

Typy kompetencji emocjonalnych i regulacja emocji u osób z chorobą nadciśnieniową

Izabella Januszewska*
Stanisława Steuden

*Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Psychologii*

TYPES OF EMOTIONAL COMPETENCES AND EMOTION REGULATION OF EMOTIONS IN PEOPLE WITH HYPERTENSION

Abstract. The goal of the study was to find answers to the following questions: (1) Is it possible to identify specific types of emotional competencies in people with hypertension? (2) What is the extent of interdependence between a particular type of emotional competencies and the emotion regulation strategies used? The participants in the study were 203 individuals (including 100 patients with hypertension and 103 healthy people) aged between 50 and 65. The Emotional Competence Questionnaire (EKF) and the *Questionnaire of Emotion Regulation (FEEL)* were used, making it possible to extract types of emotional competences. It was confirmed, using an *ex post* procedure, that the four types of emotional competence were related to the "patients" vs. "healthy" status ($\chi^2(3) = 15.84, p \leq .0001$). Each of the extracted types of emotional competencies represented a internally consistent (and discrete) psychological image, allowing to identify various qualities of competencies ($F = 17.52(39, 557); p \leq .0001; \eta^2 = .56$). It was demonstrated that there are types that often use maladaptive strategies of coping with the emotions of anger, fear and sadness ($F = 2.38(18, 549); p \leq .001; \eta^2 = .069$).

Key words: emotional competencies, negative emotions, emotion regulation, hypertension.

* Adres do korespondencji: IZABELLA JANUSZEWSKA – Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: januszewska.izabella@gmail.com

WPROWADZENIE

Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę umieralności na świecie (12,8%)¹. Zaliczane do nich nadciśnienie tętnicze powoduje około połowę wszystkich zgonów z powodu udaru mózgu i chorób serca². Nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą, diagnozowaną, gdy podczas kolejnych pomiarów stwierdza się ciśnienie skurczowe ≥ 140 mm Hg i/lub rozkurczowe ≥ 90 mm Hg. U większości osób (90%) z nadciśnieniem tętniczym występuje tzw. nadciśnienie pierwotne (samoistne), spowodowane różnorodnymi czynnikami genetycznymi i środowiskowymi (Januszewicz, Prejbisz i Goncerz, 2011).

W odniesieniu do osób z zaburzeniami układu krążenia szczególną uwagę zwraca się na emocje negatywne oraz ich funkcję regulacyjną. Przyjmuje się, że osoby znajdujące się w grupie ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego mogą przejawiać osobowość typu D (*distressed personality*) (Denollet i in., 1996). Składa się na nią tendencja do doświadczania negatywnych emocji na przestrzeni czasu i różnych sytuacji oraz skłonność do inhibicji społecznej, tj. tendencji do hamowania ekspresji emocji, myśli i zachowań w kontakcie z innymi osobami, oraz obawy przed nawiązywaniem bliskich kontaktów z uwagi na antycypację negatywnych reakcji ze strony innych (Pelle, Broek, Szabo i Kupper, 2010; Plotnik i Kouyoumdjian, 2011; por. Januszewska i Steuden, 2014). Osobowość ta występuje u 13 do 32,5% osób w populacji ogólnej, a u pacjentów kardiologicznych od 26 do 53% (Aquarius, Denollet, Hamming i DeVries, 2005; Denollet, 2005; Kupper i Denollet, 2007). Badania przeprowadzone przez Ogińską-Bulik (2009) wśród osób z nadciśnieniem tętniczym wykazały istotnie wyższe nasilenie przeżywanych emocji i skłonności do ich hamowania. Z kolei niektóre badania (Jorgensen, Johnson, Kolodziej i Schreer, 1996; Mann i James, 1998; King, Taylor, Albright i Haskell, 1990; Todarello, Taylor, Parker i Fanelli, 1995) dowodzą istnienia osób z nadciśnieniem, które są mniej świadome konsekwencji wynikających z deficytu kontroli emocjonalnej, np. w odpowiedzi na bodźce stresowe kontrolowane w warunkach laboratoryjnych zgłaszały słabsze doświadczanie emocji negatywnych, przy jednoczesnym wzroście ciśnienia.

Kompetencje emocjonalne osób z chorobą nadciśnieniową

W kontekście powyższych informacji istotne w rozumieniu funkcjonowania emocjonalnego osób z chorobami układu krążenia wydają się kompetencje emocjonalne. Zdaniem Saarni (1999) są to umiejętności strategicznego wykorzystania wiedzy o emocjach i wyrażania ich w kontaktach społecznych. Umiejętności te są dynamiczne, ale i wzajemnie zależne, co oznacza, że wyższy po-

¹ *The top 10 causes of death*. Strona internetowa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html> (01.03.2014).

² *New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence*. Strona internetowa: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/index.html (01.03.2014).

ziom jednej zdolności pozytywnie wpływa na inne. Szersze rozumienie proponuje Rindermann (2009, s. 3), który pod pojęciem „kompetencje emocjonalne” rozumie zdawanie sobie sprawy ze znaczenia uczuć. Nie chodzi tutaj o inteligencję czy poznawcze umiejętności rozwiązywania problemów mentalnych, tj. np. myślenie, abstrahowanie, ale o umiejętności związane ze sferą uczuć. Są one konstruktem złożonym, obejmującym m.in. świadomość własnego stanu emocjonalnego, zdolność dostrzegania emocji innych ludzi, znajomość nazewnictwa związanego z emocjami.

Z dotychczas przeprowadzonych badań w Polsce (Steuden i Januszewska, 2014) wynika, że prawdopodobieństwo przynależności do grupy osób chorujących na nadciśnienie zwiększa się, jeżeli osobę cechują: trudności w wyrażaniu pozytywnych emocji, myśli i uczuć; absorbowanie uwagi innych osób treściami własnych wypowiedzi, będących w większym stopniu wyrazem odreagowywania napięć emocjonalnych aniżeli dążenia do nawiązania wzajemnych twórczych relacji; trudności w utrzymaniu stabilnych stencyjnych emocji; pewien poziom wytrzymałości i odporności emocjonalnej, oparty raczej na zaprzeczeniu problemom, budowaniu złudnego spokoju aniżeli ich rozwiązywaniu. Z kolei sposób przeżywania emocji myśli i uczuć osób zdrowych w porównaniu z chorymi jest bardziej allocentryczny niż autocentryczny, co oznacza ich większą zdolność dostrzegania i uważnego wsluchiwanie się w przeżycia emocjonalne innych ludzi, uczenia się na doświadczeniach własnych i innych ludzi, a także większą umiejętność koncentrowania się na rozwiązywaniu problemów aniżeli ich ruminacyjnym rozpamiętywaniu. Osoby te mają większą zdolność doświadczenia i wyrażania emocji pozytywnych.

