

IOSUD – UNIVERSITATEA „DUNĂREA DE JOS” DIN GALAȚI

Școala doctorală de Științe Biomedicale



REZUMAT

TEZĂ DE DOCTORAT

Incidența tulburărilor psihice la pacienții oncologici

Doctorand,

Ana-Maria TĂLPĂU (PÂSLARU)

Conducător științific,

Prof. univ. dr. Ciubară Anamaria

Seria M: Medicină Nr. 42

GALAȚI

2026

IOSUD – UNIVERSITATEA „DUNĂREA DE JOS” DIN GALAȚI

Școala doctorală de Științe Biomedicale



TEZĂ DE DOCTORAT

Incidența tulburărilor psihice la pacienții oncologici

Doctorand,

Ana-Maria TĂLPĂU (PÂSLARU)

Președinte	Prof. univ. dr. habil. MATEI Mădălina-Nicoleta, Decan al Facultății de Medicină și Farmacie, Universitatea „Dunărea de Jos” din Galați
Conducător științific	Prof. univ. dr. CIUBARĂ Anamaria, Universitatea „Dunărea de Jos” din Galați
Referenți științifici	Prof. univ. dr. habil., ȘTEFĂNESCU Cristinel, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași Prof. univ. dr. habil., DEHELEAN Liana, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoară Conf. univ. dr., VOICU Dragoș, Universitatea „Dunărea de Jos” din Galați

Seria M: Medicină Nr. 42

GALAȚI

2026

Cuprins

Introducere.....	11
Rezumatul și structura lucrării științifice.....	12
Motivația alegerii temei de cercetare.....	13
Obiectivele de cercetare urmărite.....	14
Notații și abrevieri.....	21
Lista figurilor.....	35
Lista tabelelor.....	37
 PARTEA GENERALĂ: Status și tendințe recente în cercetare.....	 39
CAPITOLUL I. Tulburări psihice – Cadru conceptual și abordări actuale.....	39
1.1 Definiții și clasificări ale tulburărilor psihice.....	39
1.1.3 Comorbidități psihice la pacienții oncologici.....	48
1.2 Mecanisme fiziopatologice ale tulburărilor de sănătate mintală.....	80
1.2.1 Bazele neurobiologice ale bolilor psihice.....	80
1.2.2 Factori genetici și epigenetici.....	81
1.4 Managementul tratamentului și abordări inovative.....	86
1.4.1 Tehnici psihoterapeutice: Terapia cognitiv-comportamentală și suportul psihologic integrat.....	86
1.4.2 Strategii de tratament farmacologic (antidepresive, anxiolitice și medicamente asociate).....	87
1.6 Progrese recente în cercetare și perspective viitoare.....	90
1.6.1 Direcții contemporane în investigarea tulburărilor psihice.....	90
1.6.2 Noi abordări și tehnologii emergente în tratamente.....	90
 CAPITOLUL II. Cancerul – Impact psihologic și implicații asupra sănătății mintale.....	 92
2.1 Tabloul general al afecțiunilor oncologice.....	92
2.1.1 Dinamica epidemiologică în spațiul național, european și global.....	92
2.1.4 Opțiuni terapeutice oncologice și reacții adverse secundare.....	119
2.2 Diagnosticul de cancer și consecințele sale asupra sănătății mintale și calității vieții.....	121
2.2.1 Reacții emoționale imediate (șoc, negare, anxietate).....	121
2.2.2 Tranziții psihologice și tulburări de adaptare caracteristice.....	122
2.2.3 Diminuarea calității vieții: factori și implicații.....	122
2.4 Terapie și suport psihologic în procesul de recuperare.....	129
2.4.1 Psihoterapia în oncologie: abordări adaptate nevoilor individuale.....	130
2.4.2 Valențele sprijinului social și ale intervențiilor de grup în oncologie.....	130
2.4.3 Managementul multidimensional al durerii și stresului asociat.....	131
 PARTEA SPECIALĂ: Contribuții originale.....	 141
CAPITOLUL III. Incidența tulburărilor anxioase și depresive la pacienții oncologici: Studiu clinic desfășurat în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” din Galați.....	141
3.1 Introducere și justificarea studiului clinic retrospectiv.....	141
3.1.1 Contextul integrării sănătății mintale în oncologie.....	141
3.1.2 Relevanța diagnosticării F41.2 în rândul pacienților oncologici.....	141
3.1.3 Rolul spitalului regional ca centru de observație reprezentativ.....	142
3.2 Scopul cercetării, principalele direcții de investigare, obiective și ipoteze.....	143
3.2.1 Scop și direcții de cercetare.....	143
3.2.2 Obiective generale și specifice.....	144
3.2.3 Ipoteze de lucru formulate pe baza literaturii și a observațiilor clinice.....	144

3.3 Material și metodă.....	146
3.3.1 Descrierea designului studiului: retrospectiv, observațional.....	146
3.3.2 Criterii de includere și excludere a pacienților.....	146
3.3.3 Structura eșantionului: repartiția pe tipuri de cancer.....	147
3.3.4 Instrumente utilizate: Scala H.A.D., scorul ECOG.....	148
3.4 Rezultate: analiză descriptivă, inferențială și vizualizare statistică.....	150
3.4.1 Caracterizarea eșantionului: profil demografic și oncologic.....	150
3.4.2 Evaluarea simptomatologiei anxio-depresive (Scala H.A.D.).....	154
3.4.3 Funcționalitatea pacienților: scoruri ECOG și variații clinice.....	197
3.4.4 Testarea ipotezelor: diferențe între subgrupuri și analize comparative.....	219
3.5 Discuția rezultatelor și implicațiile clinice.....	222
3.5.1 Concordanțe și discrepanțe față de literatura de specialitate.....	222
CAPITOLUL IV. Strategii de monitorizare psihică în cancer: Ghid practic pentru pacienți și aparținători.....	236
4.1 Fundamentarea teoretică a necesității unui ghid psihoeducațional.....	236
4.2 Obiectivele și principiile ghidului.....	237
4.3 Semne precoc și manifestări ale tulburărilor psihice în cancer.....	238
4.4 Recomandări practice pentru gestionarea simptomelor psihice.....	239
4.5 Aplicabilitatea ghidului în practica medicală și comunitară.....	246
CAPITOLUL V. Concluzii generale și direcții viitoare de cercetare și dezvoltare.....	248
Bibliografie.....	252

