

Karolina Rymarczyk

Warszawa, 16.09.2021

nr albumu: 3944

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Wydział Filozofii Chrześcijańskiej

Instytut Psychologii

Streszczenie rozprawy doktorskiej pt. *Relacje między psychologicznymi czynnikami ryzyka chorób somatycznych oraz zasobami zdrowia w kontekście Kołowego Modelu Metacech Osobowości*

Promotor: dr hab. Jan Cieciuch, prof. uczelni; promotor pomocniczy: dr Włodzimierz Strus

Niniejsza rozprawa doktorska porusza zagadnienia psychologicznych czynników ryzyka chorób somatycznych i zasobów zdrowia oraz możliwości ich integracji z perspektywy Kołowego Modelu Metacech Osobowości (*Circumplex of Personality Metatraits*; CPM; Strus i Cieciuch, 2017; Strus i in., 2014). Od ponad 60 lat badacze poszukują psychologicznych i osobowościowych uwarunkowań chorób somatycznych. Efektem tych poszukiwań są osobowościowe czynniki ryzyka, wprowadzane do literatury jako wzory zachowania A, C i D, zwane też czasem typami osobowości, które miały być związane z występowaniem określonych chorób somatycznych: (1) wzór A zachowania miał pełnić rolę czynnika ryzyka choroby wieńcowej (np. Brand i in., 1976; Friedman i Rosenman, 1959; Haynes i in., 1978; Jenkins i in., 1974; Šmigelskas, 2017), (2) wzór C zachowania miał przewidywać choroby nowotworowe (np. Eysenck, 1994; Greer i Morris, 1975; Kissen i Eysenck, 1962), (3) wzór D zachowania miał odpowiadać za choroby układu krążenia (np. Denollet, 1998, 2000, 2005; Denollet i in., 1995; Grande i in., 2012). Ponadto w ramach tych poszukiwań został wyodrębniony wzór B zachowania, który charakteryzował zdrową osobowość i miał stanowić przeciwieństwo wzoru A zachowania (Friedman i Rosenman, 1959; Šmigelskas, 2017; Tylka, 1999). W literaturze oprócz wzoru B opisywanych jest wiele innych zbliżonych do niego osobowościowych konstruktów, które miały mieć znaczenie dla zdrowia somatycznego (Marshall i in., 1994). Są one swego rodzaju psychologicznymi zasobami zdrowia somatycznego, które mają prozdrowotne znaczenie dla utrzymania zdrowia lub powrotu do zdrowia po chorobie (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Do takich konstruktów należą m.in.: (1) wzór B zachowania (Friedman i Rosenman, 1959; Haze, 2017; Jenkins i in., 1967), (2) prężność ego (Block, 1971; Letzring i in., 2005), (3) dyspozycyjny optymizm (Scheier i Carver, 1985, 1992), (4) samoocena (Rosenberg, 1965), (5) satysfakcja z życia (Diener i in.,

1985), (6) orientacja pozytywna (Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Eisenberg i in., 2012; Caprara i Steca, 2005), (7) poczucie własnej skuteczności (Jerusalem i Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1998), (8) nadzieja (Erikson, 2002; Łaguna i in., 2005; Snyder, 2002; Trzebiński i Zięba, 2003), (9) poczucie koherencji (Antonovsky, 1993, 2005), (10) poczucie sensu życia (Klamut, 2010; Reker i Peacock, 1981).

