

# Le sentiment de gratitude en soins palliatifs : un facteur psychologique contribuant au bien-être et à la qualité de vie ?

## Gratitude in Palliative Care: is it a Psychological Factor Contributing to Well-Being and Quality of Life?

M. Bernard

Reçu le 29 avril 2015 ; accepté le 3 mai 2015  
© Lavoisier SAS 2015

**Résumé** En s'appuyant sur la littérature scientifique et l'état de la recherche, cet article a pour objectif de montrer pourquoi la prise en compte du sentiment de gratitude peut s'avérer utile dans le contexte palliatif en mettant en évidence dans quelle mesure cette émotion ou disposition individuelle : 1) entre en résonance avec le concept de croissance post-traumatique et certains enjeux relationnels chez les patients en fin de vie ; 2) représente un facteur favorisant le bien-être et la qualité de vie ; 3) peut être considérée comme un facteur protecteur contre les troubles psychopathologiques.

**Mots clés** Gratitude · Soins palliatifs · Psychologie positive · Bien-être

**Abstract** Based on the scientific literature and the state of research, this article aims to show why the feeling of gratitude may represent a point of interest for palliative care. We will highlight the following in this article: 1) why this feeling of gratitude resonates with the concept of post-traumatic growth and relational challenges in end-of-life patients; 2) in which measure this feeling represents a factor contributing to well-being and quality of life; 3) in which measure this feeling may be considered as a protective factor against psychopathological troubles.

**Keywords** Gratitude · Palliative care · Positive psychology · Well-being

## Soins palliatifs dans le contexte oncologique

Les progrès actuels de la médecine et de la pharmacologie ont un impact réel sur la prolongation de la vie et inscrivent de ce fait les maladies oncologiques de plus en plus dans le long terme. Dans le meilleur des cas, les traitements proposés au patient aboutiront à une rémission totale et lui permettront, pour autant que cela soit possible, de se réinscrire dans une perspective de vie à long terme. Néanmoins, pour une grande partie des patients oncologiques, leur prise en charge est à considérer au même titre que bien des autres maladies « chroniques » ou de longue durée comme les pathologies neurologiques d'Alzheimer et de Parkinson. L'augmentation significative de ces maladies à long terme, dont les maladies oncologiques font donc effectivement partie, nécessitera inévitablement une intégration et un développement plus importants de l'approche palliative [1]. L'Organisation mondiale de la santé définit les soins palliatifs comme « une approche qui vise à améliorer la qualité de vie des patients et de leur proche par la prévention, l'identification et le traitement de la douleur et des autres difficultés de type somatique, psychosociale ou spirituelle » [2]. Dans les faits, et même si les résultats de recherche parlent en faveur d'une intégration des soins palliatifs précoce dans la trajectoire de soins des patients [3,4], le recours à l'approche palliative centrée sur le confort et la qualité de vie se manifeste plutôt dans les derniers mois, les dernières semaines, voire les derniers jours du patient oncologique.

Selon la définition de l'OMS, l'étude de la qualité de vie impose donc une approche holistique de la prise en charge des patients. Ce principe est d'autant plus important que les progrès réalisés en médecine pour lutter notamment et efficacement contre la douleur laissent parfois le champ libre à l'émergence d'une détresse psychologique et existentielle qui vient de la confrontation inévitable avec la mort et des processus de deuil associés et caractéristiques de la fin de vie. La dimension psychologique et existentielle a fait l'objet

M. Bernard (✉)

Docteur en psychologie, service de soins palliatifs, hôpital Nestlé,  
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),  
5, avenue Pierre-Decker, CH-1011 Lausanne, Suisse  
e-mail : mathieu.bernard@chuv.ch

d'un intérêt grandissant depuis la fin des années 1990, et de nombreuses recherches ont confirmé l'importance de ces dimensions comme facteurs contribuant à la qualité de vie chez ces patients. Force est de constater cependant que les recherches dans ce domaine concernent pour la très grande majorité une meilleure compréhension et une amélioration des traitements des troubles psychiatriques, notamment la dépression et l'anxiété qui sont les pathologies mentales les plus représentées chez les patients palliatifs [5]. Il n'existe que peu de connaissances aujourd'hui des facteurs psychologiques capables d'expliquer et de promouvoir le sentiment de bien-être psychologique et par là même une amélioration de la qualité de vie chez ces patients. C'est précisément cette facette que nous nous proposons de prendre en compte dans cet article, par le biais de la gratitude.

