Potential Balance Method (PBM) – propozycja modelu potencjału regulacyjnego człowieka. Analiza teoretyczna i identyfikacja luki badawczej

Anja Choluy

Human Mind Center, Warszawa

E-mail korespondencyjny: pbm@humanmind.center

Streszczenie

Chroniczne przeciążenie psychofizjologiczne stanowi rosnące wyzwanie dla zdrowia publicznego, a część funkcjonalnego cierpienia lokuje się w obszarze subklinicznym, poniżej progu rozpoznania klinicznego (Ayuso-Mateos i in., 2012; Saraceno & Caldas de Almeida, 2022). Celem artykułu jest przedstawienie Potential Balance Method (PBM) jako propozycji modelu opisującego aktualną dostępność potencjału regulacyjnego jednostki. Przeprowadzam konceptualną analizę porównawczą ugruntowanych konstruktów psychologicznych (m.in. zdrowia psychicznego, dobrostanu, rezyliencji, obciążenia allostatycznego, teorii zachowania zasobów, samoregulacji i teorii autodeterminacji) w celu zidentyfikowania luki teoretycznej. Analiza prowadzi do tezy głównej: istniejące konstrukty trafnie opisują poszczególne aspekty funkcjonowania (stany, cechy, procesy, zasoby), lecz żaden nie koncentruje się bezpośrednio na aktualnej dostępności potencjału regulacyjnego jako zmiennej dynamicznej, ujmowanej w wymiarze "tu i teraz". Proponuję ujęcie tego potencjału jako dynamicznej równowagi zasobów mobilizacyjnych, regulacyjnych i integracyjnych w kontakcie z wymaganiami otoczenia, osadzonej w modelu obciążenia allostatycznego (McEwen, 1998), teorii poliwagalnej (Porges, 2011) oraz klinicznym stadializowaniu przeciążenia (Pfaltz & Schnyder, 2023). Model wyodrębnia pięć hipotetycznych domen manifestacji oraz trzy poziomy kontinuum przeciążenia. Wnioski wskazują, że PBM stanowi propozycję koncepcyjną wymagającą dalszej operacjonalizacji i wieloetapowej weryfikacji empirycznej, a jej wartość leży w integracji rozproszonych ustaleń oraz w ukierunkowaniu przyszłych badań nad subklinicznym obszarem napięcia funkcjonalnego.

Słowa kluczowe: potencjał regulacyjny; obciążenie allostatyczne; teoria poliwagalna; przeciążenie psychofizjologiczne; model teoretyczny

Abstract

Chronic psychophysiological overload is a growing public-health challenge, and part of functional distress is located in the subclinical range, below the threshold of clinical diagnosis (Ayuso-Mateos et al., 2012; Saraceno & Caldas de Almeida, 2022). The aim of this theoretical article is to present the Potential Balance Method (PBM) as a proposal for a model describing the current availability of an individual's regulatory potential. I conduct a conceptual comparative analysis of well-established psychological constructs (including mental health, well-being, resilience, allostatic load, conservation of resources theory, self-regulation, and self-determination theory) in order to identify a theoretical gap. The analysis leads to the central thesis that existing constructs accurately describe particular aspects of functioning (states, traits, processes, resources), yet none of them focuses

directly on the current availability of an individual's regulatory potential as a dynamic variable captured in the here and now. I propose to conceptualise this potential as a dynamic balance of mobilisational, regulatory, and integrative resources in contact with environmental demands, grounded in the allostatic load model (McEwen, 1998), polyvagal theory (Porges, 2011), and the clinical staging of overload (Pfaltz & Schnyder, 2023). The model distinguishes five hypothetical domains of manifestation and three levels of an overload continuum. It is concluded that PBM is a conceptual proposal requiring further operationalisation and multi-stage empirical verification; its value lies in integrating dispersed findings and guiding future research on the subclinical domain of functional tension.

Keywords: regulatory potential; allostatic load; polyvagal theory; psychophysiological overload; theoretical model

1. Wprowadzenie

Zaburzenia psychiczne należą do najistotniejszych wyzwań zdrowotnych współczesności. Raport Światowej Organizacji Zdrowia dokumentuje globalną skalę problemu oraz utrzymującą się przepaść między potrzebami a dostępnością opieki (Saraceno & Caldas de Almeida, 2022). Współczesne dyskusje pojęciowe wskazują ponadto na brak konsensualnej definicji zdrowia psychicznego (Galderisi, 2024), a obniżony poziom zdrowia psychicznego wiąże się z podwyższonym ryzykiem przedwczesnej umieralności (Keyes, 2005).

Model obciążenia allostatycznego opisuje kumulatywny "koszt" adaptacji do przewlekłego stresu, wskazując na stopniowe zużywanie się układów fizjologicznych odpowiedzialnych za utrzymanie stabilności organizmu (McEwen, 1998; McEwen & Seeman, 1999), a systematyczne przeglądy potwierdzają szeroki zakres jego niekorzystnych następstw zdrowotnych (Guidi i in., 2021).

