

SAMOAKCEPTACJA CHORYCH NA REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW I JEJ ZWIĄZEK Z FUNKCJONOWANIEM PSYCHICZNYM

Małgorzata A. Basińska

Instytut Psychologii

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

SELF-ACCEPTANCE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS CONNECTION WITH PSYCHICAL FUNCTIONING

Summary. A degree of divergence between real and ideal self-image performs essential role in a structure of personality and it is one of the tools to measure the level of self-acceptance. Basing on a theory of mature personality, we can assume that only low degree of divergence between real and ideal self-image has a positive meaning for individuals' functioning.

The cohort consists of 111 patients with rheumatoid arthritis (RA) and 111 healthy persons. In each cohort there were 81 women and 30 men.

In order to measure the level of divergence between real and ideal self-image the Test of Adjectives ACL-37 was used. The comparison of results should provide a level of similarity between real and ideal self-image through coefficient D.

The analysis of the level of divergence between real and ideal self-image and its connection with psychical functioning was conducted with two methods: 1. Questionnaire CISS by N.S. Endler and J.D.A. Parker. 2. Questionnaire of Emotional Control by J. Brzeziński.

Patients with RA have greater tendency than the healthy population to perceive themselves more positively. Psychological traits of individuals with lower divergence between real and ideal self-image indicate more proper and mature adjusted means of functioning.

Wprowadzenie

Stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie jest ważnym czynnikiem w strukturze osobowości. Zwykle pomiędzy nimi występuje pewna rozbieżność, która wynika z faktu nierealizowania przez jednostkę wszystkich swoich celów i aspiracji. Ten stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie jest jedną z miar poziomu samoakceptacji. Może on motywować do zmiany i działania, ale tylko wtedy, gdy jego nasilenie jest dla jednostki optymalne.

Adres do korespondencji: Małgorzata A. Basińska, Instytut Psychologii UKW,
ul. Leopolda Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: malbasinska@wp.pl

Wychodząc z perspektywy osobowości dojrzałej wydaje się, że tylko niewielki stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie ma pozytywne znaczenie dla jednostki i jest źródłem motywacji do zmiany oraz wyrazem samoakceptacji i dojrzałości. Wyniki dotychczasowych badań (Łazowski i in., 1985; Mącik, 2005; Brachowicz, Steuden, 2005; Basińska, 2006) wyraźnie pokazują, że istnieje związek pomiędzy stopniem rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie a stanem zdrowia i sposobem funkcjonowania psychicznego.

Zbyt **duża rozbieżność** pomiędzy tymi obrazami siebie prowadzi do niedostosowania. Według Cattella wiąże się ona z nasileniem objawów niepokoju (za: Januszewski, 1992; Oleś, 2002). Duża rozbieżność wskazuje na nierealne oczekiwania w stosunku do siebie, nadmierne aspiracje i nieakceptowanie siebie w obecnej sytuacji (Witkowski, 1997). Zbyt wyidealizowany obraz siebie jest elementem niekorzystnym w strukturze osobowości i osoba raczej powinna ograniczać jego wpływ na własne funkcjonowanie (Horney, 1978). Wysoki stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie jest powiązany z dużo mniejszym ogólnym poczuciem koherencji, niż mniejszy stopień tej rozbieżności, zarówno w grupie badanych chorych na stwardnienie rozsiane, jak i w grupie osób zdrowych (Basińska i in., 1999). Gdy wskaźnik D w teście ACL, który właśnie mierzy poziom akceptacji, był wyższy niż 15 punktów, w grupie osób zdrowych, to korelował on z niską dojrzałością emocjonalną, a nieznacznie przekraczający 10 punktów charakteryzował osoby o wysokim poziomie tej dojrzałości (Brachowicz, Steuden, 2005).

Z kolei zbyt **mała rozbieżność** między realnym a idealnym obrazem siebie jest wyrazem nie tyle niezrealizowania idealnego obrazu siebie, czy pełnej akceptacji siebie, lecz wskazuje na obniżony wgląd w siebie lub rezygnację i depresyjne widzenie siebie (Łazowski i in., 1985). Dotychczasowe badania pokazują, że najwyższy stopień rozbieżności między obrazem realnym a idealnym cechuje neurotyków, zaś osoby z chorobami układu krążenia i chorobą wrzodową cechuje mniejsza rozbieżność między ja realnym a ja idealnym (Łazowski i in., 1985). Osoby z zaburzeniami psychosomatycznymi cechuje mniejsza rozbieżność pomiędzy wymienionymi obrazami siebie niż osoby zdrowe. W grupie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów wraz z mniejszą rozbieżnością między realnym a idealnym obrazem siebie częściej współwystępowała postawa akceptacji i zgody na swoją sytuację życiową (Basińska, 2006).

Na ogromne znaczenie obrazu siebie dla naszego życia i działania zwracał już uwagę Adler (1986). Posiadanie obiektywnego obrazu siebie, wyrażające się między innymi w realistycznym stosunku do siebie i swoich uzdolnień oraz w umiejętności spojrzenia na siebie z perspektywy innych ludzi, a nie perspektywy wyidealizowanej przez siebie, jest zdaniem Allporta jednym z elementów dojrzałej osobowości (za: Siek, 1982). Człowiek dojrzały ma odpowiednią wiedzę o sobie, dzięki czemu stawia przed sobą realistyczne cele, możliwe dla niego do zrealizowania zarówno ze względu na jego sytuację życiową, jak i stan zdrowia. Nie jest to źródłem frustracji, lecz wyrazem akceptacji siebie. Obraz idealny takiej osoby nie jest zbyt odległy od jej obrazu realnego (Bazyłak, Siek, 1983).

Podłużne, empiryczne badania prowadzone w Instytucie Badań nad Osobowością na Uniwersytecie Kalifornijskim, pozwoliły na sformułowanie czterech podstawowych kryteriów dojrzałej osobowości. Wśród nich znajdują się:

- stabilność i odporność w sytuacjach trudnych, dzięki którym osoba taka ma większą zdolność adaptacji do nowych warunków,
- poprawna ocena rzeczywistości i lepsza znajomość siebie, które wiążą się z realną oceną swoich możliwości (za: Płużek, 1991).

