

Styl radzenia sobie ze stresem jako moderator związku lęku z neurotyzmem u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Coping style as a moderator of the relation between anxiety and neuroticism in rheumatoid arthritis patients

Michał Ziarko¹, Łukasz Kaczmarek¹, Ewa Mojs², Magdalena Atarowska³, Włodzimierz Samborski³

¹Institut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

²Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów, lęk, stres.

Key words: rheumatoid arthritis, anxiety, stress.

Streszczenie

Lęk stanowi jedną z konsekwencji chorób przewlekłych, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS). Wysoki poziom lęku obniża jakość życia pacjentów, prowadzi do zachowań antyzdrowotnych oraz może wpływać na gorszy przebieg choroby. Związek neurotyzmu z lękiem został dotąd dobrze udokumentowany. Neurotyzm stanowi cechę temperamentu, a więc w niewielkim stopniu można ją modyfikować. Redukcja kosztów psychicznych ponoszonych przez osoby o wysokim poziomie neurotyzmu wymaga poznania czynników, które mogłyby ograniczać wpływ neurotyzmu na poziom lęku (czynniki moderujące relację neurotyzm–lęk). Celem badania było określenie zmiennych moderujących relację pomiędzy neurotyzmem a lękiem.

W badaniach wzięło udział 100 osób chorujących na RZS (78 kobiet i 22 mężczyzn). Zostali oni przebadani za pomocą kwestionariuszy mierzących: poziom lęku, style radzenia sobie ze stresem oraz wymiary osobowości. Obliczono współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy mierzonymi zmiennymi oraz wykonano analizę moderacji związku pomiędzy neurotyzmem a lękiem jako stanem za pośrednictwem stylów radzenia sobie ze stresem. Testowanie interakcji przeprowadzono metodą najmniejszych kwadratów i regresji logistycznej.

Ustalono, że istnieje wprost proporcjonalny związek pomiędzy neurotyzmem a lękiem rozumianym jako stan ($r = 0,63$; $p < 0,01$) (tab. I). Zaobserwowano, że związek ten nie zachodzi w przypadku osób o wysokim neurotyzmie postępujących się unikowym stylem

Summary

Anxiety remains one of the consequences of chronic diseases such as rheumatoid arthritis. High anxiety levels not only decrease the patient's QoL, but also trigger anti-health behaviours and may adversely influence the course of the disease. The connection between neuroticism and anxiety has been well-documented so far. Neuroticism remains a temperamental trait so it is hardly modifiable. Reduction of psychological costs connected with high neuroticism entails the need to learn factors, which may limit the impact of neuroticism on anxiety levels (factors moderating the relation between anxiety and neuroticism). The aim of the study was to determine moderator variables of the relation between anxiety and neuroticism.

The study involved 100 participants (78 women and 22 men), all of whom were RA patients. They were given a set of questionnaires to evaluate their anxiety levels, coping styles and personality dimensions. Pearson – r correlation analysis and moderator analysis of the relation between neuroticism and anxiety as a state mediated by coping styles were performed. The interaction testing was performed by way of the least-squares analysis and logistic regression.

A directly proportional correlation was found between neuroticism and anxiety as a state ($r = 0.63$; $p < 0.01$) (Table I). This correlation was not observed in highly neurotic subjects using avoidant coping style ($R^2 = 0.19$; $F = 7.00$; $p < 0.001$) (Fig. 1) and in avoidant social coping style subjects ($R^2 = 0.22$; $F = 8.70$; $p < 0.001$) (Fig. 2, Table II).

Adres do korespondencji:

dr n. biol. Ewa Mojs, Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań, tel. +48 61 854 72 73, faks +48 61 854 72 74, e-mail: ewamojs@ump.edu.pl

Praca wpłynęła: 13.04.2011 r.

radzenia sobie ze stresem ($R^2 = 0,19$; $F = 7,00$; $p < 0,001$) (ryc. 1) oraz u osób poszukujących kontaktów towarzyskich ($R^2 = 0,22$; $F = 8,70$; $p < 0,001$) (ryc. 2, tab. II).