## Psychologie positive et gratitude

La psychologie positive représente actuellement un paradigme théorique qui s'inscrit en complémentarité à la psychiatrie et à la psychopathologie clinique. Elle se définit comme l'étude des conditions et des processus qui contribuent au bien-être et à l'épanouissement individuel [6,7,8] et se compose de trois axes de recherches essentiels :

- l'étude des émotions et des expériences subjectives positives ;
- l'étude des dispositions ou traits de personnalité individuels positifs ;
- le développement des institutions qui, au niveau social, participent au développement des dispositions individuelles positives. Elle se soucie particulièrement de développer une pratique fondée sur l'efficacité et la validation scientifique des données obtenues.

Parmi les émotions et les dispositions individuelles prises en compte en psychologie positive, la gratitude ou sentiment de reconnaissance apparaît comme une dimension particulièrement pertinente pour le contexte palliatif lorsque l'on s'intéresse aux facteurs psychologiques qui peuvent contribuer au développement de la qualité de vie et du bien-être psychique des patients. La gratitude se décline dans une version « état » (la gratitude comme une émotion) et une version « trait » (la gratitude comme trait de personnalité). Dans le premier cas, il s'agit d'un état émotionnel positif éprouvé lorsqu'une personne se perçoit comme bénéficiaire d'un bienfait procuré le plus souvent par autrui, mais il est également possible d'éprouver ce sentiment comme résultant d'un don généré plus globalement par l'existence ou encore de nature spirituelle. La gratitude est donc étroitement liée au sentiment d'attribution. Lorsque ce sentiment est éprouvé plus régulièrement et plus intensément que la moyenne, on parle alors d'un trait de personnalité orienté vers la gratitude

ou la reconnaissance [9,10,11]. Selon Wood et al. [10], la gratitude en tant que trait de personnalité s'apparente à une disposition particulière propice à apprécier les aspects positifs de la vie. Emmons mentionne deux conditions essentielles pour éprouver un sentiment de gratitude :

- l'individu doit dans un premier temps éprouver une expérience de bienfait ;
- il doit ensuite reconnaître que cette expérience trouve sa source en dehors de lui-même [9]. La gratitude est généralement évaluée par le biais de trois échelles principales : le GQ-6 (Gratitude Questionnaire) [12], le GRAT (Gratitude, Appreciation and Resentment Test) [13], l'AS (Appreciation Scale) [14].

Dans la suite de cet exposé, nous tenterons de mettre en évidence, en nous fondant sur la littérature actuelle, pourquoi la confrontation avec une maladie mortelle peut représenter un contexte propice à la prise en compte de la gratitude en considérant notamment :

- dans quelle mesure la gratitude entre en résonance avec le concept de croissance post-traumatique (changements psychologiques positifs) et plus particulièrement avec certains enjeux relationnels primordiaux chez les patients palliatifs ;
- dans quelle mesure la gratitude peut être considérée comme un facteur favorisant le bien-être et la qualité de vie ;
- dans quelle mesure la gratitude peut être considérée comme un facteur protecteur contre certains troubles psychopathologiques.

Il n'existe que peu de recherches effectuées sur la gratitude dans le contexte oncologique et encore moins dans le contexte palliatif. Par conséquent, notre objectif est de nous appuyer sur les résultats mis en évidence dans d'autres contextes, essentiellement non cliniques, pour montrer l'intérêt d'une meilleure compréhension et du rôle de la gratitude dans le contexte des soins palliatifs oncologiques et généraux.

