

## AJUSTAMENTO EMOCIONAL, AFECTIVIDADE E ESTRATÉGIAS DE COPING NA DOENÇA DO FORO ONCOLÓGICO

Maria Alexandra Soares<sup>2</sup>, Maria de Jesus Moura<sup>1</sup>, Marina Carvalho<sup>2</sup>, & Américo Baptista<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto Português de Oncologia

<sup>2</sup>Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

---

**RESUMO:** As relações entre o ajustamento emocional, as estratégias de *coping*, a afectividade e a percepção da doença foram avaliadas numa amostra de 40 indivíduos (20 homens e 20 mulheres) com doença do foro oncológico. Os resultados obtidos mostraram a existência de diferenças entre os sexos relativamente às dimensões do ajustamento emocional referentes à depressão e às obsessões-compulsões, às estratégias de *coping* que se referiam à manutenção de actividades e independência e à regulação afectiva e aos aspectos da percepção da doença que se relacionavam com a identidade da mesma. O ajustamento emocional, as estratégias de *coping*, a afectividade e a percepção da doença mostraram estar associadas de modo teoricamente esperado, mostrando a importância dos factores psicológicos no ajustamento à doença oncológica.

*Palavras chave:* Ajustamento emocional, *Coping*, Afectividade, Percepção da doença, Doença do foro oncológico.

---

### EMOTIONAL ADJUSTMENT, AFFECTIVITY AND COPING IN CANCER PATIENTS

**ABSTRACT:** The relationships between emotional adjustment, coping, affectivity and illness perception were studied in 40 cancer patients (20 men and 20 women). The results showed the existence of statistically significant differences for coping strategies referring to activities maintenance and independence and affective regulation and for the dimensions of illness perception related to illness identity. Emotional adjustment, coping strategies, affectivity and illness perception were associated according to the theoretical models, showing the role of psychological factors in the adjustment to cancer disease.

*Key-words:* Emotional adjustment, Coping, Affect, Illness perception, Cancer.

---

A doença oncológica encontra-se incluída no grupo das enfermidades que ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo, tendo, portanto, um impacto profundo na forma como os indivíduos se percebem e percebem o ambiente social que os rodeia (Aapro, 1997).

São várias as investigações efectuadas com o objectivo de avaliar a relação entre as estratégias de *coping*, o ajustamento emocional, a percepção da doença e a qualidade de vida do indivíduo afectado (Lazarus & Folkman, 1984; Massie & Holland, 1989; McCrae, 1984; Pearlin & Schroder, 1978; Rowland, 1990). De acordo com Merluzzi e Sanchez (1997), os indivíduos que utilizam estilos de *coping* funcionais, têm melhores aptidões de confronto perante as exigências envolvidas no diagnóstico da doença, aderem melhor ao tratamento e estão melhor ajustados emocionalmente relativamente à mesma.

A percepção da doença está associada ao modo como os indivíduos a interpretam o que, por sua vez, pode influenciar o seu ajustamento emocional (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1990). Numa investigação efectuada com o objectivo de estudar as relações entre a percepção da doença, as estratégias de *coping* e o ajustamento emocional em adultos com doença

---

Os autores agradecem aos directores dos diversos serviços do Instituto Português de Oncologia de Lisboa as facilidades concedidas em relação à recolha dos dados relativos a esta investigação.

do foro oncológico, Scharloo et al. (1998) obtiveram resultados que mostraram que estratégias de *coping* passivas, crenças numa longa duração da doença e na gravidade das suas consequências associaram-se a um mau funcionamento geral, nomeadamente a nível social. Por outro lado, estratégias de *coping* de procura de suporte social e crenças na possibilidade de controlo e cura da doença relacionaram-se significativamente com um melhor funcionamento geral.