Psychologiczne czynniki ryzyka chorób somatycznych oraz zasoby zdrowia były wprowadzane do literatury w minionych sześciu dekadach jako osobne konstrukty. W efekcie stanowią one dzisiaj pewien katalog zmiennych o dość niejasnych relacjach. Co więcej, ponieważ zostało przeprowadzonych wiele badań, to w ostatnich dekadach pojawiły się już metaanalizy, które czasem kwestionowały istotną rolę osobowościowych czynników ryzyka dla wystąpienia chorób somatycznych (Grande i in., 2012; Jokela i in., 2014; McKenna i in., 1999; Myrtek, 2001). Nie jest jednak jasne, na ile wyniki kwestionujące osobowościowe uwarunkowania zdrowia i choroby są konsekwencją właśnie braku spójnej konceptualizacji i operacjonalizacji zmiennych będących czynnikami ryzyka. Niniejsza praca wyrasta z przekonania, że warto podjąć próbę integracji w jednym modelu wiedzy i badań na temat psychologicznych czynników ryzyka chorób somatycznych i zasobów zdrowia, czyli wzorów zachowania A, B, C, D oraz konstruktów pokrewnych.

Celem niniejszej pracy była zatem odpowiedź na pytanie: Czy możliwe jest powiązanie psychologicznych czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów zdrowia w jednym spójnym modelu osobowości. Aby zaproponować rozwiązanie tak postawionego problemu badawczego, w pracy (1) przeprowadzono analizy teoretyczne czynników ryzyka i zasobów zdrowia, z uwzględnieniem ich wzajemnych relacji postulowanych w literaturze oraz wyników dotyczących ich powiązania z cechami osobowości wyróżnionymi w Pięciodzownikowym Modelu Osobowości (*Five-Factor Model*; FFM; Goldberg, 1999; McCrae i Costa Jr, 2003), (2) przyjęto CPM (Strus i Ciecuch, 2017; Strus i in., 2014) jako osobowościową podstawę takiego spójnego modelu psychologicznych czynników ryzyka chorób somatycznych oraz zasobów zdrowia i (3) empirycznie zweryfikowano zależności pomiędzy czynnikami ryzyka a zasobami zdrowia w przestrzeni CPM, a dodatkowo (4) przetestowano powiązania czynników ryzyka z różnymi dolegliwościami i chorobami somatycznymi.

CPM, będący głównym układem odniesienia proponowanej integracji czynników ryzyka i zasobów zdrowia, wykazał już możliwości integracyjne wielu różnych konstruktów z obszaru psychologii, w tym również psychologii klinicznej (Rogoza i in., 2019; Strus i in., w druku; Zawadzki, 2016, 2017). Wyrasta on z tradycji FFM i stanowi rozszerzenie

Dwuczynnikowego Modelu Osobowości (*Two-Factor Model*; TFM; Ciecuch i Strus, 2017). W CPM struktura osobowości jest opisywana za pomocą czterech wymiarów: alfy i bety, znanych z badań nad strukturą osobowości (DeYoung i in., 2002; Digman, 1997), oraz gammy – będącej reinterpretacją ogólnego czynnika osobowości (Musek, 2007, 2017; Strus i in., 2014) i delty, będącej granicą między osobowościowymi uwarunkowaniami zdrowia i choroby (Strus i Ciecuch, 2017; Strus i in., w druku). Wykorzystując matrycę CPM postawiono trzy hipotezy. Pierwsza hipoteza dotyczyła lokalizacji psychologicznych czynników ryzyka w przestrzeni CPM. Hipoteza ta została podzielona na trzy hipotezy szczegółowe dotyczące: ulokowania wzoru A zachowania pomiędzy deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń a alfa-minus/rozhamowaniem (hipoteza 1.1), ulokowania wzoru C zachowania pomiędzy deltą-plus/powściągliwością a beta-minus/pasywnością (hipoteza 1.2) oraz ulokowania wzoru D w obszarze gammy-minus/dysharmonii (hipoteza 1.3). Druga hipoteza dotyczyła lokalizacji zasobów zdrowia w przestrzeni CPM. Oczekiwano, że zasoby zdrowia ulokują się w bezpośredniej bliskości gammy-plus/integracji, a jeśli zostaną wyodrębnione jakieś grupy zmiennych opisujących zasoby zdrowia, to podzielą się one na grupę ulokowaną pomiędzy (a) gamma-plus/integracją a alfa-plus/stabilnością oraz (b) pomiędzy gamma-plus/integracją a beta-plus/plastycznością. Trzecia hipoteza dotyczyła związku występowania dolegliwości i chorób somatycznych z psychologicznymi czynnikami ryzyka, oczekując, że najsilniejsze związki wystąpią w przypadku wzoru D zachowania, ulokowanego w okolicy gammy-minus/dysharmonii w CPM, a nieco słabsze w przypadku wzorów A i C.