INTRODUCERE

Sănătatea mintală reprezintă un pilon fundamental al bunăstării generale și un factor determinant în evoluția și prognosticul diverselor afecțiuni medicale. În contextul oncologic, interdependența dintre dimensiunea somatică și cea psihologică capătă o relevanță deosebită, întrucât diagnosticul de cancer și tratamentele aferente pot precipita sau agrava o gamă variată de tulburări psihice. Impactul acestor afecțiuni nu este limitat doar la nivel emoțional sau cognitiv, ci influențează în mod direct răspunsurile fiziologice, inclusiv funcționarea sistemului imunitar și a mecanismelor inflamatorii, elemente centrale în progresia bolii oncologice și în eficacitatea terapiei administrate.

Diagnosticarea cancerului constituie, în cele mai multe cazuri, un eveniment traumatic major, care declanșează o paletă largă de reacții psihologice. În primele etape, pacienții pot experimenta stări de șoc și negare, urmate adesea de anxietate intensă, depresie profundă sau tulburări de adaptare. Studiile epidemiologice arată că între 30% și 50% dintre pacienții oncologici prezintă o formă de suferință psihologică severă, iar o proporție semnificativă dintre aceștia dezvoltă tulburări psihice majore, cum ar fi depresia, anxietatea generalizată sau tulburarea de stres post-traumatic. Aceste manifestări au un impact negativ asupra calității vieții și pot influența capacitatea pacientului de a tolera terapiile oncologice, afectând aderența la tratament și, implicit, rezultatele clinice.

Efectele psihologice ale cancerului sunt modelate de o multitudine de factori, inclusiv tipul și stadiul bolii, istoricul psihiatric preexistent, resursele individuale de coping și sprijinul social disponibil. Pacienții diagnosticați cu cancere avansate, cu prognostic rezervat sau recurențe multiple prezintă un risc crescut de tulburări afective, ceea ce poate contribui la reducerea calității vieții și la creșterea mortalității. Pe de altă parte, gestionarea adecvată a sănătății mintale poate favoriza o mai bună toleranță la tratamentele oncologice, reducând nivelul de stres oxidativ și inflamația sistemică, aspecte care au fost asociate cu o evoluție mai favorabilă a bolii.

REZUMATUL ȘI STRUCTURA LUCRĂRII ȘTIINȚIFICE

Prezenta lucrare de doctorat intitulată „Incidența tulburărilor psihice la pacienții oncologici” abordează, într-o manieră interdisciplinară și cuprinzătoare, relația complexă dintre sănătatea mintală și patologia oncologică. Teza este structurată riguros în două părți majore, fiecare articulând, la rândul său, capitole și subsecțiuni menite să ofere atât o fundamentare teoretică solidă, cât și o contribuție originală bazată pe cercetare clinică.

Partea generală debutează cu o introducere amplă care argumentează importanța sănătății mintale în contextul bolii oncologice, subliniind impactul semnificativ pe care tulburările psihice – precum anxietatea, depresia, tulburările de adaptare sau stresul post-traumatic – îl au asupra calității vieții și asupra prognosticului pacienților oncologici. Este detaliată motivația alegerii temei, cu accent pe necesitatea integrării psiho-oncologiei în practica medicală curentă, iar obiectivele de cercetare sunt clar definite: de la cuantificarea incidenței și prevalenței tulburărilor psihice în rândul pacienților oncologici, la identificarea factorilor de risc și evaluarea impactului acestor comorbidități asupra evoluției bolii și a aderenței la tratament. Structura tezei este organizată astfel încât să reflecte complexitatea problematicii. Capitolul I „Tulburări psihice – Cadru conceptual și abordări actuale” oferă cadrul conceptual al tulburărilor psihice, prezentând clasificările internaționale (ICD-11, DSM-5-TR), aspectele istorice și evolutive, mecanismele fiziopatologice, factorii genetici, neurobiologici și psihosociali implicați, precum și manifestările clinice și provocările diagnostice. Sunt discutate strategiile terapeutice contemporane, de la terapiile farmacologice la intervențiile psihoterapeutice și programele complementare, precum și politicile publice de prevenție și noile direcții de cercetare. Capitolul II „Cancerul – Impact psihologic și implicații asupra sănătății mintale” este dedicat impactului psihologic al cancerului, analizând atât tabloul general al afecțiunilor oncologice – epidemiologia, tipurile de neoplazii, factorii predispozanți și reacțiile adverse ale tratamentelor – cât și consecințele psihologice ale diagnosticului, scăderea calității vieții, diferențele demografice și economice, vulnerabilitatea suicidară și importanța suportului psihologic în recuperare. Sunt trecute în revistă strategiile naționale și internaționale, inițiativele de facilitare a accesului la servicii psihologice și tendințele viitoare în cercetarea oncopsihologică.

Partea specială a tezei, reprezentând contribuția originală, este centrată pe Capitolul III „Incidența tulburărilor anxioase și depresive la pacienții oncologici: Studiu clinic desfășurat în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgențe Sf. Apostol Andrei din Galați” care evidențiază un studiu clinic retrospectiv privind incidența tulburărilor anxioase și depresive la pacienții oncologici. Sunt prezentate în detaliu contextul și justificarea studiului, scopul, obiectivele și ipotezele de lucru, materialele și metodele utilizate (inclusiv instrumentele de evaluare, criteriile de includere/excludere și metodologia statistică). Urmează analiza descriptivă și inferențială a eșantionului – cu evaluarea scorurilor H.A.D. și ECOG, corelațiile între variabilele clinice și sociodemografice, analiza diferențelor între grupuri, precum și reprezentarea grafică a rezultatelor. Discuțiile științifice reliefează concordanța sau discrepanțele față de literatura de specialitate, posibilele explicații fiziopatologice și sociale, precum și implicațiile clinice pentru intervenții personalizate. Sunt expuse limitările studiului și direcțiile de extindere, urmate de concluzii parțiale care sintetizează principalele constatări și relevanța integrării suportului psihiatric în oncologie. Capitolul IV „Strategii de monitorizare psihică în cancer: Ghid practic pentru pacienți și aparținători” propune un ghid practic de monitorizare psihologică adresat pacienților oncologici și aparținătorilor, fundamentat teoretic, cu recomandări practice pentru recunoașterea și gestionarea simptomelor psihice, precum și pentru facilitarea aplicării acestor recomandări în practica medicală și comunitară. Teza se încheie cu un capitol de concluzii generale și perspective de dezvoltare viitoare, urmate de lista lucrărilor publicate și prezentate, respectiv de bibliografie și anexele relevante.

