

Osobowość typu D a satysfakcja z życia i radzenie sobie z chorobą nowotworową

Relationship between type D personality, satisfaction with life and coping with cancer

Joanna Kozaka, Patrycja Kobus

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Psychoonkologia 2015, 2: 74–79

Adres do korespondencji:

Joanna Kozaka
Zakład Psychologii Klinicznej
i Neuropsychologii
Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 4
80-952 Gdańsk
e-mail: jkozaka@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Rozwój psychoonkologii przebiega w wielu ważnych kierunkach, a jednym z nich jest poszukiwanie powiązań uwarunkowań osobowościowych z adaptacją do sytuacji choroby i leczenia. Dużego znaczenia nabrało opisanie koncepcji osobowości typu D w chorobach somatycznych, także w chorobie nowotworowej. Celem pracy jest ocena natężenia cech osobowości typu D, poziomu satysfakcji z życia, a także stosowanych strategii radzenia sobie i powiązań między tymi zmiennymi u chorych w sytuacji silnego natężenia stresu (w trakcie chemioterapii nowotworu).

Materiał i metody: Badaniem objęto 40 pacjentów Wojewódzkiego Centrum Onkologicznego w Gdańsku. Wykorzystano Skalę do pomiaru typu D – DS-14, Skalę satysfakcji z życia – SWLS, Skalę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej – Mini-MAC.

Wyniki: Wykazano wysoką satysfakcję z życia u badanych chorych oraz częstsze stosowanie strategii konstruktywnych. Osobowość typu D stwierdzono u 20% pacjentów onkologicznych. Osoby te charakteryzują się niższą satysfakcją z życia niż osoby nienależące do tego typu i mają tendencję do stosowania destrukcyjnych strategii radzenia sobie z chorobą.

Wnioski: Osobowość stresowa częściej występuje u pacjentów onkologicznych, co wiąże się z niższą satysfakcją z życia oraz destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą. Jednakże w celu potwierdzenia tego wyniku i ustalenia kierunku zależności między osobowością typu D a chorobą nowotworową należałoby wykonać badania podłużne z udziałem większej grupy osób.

Abstract

Introduction: The development of psychooncology extends in a number of important directions; one of them is to look for connections personality determinants of adaptation to the situation of the disease and treatment. Very significant is to describe the role of concept of personality D in somatic diseases, including cancer. The purpose of the study was to evaluate the intensity of type D personality traits, level of satisfaction with life coping strategies and links between these variables among cancer patients during chemotherapy.

Material and methods: The purpose of the study was to evaluate the intensity of type D personality traits, level of satisfaction with life coping strategies and links between these variables among cancer patients during chemotherapy.

Results: Type D personality was found in 20% of cancer patients who also have a lower satisfaction with life and tend to use destructive coping strategies. The study showed high satisfaction with life in all patients and an increased use of constructive strategies.

Conclusions: Type D personality is more common in cancer patients than in healthy subjects and is associated with lower satisfaction with life and the destructive style of coping with cancer. However it is necessary to perform longitudinal studies involving a larger group of people.

Słowa kluczowe: nowotwór, osobowość typu D, satysfakcja z życia, radzenie sobie z chorobą nowotworową.

Key words: cancer, type D personality, satisfaction with life, coping with cancer.

Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią obecnie drugą przyczynę zgonów na świecie. W celu podjęcia odpowiednich działań ukierunkowanych na pomoc chorym i ich bliskim trwają poszukiwania coraz efektywniejszych metod leczenia, ale również poszukiwania cech osobowości warunkujących zachorowanie i adaptację do sytuacji. Badania dotyczące roli osobowości typu D wskazują na jej związek z chorobami somatycznymi, m.in. z chorobą nowotworową [1, 2]. Cechy charakteryzujące osoby o osobowości typu D pozwalają natomiast przypuszczać, że ma ona wpływ na satysfakcję z życia jednostki oraz sposób, w jaki radzi sobie z chorobą [2, 3].