Dado o impacto do diagnóstico de uma doença do foro oncológico, é inevitável o aparecimento de alterações emocionais nos indivíduos que dela sofrem. Assim, o modo como esses indivíduos lidam com a doença, bem como a sua percepção acerca dos seus sintomas, causas, duração, consequências e controlo, são variáveis que podem explicar parte das diferenças individuais ao nível do ajustamento emocional dos indivíduos. Deste modo, é no sentido de contribuir para uma melhor compreensão dos processos psicológicos associados à doença e, consequentemente, para uma maior eficácia das intervenções psicológicas nesta área que esta investigação tem como objectivo avaliar as relações entre o ajustamento emocional, a afectividade, as estratégias de *coping* e a percepção da doença em doentes do foro oncológico.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra utilizada neste estudo foi constituída por 40 indivíduos adultos com doença do foro oncológico (20 do sexo masculino e 20 do sexo feminino), com uma média de idades de 43,8 (DP=13,9) e 42,3 anos (DP=17,2) respectivamente. O estudo das diferenças de género relativamente às características demográficas da amostra revelou apenas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao estado civil ( $\chi^2=8,08$ ;  $p=0,04$ ).

### Instrumentos

Ajustamento Emocional. Avaliado pela Lista de Sintomas de Hopkins (SCL-90-R). Este inventário é constituído por noventa itens para auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional e avalia a psicopatologia em função de nove dimensões primárias de sintomas: Somatização, Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide e Psicoticismo. Os noventa itens que o compõem são respondidos numa escala tipo Likert de cinco pontos, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Extremamente). A informação do número de sintomas com a sua intensidade, o número de sintomas positivos (número de sintomas presentes) e o índice de sintomas positivos (medida de intensidade ajustada para o número de sintomas presentes) são combinados no Índice Geral de Sintomas. O estudo das suas propriedades psicométricas na população portuguesa revelou valores adequados, tanto de consistência interna como de estabilidade temporal. Foram encontrados coeficientes  $\alpha$  de Cronbach que variaram entre 0,77 e 0,90 para as nove dimensões primárias e correlações entre o teste e o reteste entre 0,78 e 0,90. Os estudos realizados acerca da estrutura factorial, evidenciaram a concordância com a estrutura dimensional derivada clinicamente e confirmaram igualmente a sua invariância através do sexo.

Afectividade Positiva e Negativa. Avaliada pelo *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson, Clark, & Tellegen, 1988) que é uma escala de auto-avaliação composta por 20 itens que medem o humor (afectividade positiva e negativa) em diferentes períodos de tempo. A escala de Afecto Positivo é constituída por itens como entusiasmado, activo, alerta e determinado. A escala de Afecto Negativo engloba itens como aflito, assustado e perturbado. Os 20 itens que compõem a escala são avaliados individualmente numa escala tipo Likert de cinco pontos, a qual varia entre “Nada ou muito ligeiramente” e “Extremamente”. No que

respeita às suas características psicométricas, Watson et al. (1988) encontraram valores de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, entre 0,84 e 0,90.

Estratégias de Coping. Avaliadas pelo *Cancer Behavior Inventory* (CBI, Merluzzi & Sanchez, 1997). Este inventário avalia os sentimentos de auto-eficácia no modo de lidar com o cancro. É constituído por 43 ítems agrupados em seis sub-escalas, as quais avaliam preocupações e comportamentos dos doentes do foro oncológico no decorrer da doença e dos tratamentos, do seguinte modo: Manutenção da Actividade e Independência, Lidar com os Tratamentos, Manter uma Atitude Positiva, Regulação Afectiva e Procura de Apoio, Procura e Compreensão da Informação Médica. As respostas aos ítems que compõem o inventário são dadas numa escala tipo Likert de nove pontos, que varia entre Nada Confiante (1) e Totalmente Confiante (9). O CBI revelou características psicométricas adequadas, apresentando valores de consistência interna de 0,96 para o total, os quais variam de 0,75 a 0,89 para cada uma das seis dimensões (Merluzzi & Sanchez, 1997).