Prin această structură, teza reușește să ofere nu doar o sinteză actualizată a cunoștințelor din domeniul psiho-oncologiei, ci și o cercetare aplicativă cu implicații directe pentru practica medicală, susținând necesitatea unei abordări integrate, multidisciplinare și personalizate în îngrijirea pacienților oncologici cu suferință psihică.

MOTIVAȚIA ALEGERII TEMEI DE CERCETARE

În contextul actual al medicinei moderne, oncologia și psihiatria sunt două domenii interconectate, iar importanța psiho-oncologiei ca disciplină de sine stătătoare este din ce în ce mai recunoscută. Diagnosticul de cancer reprezintă o experiență traumatică majoră, care poate genera sau exacerba o serie de tulburări psihice, influențând astfel calitatea vieții, aderența la tratament și chiar prognosticul pacientului oncologic. În pofida progreselor remarcabile în diagnosticul și tratamentul neoplaziilor, dimensiunea psihologică a îngrijirii pacienților oncologici rămâne subinvestigată și, în multe cazuri, neglijată. Prin urmare, o înțelegere aprofundată a incidenței tulburărilor psihice la această categorie de pacienți devine imperativă, atât din perspectivă clinică, cât și din prisma politicilor de sănătate publică.

Studierea relației dintre patologia oncologică și sănătatea mintală este justificată de impactul profund pe care tulburările psihice îl pot avea asupra evoluției bolii și asupra eficacității tratamentelor oncologice. Depresia, anxietatea, tulburările de adaptare și stresul post-traumatic sunt întâlnite frecvent în rândul pacienților oncologici și pot influența nu doar percepția subiectivă asupra bolii, ci și mecanismele biologice implicate în progresia neoplaziilor. De exemplu, inflamația cronică, disfuncțiile axei hipotalamo-hipofizo-suprarenaliene și alterările sistemului imunitar, toate acestea fiind corelate cu suferința psihologică, au fost identificate drept factori favorizanți ai progresiei tumorale și ai diminuării eficienței terapiei oncologice. Prin urmare, managementul sănătății mintale a pacienților oncologici nu trebuie privit doar ca o componentă a îngrijirii paliative, ci ca un element central al abordării terapeutice integrate.

Dintr-o perspectivă epidemiologică, incidența ridicată a tulburărilor psihice în rândul pacienților oncologici justifică necesitatea unei cercetări aprofundate asupra factorilor care contribuie la vulnerabilitatea psihologică a acestora. Deși datele din literatura de specialitate indică faptul că între 30% și 50% dintre pacienții oncologici prezintă simptome de suferință psihologică, există variații semnificative în funcție de tipul de neoplazie, stadiul bolii, tratamentele administrate și caracteristicile socio-demografice ale pacienților. Aceste variații subliniază importanța identificării unor modele predictive și a unor factori de risc specifici, care să permită dezvoltarea unor strategii personalizate de intervenție.

Un alt motiv esențial pentru alegerea acestei teme de cercetare îl constituie deficitul de integrare a serviciilor de sănătate mintală în îngrijirea oncologică. În multe sisteme de sănătate, suportul psihologic este considerat opțional sau este disponibil doar în fazele terminale ale bolii, ceea ce limitează considerabil eficacitatea intervențiilor. Screening-ul pentru tulburările psihice la pacienții oncologici este încă insuficient implementat, iar lipsa unor protocoale standardizate de intervenție face ca numeroși pacienți să nu beneficieze de suport psihologic adecvat. De asemenea, stigmatizarea asociată problemelor de sănătate mintală constituie o barieră importantă în accesarea serviciilor de specialitate, ceea ce accentuează și mai mult impactul negativ al suferinței psihologice asupra prognosticului oncologic.

Alegerea acestei teme de cercetare este motivată și de implicațiile majore pe care le are sănătatea mintală asupra calității vieții pacienților oncologici. Pe lângă efectele directe asupra evoluției bolii, tulburările psihice asociate cancerului influențează semnificativ dimensiunile sociale, profesionale și relaționale ale existenței pacienților. În numeroase cazuri, anxietatea și depresia pot determina izolarea socială, scăderea funcționalității în viața cotidiană și alterarea relațiilor interpersonale, amplificând astfel suferința pacientului și reducând capacitatea acestuia de a gestiona boala într-un mod adaptativ. În acest context, abordarea psiho-oncologică nu trebuie să fie doar reactivă, ci și proactivă, vizând prevenirea și identificarea precoce a suferinței psihologice, precum și optimizarea strategiilor de coping.

OBIECTIVELE DE CERCETARE URMĂRITE

În cadrul acestei teze de doctorat, obiectivele de cercetare sunt conturate în concordanță cu nevoia stringentă de a înțelege impactul tulburărilor psihice asupra pacienților oncologici, identificând mecanismele fiziopatologice implicate, factorii de risc și strategiile de intervenție care pot contribui la optimizarea îngrijirii acestora. Având în vedere complexitatea relației dintre cancer și sănătatea mintală, acest demers științific urmărește să aducă o contribuție semnificativă la dezvoltarea cunoștințelor din domeniul psiho-oncologiei, oferind o bază solidă pentru implementarea unor modele de intervenție personalizate.