Współczesne klasyfikacje diagnostyczne nie ujmują w pełni subklinicznego napięcia, które poprzedza rozpoznanie. Wiele osób doświadcza istotnego pogorszenia funkcjonowania, nie spełniając zarazem kryteriów żadnej jednostki klinicznej, przez co pozostaje poza zasięgiem diagnostyki i ukierunkowanej pomocy. Stany poniżej progu diagnostycznego wiążą się z istotnym upośledzeniem funkcjonowania i stanowią czynnik ryzyka przejścia w pełne zaburzenie (Ayuso-Mateos i in., 2012), a ich trajektorie są niejednorodne, co wskazuje na obecność ukrytych zmiennych determinujących przebieg (Hartman i in., 2021).

Istniejące modele teoretyczne opisują ten obszar jedynie pośrednio. Klasyfikacja subkliniczna operuje w logice kategorialno-diagnostycznej ("ile objawów"), a nie funkcjonalnej ("ile zasobów regulacyjnych pozostaje dostępnych"), przez co dwie osoby o identycznej liczbie objawów mogą podążać odmiennymi trajektoriami (Hartman i in., 2021). Modele prewencji psychologicznej definiują populacje ryzyka na podstawie czynników demograficznych i ekspozycji, lecz nie operacjonalizują bieżącej pojemności regulacyjnej jednostki jako celu interwencji. Powstaje zatem pytanie o konstrukt, który ujmowałby aktualną dostępność potencjału regulacyjnego jako zmienną dynamiczną, pośredniczącą między wymaganiami a wynikiem funkcjonalnym.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie Potential Balance Method (PBM) jako propozycji modelu teoretycznego potencjału regulacyjnego człowieka oraz identyfikacja luki badawczej, którą model ten ma adresować. Artykuł ma charakter teoretyczny (conceptual paper); nie prezentuję nowych danych empirycznych, lecz rozwijam propozycję koncepcyjną i formułuję hipotezy do przyszłej weryfikacji. Po analizie aktualnego stanu wiedzy (rozdział 2) formułuję lukę teoretyczną (rozdział 3), przedstawiam propozycję modelu PBM (rozdział 4), omawiam relacje modelu do istniejących teorii (rozdział 5), kierunki dalszych badań (rozdział 6) oraz ograniczenia modelu (rozdział 7).

2. Aktualny stan wiedzy

W tej części przedstawiam krytyczny przegląd konstruktów najczęściej wykorzystywanych do opisu funkcjonowania psychicznego w obszarze zdrowia i przeciążenia, grupując je w cztery klastry o zbliżonej logice teoretycznej. Dla każdego konstruktu zadaję to samo pytanie: na jakim poziomie (stanu, cechy, procesu, obciążenia czy zasobu) operuje oraz czy ujmuje aktualną dostępność potencjału regulacyjnego jako zmienną dynamiczną. Wskazywane ograniczenia nie są zarzutami, każdy konstrukt pozostaje trafny w swoim obszarze, lecz jedynie obserwacjami dotyczącymi tego, czego dany konstrukt z założenia nie mierzy.

2.1. Konstrukty stanu i wyniku: zdrowie psychiczne, dobrostan, jakość życia, flourishing

Model podwójnego kontinuum ujmuje zdrowie i choroba psychiczna jako dwa powiązane, lecz odrębne wymiary (Keyes, 2002, 2005). Dobrostan psychiczny ujmowany jest w tradycji hedonicznej i eudajmonicznej (Ryff & Singer, 1996; Ryff, 2018), a flourishing oznacza najwyższy punkt kontinuum dobrostanu (Diener i in., 2010), choć nowsze analizy sugerują, że jest raczej względnie trwałą cechą niż stanem chwilowym (Varga i in., 2025). Z perspektywy PBM wszystkie te konstrukty pozostają statycznymi, przekrojowymi *wynikami* funkcjonowania, opisują treść dobrego funkcjonowania, lecz nie wyjaśniają, dlaczego dostępność zasobów regulacyjnych zmienia się z dnia na dzień.

2.2. Konstrukty procesualne: rezyliencja, obciążenie allostatyczne, teoria zachowania zasobów

Rezyliencja opisuje zdolność zachowania funkcjonowania lub powrotu do niego po ekspozycji na przeciwności; ujęcia cechowe (Connor & Davidson, 2003) ustępują miejsca ujęciom procesualnym (Shallcross i in., 2022; Hill i in., 2024). Obciążenie allostatyczne wyjaśnia biologiczny koszt chronicznej adaptacji do stresu jako kumulatywne zużycie układów fizjologicznych (McEwen, 1998; Guidi i in., 2021). Teoria zachowania zasobów (COR) ujmuje stres jako funkcję utraty lub zagrożenia utratą zasobów (Hobfoll, 1989, 2001). Z perspektywy PBM rezyliencja opisuje przede wszystkim wynik konfrontacji ze stresorem, obciążenie allostatyczne operuje w skali miesięcy i lat, nie oddając momentalnej dostępności zasobów, a COR traktuje zasoby jako względnie jednorodną kategorię, różniąc się od PBM jednostką analizy: PBM mierzy nie skumulowany zapas, lecz aktualną dostępność funkcjonalnie odmiennych klas zasobów.