Wyniki wskazują, że silny neurotyzm zwiększa prawdopodobieństwo reagowania podwyższonym poziomem lęku w obliczu pojawiających się objawów oraz zagrożeń będących konsekwencją choroby. Zaobserwowane zależności potwierdzają hipotezę, że temperament jest czynnikiem ryzyka w rozwoju zaburzeń zachowania. Ponadto sugerują one potrzebę kształtowania u osób neurotycznych, chorych na RZS, sposobów radzenia sobie z chorobą opartych na dystansowaniu się od niej lub aktywizowaniu ich kontaktów społecznych.

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną, w wyniku której dochodzi do wielu zmian somatycznych i psychologicznych. Konsekwencje somatyczne RZS obejmują przede wszystkim zapalenie i sztywność stawów, silny i dominujący ból oraz poczucie zmęczenia. Osoby chore na RZS doświadczają również wielu negatywnych konsekwencji psychologicznych, obejmujących przede wszystkim zmiany nastroju przejawiające się podwyższeniem poziomu lęku i depresji [1, 2]. Skutkuje to istotnym obniżeniem satysfakcji z życia w porównaniu z zarówno osobami zdrowymi, jak i chorującymi na inne schorzenia reumatologiczne, np. fibromialgię, lub na inne choroby, np. chorobę Wilsona [3–5]. Głównym problemem psychologicznym pacjentów cierpiących na RZS jest lęk, który przewyższa poziom depresji [6]. Twierdzi się, że lęk u osób cierpiących na RZS jest związany z nawracającymi stanami zapalnymi oraz mogącym pojawić się w konsekwencji bólem. Osoby chore obawiają się, że ból powróci, ulegnie nasileniu lub nie ustąpi [5, 7].

Osobowościowe wyznaczniki lęku u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

W psychologii uwarunkowań stanów afektywnych źródeł lęku często upatruje się w osobowościowych predyspozycjach jednostki. W trójczynnиковym modelu osobowości [8, 9] wyróżniono trzy wymiary osobowości: neurotyzm, ekstrawersję i psychotyzm. Lęk stanowi jeden z głównych objawów wysokiego poziomu neurotyzmu. Zaobserwowano związki pomiędzy neurotyzmem a lękiem również u osób chorych na RZS [10].

Neurotyzm stanowi względnie stałą cechę osobowości, dlatego w niewielkim stopniu poddaje się modyfikacji. W związku z tym wysoki poziom neurotyzmu warunkuje stałą dyspozycję do doświadczania wyższego poziomu lęku w trudnych sytuacjach, a zatem sytuacja osób neurotycznych, które zmagają się z RZS, może być

The results show that strong neuroticism increases probability of the patient's anxiety reaction to symptoms and risks which are consequences of the disease. The observed correlation proves the hypothesis that temperament is a risk factor in behavioural disorders. They also suggest that neurotic RA patients should be persuaded to distance themselves from the illness and encouraged to activate their social life.

szczególnie obciążająca, ponieważ osobowościowa dyspozycja warunkująca reagowanie lękiem łączy się z wysoce lękorodną sytuacją. Z tego powodu ta grupa pacjentów zasługuje na szczególną uwagę. Istotne jest poszukiwanie możliwych sposobów redukcji lęku u pacjentów chorych na RZS o wysokim poziomie neurotyzmu.