Percepção da Doença. Avaliada pelo *Illness Perception Questionnaire* (IPQ, Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996). Este questionário avalia as representações cognitivas da doença, em cinco dimensões: Identidade, Causa, Duração, Consequências e Cura. A escala da Identidade é composta por 12 ítems que o indivíduo classifica numa escala tipo Likert de quatro pontos, que varia entre “Sempre” e “Nunca”, de acordo com a frequência com que cada sintoma é experienciado. Os ítems correspondentes às restantes quatro escalas são avaliados pelo paciente, numa escala tipo Likert de cinco pontos, que varia entre “Discordo Fortemente” e “Concordo Fortemente”. O estudo das suas características psicométricas revelou valores de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, que variaram entre 0,73 e 0,82. No que respeita ao estudo da sua validade concorrente, as dimensões do IPQ correlacionaram-se significativamente com outras medidas, tendo sido obtidos valores que variaram entre -0,30 (entre o controlo de problemas cardíacos e a identidade) e 0,54 (entre o resultado total de incapacidade e a identidade).

### Procedimento

Após a autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, foi solicitada a participação dos doentes. Mediante o seu consentimento informado e a garantia da apropriabilidade do estudo, os doentes preencheram um protocolo de investigação constituído por uma folha de dados demográficos (idade, sexo, estado civil, nacionalidade, habilitações literárias, profissão, situação profissional, religião) e dados relativos à doença (localização do cancro, tipo de tratamento, data do diagnóstico, informação acerca da doença e do tratamento, expectativas acerca do prognóstico, antecedentes familiares), pelo SCL-90-R para avaliar o ajustamento emocional, pelo CBI para avaliar a auto-eficácia da forma de lidar com o cancro, pelo PANAS para avaliar a afectividade positiva e negativa e pelo IPQ para avaliar a percepção da doença.

## RESULTADOS

### Diferenças de género relativamente à afectividade, ao ajustamento emocional, às estratégias de coping e à percepção da doença

Foram apenas encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ao nível das Obsessões-Compulsões ( $t=-2,03$ ;  $p<0,05$ ) e da Depressão ( $t=-2,04$ ;  $p<0,05$ ), no sentido de as mulheres apresentarem valores médios mais elevados de Obsessões-Compulsões ( $M=1,2$ ;  $DP=0,52$ ) e de Depressão ( $M=1,1$ ;  $DP=0,63$ ), comparativamente com os homens ( $M=0,84$ ;  $DP=0,44$  e  $M=0,76$ ;  $DP=0,53$ , respectivamente).

Em relação às estratégias de *coping*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para as sub-escalas que se referem à Manutenção da Actividade e Independência ( $t=2,18$ ;  $p<0,05$ ) e Regulação Afectiva ( $t=-2,04$ ;  $p<0,04$ ), no sentido de os homens utilizarem mais estratégias de *coping* de Manutenção da Actividade e Independência ( $M=65,7$ ;  $DP=15,1$ ) e as mulheres utilizarem mais estratégias de Regulação Afectiva ( $M=28,4$ ;  $DP=8,0$ ).

No que concerne às diferenças entre os sexos relativamente à Percepção da Doença encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a Identidade ( $t=2,44$ ;  $p<0,02$ ), no sentido de os homens apresentarem uma menor identidade da doença ( $M=39,2$ ;  $DP=4,4$ ), comparativamente com as mulheres ( $M=35,4$ ;  $DP=5,3$ ).

#### Correlações entre o ajustamento emocional, a afectividade, as estratégias de *coping* e a percepção da doença para os participantes do sexo masculino

Foram encontradas correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas entre a Afectividade Positiva com a Somatização ( $r=-0,44$ ;  $p<0,05$ ), a Depressão ( $r=-0,51$ ;  $p<0,02$ ) e a Hostilidade ( $r=-0,52$ ;  $p<0,02$ ). Foram também encontradas correlações estatisticamente significativas mas positivas entre a Afectividade Negativa com a Somatização ( $r=0,68$ ;  $p<0,001$ ), as Obsessões-Compulsões ( $r=0,46$ ;  $p<0,04$ ), a Depressão ( $r=0,68$ ;  $p<0,001$ ), a Ansiedade ( $r=0,82$ ;  $p<0,001$ ) e a Hostilidade ( $r=0,61$ ;  $p<0,001$ ).