2.3. Konstrukty regulacyjne: samoregulacja, funkcje wykonawcze

Klasyczny model samoregulacji ujmuje samokontrolę jako ograniczony, wyczerpywalny zasób, ulegający czasowemu osłabieniu (ego depletion) po intensywnym wysiłku wolicjonalnym (Baumeister, 2003; Baumeister & Vohs, 2007). Funkcje wykonawcze obejmują zdolność do inhibicji reakcji, przełączania uwagi oraz pamięci roboczej (Miyake & Shah, 1999; Diamond, 2013). Z perspektywy PBM model siły skupia się wąsko na jednej funkcji regulacyjnej, a funkcje wykonawcze stanowią konstrukt czysto poznawczy, mierzony w oderwaniu od kontekstu emocjonalnego i motywacyjnego. Proponowany model zakłada wielowymiarową strukturę zasobów regulacyjnych, wyczerpujących się częściowo niezależnie (Kim i in., 2021).

2.4. Konstrukty motywacyjne: teoria autodeterminacji, elastyczność psychologiczna

Teoria autodeterminacji (SDT) wyjaśnia motywację i dobrostan jako funkcję zaspokojenia potrzeb autonomii, kompetencji i relacyjności (Ryan & Deci, 2000, 2017). Elastyczność psychologiczna, rozwijana w ramach terapii akceptacji i zaangażowania (ACT), obejmuje akceptację, defuzję, kontakt z chwilą obecną, wartości i zaangażowane działanie jako transdiagnostyczny mechanizm zmiany (Hayes i in., 2012). Z perspektywy PBM SDT opisuje treściowe warunki wzrostu, lecz nie wyjaśnia, ile aktualnych zasobów regulacyjnych jednostka musi posiadać, by zrealizować działanie zgodne z tymi potrzebami. Elastyczność psychologiczna opisuje postawę wobec doświadczeń wewnętrznych, nie ujmując energetycznej dostępności zasobów niezbędnych do zaangażowanego działania.

2.5. Obszary graniczne i synteza przeglądu

Literatura o pojemności regulacyjnej (self-regulatory capacity) pokazuje, że dostępność zasobów regulacyjnych fluktuuje w rytmie dobowym w zależności od snu, odpoczynku i wymagań pracy (Kim i in., 2021), będąc koncepcją najbliższą PBM, lecz operacjonalizowaną wąsko i bez powiązania z klinicznym wymiarem zdrowia psychicznego. Literatura o stanach subklinicznych dokumentuje istnienie napięcia funkcjonalnego poniżej progu diagnostycznego oraz jego niejednorodne trajektorie (Hartman i in., 2021).

Zestawienie przeanalizowanych podejść prowadzi do spójnego obrazu: konstrukty stanu i wyniku ujmują rezultat jako wielkość względnie trwałą; konstrukty obciążenia i zasobów opisują koszt adaptacji w skali długoterminowej; konstrukty regulacyjne opisują mechanizmy kontroli wąsko; konstrukty motywacyjne opisują treść motywacji, nie energetyczną dostępność zasobów wykonawczych. Żaden konstrukt nie ujmuje wprost aktualnej dostępności potencjału regulacyjnego, co stanowi bezpośrednią przesłankę dla luki badawczej opisanej w kolejnym rozdziale.

3. Luka badawcza

Przeprowadzona analiza pozwala sformułować wniosek stanowiący teoretyczne uzasadnienie proponowanego modelu. Każdy z omówionych konstruktów trafnie opisuje pewien aspekt funkcjonowania, lecz w odmiennej płaszczyźnie: zdrowie psychiczne, dobrostan i flourishing opisują przede wszystkim stany i wyniki, względnie trwałe rezultaty procesów adaptacyjnych (Keyes, 2002; Diener i in., 2010; Varga i in., 2025); rezyliencja ujmuje zdolność powrotu do równowagi, głównie przez jej rezultat (Shallcross i in., 2022); obciążenie allostatyczne opisuje długoterminowy koszt fizjologiczny (McEwen, 1998);

teoria zachowania zasobów, zasoby podlegające gromadzeniu i utracie (Hobfoll, 1989); a samoregulacja i funkcje wykonawcze, procesy kontroli poznawczej (Baumeister & Vohs, 2007; Diamond, 2013).

Żaden z tych konstruktów nie koncentruje się jednak bezpośrednio na aktualnej dostępności potencjału regulacyjnego jednostki jako zmiennej dynamicznej, ujmowanej w wymiarze "tu i teraz". Dostępne modele lokują się albo po stronie obciążenia, albo zasobów rozumianych jako zapas, albo procesu kontroli, albo stanu końcowego. Brakuje modelu integracyjnego, ujmującego pojemność regulacyjną jako czynnik pośredniczący między wymaganiami otoczenia a wynikiem funkcjonalnym.

Konstrukt najbliższy tej idei, pojemność regulacyjna (self-regulatory capacity), wskazuje na dobową fluktuację dostępnych zasobów (Kim i in., 2021), lecz operacjonalizuje ją wąsko, głównie w kontekście organizacyjnym, bez zintegrowania z klinicznym wymiarem zdrowia psychicznego. Szczególnie niedostatecznie zoperacjonalizowany pozostaje obszar subkliniczny: klasyfikacja subkliniczna wciąż operuje w logice kategorialnej ("ile objawów"), a nie funkcjonalnej ("ile zasobów regulacyjnych pozostało dostępnych"), przez co dwie osoby o identycznej liczbie objawów mogą podążać odmiennymi trajektoriami (Hartman i in., 2021).