Regulacja emocji negatywnych a radzenie sobie

Pojęcie kompetencji emocjonalnej można traktować jako wymiar sprawnościowy umiejętności radzenia sobie z emocjami. Z kolei zbiór technik kontroli emocjonalnej, użytecznych zwłaszcza w specyficznych, trudnych sytuacjach, ściśle łączy się z prawidłową regulacją emocjonalną, nierzadko utożsamianą z radzeniem sobie z sytuacją trudną (Brenner i Salovey, 1999; por. Strus, 2012).

Przewlekła choroba somatyczna, wiążąca się z zagrożeniem życia oraz wartości preferowanych i realizowanych przez człowieka, traktowana jest jako źródło poważnego stresu psychologicznego. Jej objawy są przyczyną dyskomfortu i zapowiedzią możliwych negatywnych następstw, a także informują o niekorzystnych zmianach w organizmie. Co więcej, wynikające ze stanu zdrowia ograniczenia mogą utrudniać pełnienie ról społecznych oraz upośledzać zaspokajanie ważnych potrzeb (Heszen-Niejodek, 2000; Steuden, 2002). Dodatkowym źródłem stresu jest proces terapeutyczny, np. długotrwałe przyjmowanie leków, konieczność poddawania się procedurom diagnostycznym i hospitalizacje.

Aby zrozumieć funkcjonowanie osób przewlekle chorych, warto sięgnąć do psychologicznych koncepcji stresu (Heszen i Sęk, 2007; Heszen, 2012). W relacyjnym ujęciu stresu Lazarusa i Folkman (1984) stres definiowany jest jako „określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę

jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (s. 19). Kryterium wystąpienia stresu stanowi więc ocena sytuacji, dokonywana na drodze konfrontacji pomiędzy – z jednej strony – wymaganiami i ograniczeniami wynikającymi z danej sytuacji (np. doświadczaniem choroby), z drugiej strony – indywidualnymi cechami jednostki (np. zasobami osobistymi). Radzenie sobie ze stresem jest tu rozumiane jako „poznawcze i behawioralne wysiłki podmiotu mające na celu sprostanie specyficznym wymaganiom zewnętrznym i/lub wewnętrznym” (s. 141). Zatem radzenie sobie z chorobą można określić jako „proces obejmujący całokształt działań nakierowanych na wyleczenie lub złagodzenie występujących objawów oraz obniżenie ryzyka pojawienia się skutków negatywnych w różnych obszarach” (Steuden, 2002). Lazarus i Folkman (1984) przypisują radzeniu sobie dwie funkcje: (1) zorientowaną na problem, której celem jest poprawa relacji podmiotu z otoczeniem; (2) regulacji emocji, która polega na łagodzeniu negatywnych stanów emocjonalnych. Zadaniowe formy radzenia sobie z chorobą mają na celu poprawę własnego stanu zdrowia i obejmują zachowania służące pokonaniu trudności. Z kolei do form radzenia sobie skoncentrowanych na emocjach zalicza się unikanie i zaprzeczanie chorobie, adaptację poznawczą oraz ekspresję emocji (Heszen-Niejodek, 2000).

Porządkującą propozycję strategii radzenia sobie odnoszącą się do regulacji emocji odnajdujemy w koncepcji Groba i Smolenski (2005), którzy rozróżniają adaptacyjne i nieadaptacyjne strategie regulacji emocji. Adaptacyjne strategie regulacji emocji, w sytuacjach doświadczanych problemów, częściej angażują energię psychiczną w podjęcie i rozwiązanie ich aniżeli w uniknięcie skonfrontowania się z nimi, częściej także ukierunkowane są na zewnętrzne obiekty niż na własne Ja. Strategie nieadaptacyjne angażują energię psychiczną w tłumienie lub unikanie konfrontacji z doświadczanymi problemami niż w ich rozwiązanie. Wydaje się również, że częściej skierowane są do wewnątrz niż na zewnątrz Ja; częściej także przeciwko własnemu Ja (za: Januszevska, 2009a). Tezy tej propozycji stanowią obszar eksploracji badawczej do tego artykułu.

PYTANIA BADAWCZE

Przyjmując różnorodność stosowania strategii regulacji emocji negatywnych (zmienna zależna), zamierzamy określić jej związek ze specyficzną strukturą kompetencji emocjonalnych (zmienna niezależna). Grupy osób reprezentujące określony typ kompetencji emocjonalnych pod względem formalnym spełniają kryterium podobieństwa profilów, pod względem merytorycznym będzie można je uszeregować na kontinuum, np. od jakościowo najsłabszej do najsilniejszej integracji. Całość pracy badawczej ma charakter eksploracyjny.

Celem niniejszego artykułu jest uzyskanie przesłanek do odpowiedzi na pytania: (1) jakie typy kompetencji emocjonalnych – bardziej charakterystyczne dla osób chorych na nadciśnienie w porównaniu ze zdrowymi – można wyodrębnić, przyjmując model badawczy *ex post facto*?; (2) jaki jest zakres współ-

zależności wynikającej ze specyfiki typu kompetencji emocjonalnych i stosowanych (źródłowo) strategii regulacji emocji?

METODA

Osoby badane

Badania zostały przeprowadzone wśród 203 osób w wieku od 50 do 65 lat. Na grupę kliniczną składało się 100 pacjentów w trakcie rehabilitacji w nadciśnieniu tętniczym (pierwotnym). Warunkiem zakwalifikowania się do grupy było spełnienie następujących wymogów: brak sprzężeń z innymi chorobami, sprawność funkcji poznawczych i dobry stan psychofizyczny umożliwiający udział w badaniach psychologicznych. Grupę kontrolną stanowiły 103 osoby zdrowe, dobrane według kryterium 1:1 (podobieństwa socjodemograficznego) w stosunku do grupy zasadniczej. Osoby badane zostały dobrane losowo i pochodziły z całej Polski.