Obiectivele specifice ale acestei cercetări sunt multiple și se subsumează unei abordări integrate, menite să investigheze incidența, determinanții și implicațiile clinice ale tulburărilor psihice în oncologie. Acestea sunt formulate astfel încât să permită o analiză detaliată și multidimensională a fenomenului studiat, abordând atât perspectivele teoretice, cât și aspectele practice relevante pentru managementul pacienților oncologici dintr-o perspectivă biopsihosocială.

➤ Determinarea incidenței și prevalenței tulburărilor psihice în rândul pacienților oncologici

Primul obiectiv fundamental al acestei cercetări constă în stabilirea unei imagini epidemiologice clare asupra incidenței și prevalenței tulburărilor psihice în rândul pacienților oncologici. Studiile anterioare indică faptul că până la 50% dintre pacienții oncologici pot dezvolta tulburări psihice de diferite grade de severitate, însă există variabilități importante în funcție de factori precum tipul și stadiul cancerului, tratamentele administrate și caracteristicile individuale ale pacientului. În acest sens, această cercetare își propune să cuantifice, pe baza unor metodologii riguroase, proporția pacienților oncologici afectați de depresie, anxietate, tulburări de adaptare, sindrom de stres post-traumatic și alte forme de suferință psihică.

➤ Identificarea factorilor de risc și protectivi implicați în dezvoltarea tulburărilor psihice la pacienții oncologici

Un alt obiectiv major al acestei cercetări constă în identificarea și analiza factorilor determinanți care influențează susceptibilitatea pacienților oncologici la tulburări psihice. Literatura de specialitate sugerează că multiple variabile pot modula riscul apariției comorbidităților psihiatrice în oncologie, incluzând factori biologici (inflamația cronică, modificările neuroendocrine, disfuncțiile sistemului imunitar), factori psihologici (stilurile de coping, trăsăturile de personalitate, istoricul psihiatric anterior), precum și factori socio-economici și demografici (vârsta, genul, statutul economic, sprijinul social).

➤ Evaluarea impactului tulburărilor psihice asupra evoluției bolii oncologice și asupra aderenței la tratament

Interacțiunea bidirecțională dintre sănătatea mintală și patologia oncologică reprezintă un aspect esențial care trebuie aprofundat, având în vedere dovezile tot mai numeroase privind influența reciprocă dintre procesele biologice și cele psihologice. Tulburările psihice, în special depresia și anxietatea severă, pot influența negativ prognosticul pacienților oncologici prin mecanisme complexe, incluzând afectarea răspunsului imun, creșterea inflamației sistemice și reducerea aderenței la tratament.

➤ **Analiza strategiilor terapeutice pentru managementul tulburărilor psihice la pacienții oncologici**

Un obiectiv esențial al acestei cercetări îl constituie investigarea metodelor eficiente de gestionare a suferinței psihologice în rândul pacienților oncologici. Se analizează atât intervențiile farmacologice (utilizarea antidepressivelor, anxioliticelor și a altor agenți psihotropi în oncologie), cât și strategiile non-farmacologice (terapii cognitiv-comportamentale, intervenții de suport, tehnici de mindfulness și terapii complementare). Prin această analiză, se urmărește identificarea celor mai eficiente combinații terapeutice, luând în considerare particularitățile fiecărui pacient și integrarea acestor intervenții în cadrul unui model holistic de îngrijire oncologică.

➤ **Formularea unor recomandări pentru integrarea abordărilor psiho-oncologice în practica medicală**

În final, cercetarea urmărește să contribuie la dezvoltarea unor ghiduri și strategii care să faciliteze integrarea psiho-oncologiei în practica medicală curentă. Acest obiectiv vizează elaborarea unor recomandări pentru optimizarea screening-ului tulburărilor psihice la pacienții oncologici, îmbunătățirea accesului la servicii de suport psihologic și dezvoltarea unor politici de sănătate publică menite să reducă impactul psihologic negativ al cancerului.

CAPITOLUL I: TULBURĂRI PSIHICE – CADRU CONCEPTUAL ȘI ABORDĂRI ACTUALE

1.1 Definiții și clasificări ale tulburărilor psihice

Tulburările psihice reprezintă un domeniu central al psihiatriei și psihopatologiei, cu implicații majore asupra sănătății publice și calității vieții indivizilor afectați. Acestea sunt caracterizate prin modificări semnificative ale cogniției, emoțiilor, comportamentului și funcționării sociale, care determină suferință subiectivă și afectare semnificativă a activităților zilnice. Conceptualizarea și clasificarea acestor tulburări au evoluat substanțial de-a lungul timpului, reflectând progresul în neuroștiințe, psihologie și epidemiologie psihiatrică.

Definirea tulburărilor psihice nu este uniformă și variază în funcție de perspectiva teoretică și de contextul cultural. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) le descrie ca fiind disfuncționalități semnificative ale proceselor mentale, emoționale sau comportamentale, care cauzează dizabilități și afectează adaptarea individului în diverse medii sociale și profesionale. Pe de altă parte, Asociația Americană de Psihiatrie (engleză, American Psychiatric Association, APA) definește tulburările psihice ca sindroame caracterizate prin perturbări clinice semnificative ale cogniției, reglării emoționale și comportamentului, asociate cu disfuncționalități psihosociale și distress personal.

Din punct de vedere epidemiologic, tulburările psihice constituie una dintre principalele cauze de dizabilitate la nivel global. Studiile recente estimează că aproximativ 20% din populația adultă prezintă o formă de tulburare psihică în fiecare an, iar în rândul adolescenților prevalența acestora depășește 25%. În plus, există dovezi care sugerează că tulburările psihice sunt factori de risc majori pentru morbiditate și mortalitate prematură, prin asocierea cu bolile cardiovasculare, diabetul zaharat și afecțiunile oncologice.