Rozwój człowieka zaś zależy w znacznym stopniu od tego, jak jednostka ocenia siebie zarówno realnie, jak i pod względem obrazu idealnego (Zamorski, 2003).

Reumatoidalne zapalenie stawów, jako choroba o podłożu autoimmunologicznym, zależy od wielu czynników: genetycznych, immunologicznych oraz innych, w tym także psychologicznych. Niektórzy badacze (Brzeziński, Płopa, 2000; Friedman, 2003) wysuwają hipotezę, że na ten typ choroby są narażeni ludzie o specyficznej osobowości, a niektóre badania wskazują, że cechy osobowościowe w większym stopniu wpływają na stan zdrowia niż przejściowe cechy sytuacji (Wolfe i in., 1999). Dlatego próbuje się określać znaczenie osobowości jako czynnika współdeterminującego ogólną podatność lub wrażliwość na stres, która dla osób chorujących na poszczególne choroby psychosomatyczne okazuje się często charakterystyczna (Jelonkiewicz, 1991; Perrson i in., 1999).

Zgodnie z psychosomatycznym modelem rozumienia chorób, podstawowym ogniwem w rozwoju zaburzeń może być słabość biologiczna określonego narządu lub układu: uwarunkowana genetycznie, spowodowana wcześniej przeżytymi chorobami lub wczesnodziecięcymi doświadczeniami, których konsekwencją stało się wyuczenie reakcji patologicznych (Jus, 1970; Tylka, 2000). Ponadto mogą istnieć pewne cechy osobowościowe, które przy współwystępowaniu innych czynników ryzyka, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby (Wrześniewski, 2000). Szczególnie istotny okazuje się typ reakcji emocjonalnej i odpowiednie do niego reakcje psychofizjologiczne. Na typ reakcji emocjonalnej składa się wiele elementów, jednym z nich jest **kontrola emocjonalna**. Wyniki wielu badań pokazują, że u chorych psychosomatycznie często jest ona nadmierna (np.: Luban-Płozza i in., 1995; Friedman, 2003).

Kontrola emocjonalna wykształca się w toku procesów socjalizacji i wychowania na bazie czynników konstytucjonalnych. Jest rozumiana jako zdolność osoby do powstrzymania swojego impulsywnego zachowania oraz umiejętnego wyrażania swoich stanów emocjonalnych w zależności od kontekstu sytuacyjnego. Kontrola emocjonalna jest jednym z istotnych elementów dojrzałości emocjonalnej (Brzeziński, 1973; Płużek, 1991). Według Brzezińskiego (1973, 1985), proces kontroli emocjonalnej przebiega w trzech etapach:

- 1) spostrzeżenie i interpretacja sytuacji emotogennej,
- 2) ośrodkowy proces emocjonalny, przebiegający po dwóch torach: fizjologicznym i motywacyjnym,
- 3) działanie pod wpływem danej emocji, w którym wyróżniono: aspekt kierunkowo-sprawnościowy i aspekt ekspresyjny.

Innym ważnym aspektem, który obecnie uwzględnia się, analizując zagadnienie powstawania chorób i przebieg procesu chorowania jest wewnętrzna aktywność pod-

miotu. Jak wiadomo, wydarzenia stresujące mogą w swoich skutkach być nie tylko negatywne, ale i pozytywne, o ile staną się okazją do odkrycia nowych form adaptacji i nowych form zachowań, czyli nowych możliwości rozwojowych. **Style radzenia sobie** wpływają na podatność układu odpornościowego jednostki na zmianę pod wpływem zdarzeń zewnętrznych (Mausch, 2000). U ludzi słabo radzących sobie z sytuacjami trudnymi stres może prowadzić do osłabienia naturalnej aktywności, czyli osłabienia funkcjonowania komórek układu odpornościowego typu NK – tzw. *natural killer* (Solomon, 1990). Solomon (za: Musach, 2000) uważa w związku z tym, że może istnieć „osobowość podatna na osłabienie odporności”, co w interakcji z określonymi czynnikami patogenetycznymi prowadzi do choroby.

Niedostateczne radzenie sobie ze stresem zwiększa szansę rozwoju chorób psychosomatycznych. Przy tym samym układzie obciążeń i stresu można spodziewać się różnych konsekwencji w zależności od stosowanych sposobów radzenia sobie z nim (Dolińska-Zygmunt, 1996). Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach ujawnia związek z nieadaptacyjnymi cechami osobowości – z neurotyzmem i depresją – w wyniku czego jest określane jako niesprzyjające adaptacji. Radzenie skoncentrowane na zadaniu jest traktowane jako bardziej adaptacyjne (McWilliams i in., 2003), a badania Mauscha dowiodły, że styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu wraz z podwyższonym wskaźnikiem poczucia koherencji, niskim poziomem lęku i depresji, małą liczbą dolegliwości psychosomatycznych i niskim wskaźnikiem wzoru zachowania A, koreluje ze wzrostem odpowiedzi komórkowej organizmu oraz tendencją do spadku reakcji humoralnej. Stan taki, sprzyja zwykle zwiększonej odporności przeciwnowotworowej, przeciwwirusowej i przeciwprątkowej (Mausch, 2000).

Stabilność emocjonalna i odporność w sytuacjach trudnych – właściwości dojrzałej osobowości – przekładają się na konstruktywne radzenie sobie, wpływając na zdolności adaptacyjne jednostki, co szczególnie ważne jest w sytuacji przewlekłej choroby. Przeprowadzone badania (Solomon, 1990) wskazują, że można być obciążonym genetycznie chorobą (na co wskazuje obecność czynnika reumatoidalnego RF we krwi) i nie chorować na RZS, o ile jest się emocjonalnie zrównoważonym (Jelonkiewicz, 1991; Luban-Plozza i in., 1995). Zrównoważenie emocjonalne nie tylko chroni przed uaktywnieniem się choroby, ale ujawnia silny związek ze sposobem funkcjonowania przewlekle chorych pacjentów (Basińska, 2006). Nie sprawdzono, jak dotąd, związku stosunku do siebie z funkcjonowaniem w chorobie w tej grupie pacjentów.