Relativamente às associações entre as Estratégias de *Coping* e o Ajustamento Emocional foram obtidas correlações negativas estatisticamente significativas entre a Manutenção de uma Atitude Positiva e a Depressão ( $r=-0,56$ ;  $p<0,01$ ), bem como entre a primeira e a Ansiedade ( $r=-0,45$ ;  $p<0,05$ ) e a Hostilidade ( $r=-0,49$ ;  $p<0,03$ ). Foi obtida ainda uma correlação negativa mas estatisticamente significativa entre a Procura e Compreensão da Informação Médica e a Ideação Paranóide ( $r=-0,49$ ;  $p<0,03$ ).

A dimensão da percepção da doença relativa à Identidade correlacionou-se negativa mas significativamente com a Hostilidade ( $r=-0,66$ ;  $p<0,001$ ), tendo-se também obtido uma correlação negativa estatisticamente significativa entre as crenças na Duração da doença e a Ansiedade Fóbica ( $r=-0,47$ ;  $p<0,04$ ) e entre as crenças no Controlo/Cura e a Depressão ( $r=-0,68$ ;  $p<0,001$ ), bem como com a Ansiedade ( $r=-0,64$ ;  $p<0,001$ ). Por último, foi também encontrada uma correlação estatisticamente significativa mas positiva entre a Causa e a Ideação Paranóide ( $r=0,49$ ;  $p<0,03$ ).

#### Correlações entre a percepção da doença, as estratégias de *coping* e a afectividade para os participantes do sexo masculino

A Afectividade Positiva apresentou associações positivas estatisticamente significativas com duas dimensões da Percepção da Doença, a Identidade ( $r=0,50$ ;  $p<0,02$ ) e o Controlo/Cura ( $r=0,62$ ;  $p<0,001$ ). Apresentou também correlações estatisticamente significativas e igualmente positivas com quatro dimensões das Estratégias de *Coping*, a Manutenção da Actividade e Independência ( $r=0,71$ ;  $p<0,001$ ), o Lidar com os Tratamentos ( $r=0,56$ ;  $p<0,01$ ), o Manter uma Atitude Positiva ( $r=0,81$ ;  $p<0,001$ ) e a Procura e Compreensão da Informação Médica ( $r=0,47$ ;  $p<0,03$ ).

Foram ainda encontradas correlações estatisticamente significativas mas negativas entre a Afectividade Negativa e a Identidade ( $r=-0,46$ ;  $p<0,04$ ) e o Controlo/Cura ( $r=-0,48$ ;  $p<0,03$ ), bem como entre a Afectividade Negativa e o Manter uma Atitude Positiva ( $r=-0,53$ ;  $p<0,01$ ).

Relativamente às Estratégias de *Coping*, a Manutenção da Actividade e Independência correlacionou-se de forma estatisticamente significativa e positiva com a Identidade ( $r=0,50$ ;  $p<0,02$ ). Foi também encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o Lidar com os Tratamentos e a Consequência ( $r=-0,51$ ;  $p<0,02$ ) e correlações estatisticamente significativas mas positivas entre o Manter uma Atitude Positiva e a Identidade ( $r=0,59$ ;  $p<0,01$ ) e o Controlo/Cura ( $r=0,59$ ;  $p<0,01$ ). Foi encontrada também uma correlação estatisticamente significativa mas negativa entre o Manter uma Atitude Positiva e a Consequência ( $r=-0,44$ ;  $p<0,05$ ).

### Correlações entre o ajustamento emocional, a afectividade, as estratégias de coping e a percepção da doença para os participantes do sexo feminino

No caso dos participantes do sexo feminino, foram encontradas associações estatisticamente significativas e positivas entre a Afectividade Negativa com a Sensibilidade Interpessoal ( $r=0,49$ ;  $p<0,03$ ), a Depressão ( $r=0,66$ ;  $p<0,001$ ), a Ansiedade ( $r=0,69$ ;  $p<0,001$ ), a Hostilidade ( $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ), a Ansiedade Fóbica ( $r=0,47$ ;  $p<0,04$ ) e o Psicoticismo ( $r=0,50$ ;  $p=0,03$ ).