Zastosowane metody

Kwestionariusz Kompetencji Emocjonalnych (EKF) został stworzony przez H. Rindermanna (2009). Polskiego tłumaczenia z języka niemieckiego dokonała I. Januszewska (2011). Oryginalna wersja EKF składa się z 62 twierdzeń (ocenianych na skali 5-stopniowej), przyporządkowanych do czterech czynników: (1) Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji, (2) Rozpoznawanie emocji u innych, (3) Regulacja i kontrola własnych emocji, (4) Ekspresywność emocjonalna, które łącznie wyjaśniają 46% wariancji. Współczynniki rzetelności α Cronbacha wynoszą odpowiednio: 0,88; 0,91; 0,88; 0,92. W wersji polskiej, na podstawie macierzy danych ($N = 203$ osoby), z czynników głównych wyodrębniono łącznie trzynaście czynników drugiego rzędu (podskal)³: (1.1) Adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji; (1.2) Kontrola nad utrzymaniem stenicznych emocji; (1.3) Samokontrola nad stabilnością dobrego nastroju; (2.1) Rozpoznawanie stanów emocjonalnych u innych; (2.2) Rozpoznawanie zmian stanów emocji u innych; (2.3) Rozpoznawanie astenicznych i negatywnych emocji u innych; (3.1) Samokontrola własnych negatywnych emocji; (3.2) Wytrzymałość i odporność emocjonalna; (3.3) Obrona przed negatywnymi emocjami; (4.1) Spontaniczne i adekwatne wyrażanie siebie; (4.2) Koncentracja na wyrażaniu pozytywnych emocji; (4.3) Spontaniczne informo-

³ Wprowadzamy propozycję rozbicia każdej z czterech głównych zmiennych psychologicznych na bardziej szczegółowe, dzięki czemu w miejsce czterech dość zgeneralizowanych konstruktów psychologicznych, bazujących odpowiednio na: 15, 17, 13, 17 twierdzeniach, zyskujemy ich większe zróżnicowanie, a w efekcie możliwość prowadzenia dokładniejszych analiz psychologicznych. Nie stoimy przy tym na stanowisku, że jest to najlepsze rozwiązanie, zwłaszcza jeśli zmienną na poziomie empirycznym reprezentują trzy twierdzenia. Naszym zdaniem większa strata wynika z konieczności odwoływania się do wspólnej wariancji treściowej, np. dla zbioru 17 twierdzeń, niż z pominięcia zmiennych, które dają się wyodrębnić jako szczegółowe aspekty.

wanie o swoich emocjach; (4.4) Wyuczone, świadome wyrażanie swoich emocji. Rzetelność dla większości podskal (α Cronbacha $\geq 0,7$) świadczy o wysokiej dokładności pomiaru, z wyjątkiem podskali 4.4 ($\alpha = 0,37$), najwyższa (0,84) – dla podskali 2.2 (por. Steuden i Januszewska, 2014).

Kwestionariusz Ukierunkowania Regulacji Emocji (FEEL) został opracowany przez A. Groba i C. Smolenski (2005). Polskiej adaptacji dokonali E. Januszewska (2009a, 2009b) i A. Januszewski (2009). Kwestionariusz składa się z 90 twierdzeń (ocenianych na skali 5-stopniowej), badających strategie radzenia sobie z doświadczanymi emocjami negatywnymi (złość, lęk i smutek). FEEL umożliwia ocenę 15 zróżnicowanych strategii regulacji emocji, które dzielą się na trzy grupy (czynniki): (1) adaptacyjne (1-7): rozwiązywanie problemu w formie działania, rozproszenie, podnoszenie nastroju, akceptacja, zapomnienie, kognitywne rozwiązanie problemu, obniżanie znaczenia; (2) nieadaptacyjne (8-12): rezygnacja, zachowanie agresywne, wycofywanie się, obniżanie własnej wartości, perseweracja (pierwszy czynnik wyjaśnia 30%, drugi 21,1% wariancji, a ładunki czynnikowe są zawarte odpowiednio w przedziałach: 0,54-0,78 i 0,47-0,84); (3) dodatkowe (13-15): społeczne wsparcie, uzewnętrznianie, kontrola emocji. W wersji polskiej istnieje także możliwość oceny zgeneralizowanych strategii adaptacyjnych (16-18) dla złości, lęku i smutku oraz nieadaptacyjnych (20-22) dla złości, lęku i smutku (Januszewska, 2009a), które w tym badaniu wykorzystano do pomiaru zmiennych zależnych.

WYNIKI I DYSKUSJA

Typologia badanych ze względu na profil kompetencji emocjonalnych

Typy osób o różnych profilach kompetencji emocjonalnych wyodrębniono na danych pochodzących od całej próby ($N = 203$) osób chorych i zdrowych, wykorzystując niehierarchiczną analizę skupień metodą k średnich. Jako kryterium typologizacji przyjęto rozkłady wyników w pięciu podskalach Kwestionariusza Kompetencji Emocjonalnych: (1.2) Kontrola nad utrzymaniem stencicznych emocji, (3.2) Wytrzymałość i odporność emocjonalna, (3.3) Obrona przed negatywnymi emocjami, (4.2) Koncentracja na wyrażaniu pozytywnych emocji oraz (4.3) Spontaniczne informowanie o swoich emocjach. Podskale te zostały wybrane jako podstawa klasyfikacji, ponieważ we wcześniejszych analizach wykazano ich istotność w różnicowaniu osób zdrowych i osób z nadciśnieniem tętniczym (Steuden i Januszewska, 2014). Za optymalne przyjęto rozwiązanie identyfikujące cztery typy kompetencji emocjonalnych.

Materiał przedstawiony w Tabeli 1 stanowi podstawę odpowiedzi na pierwsze z pytań badawczych. Uzyskany wynik ($\chi^2(3) = 15,84$; $p \leq 0,001$) dowodzi tego, że wśród wyodrębnionych typów kompetencji emocjonalnych znajdują się takie, w których przeważają osoby zdrowe (typ 3 i 4), natomiast w typie 2 przeważają chorzy na nadciśnienie (19,2%) w stosunku do osób zdrowych (7,9%).

Tabela 1.

Typ kompetencji emocjonalnych a przynależność osób do grup.

Grupy	Typy kompetencji emocjonalnych	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	N = 203 100%
		$n_1 = 31$ 15,3%	$n_2 = 55$ 27,1%	$n_3 = 62$ 30,5%	$n_4 = 55$ 27,1%	
„Chorzy” ($N_1 = 100$)		7,9%	19,2%	11,8%	10,3%	49,3%
„Zdrowi” ($N_2 = 103$)		7,4%	7,9%	18,7%	16,7%	50,7%
Wynik testu $z =$		0,3	3,8*	-2,0*	-1,9(*)	

Uwaga. * różnica istotna ($p \leq 0,05$) lub (*) tendencja w teście z (reszty skoryg. i standaryz.)