Lukę tę formułuję ostrożnie: nie twierdzę, że "brakuje narzędzia", lecz że istniejące konstrukty nie koncentrują się bezpośrednio na aktualnej dostępności potencjału regulacyjnego jako zmiennej dynamicznej, pośredniczącej między wymaganiami a wynikiem. Każdy z omówionych konstruktów pozostaje trafny w swoim obszarze, a PBM nie rości sobie prawa do ich zastąpienia. Luka ta jest przy tym falsyfikowalna: gdyby okazało się, że aktualną dostępność potencjału regulacyjnego można w pełni sprowadzić do kombinacji istniejących miar, propozycja PBM utraciłaby uzasadnienie.

4. Propozycja modelu PBM

Potential Balance Method (PBM) zostaje tu przedstawiona jako pełna propozycja teoretyczna o statusie koncepcyjnym: integruje ustalenia omówione powyżej i formułuje testowalne hipotezy, lecz nie stanowi zwalidowanego narzędzia diagnostycznego.

4.1. Definicja

PBM jest proponowanym modelem teoretycznym opisującym aktualną dostępność potencjału regulacyjnego jednostki, rozumianą jako dynamiczna równowaga między zasobami mobilizacyjnymi (energia do podjęcia działania), regulacyjnymi (kontrola emocji, impulsów i uwagi) i integracyjnymi (spójność sensu, wartości i tożsamości) w kontakcie z wymaganiami otoczenia. W odróżnieniu od ujęć traktujących zasoby jako jednorodny zapas (Hobfoll, 1989) lub jednorodną "siłę" (Baumeister & Vohs, 2007), zakładam, że te trzy klasy zasobów fluktuują i wyczerpują się częściowo niezależnie, a ich chwilowa konfiguracja określa aktualny potencjał regulacyjny jednostki.

Definicję wyróżniają trzy elementy: akcent na aktualną dostępność (stan "tu i teraz"; Varga i in., 2025); dynamiczna równowaga (bilansowanie między zużyciem a odbudową; Hobfoll,

2001); oraz relacyjność wobec wymagań otoczenia, nie cecha jednostki w oderwaniu od kontekstu.

Choć nazwa Potential Balance Method zawiera słowo “method”, traktuję PBM jako propozycję modelu teoretycznego, nie gotową metodę diagnostyczną czy terapeutyczną, zgodnie ze standardem publikacji konceptualnych (Jaakkola, 2020). Zakładam, że po walidacji empirycznej PBM ma potencjał rozwinąć się w metodę pracy z przeciążeniem regulacyjnym obejmującą (a) wczesne rozpoznawanie napięcia funkcjonalnego, (b) protokoły pracy z pięcioma domenami zasobów, (c) ścieżki wyjścia z trzech poziomów przeciążenia.

4.2. Założenia teoretyczne

Model opiera się na trzech filarach: modelu obciążenia allostatycznego (McEwen, 1998; Guidi i in., 2021), teorii poliwagalnej, z której zapożyczam pojęcie zawężania i poszerzania “okna tolerancji” (Porges, 2011, 2021), oraz klinicznym stadializowaniu przeciążenia, opisującym kontinuum od napięcia funkcjonalnego, przez przeciążenie systemowe, po dezintegrację (Pfaltz & Schnyder, 2023; McEwen, 2004). Obciążenie allostatyczne dostarcza osi nasilenia przeciążenia w czasie, teoria poliwagalna mechanizmu regulacyjnego, a stadializowanie kliniczne ram progresji zaburzeń funkcjonowania. Łącznie filary te uzasadniają wielodomenową strukturę modelu oraz jego trzypoziomowe ujęcie nasilenia.

4.3. Mechanizm

PBM ujmuje potencjał regulacyjny jako pojemność pośredniczącą między wymaganiami otoczenia a wynikami funkcjonalnymi: zmienną dynamiczną określającą, ile obciążenia jednostka może przetworzyć bez przekroczenia granic swojej pojemności. Ta sama wielkość wymagań może więc prowadzić do adaptacyjnej odpowiedzi u osoby z wysokim potencjałem regulacyjnym oraz do dekompensacji u osoby chwilowo wyczerpanej, mimo identycznego obiektywnego obciążenia (Kim i in., 2021; Hill i in., 2024). Wysoki potencjał poszerza okno tolerancji, niski zawęża je i ułatwia przejście w hiper- lub hipopobudzenie (Porges, 2011), co prowadzi do testowalnej hipotezy: związek między wielkością wymagań a wynikiem funkcjonalnym powinien być moderowany przez aktualny poziom potencjału regulacyjnego, nie wyłącznie przez cechy dyspozycyjne.

4.4. Pięć domen manifestacji

Aktualny potencjał regulacyjny manifestuje się w pięciu hipotetycznych domenach, obszarach, w których obserwowalne stają się objawy niedoboru lub równowagi potencjału. Wyodrębnienie pięciu domen wynika z wielosystemowego charakteru reakcji na stres (McEwen, 1998) i umożliwia analizę profilu deficytów. Domena somatyczna obejmuje napięcie mięśniowe, zaburzenia snu i przewlekłe zmęczenie (McEwen, 1998). Emocjonalna obejmuje dysregulację afektu, powiązaną z reaktywnością osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (McEwen & Gianaros, 2011). Poznawcza obejmuje trudności z koncentracją i ruminacje, spójne z wpływem stresu na korę przedczołową (Diamond, 2013). Motywacyjna obejmuje utratę napędu i anhedonię, a relacyjna, wycofanie społeczne związane z dezaktywacją społecznego systemu zaangażowania (Porges, 2011, 2021). Domeny te są hipotetyczne i częściowo rozdzielne.