Badania omawiane w niniejszym artykule wpisują się w psychosomatyczny nurt badań nad tą chorobą i dotyczą problemu znaczenia, dla funkcjonowania psychicznego, akceptacji siebie mierzonej stopniem rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie Testem Przymiotnikowym ACL Gougha i Heilbruna, a wyrażonej we wskaźniku D. Znaczenie psychologiczne tego wskaźnika nie jest ciągle określone w sposób jednoznaczny, co sprawia trudności interpretacyjne w praktyce psychologicznej. Oczekiwano, że prezentowane badania nad obrazem psychologicznym osób z RZS pomogą zrozumieć i opisać czynniki pełniące istotną rolę w przebiegu tej choroby oraz wskażą kierunki pracy psychologicznej zarówno w zakresie profilaktyki, jak i terapii.

Problematyka badawcza

Analiza teoretycznych zagadnień oraz wyniki dotychczas przeprowadzonych badań były podstawą sformułowania celu badawczego, w którym założono, że mały (trudno ciągle określić, co to słowo dokładnie oznacza) stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie ma bardziej pozytywne znaczenie psychologiczne oraz jest wyrazem realnych oczekiwań i planów w stosunku do siebie zarówno w przypadku osób chorych przewlekle, jak i osób zdrowych. W związku z tym sformułowano trzy pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom akceptacji siebie wyrażony w stopniu rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie kobiet i mężczyzn chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów w porównaniu z osobami zdrowymi?
2. Jak zróżnicowanie w stanie zdrowia koreluje z poziomem akceptacji siebie wyrażonym w stopniu rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie w badanej grupie chorych?
3. Jaki jest związek poziomu akceptacji siebie wyrażonego w stopniu rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie z funkcjonowaniem psychicznym, wyrażonym w postaci stosowanych stylów radzenia sobie i kontroli emocjonalnej, badanych osób: zdrowych i chorych?

Pytania badawcze skłoniły do postawienia następujących hipotez:

- H1: Poziom rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie kobiet i mężczyzn chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów jest mniejszy niż w grupie osób zdrowych.
- H2: Osoby chorujące ciężiej i dłużej cechuje mniejszy stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie.
- H3: Im większy stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie, tym mniej dojrzałe jest funkcjonowanie psychiczne, wyrażone w postaci stosowanych stylów radzenia sobie i kontroli emocjonalnej badanych osób – zarówno chorych, jak i zdrowych.

W przypadku prezentowanego badania empirycznego, kontrolowane były następujące zmienne:

1. Odnośnie do problemu 1 i 2 oraz hipotezy 1 i 2:
 - **zmienna zależna**: poziom samoakceptacji wyrażony w stopniu rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie,
 - **zmienna niezależna**: choroba RZS dla 1 problemu i hipotezy oraz zróżnicowanie w stanie zdrowia wyrażone w: okresie choroby, wydolności czynnościowej i czasie trwania choroby dla 2 problemu i hipotezy.
2. Odnośnie do problemu 3 i hipotezy 3:
 - **zmienne zależne**: style radzenia sobie ze stresem oraz przejawy kontroli emocjonalności na poszczególnych jej etapach,
 - **zmienna niezależna**: poziom samoakceptacji wyrażony w stopniu rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie.

Dodatkowe **zmienne kontrolowane**: płeć, wiek i wykształcenie.

Metoda

Próba osób badanych. Przebadano 111 osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i tyle samo osób zdrowych (Zdrowi). W tym, zgodnie z proporcjami występowania choroby w populacji kobiet i mężczyzn (około 3,5:1), przebadano 81 kobiet i 30 mężczyzn. Wiek badanych kobiet z RZS wynosił od 28 do 65 lat (średnia wynosiła 47 lat +/- odchylenie standardowe – *SD* – 8 lat). Wiek badanych mężczyzn z RZS wynosił od 24 do 61 lat (średnio 47 +/- 8). Badano wyłącznie osoby będące na etapie wczesnej (od 18 do 40 roku życia) i średniej (od 40 do 65 roku życia) dorosłości (Dworetzky, 1988).

Stan zdrowia chorych na RZS oceniono według trzech – przyjętych i stosowanych powszechnie przez lekarzy reumatologów – kryteriów: tzw. **okresu choroby, wydolności czynnościowej i czasu trwania choroby**. Okres choroby oceniono na skali 4-stopniowej na podstawie zmian radiologicznych: I – jest to okres zmian wątpliwych, II – okres zmian małych, III – okres zmian średnich, IV – okres zmian dużych (Zimmermann-Górska, 1998; Mackiewicz, Wiktorowicz, 1990).

Przyjęto 4-stopniową klasyfikację stopnia wydolności czynnościowej: I – chory jest w pełni wydolny, II – chory może mieć problem z wykonaniem czynności wymagających dużej precyzji, III – chory wykonuje tylko podstawowe czynności życia codziennego, przy wykonywaniu niektórych czynności wskazana jest pomoc innych osób, IV – chory jest unieruchomiony w łóżku lub na wózku (Bruhl, 1987).

Wyodrębniono trzy okresy chorowania (Gunther, 1994), dzieląc chorych ze względu na czas trwania choroby na: krótko chorujących – do 5 lat; średnio długo chorujących – od 6 do 15 lat oraz długo chorujących – powyżej 15 lat.

Najwięcej badanych osób było w początkowym okresie trwania choroby, do 5 lat (48%), ze średnią 2,1 lat, z tym, że mężczyzn krótko chorujących było zdecydowanie więcej niż kobiet. Najmniej badanych osób chorowało bardzo długo (18%), ze średnią 25 lat, więcej było kobiet z długim stażem chorowania niż mężczyzn. Pozostałe osoby mieściły się w przedziale środkowym (34%), ze średnią 9,9 lat.

Jeżeli chodzi o stan zaawansowania choroby najczęściej osób było w drugim (41%) i w trzecim (31%) stadium, zaś najmniej w początkowym (7%). Taki sam rozkład uzyskano w grupie kobiet jak i mężczyzn.

Jeżeli chodzi o wydolność czynnościową, to badane osoby radziły sobie dość dobrze. Najwięcej osób mieściło się w drugim poziomie (48%). Najmniej było osób o najmniejszej wydolności (3%).