Badania nad osobowościowymi uwarunkowaniami lęku u chorych na RZS wykazały, że związek pomiędzy cechami osobowości a lękiem może zależeć od poziomu innych zmiennych, pełniących funkcję moderatora. Na przykład wykazano, że charakter relacji społecznych może wyjaśniać związki pomiędzy neurotyzmem a lękiem i depresją u pacjentów z RZS. W modelach wsparcia społecznego analizuje się jego różnorodne funkcje [11]. Do głównych wymiarów wsparcia społecznego analizowanego w kontekście zdrowia i choroby zalicza się wsparcie instrumentalne oraz emocjonalne [12]. Zachodzi zależność pomiędzy neurotyzmem a depresją, w których funkcję zmiennej pośredniczącej pełni charakter relacji społecznych, określanych jako transakcje społecznego towarzyszenia [10]. Obcowanie społeczne, niezależnie od swojej funkcji wspierającej, może redukować lęk poprzez przekierowanie uwagi z sytuacji wzbudzających lęk na obszary mniej lękotwórcze. Tym samym można byłoby oczekiwać, że obcowanie społeczne może interweniować w relację pomiędzy neurotyzmem oraz lękiem sytuacyjnym. Oprócz tego związek pomiędzy czynnikami osobowościowymi a lękiem jest związany z aktualną sytuacją życiową. Zautra i wsp. [13] zauważyli, że poziom lęku wzrastał u pacjentów cierpiących na RZS w sytuacji, gdy rzut RZS zbiegł się z innymi negatywnymi zdarzeniami żywymi.

Lęk a radzenie sobie ze stresem

Chorobę przewlekłą, jaką jest RZS, można traktować jako krytyczne wydarzenie życiowe, ponieważ wymaga ona od chorego ponownej adaptacji do nowej, zmienionej sytuacji życiowej. Można przyjąć, że osoby chorujące na RZS znajdują się w sytuacji stresu przewlekłego. Ze

zjawiskiem stresu wiąże się pojęcie radzenia sobie. Rozumiane jest ono jako podejmowanie wysiłków poznawczych oraz behawioralnych w celu sprostania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom, które obciążają lub przekraczają zasoby jednostki [14]. Uważa się, że radzenie sobie odgrywa moderującą rolę pomiędzy stresem a dobrostanem psychicznym, czyli skutki stresu zależą od skuteczności radzenia sobie [15].

Wyróżnia się makro- i mikroanalityczne podejście do radzenia sobie. W podejściu makroanalitycznym radzenie sobie traktuje się jako osobowościową właściwość jednostki uruchamianą w sytuacji stresowej. W podejściu mikroanalitycznym radzenie sobie traktuje się natomiast jako zbiór specyficznych emocjonalnych, behawioralnych i poznawczych strategii, które wykorzystywane są przez jednostkę do przezwyciężania antycypowanego, rzeczywistego stresu lub jego konsekwencji [16].

Do mikroanalitycznych ujęć stresu psychologicznego można zaliczyć ujęcie radzenia sobie zaproponowane przez Endlera i Parkera [17]. Autorzy ci postulują istnienie trzech stylów radzenia sobie ze stresem. Tak jak wspomniane powyżej funkcje wsparcia społecznego, style radzenia sobie mogą być skoncentrowane na rozwiązaniu zadania (styl skoncentrowany na zadaniu), regulacji emocji (styl skoncentrowany na emocjach) oraz mogą przejawiać się dążeniem do unikania konfrontowania się ze źródłem stresu (styl skoncentrowany na unikaniu). Ten ostatni styl może przyjmować dwie formy: angażowania się w czynności zastępcze, odwracające uwagę od źródła stresu, bądź poszukiwania kontaktów towarzyskich.

Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie, czy dodatni związek pomiędzy neurotyzmem a lękiem u osób chorujących na RZS może być moderowany przez zmienne osobowościowe związane z radzeniem sobie ze stresem, a mianowicie ze stylami radzenia sobie ze stresem. Oczekiwaliśmy, że u pacjentów funkcję moderatora relacji neurotyzm–lęk może pełnić unikowy styl radzenia sobie.

Materiał i metody

Uczestnicy badania

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów cierpiących na RZS. Wśród nich było 78 kobiet i 22 mężczyzn. Skład grupy badanej ze względu na płeć odzwierciedla epidemiologię tej choroby, na którą częściej chorują kobiety niż mężczyźni [18]. Uczestnikami badań byli pacjenci Kliniki Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Kliniki Reumatologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Osoby badane znajdowały się w przedziale wiekowym 17–72 lat ($M = 50,77$; $SD = 12,33$). Średni wiek kobiet ($M = 50,63$; $SD = 12,92$) nie różnił się od średniego wieku mężczyzn ($M = 51,29$;

$SD = 10,08$), $t(97) = -0,22$; $p = 0,83$. Wśród osób badanych przeważały osoby z wykształceniem średnim (52,1%) i wyższym (22,9%). Najmniej liczna była grupa osób z wykształceniem podstawowym (9%). Osób z wykształceniem zawodowym było 15%.