Osobowość typu D

W 1995 r. Denollet wprowadził koncepcję osobowości typu D, na którą składają się dwa wymiary: negatywna emocjonalność oraz hamowanie społeczne, które są uważane za względnie stałe cechy osobowości [4]. Negatywna emocjonalność objawia się odczuwaniem silnych przykrych emocji, takich jak lęk, złość i wrogość [5]. Dla osobowości typu D właściwe jest częste odczuwanie niezadowolenia oraz dystresu, a także postrzeganie świata jako zagrażającego. W związku z tym ludzie ci mają mniej pozytywny obraz siebie i mniejszą satysfakcję z życia [6]. Asendorpf [7] określa hamowanie społeczne jako tendencję do powstrzymywania się od ekspresji emocji oraz zachowań związanych z tymi emocjami w sytuacjach społecznych. Osoby należące do typu D świadomie powstrzymują się od ujawniania emocji, ponieważ obawiają się negatywnej oceny ze strony innych i odtrącenia [3]. W relacjach społecznych odczuwają dyskomfort i unikają konfrontacji [7]. Badania wskazują, że są one bardziej narażone na rozwój choroby wieńcowej, a jeśli zostanie już zdiagnozowana, to występuje u nich większe ryzyko zgonu [1, 8]. Wyniki badań nad rolą osobowości typu D wskazują na jej związek z chorobami somatycznymi, w tym z chorobą nowotworową [1, 2, 9].

Satysfakcja z życia

Satysfakcja z życia jest definiowana jako globalna ocena jakości życia dokonana na podstawie indywidualnych kryteriów danej osoby. Jednostka porównuje warunki swojego życia z wyznaczonym

przez siebie standardem i na tej podstawie dokonuje oceny [10]. Nie jest łatwo jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego niektóre osoby charakteryzują się wysoką satysfakcją z życia, a inne niską. Badania przeprowadzone w wielu populacjach wykazały, że ludzie dążą do osiągnięcia satysfakcji z życia i na ogół są zadowoleni ze swojego życia [11]. Jednym z warunków dobrego życia wydaje się zdrowie. Wyniki badań [2, 12, 13] potwierdzają, że osoby chore odznaczają się niższą satysfakcją z życia niż osoby zdrowe. Zadowolenie z życia związane jest także z cechami osobowości – przede wszystkim z ekstrawersją i neurotyzmem [14], ale również z osobowością stresową. Osoby wykazujące cechy osobowości typu D (zarówno zdrowe, jak i chore) odznaczają się niższą satysfakcją z życia niż osoby niemające takich cech [4, 15].

Radzenie sobie z chorobą nowotworową

Choroba jest potężnym źródłem stresu, który zgodnie z poznawczo-transakcyjną teorią stresu Lazarusa i Folkman [16] jest relacją z otoczeniem odbieraną przez jednostkę jako zakłócenie (bądź możliwość wystąpienia zakłócenia) między wymaganiami środowiska a perspektywami ich spełnienia [17]. Choroba przyczynia się do obniżenia możliwości poradzenia sobie z codziennymi wymaganiami, a także prowadzi do pojawienia się nowych [18]. Radzeniem sobie nazywamy podejmowane przez jednostkę wysiłki w celu sprostania wymaganiom otoczenia, które są postrzegane jako obciążające zasoby jednostki [16].

Radzenie sobie spełnia dwie główne funkcje – regulacyjną, związaną ze stosowaniem strategii skoncentrowanych na emocjach, oraz instrumentalną, związaną ze stosowaniem strategii zorientowanych na problem. Pierwsza z nich jest ukierunkowana na kontrolę reakcji emocjonalnej w sytuacji stresowej, natomiast druga na opanowanie stresora [16]. Typowe dla osób należących do typu D zahamowanie w kontaktach społecznych i powstrzymywanie się od ekspresji emocji może być rozpatrywane jako sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami oraz stresem [3].