W celu uzyskania do analizy bardziej równolicznych grup zdecydowano się na zdychotomizowanie poszczególnych elementów tych zmiennych. Wyodrębniono dwa okresy choroby (połączono okres zmian wątpliwych i małych, tworząc grupę „początek choroby” oraz okres zmian średnich i dużych, tworząc grupę „zaawansowany stan choroby”), dwa poziomy wydolności czynnościowej (połączono chorych w pełni wydolnych z tymi, którzy mieli trudności tylko podczas wykonywania czynności precyzyjnych, co dało grupę w początkowym stadium choroby oraz połączono chorych potrzebujących częściowej lub całkowitej pomocy innych osób, tworząc grupę o zaawansowanym stanie choroby) i dwa czasookresy trwania choroby (krótko chorujących – do 5 lat i długo chorujących – powyżej 6 lat).

Równoległe do badania osób chorych przeprowadzono badanie osób zdrowych, które pochodziły z różnych miejsc pracy, takich jak: szpital, kuchnia, gospodarstwo domowe, przedsiębiorstwo transportowe, biuro i inne. Osoby należące do grupy kontrolnej były dobierane odpowiednio do osób chorych pod względem płci, wieku i wykształcenia. Nie chorowały na chorobę psychiczną ani somatyczną oraz wyraziły zgodę na udział w badaniach.

Badania chorych zostały przeprowadzone indywidualnie wśród pacjentów oddziału reumatologicznego szpitala w Bydgoszczy.

Pomiar. Do określenia stopnia rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie, będącego wyrazem poziomu samoakceptacji zastosowano *Test Przymiotnikowy* (ACL-37) Gougha i Heilbruna (1980) w wersji 37-skalowej (Juros, Oleś, 1993). Test wykorzystano w celu obliczenia wskaźnika podobieństwa profili obrazu realnego i obrazu idealnego.

Spośród trzystu przymiotników osoba badana ma wybrać te, które jej zdaniem najlepiej ją charakteryzują. Uzyskujemy w ten sposób realną ocenę osoby badanej dokonaną przez nią samą. Zmieniając instrukcję i prosząc o wybór tych przymiotników, które charakteryzują, jaką chciałaby być, uzyskujemy idealny obraz badanego. W wyniku porównania tych obrazów uzyskujemy stopień podobieństwa realnego i idealnego obrazu siebie samego wyrażony przez wskaźnik D ($D = \sqrt{\Sigma(a-b)^2/37}$; „a” jest to wynik poszczególnych skal profilu realnego, a „b” jest to wynik poszczególnych skal idealnego obrazu siebie), który jest traktowany jako wskaźnik samoakceptacji.

Analizując wpływ stopnia rozbieżności między realnym i idealnym obrazem siebie na funkcjonowanie psychiczne zastosowano dwie metody:

A. Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem CISS (*The Coping Inventory of Stressful Situations*) Endlera i Parkera (Endler, Parker, 1990b; Strelau i in., 2005) do określenia stylów radzenia sobie ze stresem. W ujęciu autorów testu styl radzenia sobie ze stresem rozumiany jest jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych, czyli jest traktowany jako cecha osobowościowa (Endler, Parker, 1990a; Wysocka-Pleczyk, Słowik, 2000; Strelau i in., 2005).

Test składa się z 48 stwierdzeń, opisujących zachowania ludzkie, a zadaniem badanego jest stwierdzić (na 5-stopniowej skali: 1 – nigdy, 2 – bardzo rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – bardzo często) jak często wykonuje te czynności, gdy znajduje się w sytuacji trudnej.

Autorzy (Endler, Parker, 1990b) wyodrębnili trzy style radzenia sobie z problemami: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu. **Styl skoncentrowany na zadaniu** – wiąże się ze skupieniem swojej uwagi na zadaniu i sprzyja podejmowaniu działań zaradczych przez aktywność behawioralną lub przez aktywność poznawczą. **Styl skoncentrowany na emocjach** – dotyczy akcentowania strony przeżyciowej w sytuacji trudnej, uruchamia wewnętrzpsychiczne mechanizmy radzenia, głównie w postaci mechanizmów obronnych, których celem jest zapewnienie sobie komfortu psychicznego. **Styl skoncentrowany na unikaniu** – polega na odwracaniu uwagi od problemów, poprzez ucieczkę w kontakty towarzyskie lub w czynności zastępcze. Wyszczególniono w nim dwa podstyle, a mianowicie

unikanie wyrażające się poprzez angażowanie się w czynności zastępcze lub poprzez angażowanie się w kontakty towarzyskie.

Właściwości psychometryczne testu są wysokie, w związku z tym uzasadnione jest stosowanie go jako narzędzia do pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem (Wrzeźniński, 1996; Strelau i in., 2005).

B. Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej KKE Brzezińskiego (1985) do pomiaru układu właściwości kontroli emocjonalnej ujawniających się na kolejnych etapach trwania procesu emocjonalnego. Test został skonstruowany w oparciu o schemat działania kontroli emocjonalnej, zgodnie z którym proces emocjonalny przebiega w trzech etapach i działa na nich z różną siłą.

W teście zostały wyodrębnione następujące skale mierzące siłę oddziaływania kontroli emocjonalnej na poszczególnych etapach procesu emocjonalnego:

1. Skala kontroli sytuacji (**Ks**) – mierzy siłę oddziaływania kontroli emocjonalnej na pierwszym etapie, czyli zdolność jednostki do kontrolowania sytuacji emotogennych poprzez odpowiednią ich percepcję i interpretację.
2. Drugiego etapu dotyczą dwie skale, i są to: **Pe** – skala pobudliwości emocjonalnej, mierząca stopień pobudliwości emocjonalnej na poziomie fizjologicznym; **Mer** – skala motywacji emocjonalno-racjonalnej, mierząca rodzaj dominującej u jednostki motywacji.
3. Kolejne dwie skale mierzą kontrolę emocjonalną na poziomie trzeciego etapu, i są to: **Oe** – skala odporności emocjonalnej, mierząca siłę oddziaływania kontroli emocjonalnej na aspekt kierunkowo-sprawnościowy działania; **Ke** – skala kontroli ekspresji, mierząca siłę oddziaływania kontroli emocjonalnej na aspekt ekspresyjny działania.