Narzędzia badawcze

Badania były dobrowolne i anonimowe. Respondenci samodzielnie wypełniali zestaw kwestionariuszy mierzących: poziom lęku, styl radzenia sobie ze stresem oraz osobowość. Współczynniki rzetelności wykorzystanych kwestionariuszy zamieszczono w tabeli I.

Inwentarz stanu i cechy lęku (STAI) [19]. Kwestionariusz składa się z 40 twierdzeń, które tworzą dwie skale po 20 twierdzeń: X-1 oraz X-2. Skala X-1 umożliwia oszacowanie nasilenia lęku rozumianego jako stan przejściowy (np. „Martwię się, czy nie stanie się coś złego”). Skala X-2 służy do badania lęku rozumianego jako stała cecha osobowości (np. „Jestem skłonny brać wszystko zbyt poważnie”). Badani udzielają odpowiedzi na 4-punktowej skali, której krańce opisane są 1 – zdecydowanie nie; 4 – zdecydowanie tak.

Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS) [20] składa się z 48 twierdzeń opisujących zachowania przejawiane przez ludzi w sytuacji stresowej. Kwestionariusz ten umożliwia pomiar trzech stylów radzenia sobie ze stresem:

- stylu skoncentrowanego na zadaniu (np. „Koncentruję się na problemie, zastanawiam się, jak mogę go rozwiązać”),
- stylu skoncentrowanego na emocjach (np. „Niepokoję się, że sobie nie poradzę”),
- stylu skoncentrowanego na unikaniu (np. „Myślę o czasach, gdy było mi lepiej”).

W stylu skoncentrowanym na unikaniu można wyróżnić: angażowanie się w czynności zastępcze (np. „Oglądam telewizję”) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (np. „Staram się przebywać z innymi ludźmi”). Osoby badane odpowiadają przy użyciu 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza nigdy, a 5 – bardzo często.

Kwestionariusz osobowości Eysencka EPQ-R [21]. Metoda ta składa się z 100 twierdzeń i ma na celu badanie natężenia trzech wymiarów osobowości: neurotyzmu (np. „Czy często miewasz zmienne nastroje?”), psychotyzmu (np. „Czy bardzo przejmujesz się tym, co ludzie myślą?”) oraz ekstrawersji (np. „Czy jesteś osobą rozmowną?”). Oprócz tego dołączona jest do niej skala kłamstwa (np. „Czy kiedyś z łakomstwa wzięłeś/wzięłaś sobie więcej, niż ci się należało?”). Na poszczególne twierdzenia kwestionariusza badani odpowiadają tak lub nie.

Wszystkie metody badania zostały zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną.

Tabela I. Statystyki opisowe, współczynniki rzetelności α Cronbacha oraz współczynniki korelacji pomiędzy mierzonymi zmiennymi**Table I.** Descriptive statistics, Cronbach's α reliability coefficient and coefficients of correlation between analyzed variables

	Zakres	M	SD	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lęk jako stan	13–68	42,49	9,68	0,92	–								
Lęk jako cecha	20–62	46,22	7,73	0,83	0,71**	–							
Styl skoncentrowany na zadaniu	31–80	56,33	8,68	0,89	–0,26*	–0,13	–						
Styl skoncentrowany na emocjach	20–69	44,58	8,79	0,80	0,23*	0,38**	0,15	–					
Styl skoncentrowany na unikaniu	16–67	45,87	9,34	0,77	–0,06	–0,03	0,10	0,22*	–				
Czynności zastępcze	8–38	20,66	5,49	0,68	0,09	0,16	–0,07	0,20*	0,82**	–			
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	4–25	17,18	3,68	0,68	–0,17	–0,11	0,21*	0,21*	0,70**	0,36**	–		
Neurotyzm	1–22	12,68	5,69	0,89	0,36**	0,43**	–0,17	0,54**	0,09	0,13	–0,01	–	
Psychotyzm	0–27	6,27	3,61	0,80	0,13	0,10	–0,25*	0,07	0,16	0,28**	0,03	0,04	–
Ekstrawersja	1–22	12,92	5,05	0,22	–0,08	–0,14	0,15	0,03	0,41**	0,22*	0,41**	–0,09	0,06

