien to być kolejny model,

konkurencyjny wobec już istniejących. Powinien to być raczej metamodel, który w jakimś sensie chwyta największy wspólny mianownik różnych tradycji teoretycznych i umożliwia zbudowanie mostu porozumienia i swoistej translacji między różnymi paradygmatami posługującymi się częściowo odmiennymi językami.

Po trzecie, model osobowości przydatny w pozytywnej psychologii klinicznej powinien być możliwy do wykorzystania w diagnozie. Oznacza to zatem, że powinien umożliwiać operacjonalizację i pomiar wyróżnionych w nim kategorii, przy czym pomiar powinien być możliwie precyzyjny. Co więcej, diagnoza przeprowadzona za pomocą narzędzi powstałych na bazie operacjonalizacji tego modelu powinna umożliwiać wgląd w problem trudny do uzyskania bez tego modelu.

Po czwarte, model osobowości przydatny w pozytywnej psychologii klinicznej powinien być możliwy do wykorzystania w terapii. W szczególności – jako model pozytywnej psychologii klinicznej – powinien stanowić ogólną teoretyczną podstawę terapii bazujących nie tylko na deficytach, ale i na zasobach. Ponadto jako model precyzyjnie zoperacjonalizowany powinien umożliwiać pomiar skuteczności terapii.

Po piąte, model osobowości przydatny w pozytywnej psychologii klinicznej powinien być możliwy do wykorzystania w interwencjach pozytywnych i różnego rodzaju oddziaływaniach profilaktycznych i prorozwojowych. W rozumieniu zdrowia i choroby w kategoriach kontinuum zarówno terapia, jak i profilaktyka, a także interwencje pozytywne są oddziaływaniami polegającymi na przesunięciu na kontinuum od choroby do zdrowia. W przypadku terapii ruch odbywa się bliżej bieguna choroby, podczas gdy w przypadku oddziaływań profilaktycznych lub prorozwojowych – bliżej bieguna zdrowia, ale zawsze jest to ruch w tym samym kierunku po tym samym kontinuum, które powinno być opisane w postulowanym modelu osobowości dla pozytywnej psychologii klinicznej.

MODEL CECH OSOBOWOŚCI W DSM-5 ORAZ ICD-11 W KONTEKŚCIE POZYTYWNEJ PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

Dymensjonalne ujęcie zaburzeń osobowości w Sekcji III DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) oraz ICD-11 (World Health Organization, 2022) można uznać za zgodne z postulatami pozytywnej psychologii klinicznej, ponieważ zaburzenia osobowości opisuje się na wymiarach, których jeden biegun dotyczy patologii, a drugi zdrowia. Model przyjęty w tych klasyfikacjach został oparty na modelu Wielkiej Piątki, czyli modelu, który miał identyfikować podstawowe dymensje osobowościowe (John i Srivastava, 1999). W literaturze istnieją różne warianty tego modelu, z podstawowym podziałem na model Wielkiej Piątki w badaniach psycholeksykalnych (Goldberg, 1990) oraz Pięcioczynnikowy Model Osobowości w badaniach kwestionariuszowych (Costa i McCrae, 1992), ale podstawowe

wymiary wyróżniane w tych wariantach są tożsame lub bardzo zbliżone. Są to: Neurotyczność vs Stabilność emocjonalna, Ekstrawersja, Sumienność, Ugodowość oraz Otwartość na doświadczenie. Zarówno w DSM-5, jak i w ICD-11 patologiczne wymiary skonceptualizowano jako skrajne nasilenie któregoś z biegunów cech Wielkiej Piątki. Jednak w zakresie tego, które bieguny których cech Wielkiej Piątki należy uznać za patologiczne, wystąpiły już pewne różnice między DSM-5 a ICD-11.

W obu klasyfikacjach za patologiczne uznano (1) wysokie nasilenie Neurotyczności, które nazwano Negatywnym afektem, (2) niskie nasilenie Ekstrawersji, które nazwano Izolacją, (3) niskie nasilenie Ugodowości, które w DSM-5 nazwano Antagonizmem, a w ICD-11 Dyssocjalnością, (4) niskie nasilenie Sumienności, które nazwano Rozhamowaniem. Wysokie nasilenie Sumienności za patologiczne zostało uznane tylko w ICD-11 i nazwane Anankastycznością, a wysokie nasilenie Otwartości na doświadczenie zostało uznane za patologiczne tylko w DSM-5 i nazwane Psychotyzmem. Na ryc. 1 zostały przedstawione cechy z modelu Wielkiej Piątki oraz ich bieguny uznane za patologiczne w obu klasyfikacjach.

Myślenie o zaburzeniach osobowości w kategorii kontinuum zaburzenie–zdrowie oraz wykorzystanie modelu w całościowy sposób opisującego zdrową osobowość jest zgodne z postulatami pozytywnej psychologii klinicznej. Problemem jednak jest przyjęty model Wielkiej Piątki.

PROBLEMY Z WIELKĄ PIĄTKĄ W DSM-5 I ICD-11

W Sekcji III DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) oraz ICD-11 (World Health Organization, 2022) model Wielkiej Piątki zaadaptowano do psychologii klinicznej, uznając go za dobrze ugruntowany w psychologii osobowości w zakresie opisu osobowości zdrowej. Problem jednak polega na tym, że w psychologii osobowości model Wielkiej Piątki zasadniczo czasy świetności ma już za sobą – jest wprawdzie powszechnie znany i wykorzystywany jako podstawowa, zwykle wstępna heurystyka do interpretacji różnych zjawisk, ale zarazem powszechnie przyjmowane są zasadnicze argumenty krytyczne w stosunku do tego modelu i trudno go dzisiaj zasadnie uznać za obowiązujący model cech osobowości. Wykorzystanie tego modelu w opisie zaburzeń osobowości przez psychologię kliniczną dziedziczy problemy związane z tym modelem w psychologii osobowości, a oprócz tego wiąże się z pewnymi dodatkowymi problemami generowanymi wskutek zastosowania tego modelu do dymensjonalnego opisu zaburzeń osobowości. Model Wielkiej Piątki w formie wykorzystanej w DSM-5 oraz ICD-11 zostanie poddany analizie pod kątem sformułowanych powyżej kryteriów – wymagań w stosunku do modelu osobowości odpowiedniego dla pozytywnej psychologii klinicznej.