Badanie zostało przeprowadzone na łącznej grupie 579 osób w przedziale wiekowym 18–71 ($M = 28,85$; $SD = 10,40$). Uczestnicy badania wypełniali kwestionariusze dotyczące stanu zdrowia, osobowości, psychologicznych czynników ryzyka oraz zasobów zdrowia. Do pomiaru:

(1) **metacech osobowości** wykorzystano *Kwestionariusz metacech osobowości w wersji skróconej* (*The Circumplex of Personality Metatraits Questionnaire–Short Form*; CPM-Q-SF; Strus i Ciecuch, 2021),

(2) **wzoru A zachowania** wykorzystano *Skalę typu A-Framingham* – FTAB (Haynes i in., 1978; Juczyński, 2012) oraz *Skalę niedostatecznej kontroli ego* – EUS (Letzring i in., 2005) ze względu na treściowe podobieństwo do wzoru A zachowania,

(3) **wzoru C zachowania** wykorzystano *Kwestionariusz wzoru C zachowania* (*the Behavior Pattern C Questionnaire*; BPCQ; Rymarczyk i in., 2020) oraz *Skalę kontroli emocjonalnej* –

CECS (Juczyński, 2012; Watson i Greer, 1983) ze względu na treściowe podobieństwo do wzoru C zachowania,

(4) **wzoru D zachowania** wykorzystano *Skalę do pomiaru typu D* – DS14 (Denollet, 2005; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012),

(5) **wzoru B zachowania i konstruktywów pokrewnych** wykorzystano: *Skalę prężności ego* – ERS (Letzring i in., 2005), *Skalę pomiaru prężności* – SPP-25 (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008a), *Test orientacji życiowej* – LOT-R (Juczyński, 2012; Scheier i Carver, 1985; Scheier i in., 1994), *Skalę samooceny* – SES (Dzwonkowska i in., 2008; Rosenberg, 1965), *Skalę satysfakcji z życia* – SWLS (Diener i in., 1985; Juczyński, 2012), *Skalę orientacji pozytywnej* – POS (Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Eisenberg i in., 2012; Łaguna i in., 2011), *Skalę uogólnionej własnej skuteczności* – GSES (Jerusalem i Schwarzer, 1992; Juczyński, 2012), *Kwestionariusz nadziei na sukces* – KNS (Łaguna i in., 2005; Snyder i in., 1991, 1997), *Kwestionariusz nadziei podstawowej* – BHI-12 (Trzebiński i Zięba, 2003), *Kwestionariusz orientacji życiowej* – SOC-29 (Antonovsky, 1993), *Kwestionariusz postaw życiowych* – KPŻ (Klamut, 2010; Reker i Peacock, 1981). Ze względu na obszerny zestaw zastosowanych narzędzi, badanie zostało podzielone na dwie sesje badawcze z 10-dniową przerwą między nimi. W pierwszej sesji wzięło udział 579 osób, a w drugiej 455 spośród nich.

Wyniki badań w większości potwierdziły oczekiwane związki pomiędzy psychologicznymi czynnikami ryzyka i zasobami zdrowia a metacechami osobowości z CPM. Następnie zweryfikowano możliwość hierarchicznej organizacji zasobów zdrowia przy wykorzystaniu metody Goldberga (2006). Okazało się, że zasoby zdrowia można przedstawić w postaci ogólnego czynnika zasobów zdrowia (wzoru B zachowania) oraz dwóch czynników – pozytywnego nastawienia do świata oraz siły ja.