Materiał i metody

Celem badania była ocena natężenia cech osobowości typu D, poziomu satysfakcji z życia, a także stosowanych strategii radzenia sobie i powiązań między tymi zmiennymi u chorych w sytuacji sil-

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy
Table 1. Characteristics of the study group

Cecha	Odsetek badanych
stan cywilny	
w związku małżeńskim	67,5
rozводnik/rozводka	10
wdowiec/wdowa	20
wolny/wolna	2,5
wykształcenie	
podstawowe	5
zawodowe	22,5
średnie	37,5
wyższe	35
miejsce zamieszkania	
wieś	7,5
miasto 10–100 tys. mieszkańców	27,5
miasto 100–500 tys. mieszkańców	60
miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	5
aktywność zawodowa	
aktywny/aktywna zawodowo	45
emerytura	32,5
renta	17,5
bezrobotny/bezrobotna	5
diagnoza	
rak piersi	32,5
rak jelita	17,5
rak płuca	15
rak trzustki	10
rak jajnika	5
białaczka	5
rak prostaty	2,5
mięsak	2,5
rak żołądka	2,5
ziarnica	2,5
chłoniak	2,5
rak trzonu macicy	2,5
intencja leczenia	
paliatywne	52,5
radykalne	47,5

negatywnego natężenia stresu (w trakcie chemioterapii nowotworu).

Badaniem objęto 40 pacjentów (27 kobiet i 13 mężczyzn) przebywających na Oddziale Chemioterapii Diennej w Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła $M = 57,8$ ($SD = 12,29$). Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia:

- Skalę do pomiaru typu D – DS-14 autorstwa Denolleta, w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik oraz Juczyńskiego. Arkusz składa się z 14 twierdzeń, po 7 dla hamowania społecznego i negatywnej emocjonalności. Badany każde twierdzenie ocenia w 5-stopniowej skali [19].
- Skalę satysfakcji z życia – SWLS, której autorami są Diener, Larsen, Emmons oraz Griffin (adaptacja Juczyński). Badany określa na skali od 1 do 7, czy zgadza się z danym stwierdzeniem [20].
- Skalę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej – Mini-MAC. Jej autorami są Watson, dos Santos, Law, Boruch, Blis i Greer (adaptacja Juczyński). W Polsce wykorzystywana jest skala składająca się z 29 stwierdzeń mierzących cztery strategie radzenia sobie: zaabsorbowania lękowego, bezradności-bez nadziei, ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania [20].

Wyniki

Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą programu SPSS STATISTICS 22. Za istotne statystycznie uznano wyniki spełniające warunek $p < 0,05$.

Badanie wykazało, że cechy osobowości typu D występują częściej u osób chorych na nowotwory niż u osób zdrowych. Osobowość stresową stwierdzono u 20% badanych chorych, natomiast zgodnie z badaniami Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [9] występuje ona u 9,3% osób zdrowych oraz u 19% pacjentów onkologicznych. Analiza przeprowadzona za pomocą testu χ^2 wykazała, że różnica w występowaniu osobowości typu D u pacjentów onkologicznych i osób zdrowych jest istotna ($p = 0,020$).

Analiza przeprowadzona za pomocą testu t dla jednej próby wykazała, że istnieje istotna różnica w poziomie satysfakcji z życia u osób z chorobą nowotworową i osób zdrowych ($p < 0,001$). Średni wynik grupy osób chorych kształtuje się na poziomie 7. stena ($M = 24,18$, $SD = 5,82$). Juczyński w swoich badaniach wykazał [20], że satysfakcja z życia w grupie osób zdrowych kształtuje się na poziomie 5. stena ($M = 20,37$, $SD = 5,32$). Wyniki porównania poziomu satysfakcji z życia pacjentów

onkologicznych oraz osób zdrowych przedstawiono w tabeli 2.

Badani pacjenci najczęściej stosowali strategię ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania. Średnie wyniki dla poszczególnych strategii radzenia sobie zostały zamieszczone w tabeli 3. Zaobserwowana korelacja między stylami radzenia sobie ($r = -0,14$; $p = 0,37$) wskazuje, że stosowanie strategii konstruktywnych nie jest sprzeczne z jednoczesnym stosowaniem strategii destrukcyjnych.

Osoby należące do typu D wykazują tendencję do częstszego stosowania strategii destrukcyjnych ($M = 29,38$, $SD = 8,54$) niż osoby niewykazujące cech osobowości stresowej ($M = 25,59$, $SD = 6,12$). Nie stwierdzono natomiast istotnej różnicy w stosowaniu strategii konstruktywnych. Średni wynik stylu konstruktywnego dla osób typu D wynosi: $M = 44,38$ ($SD = 7,09$), natomiast dla osób niewykazujących takich cech: $M = 45,75$ ($SD = 5,26$).