Podstawę do interpretacji psychologicznej wyodrębnionych typów stanowi materiał empiryczny zamieszczony w Tabeli 2. Są to wyniki średnie w zakresie trzynastu zmiennych kontrolowanych przez kwestionariusz EKF.

Efekt typologizacji, przedstawiony w Tabeli 2, dowiódł silnego zróżnicowania wyników w zakresie trzynastu miar kompetencji emocjonalnych; zależny od specyfiki czterech typów ($F(39, 554) = 17,52; p \leq 0,0001; \eta^2 = 0,547$), zredukowany do pięciu miar jest równie mocny ($F(15, 539) = 44,69; p \leq 0,0001; \eta^2 = 0,525$). Warto też podkreślić, że niemal we wszystkich skalach (z wyjątkiem $X_{1.1}$ – Adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocjonalnego – wyniki średnie różnią się od siebie ($p \leq 0,05$) zależnie od przynależności do typu kompetencji.

Bazując na profilach wartości średnich dla zmiennych ($X_{1.2}, X_{3.2}, X_{3.3}, X_{4.2}, X_{4.3}$), sformułowano definicje typów kompetencji emocjonalnych, zabiegając także o to, aby pełniejsze opisy portretów psychologicznych – poprzez sięganie do dalszych ośmiu zmiennych – nie były jakościowo sprzeczne w stosunku do niżej przedstawionych.

Typ 1: Umiarkowanej samokontroli z gotowością do adekwatnego, sytuacyjnego ujawniania swoich myśli i uczuć. Osoby, które reprezentują ten typ, trafnie rozpoznają swoje stany emocjonalne, jednocześnie zabiegając o generowanie i utrzymywanie stanu pozytywnych, stabilnych, stenicznych emocji. Aktywnie, umiejętnie wypracowują kontrolę nad adekwatnym do sytuacji reagowaniem emocjonalnym, wychodząc z założenia, że w ten sposób zwiększają swoje szanse kontrolowania przebiegu sytuacji przy jednoczesnym zachowaniu spokoju wewnętrznego. Wkładają także spory wysiłek w generowanie i wyrażanie pozytywnych emocji, dzięki czemu udaje się im stworzyć wokół siebie atmosferę służącą dobremu współdziałaniu społecznemu. W sposób dość naturalny dla siebie komunikują się z innymi, osiągając sprawne współdziałanie z ludźmi. Najprawdopodobniej nie kumulują w sobie negatywnych emocji. Typ ten reprezentuje 15,3% badanej próby, a udział osób chorujących na nadciśnienie (7,9%) i zdrowych (7,4%) w stosunku do całości próby jest podobny ($z = 0,3; p > 0,05$).

Tabela 2.

Analiza wariancji: porównanie wyników średnich w skalach EKF uzyskanych przez grupy osób reprezentujące typy kompetencji emocjonalnych wyodrębnione na zmiennych: X1.2, X3.2, X3.3, X4.2, X4.3

Skale szczegółowe EKF	Typy kompetencji emocjonalnych	Typy osób reprezentujących różne kompetencje emocjonalne				Istotność różnic między typami (1-4)		Test Gamesa-Howella ($\alpha = 0,05$)	$\eta^2 \times 100$ = (wartość w %)
		Typ 1 ($n_1 = 31$) (15,3%)	Typ 2 ($n_2 = 55$) (27,1%)	Typ 3 ($n_3 = 62$) (30,5%)	Typ 4 ($n_4 = 55$) (27,1%)	$df_1 = 3;$ $df_2 = 199$	$F =$ $p =$		
Adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji	1.1	<i>M</i> 6,13 <i>s</i> 2,36	5,64 1,65	5,77 1,99	5,27 1,91	1,40	0,243		2,1
Kontrola nad utrzymaniem stenicznych emocji	1.2	<i>M</i> 5,81 <i>s</i> 1,76	3,64 1,24	6,52 1,72	6,49 1,55	42,28	0,0001	[2-1,3,4]	38,9
Samokontrola nad stabilnością dobrego nastroju	1.3	<i>M</i> 6,00 <i>s</i> 1,77	4,58 1,82	6,06 1,60	4,98 1,97	8,80	0,0001	[2-1,3] [3-4]	11,7
Rozpoznawanie stanów emocjonalnych u innych	2.1	<i>M</i> 6,10 <i>s</i> 1,70	5,49 1,97	5,84 2,15	4,96 1,88	2,89	0,036	[1-4]	4,2
Rozpoznawanie zmian stanów emocji u innych	2.2	<i>M</i> 6,81 <i>s</i> 1,70	5,33 2,10	5,66 1,90	5,02 1,95	6,01	0,001	[1-2,3,4]	8,3
Rozpoznawanie astenicznych i negatywnych emocji u innych	2.3	<i>M</i> 6,23 <i>s</i> 1,77	5,64 1,86	5,45 1,91	4,58 2,02	5,63	0,001	[4-1,2]	7,8
Samokontrola własnych negatywnych emocji	3.1	<i>M</i> 5,58 <i>s</i> 2,20	5,45 1,93	6,16 1,86	4,80 1,77	4,96	0,002	[3-4]	7,0
Wytrzymałość i odporność emocjonalna	3.2	<i>M</i> 6,26 <i>s</i> 1,57	6,09 1,76	6,29 1,48	3,69 1,56	33,57	0,0001	[4-1,2,3]	33,6
Obrona przed negatywnymi emocjami	3.3	<i>M</i> 6,26 <i>s</i> 1,67	3,58 1,38	7,40 1,19	4,98 1,43	79,08	0,0001	[1-3,4] [2-1,3,4]	54,4
Spontaniczne i adekwatne wyrażanie siebie	4.1	<i>M</i> 6,55 <i>s</i> 1,73	5,47 1,92	5,23 2,03	5,45 1,87	3,48	0,017	[1-2,3,4]	5,0
Koncentracja na wyrażaniu pozytywnych emocji	4.2	<i>M</i> 6,77 <i>s</i> 1,75	4,75 1,71	4,50 1,56	6,67 1,72	26,09	0,0001	[1-2,3] [4-2,3]	28,2
Spontaniczne informowanie o swoich emocjach	4.3	<i>M</i> 8,16 <i>s</i> 1,24	5,89 1,71	4,40 1,55	4,98 1,64	42,45	0,0001	[1-2,3,4] [2-3,4]	39,0
Wyuczone, świadome wyrażanie swoich emocji	4.4	<i>M</i> 6,55 <i>s</i> 2,01	4,80 1,65	5,73 1,79	5,20 2,01	6,69	0,0001	[1-2,4] [2-3]	9,2
MANOVA (13 wskaźników 1.1-4.4 x typy 1-4) $F(39, 554) = 17,52; p \leq 0,0001$									54,7
MANOVA (wskaźniki: 1.2, 3.2, 3.3, 4.2, 4.3 x typy 1-4) $F(15, 539) = 44,69; p \leq 0,0001$									52,5