Po potwierdzeniu kołowej struktury CPM, zgodnie z oczekiwaniami: (1) zasoby zdrowia ułożyły się pomiędzy alfa-plus/stabilnością a beta-plus/plastycznością w bezpośredniej bliskości gammy-plus/integracji. Ogólny czynnik wzoru B, uzyskany z analizy czynnikowej narzędzi wymienionych powyżej, ułożył się w okolicy gammy-plus/integracji. Czynnik ten – przy zastosowaniu hierarchicznej analizy czynnikowej (Goldberg, 2006) rozpadł się na dwa czynniki, z których jeden – pozytywne nastawienie do świata – ułożył się pomiędzy gammą-plus/integracją a alfa-plus/stabilnością, a drugi – siła ja – pomiędzy gammą-plus/integracją a beta-plus/plastycznością. (2) Wzór C ułożył się pomiędzy delta-plus/powściągliwością a beta-minus/pasywnością. (3) Wzór D ułożył się w obszarze gammy-minus/dysharmonii.

Wyjątek w tym zgodnym z oczekiwaniami obrazie wyników stanowi lokalizacja wzoru A zachowania, która nie została empirycznie potwierdzona. Wzór A ulokował się w obszarze alfy-minus/rozhamowania, a nie jak zakładano – pomiędzy deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń a alfą-minus/rozhamowaniem. Natomiast niedostateczna kontrola ego ujawniła relokację w drugim kierunku – znalazła się ona blisko delty-minus/poszukiwania wrażeń, przekraczając nawet nieco linię delty w kierunku bety-plus/plastyczności. Niedostateczna kontrola ego ujawniła dość silne związki z CPM, generalnie jednak wzór A zachowania okazał się słabo związany z metacechami osobowości, najslabiej spośród pozostałych wzorów zachowania.

Wykazano również związek czynników ryzyka z chorobami i dolegliwościami somatycznymi. W przypadku powiązań psychologicznych czynników ryzyka z dolegliwościami somatycznymi, zgodnie z oczekiwaniami – uzyskano najwięcej związków korelacyjnych dla wzoru D zachowania. Z kolei różnice między grupą osób, u których wystąpiła dana choroba somatyczna a grupą osób, u których ona nie wystąpiła – zaobserwowano w nasileniu wzoru A zachowania, a nie jak oczekiwano – wzoru D. Okazało się jednak, że to komponent braku czasu uwzględniony we wzorze A zachowania, opisywany przez dwa itemy, był w zasadniczej mierze odpowiedzialny za te związki.

Podsumowując, niniejsza rozprawa doktorska proponuje integrację psychologicznych czynników ryzyka chorób somatycznych i zasobów zdrowia w jednym całościowym modelu. Przedstawiona propozycja bazuje na fundamencie ponad 60 lat badań nad osobowościowymi uwarunkowaniami chorób somatycznych, wykorzystując przy tym aktualną wiedzę na temat struktury osobowości, która doprowadziła do powstania CPM (Cieciuch i Strus, 2017; Strus i in., 2014). Dzięki uzyskanym wynikom udało się nie tylko zweryfikować wzajemne relacje pomiędzy psychologicznymi czynnikami ryzyka oraz zasobami zdrowia, ale także potwierdzić potencjał CPM w zakresie integracji konstruktów z obszaru zdrowia-choroby. Okazało się, że wymiar gamma można traktować jako wymiar zdrowie-choroba, a wymiar delta jest granicą między zdrowiem a chorobą, modyfikującą różne postacie patologii nie tylko w obszarze zdrowia psychicznego (Strus i in., w druku), ale również somatycznego. Jeśli ta teoretyczna propozycja zostanie potwierdzona w przyszłych badaniach, będzie mogła być wsparciem w prowadzeniu badań przesiewowych i działań prewencyjnych w rozwoju chorób somatycznych oraz tworzeniu programów profilaktycznych. W przyszłych pracach warto rozważyć całościową konceptualizację i operacjonalizację wzorów A, B, C, D oraz

przeprowadzenie badań weryfikujących ten model zarówno w grupie ogólnej jak i w grupach klinicznych.