## Gratitude, croissance post-traumatique et sphère relationnelle

Une exacerbation du sentiment de gratitude en fin de vie dans un contexte palliatif pourrait s'expliquer en partie par des changements psychologiques positifs consécutifs à des événements de vie graves, comme le fait d'être confronté à une maladie potentiellement mortelle. Ces changements font référence au concept de croissance ou de développement post-traumatique (*post-traumatic growth*) de Tedeschi et Calhoun [15]. La confrontation au trauma et la mobilisation des ressources individuelles peuvent faire émerger une

recomposition des schémas individuels ainsi qu'une redéfinition du système de croyances et des valeurs. Ce changement interne s'opère par le biais des processus d'assimilation (intégration et interprétation des éléments nouveaux à la lumière des schémas de pensée existants) et d'accommodation (adaptation et transformation des structures cognitives personnelles pour s'ajuster à un événement vécu) du traumatisme. Tedeschi & Calhoun [16] ont montré en effet que le phénomène de croissance post-traumatique se caractérisait notamment par des relations renforcées, une modification de l'image de soi et une meilleure capacité à apprécier sa vie, ce qui pourrait aller de pair avec un renforcement du sentiment de gratitude selon la définition que nous avons décrite plus haut. Dans le contexte palliatif et à notre connaissance, il n'y a pas encore d'étude qui ait montré un lien clair entre gratitude et croissance post-traumatique. Néanmoins, une étude expérimentale menée par Frias et al. [17] a testé et confirmé l'hypothèse selon laquelle des événements de vie confrontant l'individu avec sa propre mort entraînent une augmentation du sentiment de gratitude, par le biais d'une prise de conscience que ce qui était tenu pour acquis ne l'est pas nécessairement.

Parmi les dimensions caractéristiques de la croissance post-traumatique, l'amélioration des interactions et des relations représente un point souvent mentionné dans les soins palliatifs. Or, la définition de la gratitude inclut un sentiment de reconnaissance envers autrui, le plus souvent des personnes proches avec lesquelles un lien d'attachement s'est développé. Plusieurs recherches ont en effet montré que les relations interpersonnelles (et particulièrement familiales) sont déterminantes pour les patients palliatifs [18,19]. Il s'agit notamment des études qui portent sur l'identification des domaines qui contribuent à donner du sens à la vie. Dans l'étude de Fegg et al. [18], la famille, les conjoints et les amis figurent parmi les quatre domaines les plus souvent cités par des patients palliatifs comme des aspects contribuant au sentiment que sa vie a un sens. Comparativement à la population tout-venant, les conjoints et les amis proches sont cités respectivement 2,2 et 5,1 fois plus souvent, ce qui représente des indicateurs clairs pour améliorer la prise en charge de ces patients. L'étude de Stiefel et al. [19], fondée sur la même méthodologie que l'étude précédente mais avec une population de patients atteints de cancer, montre également que la famille et les amis proches sont des facteurs cités par une majorité de patients comme déterminants pour donner un sens à leur vie (plus de 50 % des patients pour ces deux domaines). Il est également intéressant de constater que la sphère relationnelle contribue aussi significativement à la qualité de vie des patients palliatifs, puisque la famille et les amis représentent deux domaines parmi les trois mentionnés le plus souvent par les patients palliatifs comme prépondérants pour leur qualité de vie. L'importance accordée à la sphère relationnelle peut sans doute s'expliquer en partie par

un changement des valeurs en fin de vie, particulièrement au profit des valeurs altruistes [20].