Typ 2: Samokontroli „zewnątrznej” próbującej okiełznać dominację negatywnych emocji. U osób reprezentujących ten typ kompetencji wyraźnie zaznacza się łatwość wzbudzania negatywnych emocji, dopuszczanych przez nie także jako zjawisko nieuchronne w sytuacjach potencjalnie sprzyjających temu. W wyniku takich doświadczeń osoby te wytworzyły przekonanie, że pozytywne stany emocjonalne – w aspekcie ich generowania, kontroli, podtrzymywania – nie są możliwe. Poddając się presji częstych i intensywnych negatywnych emocji, mogą doświadczać astenii, ogólnego wyczerpania i utraty energii. Formą obrony przed takimi stanami mogą być próby otamowania emocji, przypominające kontrolę z zewnątrz, aniżeli aktywną, wewnętrzną, polegającą na poszukiwaniu nowych, lepszych jakościowo rozwiązań, w sposób naturalny poprawiających ogólny dobrostan. Również pojedyncze stany pozytywnych emocji podlegają takiej „zewnątrznej” samokontroli (lęk społeczny), której rola wyraża się w inhibicji społecznej. W dalszym etapie formy ekspresji tych osób mogą być przez otoczenie społeczne interpretowane jako nienaturalne, zaprzeczające negatywnym emocjom, których realnie doświadczają. Skutkuje to także gorszą jakością porozumiewania się i współdziałania z ludźmi. Typ ten reprezentuje liczna grupa osób 27,1% badanej próby, z czego 19,2% stanowią chorzy na nadciśnienie i 7,9% – zdrowi, co jest różnicą bardzo znaczącą ($z = 3,8; p \leq 0,05$).

Typ 3: Samokontroli zinternalizowanej, z przekonaniem, że stabilność otoczenia społecznego jest pochodną tychże umiejętności u siebie. Osoby te dysponują zasobami gwarantującymi im pewien autonomiczny dobrostan. Z jednej strony świadomie generują i podtrzymują pozytywne nastroje u siebie, a z drugiej – jeśli dochodzi do reaktywnego wzbudzenia emocji negatywnych – dość łatwo odzyskują kontrolę nad sobą i rozwojem sytuacji. Ich ekspresywność w wyrażaniu myśli i nastrojów jest dopasowywana do poziomu niezbędnego minimum, czym pozyskują zaufanie innych dla siebie. Ogólnie, osoby te w sposób dość naturalny operują umiejętnością kontrolowania swojego pobudzenia emocjonalnego w taki sposób, aby zapewnić sobie optimum powodzenia (por. pierwsze i drugie prawo Yerkesa-Dodsona). W ten sposób gwarantują sobie pewien rodzaj integracji pozytywnej, wykorzystując swoje szanse na samorealizację. Ten najliczniejszy typ (30,5%) wyróżnia się w grupie osób zdrowych (18,7%), istotnie ($z = -2,0; p \leq 0,05$) mniej licznie występując w grupie chorych (11,8%).

Typ 4: Z podwyższoną sztuczną samokontrolą, którego istotą jest wolitywna, autocentryczna aktywność, z przekonaniem, że wysiłek włożony w generowanie i podtrzymywanie dobrej atmosfery współdziałania społecznego, stabilność i efektywność otoczenia społecznego jest antidotum na pojawianie się destruktywnych stanów emocjonalnych. Zabieganie o przychyłność otoczenia społecznego może skutkować tutaj postawą konformistyczną i następstwami wynikającymi z niej. Są to najprawdopodobniej osoby dość zależne od społecznego tła. Doświadczając porażek, frustracji czy też – ogólnie – negatywnych emocji, mają naturalną trudność w odzyskaniu kontroli nad sobą i przebiegiem sytuacji. Zwykle przysłaniają to trochę sztucznym obrazem pozytywnego stanu emocjonalnego, co w ich rozumieniu może poszerzać ich

szanse na lepszy rezonans społeczny i potencjalne bezpieczeństwo oraz wsparcie ze strony otoczenia. Typ ten reprezentuje 21,7% badanej próby, z wyraźną tendencją ($z = 1,9$; $p \approx 0,05$) do częstszego występowania w populacji osób zdrowych (16,7%) niż w populacji chorych (10,3%).

Typ kompetencji emocjonalnych a strategie regulacji emocji negatywnych

Treść tego punktu stanowi podstawę do udzielenia odpowiedzi na drugie z pytań problemowych, tj. o strategie regulacji emocji negatywnych: złości, lęku i smutku. Należy zaznaczyć, że zastosowany tutaj paradygmat *ex post facto* lokuje strategie regulacji emocji jako wcześniejsze w rozwoju ontogenetycznym w porównaniu z kompetencjami emocjonalnymi. Przedmiotem eksploracji jest zatem próba określenia zakresu współzależności wynikającej ze specyfiki typu kompetencji emocjonalnych oraz stosowanych (źródłowo) strategii regulacji emocji. Warto zaznaczyć, że przedmiotem badań nie był pomiar obiektywnych natężeń reakcji złości, lęku czy smutku, a jedynie stosowane strategie radzenia sobie z nimi.

Tabela 3.