Zacznijmy od pozytywów – kryterium drugie, czyli względna niezależność od paradygmatów teoretycznych, zasadniczo

można uznać za spełnione. Model Wielkiej Piątki byłby czasem krytykowany za czysto opisowy charakter i brak identyfikacji mechanizmów wyjaśniających, ale ten opisowy charakter generalnie może być zaletą, ponieważ umożliwia porozumienie pomiędzy różnymi tradycjami teoretycznymi, różniącymi się identyfikowanymi mechanizmami wyjaśniającymi (np. podejście psychoanalityczne i poznawczo-behawioralne). Taki opisowy charakter mógł być przyczyną tego, że przy zmianie podejścia do diagnozy zaburzeń osobowości – z kategoryjnego na dymensjonalny – wykorzystano właśnie ten model jako stosunkowo najbliższy opisowej charakterystyce objawów stosowanej w podejściu kategoryjnym. Zarówno objawy z wcześniejszych edycji DSM i ICD, jak i dymensje z edycji aktualnych (DSM-5 i ICD-11) są opisowe, nie wyjaśniające, w związku z czym mogą być wspólnym opisem dla różnych paradygmatów różniących się sposobem wyjaśniania. Oczywiście w takiej sytuacji opis jest tym bardziej wartościowy, im ma charakter bardziej kompleksowy i integracyjny, co jest przedmiotem kryterium pierwszego (możliwość integracji wiedzy z psychologii osobowości oraz pozytywnej psychologii klinicznej). Niestety, tego kryterium model Wielkiej Piątki już nie spełnia.

Model Wielkiej Piątki proponował zestaw pięciu podstawowych wymiarów osobowości, przy czym, co istotne – dokładnie pięciu i właśnie tych pięciu. Kluczowym argumentem na rzecz tezy o pięciu podstawowych wymiarach były badania psycholeksykalne. Badania te były oparte na hipotezie psycholeksykalnej, zgodnie z którą wszystkie istotne ludzkie cechy są zakodowane w języku. Na gruncie tej hipotezy badacze analizowali słowniki różnych języków, wybierając słowa opisujące ludzką osobowość.

Wielka Piątka	DSM-5	ICD-11
Neurotyczność	Negatywny afekt	Negatywny afekt
Ekstrawersja	Izolacja	Izolacja
Ugodowość	Antagonizm	Dyssocjalność
Sumienność	Rozhamowanie	Anankastyczność
Otwartość	Psychotyzm	Rozhamowanie

Ryc. 1. Cechy z modelu Wielkiej Piątki i ich bieguny uznane za patologiczne w DSM-5 i ICD-11

Następnie przeprowadzali badania empiryczne, w których ludzie wykorzystywali wybrane określenia do opisu własnej lub cudzej osobowości, a zebrane dane w procedurze analizy czynnikowej generowały ostatecznie pięć czynników osobowości. W związku z tym uznano te czynniki za podstawowe wymiary osobowości i stworzono szereg narzędzi psychometrycznych do ich pomiaru (John i Srivastava, 1999).

W tym punkcie historia się jednak nie kończy, a model Wielkiej Piątki został zakwestionowany z trzech różnych perspektyw, przy czym warto dodać, że były to perspektywy, z których początkowo formułowano argumenty na rzecz jego zasadności (Strus i Ciecuch, 2014). Po pierwsze, wiele powtórzonych badań i analiz wykazało, że zasadniczo równie dobrze uzasadniony co model Wielkiej Piątki jest model Wielkiej Szóstki, czyli HEXACO, który wyróżnia sześć domen – dodając Uczciwość–Pokorę oraz rekonceptualizując Ugodowość i Neurotyczność (Ashton i Lee, 2007). Po drugie, w szeroko zakrojonych badaniach międzykulturowych okazało się, że niezależnie od przyjętych metod pomiaru i analizy replikowane są zasadniczo wyłącznie dwa podstawowe wymiary: Społeczna samoregulacja i Dynamizm (Saucier *et al.*, 2014), a nie pięć czy sześć. Po trzecie, w serii analiz na danych zebranych za pomocą narzędzi przeznaczonych do pomiaru Wielkiej Piątki okazało się, że nie są to ortogonalne cechy, a ponad nimi systematycznie uwidaczniają się dwa czynniki wyższego rzędu nazywane Stabilnością i Plastycznością lub określane technicznie nazwami greckich liter Alfa i Beta (DeYoung *et al.*, 2002; Digman, 1997).

Owa Wielka Dwójka zidentyfikowana w międzykulturowych badaniach psycholektykalnych (Saucier *et al.*, 2014) oraz badaniach kwestionariuszowych, w tym również w danych zebranych za pomocą kwestionariuszy skonstruowanych do pomiaru Wielkiej Piątki (DeYoung *et al.*, 2002; Digman, 1997), okazała się korespondować z wieloma innymi dualnymi konstruktami w psychologii, m.in. Sprawczością i Wspólnotowością Wigginsa i Trapnella (1996) czy Wojciszke (2010). Podobieństwo tych konstruktyw doprowadziło do powstania tzw. Dwuczynnikowego Modelu Osobowości, który miał dużo większą moc integracyjną i wyjaśniającą niż Wielka Piątka oraz każda z tych par dualnych konstruktyw osobno (Ciecuch i Strus, 2017). W takiej sytuacji przyjęcie modelu Wielkiej Piątki jako zestawu podstawowych wymiarów osobowości człowieka w zasadzie przestało być dobrze uzasadnione, jak jeszcze mogło się wydawać na przełomie XX i XXI wieku.

Dodatkowym problemem wykorzystania Wielkiej Piątki w DSM-5 oraz ICD-11, który już nie jest odziedziczony z psychologii osobowości, ale wynika z zastosowania tego modelu do opisu zaburzeń osobowości, jest problem z jednoznacznością identyfikacją patologicznych biegunów. W DSM-5 zidentyfikowano jeden patologiczny biegun każdej z pięciu cech, podczas gdy w ICD-11 uznano, że oba bieguny Sumienności są patologiczne – skrajnie niskie nasilenie Sumienności to Rozhamowanie, a skrajnie wysokie to

Anankastyczność. Na gruncie modelu Wielkiej Piątki taki wybór jest jednak dość arbitralny i nie jest jasne, dlaczego wyłącznie skrajne bieguny Sumienności miałyby być patologiczne. W podręczniku pozytywnej psychologii klinicznej pod redakcją Wooda i Johnson (2016) Widiger (2016) przekonywał, że również skrajne nasilenie Ugodowości bywa patologiczne i może być odpowiedzialne za osobowość zależną. Widiger (2016) sformułował ogólny postulat, że z perspektywy pozytywnej psychologii klinicznej należałoby zidentyfikować patologiczne warianty wszystkich cech adaptacyjnych oraz adaptacyjne warianty wszystkich cech patologicznych. W tym kontekście wybór jedynie Sumienności, dla której skrajne nasilenie obu biegunów uznano za patologiczne, wydaje się arbitralny. Wszystko powyższe sprawia, że kryterium pierwsze (integracja wiedzy z psychologii osobowości oraz z pozytywnej psychologii klinicznej) nie może zostać uznane za spełnione.