Zaobserwowano występowanie różnic w poziomie satysfakcji z życia osób typu D i nie-D. Osoby należące do typu D odznaczają się niższą satysfakcją z życia ($M = 20,50$, $SD = 7,86$), natomiast średni wynik dla osób niewykazujących cech osobowości stresowej wyniósł: $M = 25,09$ ($SD = 4,93$). Różnica ta jest istotna statystycznie ($p = 0,022$).

W badaniu stwierdzono istnienie korelacji między stosowanymi strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a poziomem satysfakcji z życia. Podejmowanie konstruktywnych zmagania koreluje z poziomem satysfakcji z życia dodatnio, co oznacza, że im wyższe jest nasilenie stosowania takich strategii, jak pozytywne przewartościowanie i duch walki, tym wyższy poziom satysfakcji z życia. Ponadto wyniki badania ukazują tendencję wskazującą na ujemną korelację destrukcyjnych strategii z satysfakcją z życia. Oznacza to, że wyższy poziom bezradności-bez nadziei oraz zaabsorbowania lękowego wiąże się z niższym poziomem satysfakcji z życia. Analiza przeprowadzona za pomocą testu

Tabela 3. Średnie wyniki strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową

Table 3. Average results of coping strategies in cancer

Zmienna	M	SD
pozytywne przewartościowanie	21,88	2,61
duch walki	23,60	3,70
bezradność-bez nadziei	11,20	3,56
zaabsorbowanie lękowe	15,15	4,86
styl konstruktywny	45,48	5,59
styl destrukcyjny	26,35	6,72

Tabela 2. Porównanie poziomu satysfakcji z życia pacjentów onkologicznych oraz osób zdrowych

Table 2. Comparison of satisfaction with life for cancer patients and healthy persons

	Test istotności różnic			
	t	df	p	Z
Wynik SWLS	4,13	39	< 0,001	0,65

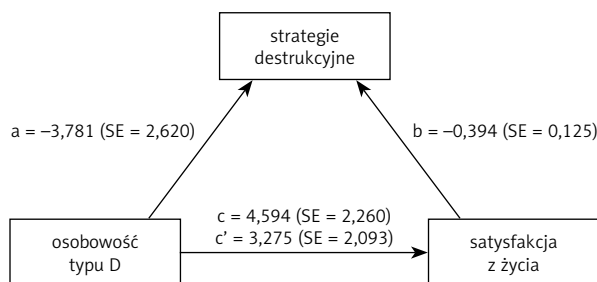
Sobela wykazała, że strategię destrukcyjną są mediatorem zależności między osobowością i satysfakcją z życia ($Z = 1,31$, $SE = 1,14$, $p = 0,95$).

Dyskusja

Porównanie częstości występowania cech osobowości typu D u badanych pacjentów onkologicznych oraz u osób zdrowych pozwala wnioskować, że występuje ona częściej u osób chorych. Większe ryzyko zachorowania u osób z osobowością stresową wiąże się ze zwiększoną reaktywnością na stres. Istnienie tego mechanizmu potwierdzają badania przeprowadzone wśród zdrowych, młodych ludzi, w których potwierdzono, że hamowanie społeczne jest skorelowane z wyższym ciśnieniem krwi. Ponadto obydwie wymiary osobowości typu D były powiązane z większym wydzielaniem kortyzolu u mężczyzn [21]. Według Pennebaker i Traue [22] powstrzymanie się od okazywania negatywnych emocji, związane z procesami hamowania, prowadzi do stanu dystresu i co za tym idzie – do obniżenia odporności organizmu.

W badaniu nie potwierdzono niższej satysfakcji z życia u pacjentów onkologicznych. Wynik ten może być spowodowany wpływem zmiennych, które nie były analizowane w badaniu, a które mogą oddziaływać na poziom satysfakcji z życia, takich jak samoocena, optymizm lub poczucie własnej wartości [23].