Analiza wariancji: porównanie wyników średnich w skalach FEEL będących miarami zgeneralizowanych strategii regulacji emocji negatywnych uzyskanych przez grupy osób reprezentujących typy kompetencji emocjonalnych

	Typy kompetencji emocjonalnych		Typy osób reprezentujących różne kompetencje emocjonalne				Istotne różnice między typami (1-4)		Test Gamesa-Howella ($\alpha = 0,05$)	$\eta^2 \times 100$ = (wartość w %)
			Typ 1 ($n_1 = 31$) (15,3%)	Typ 2 ($n_2 = 55$) (27,1%)	Typ 3 ($n_3 = 62$) (30,5%)	Typ 4 ($n_4 = 55$) (27,1%)	$df_1 = 3$; $df_2 = 199$ F =	p =		
Adaptacyjne	złości	16	M 6,00	5,60	5,95	4,91	3,32	0,021	[3-4]	4,8
		s 2,19	2,09	1,85	1,86					
	lęku	17	M 6,06	5,58	5,73	4,80	3,60	0,02	[1-4]	4,8
		s 1,90	2,13	1,99	1,93					
	smutku	18	M 6,19	5,64	5,94	4,69	5,93	0,001	[4-1,2,3]	8,2
		s 1,97	2,05	1,82	1,72					
Nieadaptacyjne	złości	20	M 5,90	6,20	4,76	5,62	6,22	0,0001	[2-3]	8,6
		s 2,18	1,87	1,66	1,96					
	lęku	21	M 5,55	6,18	5,19	5,27	2,88	0,037	[2-3]	4,2
		s 2,11	1,95	1,80	2,15					
	smutku	22	M 5,52	6,20	5,06	5,20	4,12	0,007	[2-3,4]	5,9
		s 2,05	1,84	1,73	1,98					
MANOVA (wskaźniki 16-18 x typy 1-4) $F(9, 408) = 2,07$; $p \leq 0,031$									3,0	
MANOVA (wskaźniki 20-22 x typy 1-4) $F(9, 408) = 2,73$; $p \leq 0,004$									4,0	
MANOVA (wskaźniki 16-18 i 20-22 x typy 1-4) $F(18, 549) = 2,38$; $p \leq 0,001$									6,8	

W Tabeli 3 przedstawiono wyniki uzyskane w skalach będących miarami zgeneralizowanych adaptacyjnych oraz nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji negatywnych: złości, lęku i smutku⁴.

Przedstawione wyniki dowodzą istotnej współzależności między przynależnością osób do typu kompetencji emocjonalnych a intensywnością posługiwania się adaptacyjnymi bądź nieadaptacyjnymi strategiami radzenia sobie z doświadczanymi emocjami złości, lęku oraz smutku ($F(18, 549) = 2,38$; $p \leq 0,001$; $\eta^2 = 0,068$, dla całego badanego zbioru strategii). Bardziej szczegółowe analizy wyróżniają typ 2 – Samokontroli „zewnętrznej” – najbardziej narażony na chorobę nadciśnieniową, jako ten, który najsilniej operuje strategiami nieadaptacyjnymi w porównaniu z pozostałymi trzema typami ($F(9, 408) = 2,73$; $p \leq 0,004$; $\eta^2 = 0,04$). Natomiast w przypadku typu 3 – „Samokontroli zinternalizowanej”, który w kontekście pozostałych wydaje się reprezentować osoby znajdujące się w najlepszej kondycji psychicznej, wyraźnie zaznacza się przewaga operowania strategiami adaptacyjnymi w porównaniu z nieadaptacyjnymi ($F(9, 408) = 2,07$; $p \leq 0,031$; $\eta^2 = 0,03$) (por. Tabela 3).

Dookreślając portret psychologiczny typu 2, łatwo daje się zauważyć, w porównaniu z pozostałymi typami, podwyższenie wartości wskaźników psychologicznych reprezentujących nieadaptacyjne radzenie sobie z naturalnie doświadczanymi emocjami złości, lęku i smutku. Osoby te – znacznie częściej i bardziej intensywnie niż inne – posługują się rezygnacją, niekontrolowaną agresją, wycofywaniem się, obniżaniem własnej wartości czy perseweracją. Nie oznacza to, że nie posługują się strategiami adaptacyjnymi; natężenie trzech odpowiednich wskaźników oscyluje wokół wartości średniej ($M = 5,5$) teoretycznej dla skali stenowej. Jednak natężenie strategii nieadaptacyjnych jest u tych osób wyższe o około połowę odchylenia standardowego.

Opisana powyżej prawidłowość pozostaje w odwrotnej zależności dla typu 1, którego specyfika regulacji emocji wydaje się najmniej użyteczna (w stosunku do pozostałych typów) w wyjaśnianiu jej związku z problemem „choroba nadciśnieniowa vs zdrowie”. Warto jednak podkreślić, że osoby reprezentujące ten typ kompetencji, znalazłszy się w sytuacjach doświadczania złości, lęku oraz smutku, częściej i bardziej wyraziście operują strategiami reprezentującymi konstrukt adaptacyjny, tj. rozwiązywanie problemu w formie działania, rozproszenie, podnoszenie nastroju, akceptacja, zapomnienie, kognitywne rozwiązanie problemu, umiejętne obniżanie znaczenia; ogólnie – zauważalne jest to, że u tych osób strategie adaptacyjne przeważają nad nieadaptacyjnymi.

⁴ Są one wartościami sumarycznymi, uzyskanymi w skalach szczegółowych będących miarami adaptacyjnych strategii, odpowiednio (1-7): rozwiązywanie problemu w formie działania, rozproszenie, podnoszenie nastroju, akceptacja, zapomnienie, kognitywne rozwiązanie problemu, obniżanie znaczenia; i nieadaptacyjnych (8-12): rezygnacja, zachowanie agresywne, wycofywanie się, obniżanie własnej wartości, perseweracja. Ich prezentację w tym artykule pomijamy ze względu na ograniczenia jego objętości, podkreślając jednak, iż prawidłowości wykazane na poziomie wyników szczegółowych zostały jakościowo odzwierciedlone w skalach sumarycznych.

Strategie regulacji emocji negatywnych dla typu, który można uznać za wyróżniający ludzi zdrowych (typ 3) w odniesieniu do konstruktów adaptacyjnego, są umiarkowanie wyższe w porównaniu z tymi, które reprezentują konstrukt nieadaptacyjny. Ponadto na szczególną uwagę zasługuje najniższa wartość ($M = 4,76$; $s = 1,66$) w skali nieadaptacyjnego radzenia sobie ze złością, istotnie różniąc się ($F(3, 199) = 6,22$; $p \leq 0,0001$; $\eta^2 = 0,086$) od analogicznej dla typu 2 ($M = 6,20$; $s = 1,87$). W tej różnicy można prawdopodobnie upatrywać jednego ze źródeł wyjaśniających problem związku między radzeniem sobie z emocjami a ryzykiem choroby nadcisnieniowej. Warto przypomnieć, że jest to problem posługiwania się strategiami, a nie doświadczania samej emocji złości. Niemniej obiektywnie jest to, że w stanach złości ta strategia najslabiej ujawnia się u osób zdrowych. To porównanie dostarcza argumentu wskazującego na to, że jedną z bardziej istotnych różnic między osobami chorującymi na nadciśnienie a zdrowymi jest jakość i intensywność strategii nieadaptacyjnych stosowanych w celu złagodzenia emocji złości, która jest reakcją pojawiającą się na utratę kontroli działania, dążenia; jest następstwem ograniczeń, frustracji; albo efektem zagrożenia struktury „ja”.