Definirea și clasificarea tulburărilor psihice reprezintă procese dinamice, aflate în permanentă evoluție, reflectând progresele în înțelegerea interacțiunii dintre factorii genetici, biologici și psihosociali. În procesul de standardizare a diagnosticării și clasificării tulburărilor mintale, DSM-5-TR și ICD-11 reprezintă cele mai utilizate sisteme nosologice, fiecare având o abordare distinctă asupra definiției și delimitării conceptului de tulburare mintală. Deși ambele manuale recunosc natura multifactorială a acestor afecțiuni, există diferențe semnificative în ceea ce privește criteriile de diagnostic, perspectivele etiologice, integrarea factorilor culturali și impactul asupra funcționării individului. În Tabelul 1.1 sunt sintetizate exemplificativ câteva diferențe conceptuale și metodologice, evidențiind complementaritatea și particularitățile fiecărui sistem în definirea tulburării mintale. La nivel global, ICD-11 a fost adoptată de Adunarea Mondială a Sănătății în anul 2019 și a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2022. Implementarea efectivă variază însă între țări, în funcție de capacitatea fiecărui sistem de sănătate de a integra noua clasificare. Conform unui raport prezentat la Conferința Klasifikon din Praga, în octombrie 2022, România a finalizat traducerea în limba română a ICD-11. De asemenea, s-a realizat corespondența (engleză, mapping) între ICD-11 și ICD-10-AM. Aceste demersuri au făcut parte din faza de pregătire pentru introducerea ICD-11 în sistemul de sănătate românesc.

1.1.3 Comorbiditățile psihice la pacienții oncologici

În contextul oncologiei moderne, sănătatea mintală a pacienților oncologici reprezintă o dimensiune fundamentală a îngrijirii integrate, având un impact direct asupra aderenței la tratament, asupra prognosticului bolii și asupra calității vieții. Diagnosticul de cancer constituie un factor de stres major, activând multiple mecanisme psihopatologice care pot contribui la apariția sau exacerbară tulburărilor psihice. Aceste manifestări nu sunt doar o consecință a impactului emoțional determinat de confruntarea cu boala, ci rezultă și din modificările neurobiologice, endocrino-imune și psihosociale asociate procesului oncologic și tratamentelor adjuvante.

În cadrul clasificării nosologice moderne, tulburările psihice la pacienții oncologici sunt grupate în două categorii fundamentale, fiecare dintre acestea reflectând mecanismele etiopatogenetice implicate, relația cu patologia somatică și impactul asupra funcționării globale a individului. Prima categorie include tulburările psihice comune, care sunt întâlnite și în populația generală, dar care pot fi

precipitate sau exacerbate de experiența oncologică. Acestea sunt caracterizate printr-o etiologie multifactorială, influențată de interacțiunea dintre factori biologici, psihologici și sociali. Stresul generat de diagnostic, efectele secundare ale terapiei oncologice și modificările fiziologice asociate progresiei bolii pot influența severitatea și manifestarea acestor tulburări. Cea de-a doua categorie cuprinde tulburările psihice specifice, care sunt direct determinate de cancer sau de tratamentele oncologice și care au o relație etiologică clară și identificabilă cu patologia de bază. Aceste tulburări sunt mai puțin frecvente în populația generală și prezintă un debut temporal strâns corelat cu progresia bolii neoplazice sau cu administrarea tratamentului oncologic.

Comorbiditățile psihice la pacienții oncologici reprezintă un domeniu de interes major, având implicații atât în ceea ce privește calitatea vieții, cât și prognosticul oncologic. Deși prevalența acestor tulburări este ridicată, ele rămân adesea subdiagnosticate, ceea ce evidențiază necesitatea unor strategii îmbunătățite de screening și intervenție. O mai bună integrare a serviciilor de sănătate mintală în îngrijirea oncologică ar putea contribui la optimizarea tratamentului și la creșterea bunăstării psihologice a pacienților, consolidând astfel paradigma îngrijirii holistice în oncologie. Pentru clasificarea comorbidităților psihice este necesară o analiză multidimensională a criteriilor de diagnostic. Aceasta presupune o delimitare precisă a pragului dintre reacțiile emoționale normale în fața bolii și manifestările psihopatologice, integrarea specificatorilor dimensionali de severitate și stabilirea diagnosticului diferențial. Sistemele internaționale de clasificare ICD-11 și DSM-5-TR furnizează criterii clare pentru această diferențiere, subliniind necesitatea unei abordări riguroase a fenomenului psihopatologic asociat cancerului.

O problemă majoră în rândul pacienților oncologici cu comorbidități psihice este vulnerabilitatea suicidară, care este semnificativ crescută în această populație comparativ cu media generală. Factorii de risc suicidar includ percepția asupra pierderii autonomiei, frica de suferință și sentimentul de povară asupra celor apropiați. De asemenea, pacienții cu depresie severă netratată, durere cronică sau lipsă de suport social sunt expuși unui risc suicidar considerabil.

1.2 Mecanisme fiziopatologice ale tulburărilor de sănătate mintală

Tulburările de sănătate mintală reprezintă un ansamblu complex de afecțiuni în care sunt implicate atât modificări ale funcționării cerebrale, cât și interacțiuni cu factori genetici, de mediu și psihosociali. Din perspectivă fiziopatologică, aceste tulburări derivă din perturbări ale circuitelor neuronale, alterări la nivelul comunicării prin intermediul neurotransmițătorilor și modificări adaptative din sfera sistemului neuroendocrin și imun. Dezvoltările recente din neuroimagică, genomică și epigenetică au oferit dovezi privind rolul interacțiunilor gene–mediu și al mecanismelor prin care stresul cronic, inflamația și factorii psihologici modelează riscul și evoluția tulburărilor psihice.

În același timp, diverse studii longitudinale subliniază faptul că factorii de mediu, precum expunerea la traume în copilărie, condițiile socio-economice precare și evenimentele de viață stresante, pot favoriza dereglări persistente ale sistemului de răspuns la stres, cunoscut sub denumirea de „ax hipotalamo–hipofizo–corticosuprarenalian” (engleză, „Hypothalamic–Pituitary–Adrenal, HPA”) și pot determina scăderea capacității de reglare a emoțiilor și comportamentelor. În subsecțiunile următoare, se vor detalia aspectele esențiale privind bazele neurobiologice ale bolilor psihice, rolul factorilor genetici și epigenetici, implicațiile stresului cronic și ale inflamației și interacțiunea dintre factorii psihologici și cei biologici.