Kwestionariusz składa się z 45 itemów sformułowanych w postaci twierdzeń, na które można odpowiedzieć: zawsze, często, rzadko, nigdy. Rzetelność skal jest wysoka (Brzeziński, 1985).

Wyniki badań

Porównanie poziomu samoakceptacji na podstawie wskaźnika *D* osób chorych ze zdrowymi w grupie kobiet i w grupie mężczyzn

W zakresie poziomu samoakceptacji w grupie kobiet chorych na RZS i zdrowych nie ma różnicy na poziomie istotnym statystycznie. Pojawia się tylko tendencja do doświadczenia wyższego poziomu samoakceptacji przez chore kobiety. Są one skłonne, częściej niż kobiety zdrowe, być z siebie zadowolone i nie akcentować swoich braków (Tabela 1).

Tabela 1. Średnie poziomy samoakceptacji chorych na RZS i Zdrowych

Wskaźnik samoakceptacji <i>D</i>	Osoby chore		Osoby zdrowe		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Kobiety	10,80	4,02	11,90	3,70	-1,895	0,06
Mężczyźni	9,77	3,68	11,37	4,19	-1,566	n.i.

Poziom samoakceptacji pomiędzy mężczyznami chorymi i zdrowymi nie jest zróżnicowany na poziomie istotnym statystycznie. W grupie mężczyzn zauważa się duży rozrzut wyników, co mogło wpłynąć na brak istotności statystycznej otrzymanych wyników, gdyż liczbowo wskaźnik *D* jest najniższy w grupie chorych mężczyzn, co wskazuje na najmniejszą rozbieżność między obrazem realnym a idealnym w tej grupie (Tabela 1).

W ten sposób została tylko częściowo potwierdzona hipoteza 1, twierząca, że poziom rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie kobiet i mężczyzn chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów jest mniejszy niż w grupie kobiet i mężczyzn zdrowych. Chore kobiety wykazują tendencję do doświadczania wyższego poziomu samoakceptacji, a chorzy mężczyźni nie różnią się od zdrowych na poziomie istotnym statystycznie.

Porównanie poziomu samoakceptacji na podstawie wskaźnika *D* w grupie osób chorych ze względu na zróżnicowanie w stanie zdrowia

Stan zaawansowania choroby, stopień wydolności czynnościowej i czas trwania choroby nie mają związku z poziomem samoakceptacji w grupie chorych kobiet na poziomie istotnym statystycznie (Tabela 2).

Tabela 2. Okres choroby i wydolność czynnościowa a wskaźnik samoakceptacji w grupie chorych

Wskaźnik samoakceptacji <i>D</i>	Początek choroby		Stan zaawansowany		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> ₁	<i>SD</i>	<i>M</i> ₂	<i>SD</i>		
Kobiety (<i>n</i> ₁ = 41; <i>n</i> ₂ = 40)	10,194	3,462	11,424	4,474	-1,386	n.i.
Mężczyźni (<i>n</i> ₁ = 13; <i>n</i> ₂ = 17)	11,394	3,857	8,533	3,103	2,254	0,032

Stan zaawansowania choroby, stopień wydolności czynnościowej i czas trwania choroby mają związek z poziomem samoakceptacji w grupie chorych mężczyzn na poziomie istotnym statystycznie. Im ciężiej i dłużej chorują, tym mniejsza jest rozbieżność między realnym a idealnym obrazem siebie (Tabela 3).

Tabela 3. Czas trwania choroby a wskaźnik samoakceptacji w grupie chorych

Wskaźnik samoakceptacji <i>D</i>	do 5 lat		od 6 lat		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> ₁	<i>SD</i>	<i>M</i> ₂	<i>SD</i>		
Kobiety (<i>n</i> ₁ = 34; <i>n</i> ₂ = 47)	10,678	3,870	10,891	4,160	-0,234	n.i.
Mężczyźni (<i>n</i> ₁ = 19; <i>n</i> ₂ = 11)	10,923	3,828	7,787	2,463	2,432	0,022

W ten sposób została częściowo potwierdzona hipoteza 2, postulująca, że chorujących ciężiej i dłużej na reumatoidalne zapalenie stawów cechuje mniejszy stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie. Tę zależność obserwujemy wyraźnie tylko w grupie chorych mężczyzn, których wraz z czasem trwania choroby i stopniem jej nasilenia cechuje większa samoakceptacja. U chorych kobiet zróżnicowanie w stanie zdrowia nie wiąże się z poziomem rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie.

Porównanie stylu funkcjonowania psychicznego w zależności od stopnia rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie w grupie chorych i zdrowych

Na wstępie prezentowanej pracy postawiono hipotezę, zakładającą, że niska rozbieżność między realnym a idealnym obrazem siebie może wskazywać na bardziej dojrzały styl funkcjonowania psychicznego badanych osób. Może oznaczać zdolność do realistycznej oceny swojej sytuacji życiowej. W celu jej sprawdzenia dla każdej z badanych podgrup (kobiety chore na RZS i zdrowe, mężczyźni chorzy na RZS i zdrowi) obliczono medianę i podzielono je na grupy – te z większym wskaźnikiem *D* i te z mniejszym wskaźnikiem *D*, czyli z większą rozbieżnością pomiędzy obrazem realnym a idealnym i z mniejszą rozbieżnością. Taki podział miał dać pewność, że pojawiające się różnice nie okażą się skutkiem choroby lub płci.

Tabela 4 pokazuje, jak wygląda funkcjonowanie badanych osób w dwóch ważnych dla codziennego życia aspektach: radzeniu sobie z trudnościami i kontroli emocjonalnej (zmienne mają rozkład normalny i jednorodną wariancję)¹.