Uzupełnieniem portretu psychologicznego dla ostatniego typu – 4, o podwyższonej sztucznej samokontroli, jest to, że – jak wyżej wykazano – nie ma on istotnego związku z ryzykiem choroby nadcisnieniowej, trudno w nim także upatrywać optymalnego wzorca jakości kompetencji emocjonalnych. Osoby te najslabiej (w porównaniu z pozostałymi typami) rozwinęły u siebie adaptacyjne strategie regulacji emocji negatywnych. Z kolei intensywnością nieadaptacyjnych strategii wydają się nie odstawać od przeciętnego natężenia charakteryzującego populację, z której pochodzą. Prawidłowości te mogą potwierdzać posługiwanie się funkcją typu „uogólniony inny”, opisanej przez G. H. Meada, jako symbolicznego, zgeneralizowanego zespołu postaw innych ludzi wobec jednostki (1975, s. 216). Jest to pewien rodzaj projektywnego obrazu, który może wynikać z utrwalonych interpretacji zebranych doświadczeń społecznych. Jego celem jest zapewnienie sobie optymalnego przystosowania osobistego, zależnie od bieżącego kontekstu społecznego. Konformizm i lęk społeczny wydają się tutaj bardziej wpływać na procesy samokontroli aniżeli kształtowanie autonomii osobowościowej.

WNIOSKI

Celem badań referowanych w tym artykule było poszukiwanie odpowiedzi na pytania: o typy kompetencji emocjonalnych (bardziej charakterystyczne dla osób chorych na nadciśnienie), oraz o zakres współzależności wynikającej ze specyfiki typu kompetencji emocjonalnych i stosowanych strategii regulacji emocji negatywnych (złości, lęku i smutku). Przedstawiony materiał empiryczny stanowi podstawę do sformułowania następujących wniosków.

W odpowiedzi na pierwsze pytanie, z uwagi na kryteria jakościowe i formalne, wyodrębniono cztery typy kompetencji emocjonalnych ($F(15, 539) = 44,69$; $p \leq 0,0001$; $\eta^2 = 0,525$): (1) Umiarkowanej samokontroli – z gotowością do adekwatnego, sytuacyjnego ujawniania swoich myśli i uczuć; (2) Samokon-

troli „zewnętrznej” – próbującej okiełznać dominację negatywnych emocji; (3) Samokontroli zinternalizowanej; (4) Z podwyższoną sztuczną samokontrolą (por. Tabela 2). Bardziej szczegółowa analiza dowiodła tego ($\chi^2(3) = 15,84$; $p \leq 0,001$), że typ 1 w podobnym stopniu charakteryzuje osoby chore i zdrowe, typ 2 jest bardziej charakterystyczny dla grupy osób chorujących na nadciśnienie, a typy 3 i 4 są częściej reprezentowane przez osoby zdrowe (por. Tabela 1).

Odpowiadając na drugie z pytań – o zakres współzależności wynikającej ze specyfiki typu kompetencji emocjonalnych i wszystkich stosowanych strategii regulacji emocji złości, lęku i smutku – wykazano, że ta współzależność jest istotna ($F(18, 549) = 2,38$; $p \leq 0,001$; $\eta^2 = 0,068$). Typ 2 – Samokontroli „zewnętrznej”, próbującej okiełznać dominację negatywnych emocji – jest najbardziej narażony na chorobę nadciśnieniową, jako ten, który najsilniej operuje strategiami nieadaptacyjnymi w porównaniu z pozostałymi trzema typami ($F(9, 408) = 2,73$; $p \leq 0,004$; $\eta^2 = 0,04$). Z kolei w przypadku typu 3 – „Samokontroli zinternalizowanej”, który w kontekście pozostałych wydaje się reprezentować osoby znajdujące się w najlepszej kondycji psychicznej, wyraźnie zaznacza się przewaga operowania strategiami adaptacyjnymi w porównaniu z nieadaptacyjnymi ($F(9, 408) = 2,07$; $p \leq 0,031$; $\eta^2 = 0,03$) (por. Tabela 3).

Podsumowując, przedstawione w tym artykule prawidłowości dowodzą istnienia różnych jakościowo struktur kompetencji emocjonalnych, spośród których jedne są bardziej charakterystyczne dla chorych na nadciśnienie, z kolei inne – dla osób zdrowych. Można zauważyć, że osoby chore wyraźnie należą do typów o małej skuteczności w funkcjonowaniu społecznym oraz przejawiają nieadaptacyjną regulację emocji negatywnych. Warto zatem zastanowić się nad hipotezami interpretacyjnymi wyjaśniającymi ich genezę. Poszukiwane wyjaśnienie teoretyczne może przysłużyć się do lepszego zrozumienia uwarunkowań dobrostanu psychicznego i somatycznego, a wtórnie – być źródłem wiedzy na temat profilaktyki prozdrowotnej. Można zauważyć zbieżność między wynikami uzyskanymi w tym badaniu oraz cytowanymi we wprowadzeniu, wskazującą na to, że dolegliwości natury kardiologicznej i związana z nimi osobowość typu D charakteryzuje się wysoką częstotliwością i nasileniem doświadczania gniewu/wrogości oraz przejawianiem skłonności do irytacji, wycofywania się, inhibicji społecznej wyrażającej się w tendencji do hamowania ekspresji emocji, myśli i zachowań w kontaktach z innymi (por. Denollet i in., 1996; Pelle i in., 2010). Wyniki tego badania wskazują jednak, że u osób z chorobą nadciśnieniową problem inhibicji społecznej dotyczy nie tylko doświadczania i wyrażania emocji negatywnych, ale także pozytywnych. W wyniku nieustannego przeżywania negatywnych stanów emocjonalnych osoby te wytworzyły przekonanie, że nie jest możliwe generowanie, kontrola czy podtrzymywanie emocji pozytywnych, stenicznych. Nie mają zatem wystarczających kompetencji emocjonalnych w tym zakresie, a to z kolei uniemożliwia im wchodzenie w satysfakcjonujące i dojrzałe interakcje z ludźmi. Tym samym powstaje mechanizm „błędnego koła” w kształtowaniu nowych kompetencji emocjonalnych, które można nabyć jedynie w wyniku doświadczeń społecznych.