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Strategia analizy danych

Zbrane wyniki były analizowane w trzech etapach. W pierwszym obliczono statystyki opisowe mierzonych zmiennych (tab. I). W drugim etapie analiz obliczono współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy mierzonymi zmiennymi. W ostatnim etapie analiz przeprowadzono testowanie hipotezy poprzez analizę moderacji związku

pomiędzy neurotyzmem a lękiem jako stanem za pośrednictwem stylów radzenia sobie ze stresem (tab. II).

Wyniki

Czynniki związane z lękiem jako stanem. Zaobserwowano, że lęk rozumiany sytuacyjnie (jako stan) wiąże się dodatnio z lękiem rozumianym jako cecha, neuroty-

Tabela II. Wyniki analizy moderacji związku pomiędzy neurotyzmem a lękiem jako stanem za pośrednictwem strategii radzenia sobie**Table II.** The results of moderator analysis of the relation between neuroticism and state anxiety mediated by the coping strategy

Styl	Ścieżka			R^2	F	p
	a	b	c			
skoncentrowany na zadaniu	0,32**	–0,19*	0,10	0,18	6,78	< 0,001
skoncentrowany na emocjach	0,34**	0,06	–0,10	0,14	5,12	0,003
skoncentrowany na unikaniu	0,40**	–0,22*	–0,21*	0,19	7,00	< 0,001
czynności zastępcze	0,37**	0,01	–0,10	0,14	5,07	0,003
poszukiwanie kontaktów towarzyskich	0,37**	0,20*	–0,24**	0,22	8,70	< 0,001

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

zmem, oraz stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach. Z kolei związek ujemny występował pomiędzy lękiem jako stanem a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu (p. tab. I).

Style radzenia sobie ze stresem jako czynnik moderujący związek pomiędzy neurotyzmem a lękiem jako stanem. Hipoteza o moderującym wpływie stylu radzenia sobie na związek pomiędzy neurotyzmem a lękiem testowana była za pomocą analizy regresji. Zaprojektowano pięć równań regresji, w których jako zmienną zależną potraktowano lęk rozumiany jako stan, a jako zmienną niezależną neurotyzm. Czynnikiemami moderującymi ten związek były różne style radzenia sobie ze stresem:

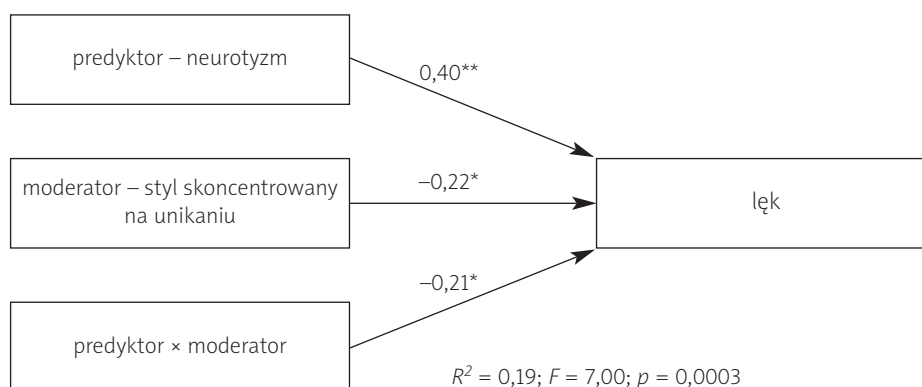
- styl skoncentrowany na zadaniu,
- styl skoncentrowany na emocjach,
- styl skoncentrowany na unikaniu,
- angażowanie się w czynności zastępcze,
- poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Okazało się, że dwa z wyróżnionych moderatorów – styl skoncentrowany na unikaniu oraz poszukiwanie

kontaktów towarzyskich – wchodzi w interakcję z neurotyzmem i moderują jego związek z lękiem rozumianym jako stan (p. tab. II).