¹ Ze względu na ograniczone ramy tego artykułu w tabeli zaprezentowane są tylko wyniki istotne statystycznie. Osoby zainteresowane pozostałymi wynikami proszę o kontakt na adres: malbasinska@wp.pl

Tabela 4. Średnie wyniki istotne statystycznie w poszczególnych skalach

SKALE	M_1	SD_1	M_2	SD_2	t	p
Kobiety chore na RZS (N = 81)						
M_1 grupa z medianą równą i wyższą od 10,23 (n = 40)						
M_2 grupa z medianą poniżej 10,23 (n = 41)						
CISS-EM	48,525	8,293	44,585	8,599	2,098	0,039
CISS-UNI	38,975	7,371	43,854	8,368	-2,782	0,007
CZ-ZAST	17,225	4,458	19,390	5,039	-2,046	0,044
KONT-TOW	14,325	3,377	16,268	3,399	-2,581	0,012
KKE-OE	47,400	8,623	51,073	7,387	-2,061	0,043
KKE-PE	55,600	8,076	49,610	8,879	3,174	0,002
Kobiety zdrowe (N = 81)						
M_1 grupa z medianą równą i wyższą od 11,299 (n = 41)						
M_2 grupa z medianą poniżej 11,299 (n = 40)						
CISS-EM	48,900	8,741	43,854	8,332	2,660	0,010
CISS-UNI	42,500	8,555	37,293	9,373	2,610	0,011
CZ-ZAST	19,025	4,928	15,561	5,045	3,125	0,003
KKE-OE	46,075	7,914	50,195	8,041	-2,324	0,023
Mężczyźni chorzy na RZS (N = 30)						
M_1 grupa z medianą równą i wyższą od 8,724 (n = 16)						
M_2 grupa z medianą poniżej 8,724 (n = 14)						
CISS-UNI	47,250	6,072	42,929	5,824	1,9819	0,057
KONT-TOW	18,312	4,270	15,714	2,525	1,9903	0,056
Mężczyźni zdrowi (N = 30)						
M_1 grupa z medianą równą i wyższą od 11,01 (n = 15)						
M_2 grupa z medianą poniżej 11,01 (n = 15)						
CISS-EM	47,733	8,656	38,733	8,066	2,946	0,006
KKE-OE	49,933	7,923	57,533	10,908	-2,183	0,038

CISS-EM to styl skoncentrowany na emocjach; CISS-UNI to styl skoncentrowany na unikaniu; CZ-ZAST to styl skoncentrowany na unikaniu poprzez czynności zastępcze; KONT-TOW to styl skoncentrowany na unikaniu poprzez wchodzenie w kontakty towarzyskie; KKE-OE to skala odporności emocjonalnej; KKE-PE to skala pobudliwości emocjonalnej

Największe zróżnicowanie w funkcjonowaniu psychicznym ze względu na poziom samoakceptacji obserwujemy w grupie kobiet chorych na RZS. Im rozbieżność między ja realnym a ja idealnym jest mniejsza, tym bardziej chore kobiety są skłonne do:

- mniej emocjonalnego radzenia sobie z trudnościami,
- bardziej unikowego – w różnych jego formach – radzenia sobie z trudnościami,
- bardziej odpornego funkcjonowania w sytuacji emotogenicznej,
- mniej pobudliwego reagowania w sytuacji emocjonalnej.

W grupie kobiet zdrowych obserwujemy nieco inne – w porównaniu do grupy kobiet chorych – zróżnicowanie w funkcjonowaniu psychicznym. Im samoakceptacja jest większa, tym bardziej zdrowe kobiety są skłonne do:

- mniej emocjonalnego i mniej unikowego (ogólny styl skoncentrowany na unikaniu i wyrażony w formie czynności zastępczych) radzenia sobie z trudnościami,
- bardziej odpornego funkcjonowania w sytuacji emotogennej.

W grupie mężczyzn chorych na RZS obserwujemy wyraźny brak zróżnicowania w funkcjonowaniu psychicznym ze względu na stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie. O tendencjach możemy mówić w zakresie radzenia sobie skoncentrowanego na unikaniu (istotność na poziomie 0,057) i poprzez wchodzenie w kontakty towarzyskie (istotność na poziomie 0,056). Im ta rozbieżność jest mniejsza, tym bardziej chorzy mężczyźni nie są skłonni do radzenia sobie w sposób unikowy.

Wyraźne zróżnicowanie w funkcjonowaniu psychicznym ze względu na stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie obserwujemy w grupie mężczyzn zdrowych. Im ta rozbieżność jest mniejsza, tym bardziej zdrowi mężczyźni są skłonni do:

- rzadszego stosowania stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach,
- bardziej odpornego funkcjonowania w sytuacji emotogennej.

Podsumowując wyniki zaprezentowane w Tabeli 4 można jednoznacznie stwierdzić, że im większy stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie, tym mniej dojrzałe funkcjonują badane osoby – zarówno chorzy (tylko kobiety), jak i zdrowi. Są częściej skłonni do stosowania stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach i są mniej odporni emocjonalnie. W ten sposób została częściowo potwierdzona hipoteza 3.

Należy podkreślić, że zarówno płeć, jak i stan zdrowia badanych różnicują związek stopnia rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie z funkcjonowaniem psychicznym. Najwięcej różnic obserwujemy wśród chorych kobiet, najmniej zaś wśród chorych mężczyzn. Różnice pomiędzy chorymi kobietami i mężczyznami są znacznie większe niż różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami zdrowymi.

Podsumowanie

Dotychczasowe wyniki badań na temat obrazu siebie jednoznacznie wskazują na to, że pełni on istotną rolę w etiologii i przebiegu chorób (np. Basińska, 2006; Ogińska-Bulik, 1994, 2002; Skinner i in., 2002; Tylka, 2000; Witkowski, 1997). Szczególnie ważnym elementem obrazu siebie jest samoakceptacja. Poziom samoakceptacji chorych na RZS nie jest podobny (dla kobiet $D = 10,8$, dla mężczyzn $D = 9,77$) do poziomu w innych grupach osób z zaburzeniami psychosomatycznymi, których cechuje mniejsza rozbieżność między ja realnym a ja idealnym (chorzy na choroby układu krążenia $D = 7,28$; chorzy na choroby wrzodowe $D = 5,04$ (Łazowski i in., 1985).

Mężczyźni chorzy na RZS mają bardziej realistyczną samoocenę niż zdrowi i jest ona wyższa u ciężiej chorych. Istotnym elementem tak badanej samooceny (stopień

rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie) jest poziom aspiracji i oczekiwań w stosunku do siebie, który u chorych jest mniejszy niż u zdrowych oraz u bardziej chorych mężczyzn jest niższy niż u mniej chorych. Odwołując się do koncepcji dojrzałej osobowości zarówno Allporta (za: Siek, 1982), jak i innych (Płużek, 1991) można powtórzyć, że niewyidealizowana samoakceptacja może być raczej wyrazem postawy zgody i akceptacji swojej sytuacji życiowej oraz realnej oceny swoich możliwości i realistycznego stosunku do siebie, a nie rezygnacji i braku motywacji do zmiany.