Récemment, une série d'études expérimentales en psychologie ont montré que la gratitude avait précisément des conséquences bénéfiques pour le maintien et la qualité des relations à plusieurs niveaux :

- elle encourage le sentiment d'appartenance sociale, en termes de quantité de temps passé avec une personne jugée comme bienfaitrice et en termes d'intégration sociale [21] ;
- elle favorise l'attention portée aux besoins des proches de même que le degré d'engagement relationnel dans le temps [22] ;
- elle est associée à un haut degré de satisfaction rapporté lorsque les relations sont très investies [23].

## Gratitude et bien-être

Le deuxième point parlant en faveur d'une meilleure compréhension du rôle de la gratitude en fin de vie concerne le lien établi entre cette émotion et le bien-être tant « subjectif » que « psychologique ». Le bien-être subjectif a été développé par Diener et al. [24] dans les années 1980. Il se définit en fonction de deux dimensions : le sentiment de satisfaction ressenti par rapport à sa vie en général, dépendant principalement du décalage perçu entre la situation actuelle et idéalisée (composante cognitive), ainsi qu'une présence marquée d'émotions positives et faible d'émotions négatives (composante affective). Cette vision du bien-être dépend plutôt du principe de plaisir, raison pour laquelle on utilise le concept de bien-être « hédonique ». Plusieurs études menées avec des adultes tout-venant rapportent des liens significatifs entre la gratitude et le sentiment de satisfaction par rapport à sa propre vie [25–28], tandis que d'autres, réalisées auprès de populations adolescentes, étudiantes et tout-venant, établissent un lien significatif avec les émotions positives ou négatives [12,29–31].

L'autre facette du bien-être, le bien-être « psychologique », repose sur une conception « eudémonique » du bonheur. Elle se réfère au sentiment d'épanouissement fondé sur le développement de valeurs et de qualités morales reconnues socialement comme vertueuses et nécessitant un certain investissement individuel. Le bien-être psychologique comprend plusieurs dimensions [32] : une vie caractérisée par un sentiment d'autonomie, de compétences, de croissance personnelle, d'acceptation de soi, marquée par des relations positives avec autrui et génératrices de sens. Deux recherches ont exploré le lien entre gratitude et bien-être psychologique [28,33]. La première étude, réalisée auprès de la population tout-venant, a montré un lien significatif avec la plupart des dimensions décrites par Ryff et Singer, tandis que la

seconde, menée avec une population clinique souffrant de stress post-traumatique, a montré que les personnes caractérisées par un fort sentiment de gratitude rapportaient (fournissaient) davantage d'engagement dans des activités intrinsèquement motivées.

La première conception du bien-être serait de nature fluctuante en raison de la nature des expériences qui procurent du bien-être et serait donc largement dépendante du contexte et des événements de vie particuliers, tandis que la seconde conception serait plus authentique et durable, car moins dépendante des contingences contextuelles [34,35]. Dans le contexte de fin de vie en soins palliatifs, nous pouvons donc supposer que les personnes qui parviennent à maintenir un niveau de bien-être psychologique élevé, moins dépendant de la maladie que le bien-être subjectif, parviennent à mieux apprécier la vie qui reste et que cela influe sur leur qualité de vie.

### Gratitude, dépression, anxiété et crainte de la mort

Une meilleure compréhension du rôle de la gratitude en fin de vie nous paraît d'autant plus pertinente que la recherche a montré des corrélations négatives globalement élevées entre gratitude, émotions négatives et troubles psychopathologiques comme la dépression ou encore la crainte de la mort, avec une corrélation  $r = -0,72$  pour le lien avec la dépression. Watkins et al. [13] ont en effet mis en évidence que la gratitude était inversement proportionnelle aux émotions comme l'irritabilité, l'hostilité, les affects négatifs et la dépression. D'autres études ont par la suite confirmé que la dépression ou le trait de personnalité à tendance dépressive représentait la dimension la plus fortement négativement corrélée avec la gratitude [27,28]. La recherche de Wood et al. [28] est particulièrement intéressante puisqu'elle permet de relever un lien de causalité entre gratitude et dépression. Les auteurs ont en effet mené deux études longitudinales qui ont montré que la gratitude était un facteur prédictif significatif de la diminution de la dépression et de la détresse psychologique. La gratitude représente donc non seulement un vecteur de bien-être subjectif et psychologique, mais encore un facteur protecteur potentiellement important face à l'émergence de troubles psychopathologiques. Enfin, il est également intéressant de constater que le sentiment de gratitude a aussi un impact sur l'anxiété de mort, puisque Lau et Cheng [36] ont montré que des étudiants amenés à réfléchir à des situations propices au sentiment de gratitude manifestaient moins d'anxiété de mort que des étudiants à qui l'on demandait de penser à des situations stressantes et même émotionnellement neutres.