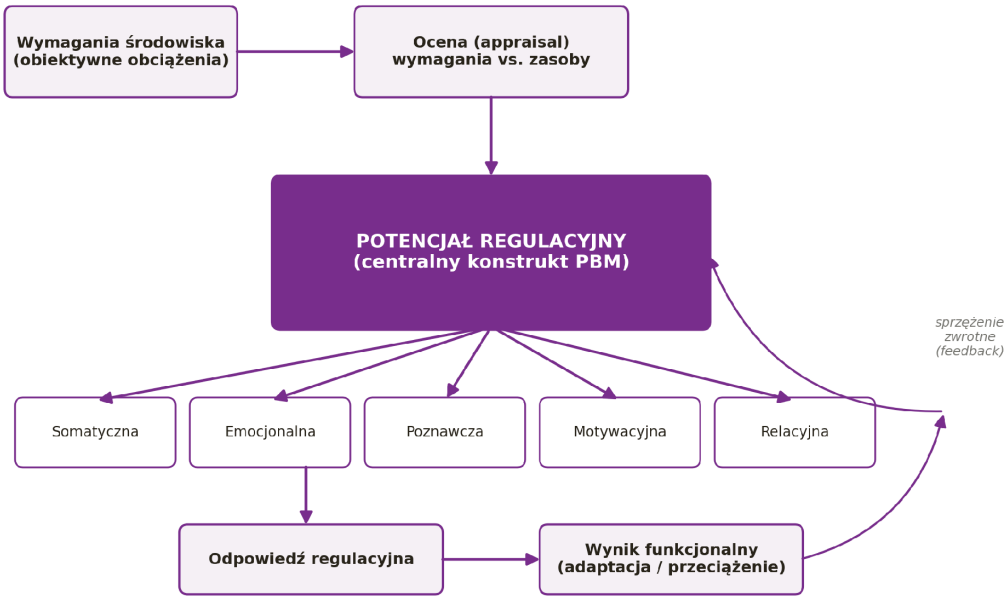
4.5. Trzy poziomy kontinuum

Model wyodrębnia trzy hipotetyczne poziomy przeciążenia. Napięcie funkcjonalne to poziom subkliniczny: podwyższona aktywacja w granicach normatywnego stresu, przy zachowanej zdolności regulacyjnej (Ayuso-Mateos i in., 2012; Hartman i in., 2021). Przeciążenie systemowe oznacza chroniczne przekroczenie pojemności regulacyjnej, z objawami w kilku domenach, zbliżone do przeciążenia allostatycznego (McEwen, 2004). Dezintegracja regulacyjna to poziom wyczerpania mechanizmów regulacyjnych, z nasilonymi objawami i ryzykiem klinicznym, odpowiadający najwyższym stadiom modelu stadializowania (Pfaltz & Schnyder, 2023). Poziomy te są heurystyką porządkującą, nie zwalidowanymi progami diagnostycznymi.

4.6. Model zależności

Rysunek 1 przedstawia proponowaną strukturę zależności w modelu PBM.

Rysunek 1. Schemat zależności w modelu Potential Balance Method (PBM)



Przepływ: wymagania środowiska → ocena → potencjał regulacyjny (5 domen) → odpowiedź → wynik funkcjonalny. Pętla sprzężenia zwrotnego oznacza zwrotny wpływ wyniku na aktualną dostępność potencjału regulacyjnego.

Rysunek 1. Schemat zależności w modelu Potential Balance Method (PBM). Przepływ: wymagania środowiska → ocena → potencjał regulacyjny (5 domen) → odpowiedź → wynik funkcjonalny. Pętla sprzężenia zwrotnego oznacza zwrotny wpływ wyniku na aktualną dostępność potencjału regulacyjnego.

Punktem wyjścia są wymagania środowiska, podlegające ocenie poznawczej i afektywnej. Kolejnym ogniwem jest potencjał regulacyjny (pięć domen), determinujący pojemność do przetworzenia obciążenia, od którego zależy odpowiedź jednostki i wynik funkcjonalny. Model zakłada sprzężenie zwrotne: wynik wpływa zwrotnie na potencjał regulacyjny, wzmacniając go lub uszczuplając, nawiązując do dynamiki zasobów w teorii COR (Hobfoll,

2001). Struktura różni się od transakcyjnego ujęcia stresu wyraźnym wyodrębnieniem potencjału regulacyjnego jako osobnego, wielodomenowego ogniwa; siła powiązań wymaga empirycznego oszacowania.

4.7. Pozycjonowanie PBM wobec istniejących konstruktów

Tabela 1 syntetyzuje analizę z sekcji 2, zestawiając PBM z wybranymi konstruktami odniesienia według typu, jednostki analizy, wymiaru czasowego i mechanizmu wyjaśniającego.