Problematyczne jest również kryterium trzecie (możliwość precyzyjnej diagnozy). Jednym z zarzutów wobec klasyfikacji kategorialnej było duże współwystępowanie przypisywanych pacjentowi jednostek nozologicznych. W związku z tym w klasyfikacji ICD-11 jednoznacznie rozstrzygnięto, że diagnoza zaburzenia osobowości polega na ocenie poziomu zaburzenia oraz dominującej patologicznej cechy (i fakultatywnie specyfikatora borderline, który nie jest tu przedmiotem rozważań). Jak zostało omówione powyżej – analizy z obszaru psychologii osobowości zdrowej wykazały duże współwystępowanie cech z modelu Wielkiej Piątki, co doprowadziło do identyfikacji dwóch czynników wyższego rzędu. Można się zatem spodziewać, że również ponad patologicznymi odpowiednikami cech z Wielkiej Piątki są obecne jakieś czynniki wyższego rzędu. Takie oczekiwanie ma zresztą poparcie w wynikach badań empirycznych, które wykazały dwie ogólne klasy psychopatologii – zaburzenia internalizacyjne oraz zaburzenia eksternalizacyjne (Krueger i Markon, 2006). Postulowany model osobowości przydatny dla pozytywnej psychologii klinicznej powinien uwzględniać współwystępowanie wysokiego nasilenia cech i przewidywać, których cech może dotyczyć. Model Wielkiej Piątki – ani zdrowej, ani patologicznej (zastosowany w DSM-5 oraz ICD-11) – tego nie uwzględnia, zatem diagnoza nasilenia dominującego wymiaru może być obarczona przypadkowością identyfikacji dominującej cechy w profilu bez świadomości naturalnego współwystępowania składających się na niego elementów.

Kryteria przydatności modelu w terapii (kryterium czwarte) oraz interwencjach pozytywnych i profilaktyce (kryterium piąte) również wydają się niespełnione. Przede wszystkim w modelu Wielkiej Piątki pięć cech osobowości traktowanych jest jako podstawowe dyspozycje uwarunkowane biologicznie, które wprawdzie ulegają zmianom rozwojowym w biegu życia, ale które zasadniczo nie podlegają intencjonalnej zmianie (McCrae i Costa, 2005). W literaturze pojawia się przeciwstawienie niepodlegających modyfikacji cech podlegającym modyfikacji kompetencjom (Ciecuch i Strus, 2021; Soto *et al.*, 2021). Jeśli zatem model

Wielkiej Piątki identyfikuje trwałe cechy, to nie jest jasne, jak możliwe jest skuteczne oddziaływanie ukierunkowane na przesuwanie się osoby wskutek terapii lub innych interwencji na kontinuum od negatywnego do pozytywnego bieguna danej cechy.

MODEL ALTERNATYWNY: KOŁOWY MODEL METACECH OSOBOWOŚCI

Kołowy Model Metacech Osobowości (KMMO) został zaproponowany przez Strusa, Ciecucha i Rowińskiego (2014) jako rozwiązanie problemów Wielkiej Piątki, ale w toku rozwoju modelu i kolejnych badań okazało się, że ma on dużo większe zastosowanie i nie jest tylko kontynuacją badań w tradycji Wielkiej Piątki. W szczególności można go interpretować jako rozszerzenie Dwuczynnikowego Modelu Osobowości (Ciecuch i Strus, 2017), jako punkt wyjścia Modelu Objawy–Kompetencje–Cechy (Ciecuch *et al.*, 2023) oraz matrycę różnych obszarów rozwoju osobowości (Ciecuch, 2025).

Istotą KMMO jest przedstawienie wszystkich najbardziej podstawowych i ogólnych wymiarów osobowości w układzie kołowym. Mocna teza o tym, że są to wszystkie najbardziej podstawowe wymiary, jest wywiedziona z tego, że KMMO został zbudowany na fundamencie Dwuczynnikowego Modelu Osobowości (Ciecuch i Strus, 2017), który identyfikował dwa podstawowe, najbardziej ogólne wymiary osobowości, odpowiadające również czynnikom wyższego rzędu znalezionym nad Wielką Piątką. Czynniki z Dwuczynnikowego Modelu Osobowości tworzą dwie z czterech osi w KMMO. Są to: Alfa/Stabilność oraz Beta/Plastyczność. W KMMO zostały dodatkowo wyróżnione dwie kolejne osie: Gamma, będąca głównym wymiarem zdrowia psychicznego, oraz Delta, będąca granicą między funkcjonowaniem zdrowym a zaburzonym.

Podstawowe tezy KMMO można skrótowo sformułować w następujący sposób:

1. Alfa/Stabilność i Beta/Plastyczność są wymiarami ortogonalnymi.
2. Oba bieguny wyróżnionych wymiarów mają właściwą sobie treść psychologiczną, niesprowadzalną do przeciwieństwa drugiego bieguna. Pozytywne bieguny zostały nazwane określeniem „plus”, a negatywne – określeniem „minus”, co dało następujące nazwy: Alfa-Plus/Stabilność oraz Beta-Plus/Plastyczność. Biegunom negatywnym przyporządkowano następujące nazwy: Alfa-Minus/Rozhamowanie oraz Beta-Minus/Pasywność.
3. Ortogonalne wymiary Alf i Bety tworzą klasyczny układ współrzędnych. Dwie dodatkowe osie – Gamma i Delta – również tworzą układ współrzędnych zrotowany w stosunku do Alf i Bety o 45°.
4. W przypadku Gammy i Delty, podobnie jak w przypadku Alf i Bety, również zostały zdefiniowane oba bieguny, które mają własną psychologiczną treść, niesprowadzalną do prostego przeciwieństwa drugiego bieguna. W ten sposób zostały wyróżnione:

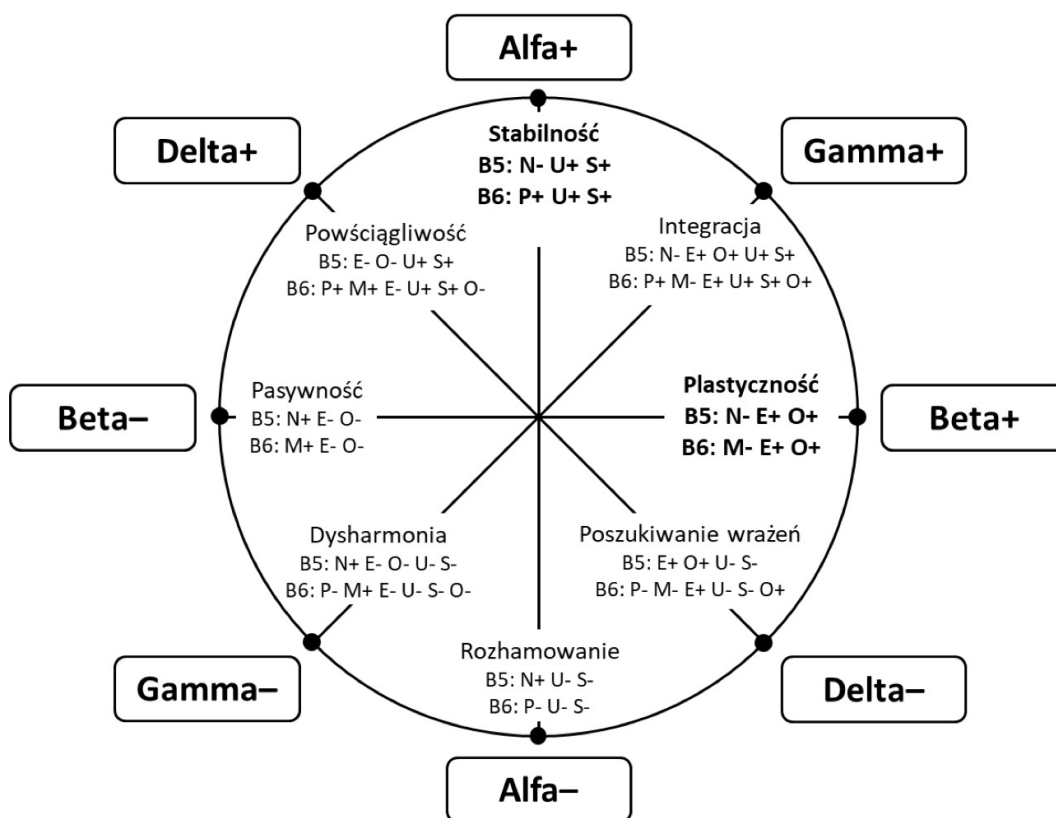
Gamma-Plus/Integracja vs Gamma-Minus/Dysharmonia oraz Delta-Plus/Powściągliwość vs Delta-Minus/Poszukiwanie wrażeń.

KMMO został przedstawiony na ryc. 2. Warto podkreślić, że jakkolwiek podstawowe wymiary z KMMO (Alfa/Stabilność i Beta/Plastyczność) są spójne z czynnikami wyższego rzędu znalezionymi ponad Wielką Piątką, a pozostałe dwa wymiary są ich pochodną, to jednak metacechy w KMMO nie są definiowane przez konstelacje cech Wielkiej Piątki. Taka konstelacja została zaprezentowana na ryc. 2, aby pokazać korespondencję tych modeli, ale nie żeby zdefiniować metacechy. Pełne definicje metacech zostały zaprezentowane w tab. 1.

Dotychczasowe badania wykazały użyteczność KMMO w zakresie:

1. integracji w jednym układzie odniesienia modeli temperamentu, emocji, motywacji, wartości oraz zachowań interpersonalnych (Strus i Ciecuch, 2017);
2. integracji modelu Wielkiej Piątki i HEXACO (Strus i Ciecuch, 2021);
3. identyfikacji subtelnych różnic pomiędzy Wielkimi Dwójkami wywiedzionymi z tradycji psycholeksykalnej i kwestionariuszowej (Strus i Ciecuch, 2019);
4. rozwiązywania problemów z liczbą i treścią typów osobowości (Strus *et al.*, 2021b, 2021c);
5. konstrukcji modelu opisującego style wierzenia w psychologii religii (Szydłowski i Ciecuch, 2023);
6. systematyzacji kompetencji emocjonalno-społecznych (Ciecuch i Strus, 2021);
7. konstrukcji integrującego modelu samoregulacji (Skimina *et al.*, 2023);
8. konstrukcji integrującego modelu temperamentu (Ciecuch *et al.*, 2024b; Strus *et al.*, 2022);
9. konstrukcji modelu opisującego w całościowy sposób osobowość dzieci i młodzieży (Ciecuch *et al.*, 2023).

Część z przywołanych powyżej aplikacji KMMO do różnych obszarów osobowości polegała na zastosowaniu nie tyle metacech, co strukturalnych reguł modelu. Metacechy wyróżnione w KMMO są bowiem najbardziej podstawowymi i ogólnymi dymensjami, skupiającymi w sobie wiele psychologicznych treści, które można rozdzielać według różnych kryteriów. Dobrym przykładem jest tutaj Model Objawy–Kompetencje–Cechy Ciecucha i wsp. (2023), w którym wyróżniono trzy warstwy osobowości: objawy dobrostanu i problemów ze zdrowiem psychicznym, kompetencje osobowościowe oraz cechy temperamentu, przy czym zmienne we wszystkich trzech warstwach są zorganizowane według tych samych reguł strukturalnych KMMO. Warstwa objawów opisuje w jednej przestrzeni dobrostan i trzy rodzaje problemów ze zdrowiem psychicznym (eksternalizacyjne, internalizacyjne i psychasteniczne). Istotą rozróżnienia pomiędzy dwiema kolejnymi warstwami (kompetencje osobowościowych i cech temperamentu) jest to, że cechy temperamentu są względnie stałe i nie podlegają intencjonalnym zmianom, podczas gdy kompetencje osobowościowe są możliwe do kształtowania. Wyróżnione cechy



B5 – Model Wielkiej Piątki; **N** – Neurotyczność, **E** – Ekstrawersja, **O** – Otwartość na doświadczenie; **U** – Ugodowość; **S** – Sumienność; **B6** – Model Wielkiej Szóstki (HEXACO); **P** – Uczciwość–Pokora; **M** – Emocjonalność; **E** – Ekstrawersja; **U** – Ugodowość; **S** – Sumienność; **O** – Otwartość na doświadczenie; + (plus) oznacza wysokie nasilenie danej cechy; – (minus) oznacza niskie nasilenie danej cechy.

Ryc. 2. Kołowy Model Metacech Osobowości

temperamentu i kompetencje osobowościowe odpowiadają metacechom z KMMO (temperament jest rozpisany na wymiarach Gammy i Delty, a kompetencje osobowościowe odpowiadają Alfie-Plus, Gammie-Plus, Becie-Plus oraz średniemu nasileniu Delty), ale obejmują tylko część ich zakresu treściowego.