Ainsi, ces résultats en lien avec la dépression sont particulièrement prometteurs si l'on considère que ce trouble est

certainement le symptôme psychiatrique le plus présent dans la population palliative. En effet, dans une méta-analyse récente sur la prévalence des troubles psychiatriques en soins palliatifs incluant plus de 4 000 patients, Mitchell et al. [5] ont montré que 24,6 % (IC : 17,5–32,4 %) des patients souffraient de dépression, fondée sur le diagnostic DSM, 9,8 % (IC : 6,8–13,2 %) des patients souffraient de troubles anxieux et 15,4 % (IC : 10,1–21,6 %) des patients d'un trouble de l'ajustement. Or, plusieurs études ont montré que la dépression avait une incidence sur la qualité de vie directement ou sur certaines de ses composantes essentielles en soins palliatifs comme la douleur ou la fatigue [37,38]. D'autre part, il faut également mentionner que la plupart des instruments de mesure développés pour évaluer la qualité de vie considèrent la dimension psychologique comme une composante déterminante de la qualité de vie des patients palliatifs [39].

Des résultats présentés ci-dessus, nous pouvons donc retenir plus particulièrement que :

- la présence du sentiment de gratitude peut être induite par des processus de changements psychologiques positifs qui font suite à un événement de vie potentiellement traumatisant ;
- elle est associée positivement au bien-être subjectif et psychologique et négativement à la dépression et autres troubles psychopathologiques ;
- elle favorise le maintien et la qualité des relations avec les proches.

### Portée clinique

L'intérêt de prendre en compte le sentiment de gratitude pour les patients en fin de vie réside dans la possibilité d'appliquer des interventions de psychologie positive centrées sur le développement et la prise de conscience de ce sentiment. En effet, des interventions psychologiques ont été développées au cours des dernières années afin de sensibiliser les individus au sentiment de gratitude et d'influencer par là même le niveau de bien-être psychologique et subjectif. Il s'agit d'interventions relativement simples à appliquer qui peuvent également s'inscrire dans une optique complémentaire à une démarche psychothérapeutique classique. Ces interventions se déclinent généralement sous trois formes différentes :

- écrire quotidiennement, sur une durée de quelques jours, une liste d'éléments (personnes ou autres) pour lesquels une personne éprouve un sentiment de gratitude ;
- induire un état de contemplation reconnaissante en demandant aux participants de penser à une chose pour

laquelle ils éprouvent de la gratitude et de s'immerger ensuite dans cet état ;

- exprimer concrètement son sentiment de reconnaissance à une personne chère au moyen d'une lettre ou d'une visite.