W badaniach polskich pojawiły się już podobne wyniki (Brycz, 1988), wyższy poziom samoakceptacji u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów występował z korzystniejszymi postawami wobec choroby, zaś niższy wiązał się z większym domaganiem się opieki i gorszym stosowaniem się do zaleceń lekarskich. Wydaje się, że ludzie chorzy, świadomi ograniczeń wynikających z choroby, stawiają przed sobą bardziej realistyczne cele, możliwe dla nich do zrealizowania.

Wydaje się, że otrzymane wyniki jednoznacznie potwierdzają, że funkcjonowanie chorych i zdrowych z większą rozbieżnością między realnym a idealnym obrazem siebie jest mniej dojrzałe (porównaj wyniki uzyskane przez Brachowicz i Steden (2005) – $D > 15$ wskazywało na niską dojrzałość emocjonalną). Wyraża się ono w bardziej emocjonalnym radzeniu sobie w sytuacjach trudnych oraz w mniejszej odporności emocjonalnej, co jest charakterystyczne dla funkcjonowania osób z zaburzeniami lękowymi (ICD-10, 1997).

Zastanawiająca natomiast jest tendencja do radzenia sobie w sposób skoncentrowany na unikaniu w grupie chorych mężczyzn i zdrowych kobiet oraz zmniejszająca się ta tendencja w grupie kobiet chorych na RZS, z mniejszą rozbieżnością między realnym a idealnym obrazem siebie. Dotychczas wśród badaczy (Folkman, Lazarus, 1980; Viney, Westbrook, 1984; Brennera i in., 1994; Leibing i in., 2003) nie ma zgodności, co do znaczenia radzenia sobie skoncentrowanego na unikaniu, wyrażonego zarówno w formie stylów, jak i strategii radzenia sobie. Radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu poprzez czynności zastępcze różni chorych na RZS od zdrowych, a w grupie kobiet ciężko i długo chorujących obserwuje się wyższy poziom tego stylu radzenia sobie z trudnościami. W związku z czym możemy go w ograniczonym zakresie traktować jako skutek choroby. Chociaż styl radzenia sobie ma status cechy osobowościowej i nie może być uwarunkowany sytuacyjnie, to pod wpływem długiej i obciążającej choroby może ulegać pewnym zmianom. Otrzymany wynik jest jednak zgodny z opinią Folkman i Lazarusa (1980), którzy twierdzą, że w sytuacji, gdy problemy zdrowotne są trudne do kontrolowania, a do takich można zaliczyć reumatoidalne zapalenie stawów, chorzy chętniej używają emocjonalnych lub unikowych sposobów radzenia sobie. Radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu poprzez czynności zastępcze, ma jednak pewien mankament, nie dostarcza bowiem innych pozytywnych gratyfikacji, w przeciwieństwie do unikania poprzez wchodzenie w kontakty towarzyskie. W badaniach chorych na RZS (Felton, Revenson, 1990) radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu łączyło się z gorszym przystosowaniem do choroby. Zastanawiający natomiast jest wzrost skłonności do unikowego radzenia w grupie kobiet zdrowych o mniejszej rozbież-

ności między realnym a idealnym obrazem siebie. Być może u osób zdrowych mniejsza rozbieżność jest wyrazem nie tyle niezrealizowania idealnego obrazu siebie, czy pełnej akceptacji siebie, lecz wskazuje na obniżony wgląd w siebie lub rezygnację (Łazowski i in., 1985).

Dotychczasowe wyniki badań na temat roli płci w genezie i przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów wyraźnie wskazywały na znaczenie płci dla jej przebiegu (Basińska, 2006; Lockshin, 1998; Dowdy i in., 1996; Katz, Criswell, 1996). Przeprowadzone badania jednoznacznie pokazują, że w zakresie poziomu samoakceptacji i jej wpływu na funkcjonowanie jednostki ta dwupostaciowość także występuje.

Wnioski

1. Poziom samoakceptacji chorych na RZS, mierzony stopniem rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie, nie jest podobny do obrazu psychologicznego chorych na inne choroby psychosomatyczne.
2. Chorzy na RZS stawiają sobie wyższe wymagania niż chorzy z innymi zaburzeniami psychosomatycznymi, jednak niższe niż ludzie zdrowi.
3. Chore kobiety – bez względu na stopień nasilenia choroby, stopień wydolności czynnościowej i czas trwania choroby – charakteryzują się podobnym poziomem samoakceptacji.
4. Chorzy mężczyźni, im ciężiej i dłużej chorują, tym mniejsze stawiają sobie wymagania, czyli mają wyższy poziom samoakceptacji. U mężczyzn ciężko i długo chorujących na RZS poziom rozbieżności między ja realnym i ja idealnym jest podobny do poziomu charakteryzującego chorych na choroby układu krążenia.
5. Funkcjonowanie psychiczne badanych osób, wyrażone w stylach radzenia sobie z trudnościami i kontroli emocjonalnej, jest różne w zależności od stopnia rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie:
 - Im większy stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie, tym mniej dojrzałe funkcjonują badane osoby – zarówno chorzy (tylko kobiety), jak i zdrowi. Są częściej skłonni do stosowania emocjonalnego stylu radzenia sobie i są mniej odporni emocjonalnie.
 - Im większy stopień rozbieżności między realnym a idealnym obrazem siebie, tym większą tendencję do radzenia sobie w sposób skoncentrowany na unikaniu mają chorzy mężczyźni i zdrowe kobiety, zaś u kobiet chorych na RZS jest ona mniejsza.

Literatura cytowana

Adler, A. (1986). *Sens życia*. Warszawa: PWN.

Basińska, M., Kossakowska, M., Liczmańska, J. (1999). Rozbieżność między ja realnym a ja idealnym a poczucie koherencji u osób chorych na stwardnienie rozsiane. W: B. Aouil (red.) *Człowiek niepełnosprawny, zagrożenia i szanse rozwoju* (s. 236-249). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.