Teoretyczne wyjaśnienie wysokiej satysfakcji z życia możemy odnaleźć w teorii „góra-dół”, zgod-



Rycina 1. Styl destrukcyjny jako mediator zależności między osobowością stresową a satysfakcją z życia

Figure 1. Destructive style as a mediator of the relationship between personality, stress and satisfaction with life

nie z którą jednostka charakteryzuje się stałą wysoką lub niską satysfakcją z życia będącą podstawą do oceny zdarzeń [24]. W związku z tym osoby, które odznaczają się wysoką satysfakcją z życia, bardziej pozytywnie oceniają zdarzenia. Może to wyjaśniać wysoki poziom satysfakcji z życia pacjentów onkologicznych, którzy szukają pozytywnych stron swojej choroby. Badania Ogińskiej-Bulik oraz Juczyńskiego [12] dowodzą, że zarówno osoby zdrowe, jak i chore mogą być zadowolone z życia, aczkolwiek różne są źródła ich satysfakcji. U osób zdrowych poziom satysfakcji z życia jest związany z ekstrawersją i negatywną emocjonalnością, natomiast w grupie osób chorych predyktorami satysfakcji są hamowanie społeczne i sumienność. Oznacza to, że źródłem satysfakcji dla osób zdrowych jest aktywność własna oraz kontakty z innymi, a dla chorych pełnienie ról społecznych i zawodowych.

Wysoka satysfakcja z życia może być spowodowana tym, że choroba nowotworowa również może prowadzić do pozytywnych zmian, co wiąże się ze zjawiskiem znajdowania korzyści [25]. Według niektórych badań korzyści takie dostrzega nawet 76% chorych [26]. O występowaniu tego zjawiska świadczą również wysokie wyniki uzyskane przez badanych pacjentów w zakresie pozytywnego przewartościowania.

Można przypuszczać, że zadowolenie z życia oraz dobre radzenie sobie z chorobą przejawiające się stosowaniem strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania jest związane z pojawianiem się pozytywnych emocji w sytuacji choroby.

Folkman i Moskowitz [27] wyróżniły radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Źródłem pozytywnych emocji w sytuacji stresu może być wzmacnianie pozytywnego afektu, nadawanie zwyczajnym zdarzeniom pozytywnego znaczenia, znajdowanie korzyści w sytuacji stresowej, ukonkretnienie i uwiarygodnienie priorytetów oraz adaptacyjne przekształcenie celów [28]. Osoby stosujące strategie oparte na poszukiwaniu pozytywnych stron zdarzeń dokonują przewartościowania swojego życia, co w konsekwencji może zwiększać satysfakcję z życia.

Różnice w stosowaniu strategii radzenia sobie z chorobą oraz satysfakcji z życia między osobami należącymi do typu D i osobami niewykazującymi takich cech mogą być związane z charakterystycznym dla osób z osobowością stresową brakiem ekspresji emocjonalnej, zamartwianiem się, pesymizmem i ograniczeniem relacji z innymi. Brak ekspresji emocjonalnej jest nie tylko cechą osobowości, lecz także może być traktowany jako strategia radzenia sobie. Wymiar negatywnej emocjonalności również nie sprzyja procesowi radzenia sobie [20]. Osoby charakteryzujące się wysokim natężeniem negatywnej emocjonalności mają trudności w re-

gulacji emocji i stosują strategie skoncentrowane na emocjach, co ma służyć zmniejszeniu napięcia emocjonalnego [3].

Ważnym wynikiem jest rola destrukcyjnego radzenia sobie jako mediatora między cechami osobowości typu D a satysfakcją z życia. Osobowość typu D istotnie wiąże się z satysfakcją z życia – osoby z tego typu osobowością mają niższą satysfakcję z życia średnio o 4,59 punktu. Jednakże zależność ta może być pośredniczona przez styl destrukcyjny (choć test Sobela dla istotności mediatora okazał się statystycznie nieistotny). Osobowość typu D sprzyja większemu natężeniu strategii destrukcyjnych, a te z kolei wiążą się z obniżoną satysfakcją z życia. Innymi słowy – osobowość typu D oddziałuje na satysfakcję z życia poprzez to, że wiąże się z większym natężeniem stylu destrukcyjnego. Taki wynik przekłada się na praktyczne implikacje pracy psychoonkologa. Doświadczanie bezradności-bez nadziei czy lękowego zaabsorbowania jest spodziewanym doświadczeniem w sytuacji zmagania się z chorobą i jej leczeniem. W związku z tym praca psychologiczna polegająca na opracowywaniu stanów bezradności-bez nadziei i przeżywanych lęków mogłaby pomagać w uzyskiwaniu większego zadowolenia z życia.