Słowa kluczowe: *wzór A zachowania, wzór B zachowania, wzór C zachowania, wzór D zachowania, psychologiczne czynniki ryzyka, zasoby zdrowia, Kołowy Model Metacech Osobowości*

Summary of the doctoral dissertation entitled *Relations between psychological risk factors for somatic diseases and health resources in the Circumplex of Personality Metatraits context*

The present dissertation discusses the issues of psychological risk factors for somatic diseases and health resources, and the possibility of their integration from the Circumplex of Personality Metatraits (CPM; Strus and Ciecuch, 2017; Strus et al., 2014) perspective. Researchers have been looking for psychological and personality determinants of somatic diseases for over 60 years. The results of these searches are personality risk factors, introduced into the literature as behavior patterns A, C, and D, sometimes also identified as personality types, which were associated with the occurrence of specific somatic diseases: (1) pattern A was supposed to be a risk factor for coronary artery disease (e.g., Brand et al., 1976; Friedman and Rosenman, 1959; Haynes et al., 1978; Jenkins et al., 1974; Šmigelskas, 2017), (2) pattern C was supposed to predict cancer diseases (e.g., Eysenck, 1994; Greer and Morris, 1975; Kissen and Eysenck, 1962), and (3) pattern D was supposed to relate to cardiovascular diseases (e.g., Denollet, 1998, 2000, 2005; Denollet et al., 1995; Grande et al., 2012). Moreover, as part of these searches, pattern B was distinguished, which characterized a healthy personality and was intended to be the opposite of pattern A (Friedman and Rosenman, 1959; Šmigelskas, 2017; Tylka, 1999). In the literature, in addition to pattern B, many other personality constructs similar to it are described, which were intended to be of importance for somatic health (Marshall et al., 1994). These constructs are a kinds of psychological somatic health resources that have a pro-health importance for maintaining health or recovery after an illness (Ogińska-Bulik and Juczyński, 2010). These constructs include: (1) behavior pattern B (Friedman and Rosenman, 1959; Haze, 2017; Jenkins et al., 1967), (2) ego-resiliency (Block, 1971; Letzring et al., 2005), (3) dispositional optimism (Scheier and Carver, 1985, 1992), (4) self-esteem (Rosenberg, 1965), (5) satisfaction with life (Diener et al., 1985), (6) positive orientation (Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Eisenberg et al., 2012; Caprara and Steca, 2005), (7) sense of self-efficacy (Jerusalem and Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1998), (8) hope (Erikson, 2002; Łaguna et al., 2005; Snyder, 2002; Trzebiński and Zięba, 2003), (9) sense of coherence (Antonovsky, 1993, 2005), and (10) sense of meaning in life (Klamut, 2010; Reker and Peacock, 1981).

Psychological risk factors for somatic diseases and health resources have been introduced into the literature as separate constructs over the past six decades. As a result, nowadays they constitute a certain catalog of variables with rather unclear relations. Moreover, since many studies have been conducted, meta-analyses have already appeared in recent

decades. These have sometimes questioned the importance of the role of personality risk factors in the occurrence of somatic diseases (Grande et al., 2012; Jokela et al., 2014; McKenna et al., 1999; Myrtek, 2001). However, it is not clear to what extent the results questioning personality determinants of health and disease are a consequence of the lack of a consistent conceptualization and operationalization of risk factors. This dissertation arises from the belief that it is worth trying to integrate knowledge and research on psychological risk factors for somatic diseases and health resources, i.e., behavior patterns A, B, C, and D and related constructs in one model.