1.2.1 Bazele neurobiologice ale bolilor psihice

Disfuncțiile neurobiologice asociate tulburărilor psihice implică alterări ale circuitelor cerebrale responsabile de reglarea emoțiilor, cogniției și comportamentului, precum și dezechilibre în modularea neurotransmițătorilor. Cercetările contemporane subliniază faptul că neurobiologia tulburărilor psihice trebuie înțeleasă în strânsă relație cu factorii genetici, epigenetici și de mediu, dat fiind că predispoziția biologică interacționează cu experiențele de viață pentru a produce diverse fenotipuri psihopatologice. De exemplu, în depresia majoră, disfuncțiile la nivelul axului hipotalamo–hipofizo–corticosuprarenalian

(HPA) și scăderea activității sistemelor serotonergice pot crea un teren neurobiologic propice instalării și menținerii simptomelor de tristețe, anhedonie și oboseală.

Creierul uman își reglează funcțiile prin intermediul unor circuite neuroanatomice largi, care implică structuri esențiale precum hipocampusul (implicat în procesele de memorie și răspunsul la stres), amigdala (implicată în procesarea emoțiilor, în special frica și anxietatea) și cortexul prefrontal (responsabil de funcțiile executive, reglarea afectivă și planificare). În mod normal, interacțiunea dintre aceste structuri menține un echilibru adaptativ, însă în tulburările psihice apar diverse anomalii funcționale și structurale, vizibile prin tehnici de neuroimaging precum imagistica prin „rezonanță magnetică funcțională” (engleză, „Functional Magnetic Resonance Imaging, fMRI”) sau „tomografia cu emisie de pozitroni” (engleză, „Positron Emission Tomography, PET”). Rezultatele evidențiază hipoconectivitatea ori hipercorelarea dintre regiunile implicate în răspunsul emoțional și cognitiv, sugerând un mecanism neurofiziologic prin care aceste regiuni nu reușesc să regleze eficient reacțiile psihologice și comportamentale.

La nivel molecular, neurotransmițătorii joacă un rol important în patogeneza tulburărilor psihice. Serotonina este deseori asociată cu reglarea dispoziției, impulsivității și somnului, iar deficiențele în semnalizarea serotonergică sunt corelate cu depresia și anxietatea. Dopamina, mediatorul recompensei și motivației, are implicații majore în schizofrenie și alte tulburări psihotice, fiind asociată cu simptome pozitive (halucinații, iluzii) atunci când nivelurile de dopamină sunt excesive în căile mezolimbice. De asemenea, norepinefrina (noradrenalina) este crucială în răspunsul la stres și reglarea vigilenței, iar perturbările sale pot accentua fenomenele anxioase și pot contribui la depresie. În plus, studii recente s-au concentrat și pe glutamat și acidul gama-aminobutiric (engleză, „Gamma-Aminobutyric Acid, GABA”), doi neurotransmițători implicați în echilibrul excitator-inhibitor, a cărui dereglare poate exacerba tulburările de dispoziție și anxietate.

Neuroplasticitatea, definită drept capacitatea creierului de a-și reorganiza circuitele și de a forma noi sinapse ca răspuns la experiențe și factori de mediu, reprezintă o altă dimensiune esențială în înțelegerea bolilor psihice. Cercetările evidențiază scăderea factorilor neurotrofici, de exemplu, factorul neurotrofic derivat din creier în depresie și alte tulburări (engleză, „Brain-Derived Neurotrophic Factor, BDNF”), ceea ce poate duce la pierderea conexiunilor sinaptice și la reducerea volumului hipocampic. Practic, într-un mediu marcat de stres cronic sau inflamație sistemică, aceste mecanisme adaptive sunt compromise, crescând susceptibilitatea la apariția simptomelor clinice și agravând evoluția tulburărilor mentale.

1.2.2 Factori genetici și epigenetici

Rolul factorilor genetici în vulnerabilitatea la tulburări psihice este susținut de o serie impresionantă de studii care demonstrează că anumite variații ale secvenței de ADN (engleză, „Deoxyribonucleic Acid, DNA”) cresc riscul de apariție a unor afecțiuni precum depresia majoră, tulburarea bipolară sau schizofrenia. Deși numeroase locusuri genetice au fost deja asociate cu aceste patologii, complexitatea mecanismelor implicate rezultă din poligenicitatea ridicată și din interacțiunile strânse dintre genele de risc și mediul înconjurător. În plus, studiile de amploare, realizate prin analiza întregului genom (engleză, „Genome-Wide Association Studies, GWAS”), au indicat faptul că predispozițiile genetice nu se limitează la un singur tip de tulburare, ci pot influența transdiagnostic o serie de fenotipuri clinice, printre care simptome depresive, anxioase sau chiar psihotice.

Un aspect crucial în înțelegerea etiologiei bolilor psihice îl reprezintă conceptul de susceptibilitate genetică, conform căruia prezența unor alele de risc nu determină în mod obligatoriu manifestarea bolii, ci necesită interacțiunea cu factori de mediu, precum expunerea la stres, traume în copilărie sau condiții socio-economice precare. De exemplu, experiențele adverse timpurii pot agrava vulnerabilitatea genetică prin activarea repetată a răspunsului de stres și prin perturbarea căilor de semnalizare neuroendocrină. Astfel, persoanele care moștenesc anumite variații genetice asociate cu reglarea emoțională pot prezenta un risc crescut de a dezvolta depresie sau anxietate dacă sunt expuse la evenimente traumatice susținute.

Epigenetica, definită ca ansamblul mecanismelor ce reglează expresia genelor fără a altera secvența nucleotidelor din ADN, oferă o nouă perspectivă asupra proceselor prin care mediul influențează direct activitatea genomică. Printre cele mai studiate mecanisme epigenetice se numără

„metilarea ADN”, „modificările histonice” și „intervenția ARN-urilor de reglare” (precum, „microARN-urile” și „ARN-urile lungi necodante”). Aceste mecanisme pot modula activitatea genelor-cheie implicate în sinteza de neurotransmițători (precum, serotonina și dopamina), în neuroplasticitate sau în răspunsul la stres, având un impact direct asupra vulnerabilității la tulburări psihice. În acest context, epigenetica explică de ce persoane cu bagaj genetic similar pot prezenta evoluții clinice diferite, în funcție de experiențele de viață și de factorii socio-emoționali.