- Basińska, M. A. (2006). *Reumatoidalne zapalenie stawów. Obraz psychologiczny*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Bazylak, J., Siek, S. (1983). *Elementy higieny psychicznej w psychologii pastoralnej*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Brachowicz, M., Steuden, S. (2005). Obraz siebie u osób o różnym poziomie dojrzałości emocjonalnej. W: W. Okła, S. Tucholska (red.) *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Problemy człowieka zdrowego* (s. 45-60). Lublin: TN KUL.
- Brenner, G. F., Melamed, B. G., Panush, R. S. (1994). Optimism and coping as determinants of psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2, 115-134.
- Bruhl, W. (red.) (1987). *Zarys reumatologii*. Warszawa: PZWL.
- Brycz, H. (1988). Obraz własnej osoby u ludzi chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Zdrowie Psychiczne*, 1, 90-97.
- Brzezicki, J., Plopa, M. (2000). Style radzenia sobie ze stresem w chorobie reumatycznej. *Forum Psychologiczne*, 1, 58-67.
- Brzeziński, J. (1973). Kształtowanie się mechanizmu kontroli emocjonalnej. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 99-108.
- Brzeziński, J. (1985). *Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej (KKE). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Elementy psychologii zdrowia* (s. 177-203). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dowdy, S. W., Dwyer, K. A., Smith, C. A. (1996). Gender and psychological well-being of persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 6, 449-456.
- Dworetzky, J. P. (1988). *Psychology*. San Paul: West Publishing Company.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990a). The multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-895.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990b). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Felton, B. J., Revenson, T. A. (1990). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 343-353.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Friedman, H. S. (2003). *Uzdrowiająca osobowość*. Gdańsk: GWP.
- Gough, H. G., Heilbrun, A. B. (1980). *The Adjective Check List. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Gunther, V., Mur, E., Kurz, M., Meise, U. (1994). Stable pattern of stress coping in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Experimental Rheumatology*, 1, 35-43.

- Horney, K. (1978). *Nerwica a rozwój osobowości*. Warszawa: PAX.
- Januszewski, A. (1992). Funkcje samoakceptacji w poznawaniu siebie i innych. W: *Problemy współczesnej psychologii*. Lublin: PTP.
- Jelonkiewicz, I. (1991). Rola stresu w powstawaniu zaburzeń i chorób. *Medycyna 2000*, 9, 7-11.
- Juros, A., Oleś, P. (1993). Struktura czynnikowa i skupieniowa testu przymiotnikowego ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna. W: J. Brzeziński, E. Hornowska (red.) *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej* (s. 171-202). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jus, A. (1970). Trudności w rozwiązywaniu problemów teoretycznych medycyny psychosomatycznej. *Polski Tygodnik Lekarski*, 45, 1720-1722.
- Katz, P. P., Criswell, L. A. (1996). Differences in symptom reports between men and women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 6, 441-448.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (pr. zbior.) (1997). Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN.
- Leibing, E., Pflingsten, M., Ruger, U., Schussler, G. (2003). Coping and appraisal in rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Zeitschrift für Psychosomatik Medizin und Psychotherapie*, 49 (1), 20-35.
- Lockshin, M. D. (1998). Why do women have rheumatic disease? *Scandinavian Journal of Rheumatology – Supplement*, 107, 5-9.
- Luban-Plozza, B., Poldinger, W., Kroger, F., Wasilewski, B. (1995). *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL.
- Łazowski, J. (red.) (1985). *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. Warszawa: PZWL.
- Mackiewicz, S., Wiktorowicz, K. (1990). *Immunologia w zarysie*. Warszawa: PZWL.
- Mausch, K. (2000). Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Supplement*, 59.
- Mącik, D. (2005). Zespół wypalenia sił u policjantów o różnym poziomie samoakceptacji. W: W. Okła, S. Tucholska (red.) *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Problemy człowieka zdrowego* (s. 155-169). Lublin: TN KUL.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., Enns, M. W. (2003). Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (12), 1371-1385.
- Ogińska-Bulik, N. (2002). Cechy osobowości i Wzór zachowania A u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. *Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi*, 1 (21), 37-45.
- Ogińska-Bulik, N. (1994). Cechy osobowości i Wzór zachowania a ryzyko chorób psychosomatycznych. *Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 128-135.

- Oleś, P. (2002). Rozwój osobowości. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.) *Psychologia rozwoju człowieka* (t. 3., s. 131-177). Warszawa: PWN.
- Persson, L. O., Berglung, K., Sahlberg, D. (1999). Psychological factors in chronic rheumatic diseases-a review. The case of rheumatoid arthritis, current research and same problems. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 3, 137-144.
- Płużek, Z. (1991). *Psychologia pastoralna*. Kraków: Instytut Teologiczny.
- Reykowski J. (1970). Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 45-58.
- Siek, S. (1982). *Higiena psychiczna i autopsychoterapia*. Warszawa: ATK.
- Skinner, T. C., Hampson, S. E., Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, an self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health psychology*, 1 (21), 61-70.
- Solomon, G. (1990). Emocje, odporność i choroba. Perspektywa historyczna i filozoficzna. *Nowiny Psychologiczne*, 1-2, 117-127.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Viney, L. L., Westbrook, M. T. (1984). Coping with chronic illness: strategy preferences, changes in preferences and associated emotional reactions. *Journal of Chronically Diseases*, 6, 489-502.
- Witkowski, T. (1997). Obraz siebie u osób z zaburzeniami w układzie krążenia. *Roczniki Filozoficzne*, XLV, 4, 53-65.
- Wolfe, F. (1999). Psychological distress and rheumatic disease. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 28, 131-136.
- Wrześniewski, K. (1996). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.) *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 44-64). Katowice: Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego.
- Wrześniewski, K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 493-512). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wysocka-Pleczyk, M., Słowik, P. (2000). Różnice w stylach radzenia sobie w zależności od rodzaju choroby somatycznej i płci. *Sztuka Leczenia*, 3, 69-76.
- Zamorski, J. (2003). *Dojrzałość psychologiczna. Uwarunkowania wychowawcze obrazu siebie*. Lublin: Polihymnia.
- Zimmermann-Górska, I. (1998). *Reumatologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.