Tabela 1

Porównanie PBM z wybranymi konstruktami odniesienia

Konstrukt	Typ	Jednostka analizy	Wymiar czasowy	Główny mechanizm
Dobrostan psychiczny	stan / cecha	osoba	trwały	doświadczenie pozytywne
Rezyliencja	cecha / proces	osoba	trwały	odbicie po adwersji
Obciążenie allostatyczne	koszt biologiczny	organizm	kumulatywny	wielosystemowe zużycie
Zachowanie zasobów (COR)	zasób	osoba	kumulatywny	zdobywanie / utrata
Samoregulacja	proces	osoba	krótkookresowy	kontrola nad zachowaniem
SDT (Deci & Ryan)	motywacja	osoba	trwały	zaspokojenie potrzeb
Elastyczność psych. (ACT)	proces	osoba	trwały	akceptacja + zaangażowanie
PBM	**pojemność aktualna**	**osoba, środowisko**	**“tu i teraz”**	**dynamiczna równowaga zasobów**

Uwaga. Ostatni wiersz uwypukla aktualną, dynamiczną i relacyjną naturę potencjału regulacyjnego, komplementarną, nie zastępczą, wobec wymienionych konstruktów. Żaden z nich jednocześnie (1) opisuje aktualną dostępność zasobów jako zmienną dynamiczną, (2) ujmuje ją w relacji do wymagań otoczenia oraz (3) integruje wymiar somatyczny, psychiczny i motywacyjny w jednym pomiarze, co stanowi proponowaną niszę teoretyczną PBM, wymagającą weryfikacji empirycznej.

5. Dyskusja

Przedstawiony model PBM należy rozumieć jako uzupełnienie istniejących podejść, nie jako model od nich lepszy czy je zastępujący. Jego wartość polega na integracji: PBM łączy w jednej ramie ustalenia dotyczące obciążenia fizjologicznego, zasobów, procesów kontroli oraz stanów końcowych, przenosząc uwagę na wspólny, dotąd niewyodrębniony wprost czynnik, aktualną dostępność potencjału regulacyjnego.

W relacji do modelu obciążenia allostatycznego PBM podziela wielosystemowe ujęcie reakcji na stres (McEwen, 1998; Guidi i in., 2021), różni się jednak poziomem analizy: obciążenie allostatyczne opisuje kumulację w skali miesięcy i lat, mierzoną biomarkerami, podczas gdy PBM operuje na poziomie chwilowej, subiektywnie dostępnej pojemności regulacyjnej. Z teorii poliwagalnej włączam pojęcie zawężania okna tolerancji jako mechanizmu spadku potencjału regulacyjnego (Porges, 2011, 2021). Z teorią zachowania zasobów model dzieli intuicję o dynamice zysków i strat (Hobfoll, 2001), lecz różni się jednostką analizy: PBM opisuje chwilową dostępność funkcjonalnie zróżnicowanych zasobów, nie skumulowany zapas obiektów zasobowych. Z modelem samoregulacji łączy go założenie o ograniczoności zdolności regulacyjnej (Baumeister & Vohs, 2007), lecz PBM zastępuje ujęcie jednorodnej "siły" strukturą wielodomenową.

Model ma istotne ograniczenia, które podkreślam z rozmysłem: pozostaje propozycją koncepcyjną wymagającą operacjonalizacji, walidacji psychometrycznej oraz badań podłużnych zdolnych uchwycić fluktuację potencjału regulacyjnego w czasie. Otwarte pozostają pytania badawcze: czy pięć domen tworzy odrębne, lecz skorelowane wymiary; czy trzy klasy zasobów wyczerpują się niezależnie; oraz czy trzy poziomy kontinuum odpowiadają empirycznie wyodrębnialnym progom.

Osobnego namysłu wymaga ryzyko nakładania się konceptualnego z istniejącymi miarami: należy wykazać, że potencjał regulacyjny nie jest jedynie innym nazwaniem stresu postrzeganego, wypalenia czy niskiego dobrostanu. Z perspektywy PBM różnica polega na jednostce pomiaru: stres postrzegany opisuje ocenę obciążenia, dobrostan opisuje stan końcowy, a potencjał regulacyjny miałby opisywać aktualną pojemność przetwarzania obciążenia. Wykazanie umiarkowanych, lecz niepełnych korelacji z istniejącymi miarami oraz przyrostowej mocy predykcyjnej traktuję jako jedno z najważniejszych kryteriów ewaluacji modelu. Analiza profilu domen mogłaby, po walidacji, wspierać personalizację oddziaływań; są to jednak zastosowania hipotetyczne, zależne od uprzedniego wykazania trafności i rzetelności narzędzia.

6. Kierunki dalszych badań

Realizacja programu badawczego wynikającego z modelu PBM wymaga sekwencji kroków metodologicznych. Pierwszym jest operacjonalizacja potencjału regulacyjnego poprzez skalę samoopisową obejmującą pięć domen manifestacji, zweryfikowaną wstępnie w badaniach pilotażowych; takie narzędzie nie zostało dotąd zwalidowane, a jego kształt pozostaje propozycją.

Kolejnym krokiem jest walidacja psychometryczna, obejmująca analizę czynnikową oraz ocenę trafności zbieżnej poprzez korelacje z ugruntowanymi narzędziami mierzącymi stres, lęk, wypalenie i dobrostan, a także trafności różnicowej i predykcyjnej. Dynamiczny

charakter konstruktu wymaga badań podłużnych obejmujących ocenę stabilności test-retest oraz wrażliwości na zmianę.