Z perspektywy pozytywnej psychologii klinicznej kluczowe elementy KMMO można zinterpretować w następujący sposób:

1. Wymiary Alfa-Plus/Stabilność oraz Beta-Plus/Plastyczność to filary zdrowia psychicznego definiowane zgodnie ze Światową Organizacją Zdrowia w kategoriach dobrostanu (Cieciuch *et al.*, 2024a). Pierwszy z nich można by nazwać filarem społecznym, którego istotą są dobre i satysfakcjonujące obie strony relacje społeczne, a drugi – filarem osobistym, którego istotą jest rozwój i siła „ja”. Pełne zdrowie psychiczne wymaga wysokiego nasilenia obu wymiarów. Możliwa jest też sytuacja, że zdrowie psychiczne oparte jest na jednym silnym filarze przy nieco słabszym drugim.
2. Wymiar Gamma jest wymiarem zdrowia psychicznego (który odpowiada wymiarowi zdrowie vs choroba Antonsky'ego). Biegun Gamma-Plus/Integracja odpowiada

najbardziej adaptacyjnej konfiguracji różnych właściwości, co w literaturze nazywane było czasem Ogólnym Czynnikiem Osobowości (Musek, 2007). Z kolei biegun Gamma-Minus/Dysharmonia odpowiada Ogólnemu Czynnikowi Psychopatologii (Lahey *et al.*, 2012). W terminach Alfie-Plus/Stabilności i Bety-Plus/Plastyczności jako filarów zdrowia można powiedzieć, że Gamma-Plus/Integracja oznacza silne oba filary zdrowia, a Gamma-Minus/Dysharmonia oznacza słabe oba filary zdrowia.

3. Wymiar Delta jest swego rodzaju granicą między zdrowym funkcjonowaniem a problemami lub ich ryzykiem. W terminach Alfie-Plus/Stabilności i Bety-Plus/Plastyczności jako filarów zdrowia można powiedzieć, że Delta-Plus/Powściągliwość oznacza silny społeczny filar zdrowia (Alfa-Plus/Stabilność) oraz słaby osobisty filar zdrowia (Beta-Minus/Pasywność). Z kolei Delta-Minus/Poszukiwanie wrażeń oznacza silny osobisty filar zdrowia (Beta-Plus/Plastyczność) oraz słaby społeczny filar zdrowia (Alfa-Minus/Rozhamowanie).
4. KMMO jest całościowym modelem, opisującym zarówno zdrowe, jak i zaburzone funkcjonowanie w kategoriach kontinuum.

Metacecha	Znaczenie
Delta-Plus (Powściągliwość)	Wysoka kontrola zachowania; porządek, metodyczność i skrupulatność w działaniu; tendencje perfekcjonistyczne; pryncypialne podejście do reguł i zasad moralno-społecznych, a także skromność, konwencjonalność i silne dostosowanie społeczne
Alfa-Plus (Stabilność)	Stabilność funkcjonowania w sferze emocjonalnej, motywacyjnej i społecznej wyrażająca się w ogólnej tendencji do adaptacji społecznej, etycznej postawie wobec świata, życzliwości i spokoju oraz zdolności do odraczania gratyfikacji, pracowitości i wytrwałości
Gamma-Plus (Integracja)	Dobrostan; serdeczny i prospołeczny stosunek do ludzi; równowaga i harmonia zarówno intra-, jak i interpersonalna; pogoda ducha i otwartość na świat w całym jego bogactwie, a jednocześnie wytrzymałość i efektywność w realizacji ważnych celów
Beta-Plus (Plastyczność)	Poznawcza i behawioralna otwartość na zmiany, zaangażowanie w nowe doświadczenia, tendencja do eksplorowania; pewność siebie, a także inicjatywa i inwencja w relacjach społecznych; entuzjazm oraz orientacja na rozwój osobisty
Delta-Minus (Poszukiwanie wrażeń)	Szeroko rozumiana impulsywność, poszukiwanie stymulacji i podejmowanie ryzyka; tendencje hedonistyczne i wielkościowe; niekonwencjonalność, skłonność do dominowania oraz ekspansywność w relacjach społecznych
Alfa-Minus (Rozhamowanie)	Wysoki poziom tendencji antyspołecznych, których podłożem są nierównoważenie, niska tolerancja na frustrację, egoizm, agresywność i antagonizm w stosunku do ludzi, norm i zobowiązań społecznych
Gamma-Minus (Dysharmonia)	Niedostępność (nieufność, chłód, dystans) w relacjach interpersonalnych; negatywna emocjonalność i niskie poczucie własnej wartości; depresyjność, pesymizm i skłonność do problemów psychicznych
Beta-Minus (Pasywność)	Nieśmiałość, submisyjność i zależność w relacjach interpersonalnych; bierność oraz zahamowanie behawioralne i poznawcze; pewien rodzaj apatii i stagnacji oraz skłonność do anhedonii

Tab. 1. Definicje metacech w Kołowym Modelu Metacech Osobowości (na podstawie: Ciecuch et al., 2023)

5. W ramach metacech z KMMO można wyróżnić pewne warstwy znaczeniowe, istotne z jakiegoś punktu widzenia (np. rozróżnienie możliwych do kształtowania kompetencji osobowościowych i niepodatnych na kształtowanie cech temperamentu). Warto dodać, że w patologicznych biegunach metacech można identyfikować ekstremalnie niskie nasilenie cech osobowości zdrowej, ale można również lokować cechy różne jakościowo i specyficzne dla psychopatologii.

Integracyjny potencjał KMMO dla pozytywnej psychologii klinicznej został już w znacznej mierze potwierdzony empirycznie. W szczególności empirycznie wykazano spójne z oczekiwaniami teoretycznymi ułożenie w przestrzeni KMMO:

1. różnych aspektów dobrostanu (Strus i Ciecuch, 2017);
2. zaburzeń osobowości w ujęciu kategoryjnym (Zawadzki, 2016, 2017);
3. zaburzeń osobowości w ujęciu dymensionalnym (Strus et al., 2021a);
4. różnych aspektów osobowości borderline (Brud i Ciecuch, 2023);
5. różnych aspektów osobowości obsesyjno-kompulsywnej (Kłosowski, 2023);
6. różnych rodzajów narcyzmu (Kłosowski, 2023; Rogoza et al., 2019).

KMMO został również wykorzystany do konstrukcji nowych modeli:

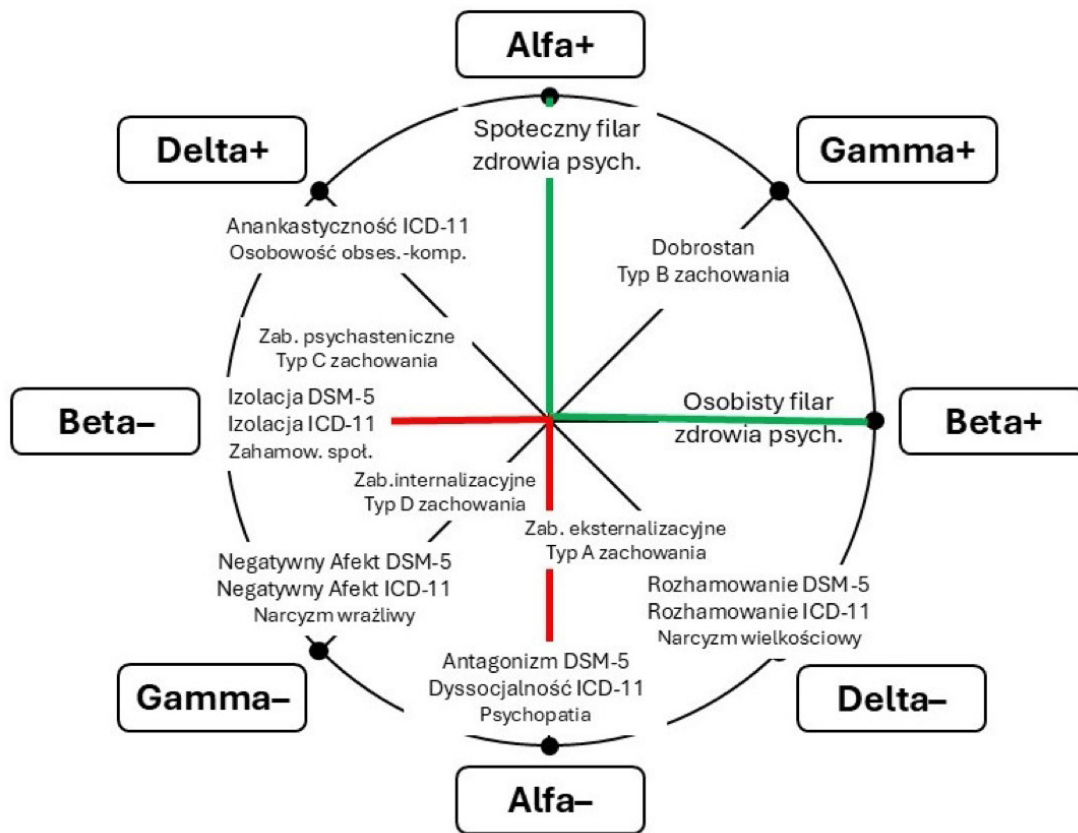
1. modelu narcyzmu wrażliwego (Rogoza et al., 2022);
 2. modelu zahamowania społecznego (Kwiatkowska i Strus, 2021);
 3. modelu wzoru C zachowania (Rymarczyk et al., 2020).
- Wykazano także możliwość wykorzystania KMMO do integracji wzorów zachowania A, B, C i D w jednym osobowościowym układzie odniesienia (Rymarczyk, 2022).

Na ryc. 3 zaprezentowano podsumowanie analiz teoretycznych oraz wyników empirycznych w zakresie integracji konstruktów z obszaru pozytywnej psychologii klinicznej w ramach KMMO.

KOŁOWY MODEL METACECH OSOBOWOŚCI JAKO UŻYTECZNY MODEL DLA POZYTYWNEJ PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

KMMO rozwiązuje problemy zidentyfikowane powyżej jako problemy z modelem Wielkiej Piątki zastosowanej do pozytywnej psychologii klinicznej.

Problem arbitralności wyboru Wielkiej Piątki, dla której wyrósł konkurencyjny model HEXACO, został rozwiązany w ten sposób, że metacechy z KMMO można opisać konfiguracją zarówno cech z Wielkiej Piątki, jak i HEXACO, jak to zilustrowano na ryc. 2. Należy przy tym pamiętać, że jest to raczej przybliżenie znaczenia niż definicja, ponieważ metacechy z KMMO nie są redukowalne do konfiguracji cech z modeli cechowych. Niemniej jednak w KMMO w pewnym stopniu zawiera się model Wielkiej Piątki oraz model HEXACO, a nad cechami wyróżnionymi w obu tych modelach można zidentyfikować te same czynniki wyższego rzędu (Alfa/Stabilność i Beta/Plastyczność), które są podstawowymi osiami KMMO. Tym samym znika również problem dwóch czynników jako alternatywy dla pięciu cech osobowości. Owe dwa czynniki formują podstawowe dymensje w KMMO, a patologiczne cechy wyróżnione zarówno przez DSM-5, jak i ICD-11 można wpisać w KMMO. Jak wykazali Strus i wsp. (2021a), ICD-11 ma tu pewną przewagę nad DSM-5, choć z perspektywy Wielkiej Piątki przewagę ma DSM-5. DSM-5 systematycznie wyróżnia patologiczny biegun każdej z pięciu cech, podczas gdy w ICD-11 w przypadku trzech cech zidentyfikowano patologiczny biegun, jednej cechy nie uwzględniono (Otwartość na doświadczenie), a w przypadku Sumienności skrajne nasilenie obu biegunów uznano za patologiczne. Analiza teoretyczna, potwierdzona wynikami badań empirycznych, wykazała, że Psychotyzm z DSM-5 nie miał precyzyjnego ułożenia w KMMO, a patologiczne cechy z DSM-5 nie pokrywały całego obszaru problemowego z KMMO, ponieważ niezagospodarowany pozostawał obszar wokół Delty-Plus/Powściągliwości. Obszar ten został



Ryc. 3. Wybrane konstrukty pozytywnej psychologii klinicznej ułożone w Kołowym Modelu Metacech Osobowości

wypełniony Anankastycznością z ICD-11, wskutek czego patologiczne cechy wyróżnione przez ICD-11 równomiernie pokryły cały obszar problemowy KMMO (Strus *et al.*, 2021a). Przypadkowość identyfikacji patologicznej cechy o najwyższym nasileniu jako pochodna nieprzewidzianego skorelowania patologicznych cech w modelu Wielkiej Piątki również przestaje być problemem w KMMO, ponieważ ułożenie patologicznych cech w macierzy KMMO jest podstawą dość precyzyjnego przewidywania ich korelacji. Cechy położone obok siebie są pozytywnie skorelowane, cechy położone w stosunku do siebie pod kątem 90° nie są skorelowane, a położone względem siebie pod kątem większym niż 90° są skorelowane negatywnie. Negatywny Afekt, ułożony w Gammie-Minus/Dysharmonii, czyli centrum problemów, koreluje ze wszystkimi patologicznymi cechami, przy czym w najmniejszym stopniu z tymi położonymi blisko biegunów Delty, czyli Rozhamowaniem i Anankastycznością (które są ze sobą skorelowane negatywnie jako ułożone po obu biegunach Delty). Z konstrukcjami ułożonymi dokładnie na biegunach Delty Negatywny Afekt nie koreluje, ponieważ linia Delty jest granicą między zdrowiem a zaburzeniem i jest ortogonalna do linii Gammy. Im dany aspekt cech Rozhamowania i Anankastyczności jest bardziej patologiczny, tym bardziej lokuje się poniżej linii Delty i tym bardziej koreluje z Negatywnym Afektem. W konsekwencji w KMMO współwystępowalność

patologicznych cech przestaje być problemem, ponieważ staje się teoretycznie uzasadniona i dość precyzyjnie przewidywalna.