Expunerea la stres cronic sau la evenimente traumatice poate induce modificări epigenetice pe termen lung, care se pot manifesta sub forma unei sensibilități crescute la reacții emoționale negative ori sub forma unor deficite în mecanismele de reglare a emoțiilor și comportamentelor. De exemplu, stresul major trăit în copilărie poate duce la creșterea metilării unor segmente din promotorii genelor implicate în răspunsul la stres (cum ar fi cele care codifică receptorii pentru glucocorticoizi), conducând la o hiperactivare a „axului hipotalamo–hipofizo–corticosuprarenalian” și la un risc sporit de tulburări depresive la vârsta adultă. De asemenea, modificările epigenetice pot fi parțial reversibile prin intervenții psihoterapeutice, farmacologice sau prin îmbunătățirea mediului, fapt care deschide perspective noi în domeniul terapiei personalizate și al prevenirii în sfera sănătății mintale.

1.4 Managementul tratamentului și abordări inovative

Progresele din neuroștiințe, psihologie clinică și farmacologie au condus, în ultimele decenii, la diversificarea semnificativă a strategiilor de tratament și la dezvoltarea unor abordări terapeutice integrate, capabile să răspundă complexității tulburărilor psihice. Abordarea modernă pune accent pe personalizarea intervențiilor, pe adaptarea tehnicilor psihoterapeutice la profilul simptomatologic și la contextul biopsihosocial al pacientului, precum și pe integrarea noilor tehnologii (telepsihiatrie, aplicații digitale). În paralel, strategiile farmacologice s-au extins prin apariția noilor generații de medicamente cu profil de siguranță îmbunătățit, iar terapiile complementare, de la mindfulness la arta-terapie, au devenit instrumente validate de numeroase studii clinice. În plan social și familial, suportul integrat, care include consiliere și psihiatrie comunitară, joacă un rol crucial în recuperarea și menținerea stării de bine.

1.4.2 Strategii de tratament farmacologic (antidepresive, anxiolitice și medicamente asociate)

În gestionarea tulburărilor psihice, farmacopeea modernă cuprinde o varietate de clase de medicamente, de la antidepresive (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei – SSRI, inhibitori ai recaptării serotoninei și norepinefrinei – SNRI, antidepresive triciclice) și anxiolitice (benzodiazepine, medicamente non-benzodiazepinice), până la stabilizatoare de dispoziție și antipsihotice de generație nouă. Selectarea strategiei farmacologice depinde de natura tulburării, de comorbiditățile prezente, de istoricul de răspuns terapeutic și de profilul efectelor secundare. Antidepresivele de generație nouă, precum, anumite SSRI (engleză, Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) și SNRI (engleză, Serotonin–Norepinephrine Reuptake Inhibitor), s-au dovedit a fi, în general, bine tolerate, cu eficacitate semnificativă în depresie majoră, anxietate și tulburarea de stres post-traumatic. Cu toate acestea, particularitățile biologice individuale pot influența răspunsul la tratament, motiv pentru care conceptul de medicină personalizată și testarea farmacogenetică câștigă teren în psihiatrie.

Anxioliticele (în special benzodiazepinele) sunt utilizate pe termen scurt pentru tulburările anxioase severe, atacurile de panică sau formele acute de stres, dar monitorizarea atentă este necesară pentru a preveni dependența și abuzul. În ultimele decenii, se acordă o atenție sporită medicamentelor non-benzodiazepinice (de pildă, buspirona) și altor substanțe modulatori ale neurotransmisiei GABAergice, ce au potențial de a reduce reacțiile anxioase fără a genera o sedare excesivă. În plus, tratamentele psihofarmacologice pot fi asociate cu alte medicamente adjuvante, inclusiv compuși antiinflamatori sau care ținesc procese neurotrofice, mai ales în cazurile rezistente la tratamentele clasice. Studii recente sugerează că medicația adjunctă, precum antiinflamatoarele cu

acțiune asupra citokinelor (e.g., infliximab), ar putea avea un efect benefic la anumiți subgrupuri de pacienți cu inflamație sistemică crescută și simptome depresive severe.

1.6 Progrese recente în cercetare și perspective viitoare

Domeniul sănătății mintale se află într-o etapă de transformare accelerată, generată de avansurile tehnologice, de dezvoltarea unor modele teoretice transdiagnostice și de creșterea interesului pentru intervențiile personalizate. În această subsecțiune, sunt prezentate principalele direcții contemporane de investigare a tulburărilor psihice, noile tehnologii care îmbunătățesc tratamentele, impactul pandemiilor asupra sănătății mintale și rolul cercetării transdisciplinare în înțelegerea și gestionarea afecțiunilor mintale.

1.6.1 Direcții contemporane în investigarea tulburărilor psihice

Investigațiile actuale în sfera tulburărilor psihice adoptă o abordare integrativă, care îmbină modele biologice, psihologice și sociale cu scopul de a surprinde heterogenitatea și complexitatea patologiei mintale. Pe de o parte, se evidențiază importanța identificării biomarkerilor fiabili, cu potențial diagnostic și prognostic, în vederea conturării unor profiluri subclinice mai precise (stratificarea pacienților). Pe de altă parte, se consolidează conceptul de „fenotip digital” (engleză, digital phenotyping), ce presupune colectarea de date despre comportamentul și activitatea psihologică a indivizilor prin intermediul dispozitivelor mobile și al platformelor digitale, astfel încât să se poată identifica precoce eventualele modificări psihopatologice.