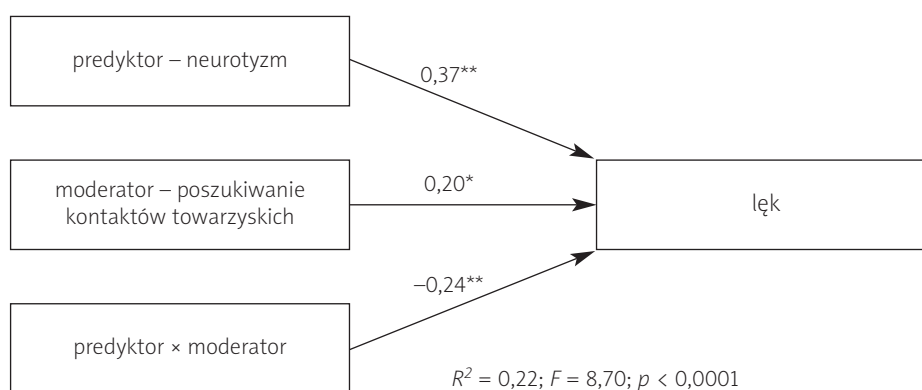
W pierwszym przypadku lęk jako stan był związany z neurotyzmem, ze stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu oraz interakcją neurotyzmu ze stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu. Ten zestaw zmiennych wyjaśniał 19% wariacji lęku rozumianego jako stan. Wynik ten oznacza, że u pacjentów z RZS związek neurotyzmu z lękiem nie zachodzi w grupie osób, które stosują unikowy styl radzenia sobie ze stresem (ryc. 1).

W drugim z przypadków lęk jako stan związany był z neurotyzmem, poszukiwaniem kontaktów towarzyskich oraz interakcją neurotyzmu z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich. Ten zestaw zmiennych wyjaśniał 22% wariacji lęku rozumianego jako stan. Oznacza to, że u pacjentów z RZS neurotyzm nie wiązał się z lękiem, w grupie osób, które poszukiwały kontaktów towarzyskich (ryc. 2).



Ryc. 1. Moderowanie związku pomiędzy neurotyzmem a lękiem przez styl skoncentrowany na unikaniu.

Fig. 1. Moderation of the relation between neuroticism and anxiety by avoidant coping style.



Ryc. 2. Moderowanie związku pomiędzy neurotyzmem a lękiem przez poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Fig. 2. Moderation of the relation between neuroticism and anxiety by seeking social contacts coping style.

Dyskusja

Jedną z cech charakteryzujących neurotyczność w ujęciu Eysencka [9] jest skłonność do doświadczania wysokiego poziomu lęku. W przypadku pacjentów chorych na RZS nasilenie neurotyzmu zwiększa prawdopodobieństwo reagowania podwyższonym poziomem lęku w obliczu pojawiających się zagrożeń, będących konsekwencją choroby. Objawy RZS (np. silny ból, niemożność wykonania wielu codziennych czynności) i jej konsekwencje (np. coraz większa zależność od innych) mogą wchodzić w interakcję z neurotyzmem, co prowadzi do nasilonego lęku u pacjentów. Zaobserwowane związki są zgodne z przypuszczeniem, że temperament jest czynnikiem ryzyka w rozwoju zaburzeń zachowania, psychopatologii oraz że może on sprzyjać kształtowaniu się osobowości nieprzystosowanej [22].

W badaniach zaobserwowaliśmy związki pomiędzy neurotyzmem a poziomem lęku u pacjentów chorych na RZS. Neurotyzm silniej korelował z lękiem traktowanym jako cecha osobowości. Prawdopodobnie związek ten wynika z faktu nakładania się na siebie tych dwóch konstruktywów. Wyniki dalszych analiz były zgodne ze sformułowaną przez nas hipotezą, iż związek neurotyzmu z lękiem u chorych na RZS zależy od poziomu innych cech osobowości.