LITERATURA CYTOWANA

- Aquarius, A., Denollet, J., Hamming, J. i De Vries, J. (2005). Role of disease status and Type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease. *American Journal of Cardiology*, 96, 996-1001.
- Brenner, E. M., Salovey, P. (1999). Regulacja emocjonalna w okresie dzieciństwa: aspekty rozwojowe, interpersonalne i indywidualne. [W:] P. Salovey i D. J. Sluyter (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna* (s. 288-327). Poznań: Rebis.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J., Sys, S., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T. i Brutsaert, D. (1996). Personality as independent predictor of long term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347(8999), 417-421.
- Grob, A. i Smolenski, C. (2005). *FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation. Manual*. Bern: Verlag Hans Huber-Hogrefe AG.
- Heszen, I. (2012). Problemy zdrowotne i radzenie sobie z nimi. Od zaprzeczania do emocji pozytywnych. [W:] N. Ogińska-Bulik i J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 179-194). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Heszen, I. i Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek, J. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [W:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 465-492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Januszewicz, A., Prejbisz, A. i Goncerz, G. (2011). Nadcisnienie tętnicze pierwotne. [W:] A. Szczeklik i P. Gajewski (red.), *Choroby wewnętrzne* (s. 260-274). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Januszevska, E. (2009a). Konfirmacyjne modele strategii regulacji emocji negatywnych. Badania eksploracyjne młodzieży. [W:] L. Szewczyk i E. Talik (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychologia kliniczna nastolatka* (s. 259-296). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Januszevska, E. (2009b). Uwarunkowania strategii regulacji emocji złości, lęku i smutku u młodzieży. [W:] L. Szewczyk i E. Talik (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychologia kliniczna nastolatka* (s. 235-258). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Januszevska, I. (2011). *Kwestionariusz Kompetencji Emocjonalnych* (maszynopis) (tytuł oryg. *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen*, tłum. z języka niemieckiego H. Rindermann), Katedra Psychologii Klinicznej KUL, Lublin.
- Januszevska, I. i Steuden, S. (2014). Styles of coping with negative emotions and chronic stress in patients with hypertension. [W:] T. Ostrowski i I. Sikorska (red.), *Health and resilience* (s. 169-192). Kraków: Jagiellonian University Press.
- Januszevska, A. (2009). Strategie i style regulacji emocji negatywnych. [W:] L. Szewczyk i E. Talik (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychologia kliniczna nastolatka* (s. 297-337). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

- Jorgensen, R. S., Johnson, B. T., Kolodziej, M. E. i Schreer, G. E. (1996). Elevated blood pressure and personality: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 120(2), 293.
- King, A. C., Taylor, C. B., Albright, C. A. i Haskell, W. L. (1990). The relationship between repressive and defensive coping styles and blood pressure responses in healthy, middle-aged men and women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(4), 461-471.
- Kupper, N. i Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 265-276.
- Lazarus, R. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Mann, S. J. i James, G. D. (1998). Defensiveness and essential hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(2), 139-148.
- Mead, G. H. (1975). *Umysł, osobowość i społeczeństwo*. Warszawa: PWN.
- Ogińska-Bulik, N. (2009). *Osobowość typu D: teoria i badania*. Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Pelle, A., Broek, K., Szabo, B. i Kupper, N. (2010). The relationship between Type D personality and chronic heart failure is not founded by disease severity as assessed by BNP. *International Journal of Cardiology*, 145(1), 82-83.
- Plotnik, R. i Kouyoumdjian, H. (2011). *Introduction to psychology*. Belmont: Wadsworth.
- Rindermann, H. (2009). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Saarni, C. (1999). Kompetencja emocjonalna i samoregulacja w dzieciństwie. [W:] P. Salovey i D. J. Sluyter (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna* (s. 75-125). Poznań: Rebis.
- Studen, S. (2002). Z psychologicznej problematyki zdrowia i choroby. [W:] P. Oleś, S. Studen i J. Toczydłowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 27-36). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Studen, S. i Januszewska, I. (2014). Kompetencje emocjonalne oraz regulacja emocji osób z chorobą nadciśnieniową. [W:] T. Galkowski i E. Zasepa (red.), *Oblicza psychologii klinicznej. Pamięci Profesora Janusza Kostrzewskiego* (s. 87-108). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strus, W. (2012). *Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne*. Warszawa: Liberi Libri.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D. i Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 987-994.

TYPY KOMPETENCJI EMOCJONALNYCH
I REGULACJA EMOCJI
U OSÓB Z CHOROBAŃ NADCIŚNIENIOWĄ

Streszczenie. Celem niniejszych badań było znalezienie odpowiedzi na pytania: (1) Czy można wyodrębnić typy kompetencji emocjonalnych charakterystyczne dla osób chorych na nadciśnienie? (2) Jaki jest zakres współzależności wynikającej ze specyfiki typu kompetencji emocjonalnych i stosowanych strategii regulacji emocji? W badaniach wzięły udział 203 osoby (w tym 100 pacjentów chorujących na nadciśnienie i 103 osoby zdrowe) w wieku od 50 do 65 lat. Zastosowano kwestionariusze Kompetencji Emocjonalnych (EKF) i Ukierunkowania Regulacji Emocji (FEEL), wyróżniając typy kompetencji emocjonalnych. Procedurą *ex post* uzyskano potwierdzenie, że przynależność osób do jednego z czterech typów ma związek z faktem przynależności osób badanych do pierwotnego ich przyporządkowania: „chorzy” vs „zdrowi” ($\chi^2(3) = 15,84; p \leq 0,0001$). Każdy z wyodrębnionych typów kompetencji emocjonalnych reprezentuje zwarty wewnętrznie (i rozłączny) obraz psychologiczny, pozwalając zidentyfikować różne jakości kompetencji ($F = 17,52(39, 557); p \leq 0,0001; \eta^2 = 0,56$). Wykazano, że istnieją typy, które częściej stosują nieadaptacyjne strategie radzenia sobie z emocjami złości, lęku i smutku ($F = 2,38(18, 549); p \leq 0,001; \eta^2 = 0,069$).

Słowa kluczowe: kompetencje emocjonalne, emocje negatywne, regulacja emocji, nadciśnienie tętnicze.