Problem arbitralności doboru biegunów, których skrajne nasilenie jest patologiczne w KMMO, przestaje być problemem, ponieważ Alfa-Plus/Stabilność oraz Beta-Plus/Plastyczność są filarami zdrowia, więc ich pozytywne bieguny nie mają patologicznych wariantów, podobnie jak ich negatywne bieguny stanowią wyłącznie czynnik zaburzeń. Taki stan rzeczy oczywiście nie wyklucza sytuacji, w której pewne cechy ułożone w okolicy Alfa-Minus i Bety-Minus mogą być w pewnych sytuacjach korzystne dla interesu danej osoby lub jej społecznego przystosowania. Taką cechą jest np. psychopatia ułożona w okolicy Alfa-Minus albo zahamowanie społeczne ułożone w okolicy Bety-Minus. Nie są to jednak czynniki sprzyjające zdrowiu psychicznemu. Jedynym wymiarem, którego dwa skrajne bieguny mogą być patologiczne, jest wymiar Delty, ponieważ jest to wymiar graniczny między zdrowym funkcjonowaniem a ryzykiem zaburzeń. Zawiera on zatem w sobie zestaw właściwości zarówno funkcjonalnych (prozdrowotnych), jak i dysfunkcyjnych (zaburzeniogennych).

Problem niepodatności na zmiany cech Wielkiej Piątki również przestaje istnieć w KMMO, a zwłaszcza w jego rozwinięciu pod postacią Modelu Objawy-Kompetencje-Cechy

(Ciecuch *et al.*, 2023), w którym zostały precyzyjnie odróżnione w ramach metacech te aspekty osobowości, które podlegają interwencji i modyfikacji (kompetencje osobowościowe), od tych, które im nie podlegają (cechy temperamentu). Podsumowując, można powiedzieć, że zaprezentowany KMMO spełnia wszystkie sformułowane powyżej wymagania wobec modelu osobowości przydatnego w pozytywnej psychologii klinicznej.

Po pierwsze, jak to zarysowano, potencjał integracyjny KMMO w psychologii osobowości oraz w pozytywnej psychologii klinicznej jest znaczący. W szczególności istotną zaletą jest integracja w jednym modelu zarówno problemów oraz zaburzeń, jak i dobrostanu jako zdrowia psychicznego wraz z jego filarami.

Po drugie, KMMO jako efekt strukturalistycznego podejścia do osobowości raczej porządkuje i precyzuje konstrukty, nie przesądzając o ich teoretycznej zawartości. Strukturalistyczne podejście jest szczególnie widoczne w konceptualizacji warstwy temperamentu (Ciecuch *et al.*, 2024b) oraz samoregulacji jako kompetencji osobowościowej (Skimina *et al.*, 2023). Precyzyjny strukturalistyczny opis może być miejscem spotkania różnych tradycji teoretycznych i modalności klinicznych. Po trzecie, KMMO umożliwia precyzyjną diagnozę. Pakiet narzędzi do diagnozy dzieci i młodzieży od 1 do 25 lat na podstawie Modelu Objawy–Kompetencje–Cechy został wykonany przez Ciecucha i wsp. (2023) i jest dystrybuowany przez Ośrodek Rozwoju Edukacji do poradni psychologiczno-pedagogicznych. Z kolei Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego przygotowuje zestaw narzędzi do diagnozy metacech wyróżnionych w KMMO.

Po czwarte, KMMO może być przydatny w psychoterapii, ponieważ w cechach patologicznych, na których oddziaływanie terapeutyczne jest ukierunkowane, możliwe jest wyróżnienie zarówno takich warstw, które temu oddziaływowaniu mogą podlegać ze względu na swoją plastyczną naturę, jak i takich, które temu oddziaływowaniu nie podlegają, ze względu na swą niezmienną naturę, ale które należy uwzględnić, aby oddziaływanie terapeutyczne lub profilaktyczne zoptymalizować i zindywidualizować. Co więcej, model ten pozwala na jednoczesną identyfikację problemów i zasobów, co umożliwia wykorzystanie zasobów podczas pracy z problemami. Z kolei pakiet narzędzi pozwala na badanie skuteczności psychoterapii. Z tych samych powodów spełniony jest piąty warunek, czyli przydatność w interwencjach pozytywnych i oddziaływaniach profilaktycznych.

Dodatkową wartością tego modelu jest to, że jego przydatność nie ogranicza się tylko do pozytywnej psychologii klinicznej. Może on być bowiem stosowany również w wielu innych obszarach psychologii, w tym m.in. w psychologii edukacji, wychowawczej, pracy i organizacji. Jest to zgodne z sugestią Wooda i Tarriera (2010) sformułowaną w kontekście pozytywnej psychologii klinicznej, żeby nie tworzyć osobnej dyscypliny z osobnymi modelami, ale pewien sposób myślenia, który można zaaplikować do różnych dyscyplin i codziennej praktyki badawczej.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania; gromadzenie i/lub zestawianie danych; analiza i interpretacja danych; napisanie artykułu; krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: JC.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., American Psychiatric Association, Arlington 2013.
- Antonovsky A: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
- Ashton MC, Lee K: Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Pers Soc Psychol Rev* 2007; 11: 150–166.
- Brud PP, Ciecuch J: Borderline personality disorder and its facets in the context of personality metatraits and pathological traits. *Pers Individ Dif* 2023; 202: 111958.
- Ciecuch J: Rozwój osobowości. In: Białecka M, Białek A, Stępień-Nycz M (eds.): *Nauka o rozwoju człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2025.
- Ciecuch J, Strus W: The two-factor model of personality. In: Zeigler-Hill V, Shackelford T (eds.): *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, 2017.
- Ciecuch J, Strus W: Toward a model of personality competencies underlying social and emotional skills: insight from the Circumplex of Personality Metatraits. *Front Psychol* 2021; 12: 711323.
- Ciecuch J, Strus W, Ponikiewska K: Czym jest zdrowie psychiczne i jego brak? Propozycja syntetyzującego modelu. In: Rowiński T (ed.): *Raport z realizacji pilotażu środowiskowych centrów zdrowia psychicznego*. 2024a. Available from: https://www.power.gov.pl/media/137634/Srodowiskowe_Centra_Zdrowia_Psychicznego_dla_dzieci_i_doroslych_doswiadczenia_i_rekomendacje.pdf.
- Ciecuch J, Strus W, Ponikiewska K: Próba strukturalistycznego podejścia do temperamentu i jej efekty. In: Dragan WŁ, Rzesutek M (eds.): *Różnice indywidualne. Uwarunkowania i konsekwencje*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2024b: 17–48.
- Ciecuch J, Strus W, Skimina E et al.: *Objawy–Kompetencje–Cechy. Całościowa diagnoza osobowości. Koncepcja i pomiar*. UKSW, Warszawa 2023.
- Costa PT Jr, McCrae RR: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Odessa 1992.
- DeYoung CG, Peterson JB, Higgins DM: Higher-order factors of the Big Five predict conformity: are there neuroses of health? *Pers Individ Dif* 2002; 33: 533–552.
- Digman JM: Higher-order factor of the Big Five. *J Pers Soc Psychol* 1997; 73: 1246–1256.
- Goldberg LR: An alternative “description of personality”: the Big-Five factor structure. *J Pers Soc Psychol* 1990; 59: 1216–1229.
- John OP, Srivastava S: The Big Five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In: Pervin LA, John OP (eds.): *Handbook of Personality: Theory and Research*. Guilford Press, New York 1999: 102–138.
- Johnson J, Wood AM: Integrating positive and clinical psychology: viewing human functioning as continua from positive to negative can benefit clinical assessment, interventions and understandings of resilience. *Cognit Ther Res* 2017; 41: 335–349.
- Kłowski M: Cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej a przywiązanie i metacechy osobowości. Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa 2023.