Dans leur revue de littérature, Wood et al. [10] mentionnent 12 études contrôlées randomisées qui ont évalué l'impact de ces interventions sur le bien-être, essentiellement sur des populations tout-venant ou étudiantes. Toutes rapportent des effets bénéfiques significatifs sur le bien-être. De plus, dans une méta-analyse centrée sur l'efficacité de l'ensemble des interventions développées en psychologie positive pour lutter contre la dépression et favoriser le bien-être, Sin et Lyubomirsky [40] rapportent une taille de l'effet moyenne de  $r = 0,29$  pour l'augmentation du bien-être (49 études prises en compte et 4 235 participants) et de  $r = 0,31$  pour une baisse de l'état dépressif (25 études considérées et 1 812 participants). Les deux auteurs rapportent également à ce propos un effet modérateur de l'âge : plus les participants sont âgés, plus les effets positifs de ces interventions se font ressentir. Par conséquent, ces résultats sont encourageants à deux niveaux ; d'une part, parce que ces interventions sont sans doute transposables et applicables dans le contexte palliatif qui nécessite une grande souplesse et une certaine marge de manœuvre dans le *setting* clinique et le suivi des patients et, d'autre part, parce que la majorité des patients suivis sont âgés de plus de 60 ans et semblent mieux à même de profiter de ce type d'interventions.

## Conclusion

La psychologie positive connaît actuellement des développements importants tant dans le domaine de la recherche que dans l'enseignement. Néanmoins, il apparaît aujourd'hui primordial que ce courant investisse davantage le champ de la clinique afin de vérifier si les résultats prometteurs entrevus essentiellement avec des participants tout-venant ou des étudiants se confirment avec des populations fragilisées. À ce titre, les soins palliatifs et l'oncologie représentent un contexte opportun étant donné les enjeux identifiés jusqu'à présent et qui insistent notamment sur une approche la plus holistique possible de l'être humain. Si l'on se concentre sur la dimension psychologique, cela nécessite de ne pas se focaliser uniquement sur le traitement et le soulagement des troubles psychopathologiques majeurs (anxiété, dépression), mais de considérer également, dans une optique complémentaire, ce qui peut participer et contribuer au maintien du bien-être psychologique et, par là même, à la qualité de vie et au confort des patients. Certes, de nombreux progrès ont été accomplis jusqu'à présent dans cette perspective, par exemple en développant et en intégrant de plus en plus la spiritualité et les questions existentielles propres à émerger

dans le contexte de la fin de vie. Cependant, d'autres aspects méritent un intérêt tout aussi important de la part des psychologues investis dans ce domaine, et le sentiment de gratitude ou de reconnaissance représente un exemple d'attitude et d'émotion qui vaut sans doute la peine d'être considéré attentivement dans le contexte palliatif.

**Liens d'intérêts** l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. Piers R, Pautex S, Curale V, et al (2010) Palliative care for the geriatric patient in Europe. Survey describing the services, policies, legislation, and associations. *Z Gerontol Geriatr* 43:381–5
2. World Health Organisation (2014) Global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Palliative care Alliance, London (WHO definition of palliative care available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)
3. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al (2014) Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 383:1721–30
4. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New Engl J Med* 363:733–42
5. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al (2011) Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 12:160–74
6. Gable SL, Haidt J (2005) What (and why) is positive psychology? *Rev Gen Psychol* 9:103–10
7. Bernard M, Zimmermann G, Favez N (2011) Which place for positive psychology in psychotherapy? Theoretical and empirical perspectives. *Prat Psychol* 17:301–13
8. Seligman ME, Csikszentmihalyi M (2000) Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* 55:5–14
9. Emmons RA (2007) Thanks! How the new science of gratitude can make you happier. Houghton Mifflin Harcourt, New York
10. Wood AM, Froh JJ, Geraghty AW (2010) Gratitude and well-being: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 30:890–905
11. McCullough ME, Emmons RA, Tsang JA (2002) The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol* 82:112–27
12. McCullough ME, Tsang J-A, Emmons RA (2004) Gratitude in intermediate affective terrain: links of grateful moods to individual differences and daily emotional experience. *J Pers Soc Psychol* 86:295–309
13. Watkins PC, Woodward K, Stone T, Kolts RL (2003) Gratitude and happiness: development of a measure of gratitude and relationships with subjective well-being. *Soc Behav Pers* 31:431–52
14. Adler MG, Fagley N (2005) Appreciation: individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *J Pers* 73:79–114
15. Tedeschi RG, Calhoun LG (2004) Target article: "Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychol Inq* 15:1–18
16. Tedeschi RG, Calhoun LG (1995) Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering. Sage Publications, Thousand Oaks.