The aim of the present dissertation was therefore to answer the question: Is it possible to link psychological risk factors for somatic diseases and health resources in one coherent personality model. To propose a solution to such a research problem, in the dissertation, (1) theoretical analyses of risk factors and health resources were conducted, considering their interactions postulated in the literature and the results concerning their connections with personality traits distinguished in the Five-Factor Model (FFM; Goldberg, 1999; McCrae and Costa Jr, 2003), (2) CPM (Strus and Cieciuch, 2017; Strus et al., 2014) was adopted as the personality basis of such a coherent model of psychological risk factors for somatic diseases and health resources, and (3) the relationships between the risk factors and health resources in the CPM space were empirically verified. Additionally, (4) the relationships between risk factors and various complaints as well as somatic diseases were tested.

CPM, which is the main framework for the proposed integration of risk factors and health resources, has already demonstrated the integration possibilities of many different constructs in the field of psychology, including clinical psychology (Rogoza et al., 2019; Strus et al., in print; Zawadzki, 2016, 2017). It arises from the tradition of FFM and is an extension of the Two-Factor Model (TFM; Cieciuch and Strus, 2017). In CPM, personality structure is described using four dimensions: alpha and beta, known from studies on personality structure (DeYoung et al., 2002; Digman, 1997), and gamma – which is a reinterpretation of the general factor of personality (Musek, 2007, 2017; Strus et al., 2014) and the delta, which is the border between personality determinants of health and disease (Strus and Cieciuch, 2017; Strus et al., in print). Using the CPM matrix, three hypotheses were formulated. The first hypothesis concerned the location of psychological risk factors in the CPM space. This hypothesis has been divided into three specific hypotheses concerning: the location of behavior pattern A between delta-minus/sensation-seeking and alpha-minus/disinhibition (hypothesis 1.1), the location of behavior pattern C between delta-plus/self-restraint and beta-minus/passiveness (hypothesis

1.2), and the location of behavior pattern D in the gamma-minus/disharmony area (hypothesis 1.3). The second hypothesis concerned the location of health resources in the CPM space. Health resources were expected to be close to the gamma-plus/integration area, and if any groups of variables describing health resources were distinguished, they would be divided into a group located between (a) gamma-plus/integration and alpha-plus/stability as well as (b) between gamma-plus/integration and beta-plus/plasticity. The third hypothesis concerned the relationship between the occurrence of somatic complaints and diseases and psychological risk factors, expecting that the strongest relationships will occur in the case of behavior pattern D, located around the gamma-minus/disharmony in CPM, and slightly weaker in behavior patterns A and C.

The study was conducted on a total group of 579 people aged 18–71 ($M = 28.85$; $SD = 10.40$). Participants completed questionnaires on health state, personality, psychological risk factors, and health resources.

For measuring:

(1) **personality metatraits** the Circumplex of Personality Metatraits Questionnaire–Short Form (CPM-Q-SF; Strus and Cieciuch, 2021) was used,

(2) **behavior pattern A** the Framingham Type A Behavior Scale (FTAB; Haynes et al., 1978; Juczyński, 2012) was used, and due to the content similarity to behavior pattern A, the Ego-Undercontrol Scale (EUS; Letzring et al., 2005) was also used,

(3) **behavior pattern C** the Behavior Pattern C Questionnaire (BPCQ; Rymarczyk et al., 2020) was used, and due to the content similarity to behavior pattern C, the Courtauld Emotional Control Scale (CECS; Juczyński, 2012; Watson and Greer, 1983) was also used,

(4) **behavior pattern D** the Type D Scale-14 (DS14; Denollet, 2005; Juczyński and Ogińska-Bulik, 2012) was used,

(5) **behavior pattern B and related constructs** the Ego-Resiliency Scale (ERS; Letzring et al., 2005), the Resilience Measurement Scale (RMS-25; Ogińska-Bulik and Juczyński, 2008a), the Life Orientation Test-Revised (LOT-R; Juczyński, 2012; Scheier and Carver, 1985; Scheier et al., 1994), the Self-Esteem Scale (SES; Dzwonkowska et al., 2008; Rosenberg, 1965), the Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985; Juczyński, 2012), the Positive Orientation Scale (POS; Caprara, 2009; Caprara, Alessandri, Eisenberg, et al., 2012; Łaguna et al., 2011), the Generalized Self-Efficacy Scale (GSES; Jerusalem and Schwarzer, 1992; Juczyński, 2012), the Hope Scale (HS; Łaguna et al., 2005; Snyder et al., 1991, 1997), the Basic Hope Inventory (BHI-12; Trzebiński and Zięba, 2003), the Sense of Coherence Scale (SOC-