Wartościowe byłyby badania w populacjach klinicznych (depresja, zaburzenia lękowe, wypalenie), pozwalające ocenić, czy model różnicuje przebieg i nasilenie objawów, a także próba wpływania na potencjał regulacyjny za pomocą ustrukturyzowanego protokołu regulacyjnego. Odrębnym kierunkiem jest ustalenie relacji empirycznej między proponowanym konstruktem a biologicznymi wskaźnikami obciążenia, na przykład zmiennością rytmu serca (Porges, 2021), z docelowym zastosowaniem w psychoprofilaktyce i wcześniejszym wykrywaniu stanów subklinicznych (Hartman i in., 2021).

Docelowym horyzontem tego programu badawczego jest rozwinięcie PBM z modelu teoretycznego w metodę pracy z przeciążeniem regulacyjnym. Po uzyskaniu odpowiedniej walidacji empirycznej, taka metoda mogłaby obejmować trzy elementy komplementarne wobec struktury modelu: wczesne rozpoznawanie napięcia funkcjonalnego na podstawie profilu pięciu domen, protokoły pracy dopasowane do domeny aktualnie najbardziej deficytowej (somatycznej, emocjonalnej, poznawczej, motywacyjnej lub relacyjnej) oraz ścieżki wyjścia odpowiadające trzem poziomom kontinuum przeciążenia. Do czasu takiej walidacji jakiekolwiek zastosowanie PBM jako metody pozostaje przedwczesne, a realizacja programu badawczego wymaga zachowania ostrożności metodologicznej i etycznej: model nie może służyć do formułowania rozpoznań klinicznych ani do podejmowania decyzji terapeutycznych, a jego generalizowalność wymaga sprawdzenia niezmienności pomiarowej w różnych kontekstach kulturowych (Ryff, 2024).

7. Ograniczenia proponowanego modelu

Przedstawiona propozycja teoretyczna, mimo osadzenia w ugruntowanym piśmiennictwie, obarczona jest zestawem ograniczeń, które uznaję za integralną część uczciwego opisu modelu.

Po pierwsze, PBM jest na obecnym etapie konstruktem czysto teoretycznym. Model formułuje testowalne hipotezy dotyczące struktury, dynamiki i konsekwencji potencjału regulacyjnego, jednak żadna z nich nie została dotąd zweryfikowana empirycznie. Pojęcia modelu, zwłaszcza “dynamiczna równowaga” zasobów mobilizacyjnych, regulacyjnych i integracyjnych, wymagają dalszej operacjonalizacji, w obecnej postaci pełnią funkcję heurystyczną i nie precyzują jednoznacznych kryteriów pomiaru; konstrukty pozornie odrębne mogą po dokładnym pomiarze okazać się nakładać na istniejące miary (Fried, 2020).

Po drugie, propozycja pięciu domen manifestacji wynika z syntezy teoretycznej, nie z analizy czynnikowej, przyszłe badania psychometryczne mogą wykazać strukturę o mniejszej liczbie wymiarów. Podobnie trzy poziomy kontinuum przeciążenia wywodzą się z modeli stadializowania klinicznego, jednak konkretne progi między poziomami pozostają hipotezą wymagającą empirycznego ustalenia na danych podłużnych. Model formułowany jest przy tym na poziomie ogólnym i nie odnosi się bezpośrednio do specyfiki kulturowej, wiekowej ani klinicznej badanych populacji, mimo że mechanizmy regulacji zasobów są

istotnie zróżnicowane kulturowo (Ryff, 2024); konieczne będzie sprawdzenie niezmienności pomiarowej ewentualnych operacjonalizacji PBM w różnych kontekstach.

Po trzecie, PBM zakłada, że potencjał regulacyjny może zostać uchwycony pomiarem samoopisowym, podatnym na zniekształcenia, na przykład ograniczoną świadomość własnych stanów fizjologicznych oraz tendencyjność w kierunku aprobaty społecznej. Uzupełnienie samoopisu o wskaźniki fizjologiczne stanowi warunek adekwatnej walidacji konstruktu.

Po czwarte, ryzykiem właściwym modelom integracyjnym jest pułapka nakładania się konstruktów: przy dostatecznie ogólnej definicji nowe pojęcie może okazać się kombinacją liniową istniejących zmiennych, bez wyraźnej wartości przyrostowej. Trafność różnicowa i inkrementalna są warunkiem uznania odrębności PBM, nie wnioskiem z samej analizy teoretycznej.

Wymienione ograniczenia nie podważają wartości modelu jako propozycji teoretycznej, wskazują natomiast granice, w obrębie których PBM może być na tym etapie zasadnie stosowany: jako narzędzie porządkowania rozproszonych ustaleń i źródło testowalnych hipotez, nie jako gotowy instrument diagnostyczny czy terapeutyczny.

8. Wnioski

Niniejszy artykuł przedstawił Potential Balance Method jako propozycję modelu teoretycznego opisującego aktualną dostępność potencjału regulacyjnego jednostki. Analiza wykazała, że każdy z ugruntowanych konstruktów trafnie ujmuje pewien aspekt funkcjonowania (stan, cechę, proces, obciążenie lub zasób), lecz żaden nie koncentruje się bezpośrednio na dynamicznej, chwilowej pojemności regulacyjnej pośredniczącej między wymaganiami a wynikiem. Proponuję wypełnienie tej luki poprzez integracyjne ujęcie potencjału regulacyjnego jako równowagi zasobów mobilizacyjnych, regulacyjnych i integracyjnych, osadzone w modelu obciążenia allostatycznego, teorii poliwagalnej i klinicznym stadializowaniu przeciążenia.