Relativamente às associações entre as Estratégias de Coping e o Ajustamento Emocional foi obtida uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a Manutenção da Actividade e Independência e a Depressão ( $r=-0,53$ ;  $p<0,02$ ). Foram também encontradas correlações estatisticamente significativas e negativas entre o Lidar com os Tratamentos com a Depressão ( $r=-0,64$ ;  $p<0,001$ ) e a Ansiedade ( $r=-0,57$ ;  $p<0,01$ ). Foram ainda obtidas correlações negativas estatisticamente significativas entre o Manter uma Atitude Positiva com a Depressão ( $r=-0,45$ ;  $p<0,05$ ) e com a Ansiedade ( $r=-0,45$ ;  $p<0,05$ ).

No que concerne às associações entre a Percepção da Doença e o Ajustamento Emocional foram obtidas correlações negativas estatisticamente significativas entre a Identidade e a Somatização ( $r=-0,79$ ;  $p<0,001$ ), as Obsessões-Compulsões ( $r=0,68$ ;  $p<0,001$ ), a Sensibilidade Interpessoal ( $r=-0,48$ ;  $p<0,03$ ), a Depressão ( $r=-0,53$ ;  $p<0,02$ ) e a Ansiedade ( $r=-0,57$ ;  $p<0,01$ ). Também a percepção de Consequências apresentou correlações positivas estatisticamente significativas com o Ajustamento Emocional, variando entre 0,50 para a Ideação Paranóide e para o Psicoticismo e 0,81 para a Ansiedade.

### Correlações entre a percepção da doença, as estratégias de coping e a afectividade para os participantes do sexo feminino

A Afectividade Negativa apresentou uma associação positiva estatisticamente significativa com a Consequência ( $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ). No que respeita às Estratégias de Coping, a dimensão relativa à Manutenção de uma Atitude Positiva correlacionou-se de forma estatisticamente significativa e negativa com as crenças nas Consequências da doença ( $r=-0,66$ ;  $p<0,001$ ).

### Diferenças entre os participantes que só fizeram um tratamento e os que fizeram mais que um tratamento relativamente às variáveis em estudo

O estudo das diferenças entre os indivíduos que só fizeram um tratamento e os que fizeram mais que um tratamento relativamente às variáveis em estudo não mostrou a existência de qualquer diferença estatisticamente significativa entre eles.

### Diferenças entre os participantes relativamente às variáveis psicológicas em função do tempo de diagnóstico

O estudo das diferenças entre os participantes relativamente às variáveis estudadas em função do tempo de diagnóstico revelou apenas a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos relativamente à Afectividade Positiva ( $t=-2,21$ ;  $p<0,03$ ), no sentido de os participantes que têm o diagnóstico da doença feito há mais tempo apresentarem níveis mais elevados de Afectividade Positiva ( $M=31,4$ ;  $DP=5,9$ ), comparativamente com os participantes cujo diagnóstico foi feito há menos tempo ( $M=27$ ;  $DP=6,3$ ).

### Análise de regressão múltipla da variável dependente Ajustamento Emocional pelo método *stepwise*

Foi ainda efectuada uma análise de regressão múltipla pelo método *stepwise* com o objectivo de avaliar as variáveis predictoras do Ajustamento Emocional. Foram encontradas duas variáveis independentes predictoras, as quais explicaram cerca de 42% da variância. A primeira variável preditora encontrada foi a Identidade da doença e explicou cerca de 33% da

variância. A segunda variável preditora encontrada, a Afectividade Negativa, explicou cerca de 9% (ver Tabela 1), revelando que os indivíduos que tinham uma menor identidade de doença e mais afectividade negativa estavam mais desajustados emocionalmente.

Tabela 1

*Análise de Regressão Múltipla, pelo método stepwise da variável Ajustamento Emocional*

Variável Dependente	Passos	Variáveis Independentes	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajust.	β	t
Ajustamento Emocional	1	Identidade	0,35	0,33	-0,43	-30,27**
	2	Afectividade Negativa	0,45	0,42	0,36	20,69*
Variância Explicada				0,42%		

Note. \* p<0.05; \*\* p<0.01.

## DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objectivo de avaliar as relações entre o ajustamento emocional, a afectividade, as estratégias da *coping* e a percepção da doença em doentes do foro oncológico. A reacção à doença, avaliada pela presença de sintomatologia emocional, de acordo com os resultados deste estudo, foi diferente de acordo com os sexos, tendo-se verificado índices de desajustamento mais baixos nos homens. As diferenças referentes a estes índices revelaram-se mais evidentes no que respeita à somatização, às obsessões-compulsões, à depressão e à ansiedade, ou seja, as mulheres com doença do foro oncológico relatam maior mal estar, maior número de pensamentos intrusivos e difíceis de controlar, maior isolamento, desmoralização, desmotivação bem como uma maior tensão e preocupação face à doença. As estratégias de *coping* revelaram igualmente ser utilizadas diferencialmente consoante o género, no sentido de os homens apresentarem uma maior eficácia na forma de lidar com a doença oncológica, comparativamente com as mulheres. Manter a actividade e a independência bem como uma atitude positiva, associadas a um maior compromisso na manutenção da sua actividade física e da esperança na reabilitação, são as estratégias que diferenciam os homens das mulheres, confirmando os resultados obtidos por Namir, Wolcott, e Alumbaugh (1987).

Do mesmo modo, e de acordo com os resultados obtidos por Scharloo et al. (1998), as estratégias de *coping* relacionadas com a procura de suporte e com mais crenças na possibilidade de controlo e cura da doença associaram-se a um melhor ajustamento, bem como com estratégias de *coping* relacionadas com a manutenção das actividades e da independência, com o modo de lidar com os tratamentos, manter uma atitude positiva, procurar e compreender a informação médica, bem como a procura de apoio, está de acordo com os estudos elaborados por Watson et al. (1990), que refere que um elevado controlo interno no decorrer da doença está associado à tendência em adoptar uma atitude de espírito de luta face ao cancro. Neste estudo verificou-se ainda que os indivíduos com uma maior percepção da doença utilizaram estratégias de *coping* mais adequadas, associadas a um melhor ajustamento emocional, o que está de acordo com os resultados obtidos no estudo realizado por Dunkel-Schetter et al. (1992).

Para além de os indivíduos com mais espírito de luta apresentarem também mais afectividade positiva, tal como nos estudos de Classen et al. (1996), é ainda de salientar que os indivíduos que tinham o diagnóstico da doença há mais tempo, relataram também mais afectividade positiva, ou seja, maior entusiasmo e determinação, comparativamente com os participantes cujo diagnóstico foi feito há menos tempo, o que é confirmado pelo estudo de Dunkel-Schetter et al. (1992).

O estudo dos determinantes psicológicos do ajustamento emocional confirmou a importância do papel desempenhado por variáveis como a percepção da doença e da

afectividade no ajustamento emocional. Ao contrário do esperado, as estratégias de *coping* não se revelaram predictoras do ajustamento emocional dos indivíduos com doença do foro oncológico.

Os resultados deste estudo devem ser analisados tomando em consideração o número reduzido de pacientes envolvidos assim como a natureza de tipo correlacional do estudo. Pensamos que investigações futuras efectuadas na área das doenças do foro oncológico ultrapassem estas questões metodológicas, nomeadamente, pela realização de estudos longitudinais.

## REFERÊNCIAS

- Aapro, M. (1997). Too much: The paradox of cure. *Oncology in Practice*, 3, 3-5.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 434 - 437.
- Dunkerl-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer.
- Massie, M.J., & Holland, J.C. (1989). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In J. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (cap. 22). NY: Oxford University Press.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Merluzzi, T., & Sanchez, M. (1997). Assessment of self-efficacy and *coping* with cancer: Development and validation of the Cancer Behavior Inventory. *Health Psychology*, 16, 163-170.
- Namir, S., Wolcott, D., & Alumbaugh, A. (1987). Coping with AIDS: Psychological and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 309 - 328.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2 - 21.
- Rowland, J.H. (1990). Intrapersonal resources: Coping. In J. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (cap. 4). NY: Oxford University Press.
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.M., Bergman, W., & Rooijmans, H.G. (1998). Illness perceptions, *coping* and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The Panas Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D., Greer, S., Pruyne, J., & van den Borne, B. (1990). Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, 66, 39-48.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.