- Krueger RF, Markon KE: Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2: 111–133.
- Kwiatkowska MM, Strus W: Social inhibition: theoretical review and implications for a dual social inhibition model within the circumplex of personality metatraits. *Studia Psychologica: Theoria et praxis* 2021; 21: 57–109.
- Lahey BB, Applegate B, Hakes JK et al.: Is there a general factor of prevalent psychopathology during adulthood? *J Abnorm Psychol* 2012; 121: 971–977.
- McCrae RR, Costa PT Jr: *Osobowość człowieka dorosłego*. Wydawnictwo WAM, Warszawa 2005.
- Musek J: A general factor of personality: evidence of the Big One in the five-factor model. *J Res Pers* 2007; 41: 1213–1233.
- Peterson C, Seligman MEP: *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Oxford University Press, 2004.
- Rogoza R, Ciecuch J, Strus W: Narcissistic isolation and enmity concept: disentangling the blue and dark face of vulnerable narcissism. *J Res Pers* 2022; 96: 104167.
- Rogoza R, Ciecuch J, Strus W et al.: Seeking a common framework for research on narcissism: an attempt to integrate the different faces of narcissism within the Circumplex of Personality Metatraits. *Eur J Pers* 2019; 33: 437–455.
- Rymarczyk K: Relacje między osobowościowymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych oraz zasobami zdrowia w kontekście Kołowego Modelu Metacech Osobowości. Wydawnictwo Liberi Libri, 2022.
- Rymarczyk K, Turbacz A, Strus W et al.: Type C personality: conceptual refinement and preliminary operationalization. *Front Psychol* 2020; 11: 552740.
- Saucier G, Thalmayer AG, Payne DL et al.: A basic bivariate structure of personality attributes evident across nine languages. *J Pers* 2014; 82: 1–14.
- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M: Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* 2000; 55: 5–14.
- Skimina E, Strus W, Ciecuch J et al.: How many and what mechanisms are needed to explain self-regulatory functions in personality dynamics: towards a model based on the Circumplex of Personality Metatraits. *J Pers* 2023; 91: 882–900.
- Soto CJ, Napolitano CM, Roberts BW: Taking skills seriously: toward an integrative model and agenda for social, emotional, and behavioral skills. *Curr Dir Psychol Sci* 2021; 30: 26–33.
- Strus W, Ciecuch J: Are the questionnaire and the psycho-lexical Big Twos the same? Towards an integration of personality structure within the Circumplex of Personality Metatraits. *Int J Personal Psychol* 2019; 5: 18–35.
- Strus W, Ciecuch J: Poza wielką piątkę – przegląd nowych modeli struktury osobowości. *Polskie Forum Psychologiczne* 2014; 19: 17–49.
- Strus W, Ciecuch J: The Circumplex of Personality Metatraits and the HEXACO model: toward refinement and integration. *J Pers* 2021; 89: 803–818.
- Strus W, Ciecuch J: Towards a synthesis of personality, temperament, motivation, emotion and mental health models within the Circumplex of Personality Metatraits. *J Res Pers* 2017; 66: 70–95.
- Strus W, Ciecuch J, Rowiński T: The Circumplex of Personality Metatraits: a synthesizing model of personality based on the Big Five. *Rev Gen Psychol* 2014; 18: 273–286.
- Strus W, Łakuta P, Ciecuch J: Anankastia or psychoticism? Which one is better suited for the fifth trait in the pathological Big Five: insight from the Circumplex of Personality Metatraits perspective. *Front Psychiatry* 2021a; 12: 648386.
- Strus W, Ponikiewska K, Ciecuch J: Reactivity and activity as dimensions capturing both energetic and temporal aspects of behavior: towards a reconceptualization of Jan Strelau's basic temperament dimensions based on the Circumplex of Personality Metatraits. *Pers Individ Dif* 2022; 188: 111434.
- Strus W, Cybis N, Ciecuch J et al.: Number and content of personality types across methods and samples: empirically filling the theoretically developed map of RUNO typology. *Polish Psychological Bulletin* 2021b; 52: 211–226.
- Strus W, Cybis N, Ciecuch J et al.: Theoretical framework for the RUNO personality typology based on the Circumplex of Personality Metatraits. *Polish Psychological Bulletin* 2021c; 52: 197–210.
- Szydłowski P, Ciecuch J: The Circumplex of Faith Modes: the proposal of an integrative model in the Allportian approach. *J Acad Study Relig* 2021; 36: 210–241.
- Widiger TA: An integrative model of personality strengths and weaknesses. In: Wood AM, Johnson J (eds.): *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology*. John Wiley & Sons, 2016: 261–277.
- Wiggins JS, Trapnell PD: A dyadic-interactional perspective on the Five-Factor Model. In: Wiggins JS (ed.): *The Five-Factor Model of Personality: Theoretical Perspectives*. Guilford Press, 1996: 88–162.
- Wojciszke B: *Sprawczość i wspólnotowość. Podstawowe wymiary spostrzegania społecznego*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2010.
- Wood AM, Johnson J: Positive clinical psychology: an introduction. In: Wood AM, Johnson J (eds.): *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology*. John Wiley & Sons, 2016: 3–17.
- Wood AM, Johnson J (eds.): *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology*. John Wiley & Sons, 2016.
- Wood AM, Tarrier N: Positive Clinical Psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 819–829.
- World Health Organization: WHO's new International Classification of Diseases (ICD-11) comes into effect. 2022. Available from: [https://www.who.int/news/item/11-02-2022-who-s-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)-comes-into-effect](https://www.who.int/news/item/11-02-2022-who-s-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)-comes-into-effect).
- Zawadzki B: Gamma i Delta w ujęciu Kołowego Modelu Metacech Osobowości a przekonania w zaburzeniach osobowości. In: Rynkiewicz A, Jankowski K, Oniszczenko W (eds.): *Wybrane metody i paradygmaty badawcze w psychologii*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2016: 203–220.
- Zawadzki B: Lokalizacja zaburzeń osobowości w Kołowym Modelu Metacech Osobowości. *Roczniki Psychologiczne* 2017; 20: 472–512.