Traktuję model jako propozycję koncepcyjną wymagającą operacjonalizacji i wieloetapowej weryfikacji empirycznej. Wartość PBM na obecnym etapie polega nie na dostarczeniu zwalidowanego narzędzia, lecz na uporządkowaniu rozproszonych ustaleń i sformułowaniu testowalnych hipotez dotyczących subklinicznego obszaru napięcia funkcjonalnego. Jeśli dalsze badania potwierdzą odrębność i przyrostową wartość konstruktu, model mógłby wnieść wkład teoretyczny, integrując rozproszone perspektywy wokół wspólnego, dynamicznego czynnika, oraz praktyczny, ułatwiając wczesne rozpoznawanie napięcia funkcjonalnego. Otwartość na weryfikację, w tym na możliwość falsyfikacji, stanowi integralną część przedstawionej propozycji.

Bibliografia

Ayuso-Mateos, J. L., Rodríguez, M. M., Nuevo, R., & Chatterji, S. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: A systematic review. *BMC Psychiatry, 12*, 181. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-181

Baumeister, R. F. (2003). Ego depletion and self-regulation failure: A resource model of self-control. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27*(2), 281–284. https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000060879.61384.A4

Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass, 1*(1), 115–128. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology, 64*, 135–168. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143–156. https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y

Fried, E. I. (2020). Lack of theory building and testing impedes progress in the factor and network literature. *Psychological Inquiry, 31*(4), 271-288. https://doi.org/10.1080/1047840X.2020.1853461

Galderisi, S. (2024). The need for a consensual definition of mental health. *World Psychiatry, 23*(1), 52–53. https://doi.org/10.1002/wps.21150

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., & Fava, G. A. (2021). Allostatic load and its impact on health: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 90*(1), 11–27. https://doi.org/10.1159/000510696

Hartman, C. A., Wigman, J. T. W., Schreuder, M. J., Wichers, M., & Groen, R. N. (2021). On the transience or stability of subthreshold psychopathology. *Scientific Reports, 11*, 23099. https://doi.org/10.1038/s41598-021-02711-3

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976–1002. https://doi.org/10.1177/0011000012460836

Hill, Y., Dolezal, M. L., Nordbeck, P. C., Den Hartigh, R. D., Pincus, D., Kiefer, A. W., & Ricca, B. P. (2024). Moving from traits to the dynamic process: The next steps in research on human resilience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2431733

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513–524. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology, 50*(3), 337–421. https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062

Jaakkola, E. (2020). Designing conceptual articles: Four approaches. *AMS Review, 10*(1-2), 18-26. https://doi.org/10.1007/s13162-020-00161-0

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207–222. https://doi.org/10.2307/3090197

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539–548. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539

Kim, S., Cho, S., & Park, Y. (2021). Daily microbreaks in a self-regulatory resources lens: Perceived health climate as a contextual moderator via microbreak autonomy. *Journal of Applied Psychology, 106*(1), 60–83. https://doi.org/10.1037/apl0000891

McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine, 338*(3), 171–179. https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307

McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1032*(1), 1–7. https://doi.org/10.1196/annals.1314.001

McEwen, B. S., & Gianaros, P. J. (2011). Stress- and allostasis-induced brain plasticity. *Annual Review of Medicine, 62*, 431–445. https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100430

McEwen, B. S., & Seeman, T. (1999). Protective and damaging effects of mediators of stress: Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences, 896*, 30–47. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08103.x

Miyake, A., & Shah, P. (1999). *Models of working memory: Mechanisms of active maintenance and executive control.* Cambridge University Press.

Pfaltz, M. C., & Schnyder, U. (2023). Staging models in psychosomatic medicine: Allostatic load and clinical staging. *Psychotherapy and Psychosomatics, 92*(5), 292–299. https://doi.org/10.1159/000534340

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation.* W. W. Norton.

Porges, S. W. (2021). Polyvagal theory: A biobehavioral journey to sociality. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology, 7*, 100069. https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100069

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness.* Guilford Press. https://doi.org/10.4135/9781446249215.n21

Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science, 13*(2), 242–248. https://doi.org/10.1177/1745691617699836

Ryff, C. D. (2024). The privilege of well-being in an increasingly unequal society. *International Journal of Social Psychiatry*. https://doi.org/10.1177/09637214241266818

Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*(1), 14–23. https://doi.org/10.1159/000289026

Saraceno, B., & Caldas de Almeida, J. M. (2022). An outstanding message of hope: The WHO World Mental Health Report 2022. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 31*, e57. https://doi.org/10.1017/S2045796022000373

Shallcross, A. J., Troy, A. S., Willroth, E. C., Mauss, I. B., Gross, J. J., & Giuliani, N. (2022). Psychological resilience: An affect-regulation framework. *Annual Review of Psychology, 74*, 547–572. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854

Varga, B. A., Oláh, A., Urbán, R., & Vargha, A. (2025). How long do we flourish? A flourishing state or trait? A longitudinal examination of the Diener flourishing scale. *Journal of Happiness Studies*. https://doi.org/10.1007/s10902-025-00919-y