Wnioski

Wyniki uzyskane w badaniu pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

- badani chorzy odznaczają się wysoką satysfakcją z życia,
- badani chorzy częściej adaptują się do sytuacji, stosując konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą,
- osobowość typu D stwierdzono u 1/5 badanych,
- osoby należące do typu D częściej stosują strategie destrukcyjne i cechują się niższą satysfakcją z życia,
- im wyższa jest satysfakcja z życia badanych osób, tym częściej stosują one strategie konstruktywne, im niższa satysfakcja, tym częściej stosują strategie destrukcyjne,
- zależność między osobowością typu D a satysfakcją z życia jest pośredniczona przez styl destrukcyjny.

Ocena wpływu cech osobowości typu D na zachorowanie na nowotwór stwarza możliwość podjęcia działań profilaktycznych, a także zwiększenia efektywności rehabilitacji. Wyniki badania wskazują również kierunki terapii pacjentów onkologicznych, zwłaszcza osób z cechami osobowości stresowej. Należy zaznaczyć, że z uwagi na wpływ innych czynników, które nie były analizowane w badaniu, oraz małą liczbę osób badanych

wyniki powinny być interpretowane z dużą ostrożnością. Badania w tym kierunku powinny być kontynuowane w charakterze podłużnym, co umożliwi określenie kierunku zależności między osobowością stresową a zachorowaniem na nowotwory, a także z udziałem większej liczby pacjentów.

Piśmiennictwo

- Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: 241-248.
- Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, Kozak G. Wyznaczniki satysfakcji z życia chorych onkologicznie. W: Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości. Szewczyk L, Kulik A (red.). Wydawnictwo Prokurat, Lublin 2006; 17-29.
- Ogińska-Bulik N. Osobowość typu D. Teoria i badania. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2011.
- Denollet J. Personality and coronary heart disease: The Type-D Scale-16 (DS16). *Ann Behav Med* 1998; 20: 209-215.
- Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67: 89-97.
- Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989; 96: 234-254.
- Asendorpf JB. Social inhibition: A general-developmental perspective. W: Emotion inhibition and health. Traue HC, Pennebaker JW (red.). Hogrefe & Huber Publishers, Seattle 1993; 80-99.
- Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996; 347: 417-421.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2008.
- Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Soc Indic Res* 1978; 5: 475-492.
- Diener E, Diener C. Most people are happy. *Psychol Sci* 1996; 7: 181-185.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowościowe wyznaczniki satysfakcji z życia. W: Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. Heszen I, Życińska J (red.). Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2008; 117-134.
- Krause JS, Sternberg M, Lottes S, Maides J. Mortality after spinal cord injury: an 11-year prospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 815-821.
- Czapiński J. Osobowość szczęśliwego człowieka. W: Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. Czapiński J (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008; 359-379.
- Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000; 102: 630-635.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company, Nowy Jork 1984.
- Heszen I. Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Heszen I. Problemy zdrowotne i radzenie sobie z nimi – od zaprzeczania do emocji pozytywnych. W: Zdrowie w cyklu życia człowieka. Ogińska-Bulik N (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012; 179-194.
- Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
- Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res* 2003; 55: 235-245.
- Pennebaker JW, Traue HC. Inhibition and psychosomatic processes. W: Emotion, inhibition and health. Traue HC, Pennebaker JW (red.). Hogrefe & Huber Publishers, Seattle 1993; 146-163.
- Roysamb E. Personality and well-being. W: Handbook of Personality and Health. Vollrath M (red.). Wiley, Chichester 2006; 115-134.
- Czapiński J. Psychologiczne teorie szczęścia. W: Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. Czapiński J (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004; 51-102.
- Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2007.
- Rieker PP, Edbril SD, Garnick MB. Curative testis cancer therapy: Psychosocial sequelae. *J Clin Oncol* 1985; 3: 1117-1126.
- Folkman S, Moskowitz JT. Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W: The scope of social psychology: Theory and application. Hewstone M, Schut H, de Wit J, van den Bos K, Stroebe M (red.). Psychology Press, Hove 2006; 193-208.
- Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping* 2008; 21: 3-14.