Badania wykazały, że związek pomiędzy neurotycznością a lękiem jest zależny od stosowanych strategii radzenia sobie, a konkretnie od stylu skoncentrowanego na unikaniu i jednego z jego wymiarów, tj. poszukiwania kontaktów towarzyskich.

Mimo że przeprowadzone badania nie wyjaśniają dokładnego mechanizmu działania, sugerują, że wysoki poziom neurotyzmu nie ma charakteru fatalistycznego, tzn. nawet pacjenci z RZS o wysokim poziomie neurotyzmu mogą doświadczać niższego poziomu lęku wówczas, gdy zostaną spełnione dodatkowe warunki. Wyniki badań uzasadniają podjęcie badań eksperymentalnych sprawdzających, czy modyfikacja refleksyjnie stosowanego radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów społecznych wśród chorych na RZS o wysokim poziomie neurotyzmu może być skuteczną techniką poprawy ich subiektywnego dobrostanu.

Piśmiennictwo

- Newth S, Delongis A. Individual differences, mood, and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Psychology Health* 2004; 19: 283-305.
- Pincus T, Griffith J, Pearce S, Isenberg D. Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 879-883.
- Burckhardt CS, Archenholtz B, Bjelle A. Quality of life of women with systemic lupus erythematosus: A comparison with women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 977-981.
- Seniów J, Mrozik B, Członkowska A, Jędrka-Góral A. Self-Rated Emotional Functioning of Patients With Neurological or Asymptomatic Form of Wilson's Disease. *Clin Neuropsychol* 2003; 17: 367-373.
- Værøy H, Tanum L, Bruaset H, et al. Symptoms of depression and anxiety in functionally disabled rheumatic pain patients. *Nordic J Psychiatry* 2005; 59: 109-113.
- Hewlett S, Cockshott Z, Duddy J, et al. Anxiety is more common than depression in arthritis. *Rheumatology* 2002; 41 (Suppl. 2): 23.
- Griffin KW, Friend R, Keall AT, et al. Negative Affect and physical Symptom Reporting: A Test of Explanatory Models in Two Chronically Ill Populations. *Psychology and Health* 1999; 14: 295-307.
- Eysenck HJ. Dimensions of personality. Methuen, New York 1947.
- Eysenck HJ, Eysenck SBG. Psychoticism as a dimension of personality. Hodder & Stoughton, London 1976.
- Suurmeijer TH, van Sonderen FLP, Krol B, et al. The relationship between personality, supportive transactions and support satisfaction, and mental health of patients with early Rheumatoid Arthritis. Results from the dutch part of the euridiss study. *Soc Ind Res* 2005; 73: 179-197.
- Sęk H. Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003: 17-32.
- Łuszczynska A, Kowalska M, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne* 2006; 44: 17-27.
- Zautra AJ, Hoffman JM, Matt KS, et al. An examination of individual differences in the relationship between interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1998; 11: 271-279.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984.
- Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology* 1985; 48: 150-170.
- Chronister J, Chan F. Hierarchical Coping: A Conceptual Framework for Understanding Coping Within the Context of Chronic Illness and Disability. In: Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects, Martz E, Livneh H (eds.). Springer, New York 2007; 49-71.
- Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 844-854.
- Krzemińska-Dąbrowska I, Sudot K, Moskalewicz B. Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm. *Reumatologia* 2007; 45: 215-218.
- Sosnowski T, Wrześniewski K, Jaworowska A, Fecenec D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Pracowania Testów Psychologicznych PTP. Warszawa 2006.

20. Strelau J, Jaworska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. CISS. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa 2005.
21. Brzozowski P, Drwal RŁ. Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R. Pracowania Testów Psychologicznych PTP. Warszawa 1995.
22. Strelau J. Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresowy, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie. W: Człowiek w sytuacji stresu, Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996: 88-132.