17. Frias A, Watkins PC, Webber AC, Froh JJ (2011) Death and gratitude: death reflection enhances gratitude. *J Posit Psychol* 6: 154–62.
18. Fegg MJ, Brandstatter M, Kramer M, et al (2010) Meaning in life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 40:502–9
19. Stiefel F, Krenz S, Zdrojewski C, et al (2008) Meaning in life assessed with the “Schedule for Meaning in Life Evaluation” (SMiLE): a comparison between a cancer patient and student sample. *Support Care Cancer* 16:1151–5
20. Fegg MJ, Wasner M, Neudert C, Borasio GD (2005) Personal values and individual quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 30:154–9
21. Bartlett MY, Condon P, Cruz J, et al (2012) Gratitude: prompting behaviours that build relationships. *Cogn Emot* 26:2–13
22. Gordon AM, Impett EA, Kogan A, et al (2012) To have and to hold: gratitude promotes relationship maintenance in intimate bonds. *J Pers Soc Psychol* 103:257–74
23. Lambert NM, Clark MS, Durtschi J, et al (2010) Benefits of expressing gratitude: expressing gratitude to a partner changes one’s view of the relationship. *Psychol Sci* 21:574–80
24. Diener E, Oishi S, Lucas RE (2009) Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In: Lopez SJ, Snyder CR (eds), *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York, pp 187–94
25. Park N, Peterson C, Seligman ME (2004) Strengths of character and well-being. *J Clin Psychol* 23:603–19
26. Peterson C, Park N, Seligman ME (2005) Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *J Happiness Stud* 6:25–41
27. Wood AM, Joseph S, Maltby J (2008) Gratitude uniquely predicts satisfaction with life: incremental validity above the domains and facets of the five factor model. *Pers Individ Dif* 45:49–54
28. Wood AM, Maltby J, Gillett R, et al (2008) The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: two longitudinal studies. *J Res Pers* 4:854–71
29. Froh JJ, Sefick WJ, Emmons RA (2008) Counting blessings in early adolescents: an experimental study of gratitude and subjective well-being. *J School Psychol* 46:213–33
30. Froh JJ, Yurkewicz C, Kashdan TB (2009) Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *J Adolesc* 32:633–50
31. Naito T, Wangwan J, Tani M (2005) Gratitude in University Students in Japan and Thailand. *J Cross Cult Psychol* 36:247–63
32. Ryff CD, Singer BH (2013) Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. In: Delle Fave (ed), *The exploration of happiness: present and future perspectives*. Springer Science + Business Media, New York, pp 97–116
33. Kashdan TB, Uswatte G, Julian T (2006) Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam war veterans. *Behav Res Ther* 44:177–99
34. Dambrun M, Ricard M (2011) Self-centeredness and selflessness: a theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness. *Rev Gen Psychol* 15:138–57
35. Dambrun M, Ricard M (2012) The transcendence of self and happiness: an update-proof model of happiness based on self-biased center. *Cah Internat Psychol Soc* 93:89–102
36. Lau RW, Cheng ST (2012) Gratitude orientation reduces death anxiety but not positive and negative affect. *Omega* 66:79–88
37. Garrison CM, Overcash J, McMillan SC (2011) Predictors of quality of life in elderly hospice patients with cancer. *Jof Hosp Palliat Nurs* 13:288–97
38. McMillan SC, Small BJ (2002) Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. *Oncol Nurs Forum* 29:1421–8
39. Albers G, Echteld MA, de Vet HC, et al (2010) Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. *Palliat Med* 24:17–37
40. Sin NL, Lyubomirsky S (2009) Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol* 65:467–87