29; Antonovsky, 1993), and the Life Attitude Profile-Revised (LAP-R; Klamut, 2010; Reker and Peacock, 1981). Due to the extensive set of used instruments, the study was divided into two research sessions with a 10-day break between them. In the first session, 579 people took part, and 455 of them took part in the second session.

The research results mostly confirmed the expected relationships between psychological risk factors and health resources and personality metatraits of CPM. Then, the possibility of hierarchical organization of health resources was verified using the Goldberg method (2006). It turned out that health resources can be represented in the form of a general factor of health resources (behavior pattern B) and two factors – a positive attitude towards the world and ego-strength.

After confirming the circumplex structure of CPM, as expected: (1) health resources were located between alpha-plus/stability and beta-plus/plasticity close to gamma-plus/integration. The overall factor of behavior pattern B, obtained from the factor analysis of the instruments mentioned above, was located in the gamma-plus/integration area. This factor – when using hierarchical factor analysis (Goldberg, 2006), was divided into two factors, one of which – a positive attitude towards the world – is located between gamma-plus/integration and alpha-plus/stability, and the other – ego-strength – between gamma-plus/integration and beta-plus/plasticity. (2) Behavior pattern C was located between delta-plus/self-restraint and beta-minus/passiveness. (3) Behavior pattern D was located in the gamma-minus/disharmony area.

The exception to this expected depiction of results is the location of behavior pattern A, which has not been empirically confirmed. Behavior pattern A was located in the alpha-minus/disinhibition area, and not as assumed – between delta-minus/sensation-seeking and alpha-minus/disinhibition. In contrast, ego-undercontrol revealed relocation in the other direction – it was close to delta-minus/sensation-seeking, even slightly crossing the delta line towards beta-plus/plasticity. Ego-undercontrol revealed quite strong associations with CPM, but in general, behavior pattern A turned out to be weakly related to personality metatraits, the weakest among the patterns of behavior.

The relationship between risk factors and somatic diseases and complaints has also been demonstrated. In the case of associations of psychological risk factors with somatic symptoms, as expected – the highest relationships were obtained for behavior pattern D. On the other hand, differences between the group of people who developed a specific somatic disease and the group of people who did not have it – were observed in the severity of behavior pattern A, and

not as expected – in behavior pattern D. . However, it turned out that the component of lack of time included in behavior pattern A, described by two items, was responsible for these relationships.

In conclusion, the present dissertation proposes the integration of psychological risk factors for somatic diseases and health resources in one comprehensive model. The presented proposal is based on the foundation of over 60 years of research on personality determinants of somatic diseases, using the current knowledge about the structure of personality that led to the creation of CPM (Cieciuch and Strus, 2017; Strus et al., 2014). Due to the obtained results, it was possible not only to verify the interactions between psychological risk factors and health resources but also to confirm the potential of CPM in the scope of integrating health-disease constructs. It turned out that the gamma dimension can be treated as the health-disease dimension, and the delta dimension is the boundary between health and disease, modifying various forms of pathology not only in mental health (Strus et al., in press), but also in somatic health. If this theoretical proposition can be confirmed in future research, it could support screening and preventive actions in the development of somatic diseases and the creation of preventive programs. In future works, it is worth considering the comprehensive conceptualization and operationalization of behavior patterns A, B, C, and D and conducting research to verify this model both in general and clinical groups.

Keywords: *behavior pattern A, behavior pattern B, behavior pattern C, behavior pattern D, psychological risk factors, health resources, Circumplex of Personality Metatraits*