Totodată, modelele transdiagnostice, cum ar fi cele bazate pe „Research Domain Criteria” (RDoC), propun investigarea dimensiunilor fundamentale ale afectelor negative, afectelor pozitive, cogniției și reglării sociale, depășind granițele categorice impuse de clasificările tradiționale (DSM, ICD). Această schimbare de paradigmă răspunde necesității de a conceptualiza tulburările psihice ca fenomene complexe, interconectate, influențate de factori genetici, epigenetici și de mediu. În același timp, analiza rețelelor (engleză, network analysis) aplicată seturilor mari de date clinice și neuroimagistice oferă perspective noi despre modalitatea în care simptomele se influențează reciproc și formează circuite de disfuncții la nivel emoțional și cognitiv.

1.6.2 Noi abordări și tehnologii emergente în tratamente

În paralel cu evoluțiile teoretice, se remarcă o expansiune a metodelor terapeutice inovatoare, bazate pe noile tehnologii și pe integrarea descoperirilor din neuroștiințe. Printre acestea se numără intervențiile de realitate virtuală (engleză, „Virtual Reality, VR”), folosite într-un mod crescut pentru expunere graduală în tulburările de anxietate, pentru reabilitare cognitivă în schizofrenie și pentru gestionarea comportamentelor adictive. Realitatea virtuală permite controlul precis al stimulilor, crescând siguranța și eficacitatea terapiei prin ajustarea individualizată a parametrilor de expunere.

De asemenea, stimularea cerebrală neinvazivă (engleză, „Transcranial Magnetic Stimulation, TMS; Transcranial Direct Current Stimulation, tDCS”) a demonstrat rezultate promițătoare în reducerea simptomelor de depresie majoră rezistente la tratament și în ameliorarea unor tulburări anxioase. Aceste proceduri pot modula circuite cerebrale implicate în reglarea emoțională și cogniția executivă, oferind alternative sau aditii la tratamentele farmacologice tradiționale. În plus, algoritmii de învățare automată (engleză, machine learning) și big data sunt tot mai des utilizați pentru a personaliza planurile de tratament, pe baza analizei predictive a răspunsului la terapiile psihotrope și la intervențiile psihosociale.

CAPITOLUL II. CANCERUL – IMPACT PSIHOLAGIC ȘI IMPLICAȚII ASUPRA SĂNĂTĂȚII MINTALE

2.1 Tabloul general al afecțiunilor oncologice

Epidemiologia reprezintă o disciplină fundamentală a sănătății publice care studiază distribuția, determinanții și frecvența bolilor, condițiilor de sănătate și evenimentelor asociate acestora într-o populație specifică. Prin aplicarea metodelor statistice și a modelelor analitice, epidemiologia investighează factorii de risc, mecanismele de transmitere și impactul diferitelor afecțiuni asupra sănătății colective. Această știință utilizează abordări descriptive și analitice pentru a identifica relațiile cauzale dintre expuneri și efecte asupra sănătății, având ca scop elaborarea strategiilor de prevenție, control și intervenție pentru reducerea morbidității și mortalității. Epidemiologia se bazează pe principii metodologice riguroase pentru a genera dovezi științifice necesare fundamentării politicilor de sănătate publică și optimizării intervențiilor medicale.

Epidemiologia cancerului constituie un domeniu fundamental al sănătății publice, având implicații directe asupra politicilor de prevenție, diagnostic precoce și tratament. Studiile recente au evidențiat o creștere alarmantă a incidenței cancerului la nivel global, fenomen atribuit multiplelor schimbări demografice, creșterii speranței de viață, expunerii crescute la factori de risc oncogeni (fumat, obezitate, poluare, stil de viață sedentar) și progreselor înregistrate în metodele de diagnostic. Conform celor mai recente date publicate în rapoartele GLOBOCAN 2022, incidența cancerului a crescut semnificativ în ultimele decenii, cu variații regionale marcante în ceea ce privește distribuția cazurilor, mortalitatea și prevalența pe termen lung. Studiarea dinamicii epidemiologice a cancerului permite identificarea factorilor de risc, optimizarea strategiilor de prevenție și îmbunătățirea accesului la diagnostic și tratament.

2.1.1 Dinamica epidemiologică în spațiul național, european și global

Conform estimărilor recente, cancerul rămâne una dintre principalele cauze de morbiditate și mortalitate la nivel mondial, situându-se în topul patologiilor care necesită o abordare prioritară în politicile de sănătate publică. În România, datele oficiale indică o creștere constantă a incidenței și a prevalenței neoplaziilor, cu diferențe notabile între regiuni, corelate cu nivelul de urbanizare și accesibilitatea serviciilor medicale. La nivel european, eforturile centralizate de raportare și monitorizare, precum „Eurocare”, evidențiază progrese în creșterea ratelor de supraviețuire, însă persistă discrepanțe între Est și Vest, cauzate de factorii socio-economici, de infrastructură și de variațiile în practicile de screening.

❖ Concepte-cheie și indicatori în statistica epidemiologică

Incidența cancerului (engleză, Cancer Incidence) reprezintă numărul de noi cazuri diagnosticate într-o populație determinată, pe parcursul unei perioade de timp specificate. Aceasta poate fi exprimată fie ca număr absolut de cazuri înregistrate anual în întreaga populație (e.g., rata brută), fie sub forma unei rate standardizate raportate la 100.000 de persoane pe an (cum ar fi, rata standardizată pe vârstă). Colectarea datelor privind incidența cancerului se realizează în mod sistematic prin intermediul registrelor populaționale sau naționale de cancer, care asigură o monitorizare epidemiologică riguroasă și contribuie la elaborarea strategiilor de prevenție și control al bolii.

Prevalența cancerului (engleză, Cancer Prevalence) constituie numărul total de persoane diagnosticate cu cancer, indiferent de momentul apariției bolii, într-o populație specificată, la un moment dat sau într-o perioadă definită. Acest indicator reflectă atât incidența, cât și supraviețuirea pacienților și oferă o măsură a poverii bolii în societate. Prevalența poate fi exprimată ca număr absolut de cazuri (engleză, Prevalent Cases) sau ca o proporție raportată la 100.000 de locuitori (engleză, Proportions per 100.000). Distincția dintre prevalența punctuală (numărul de cazuri existente la un moment specific) și prevalența pe o anumită durată (numărul de cazuri supraviețuitoare într-o perioadă definită, de

exemplu, la 1, 3 sau 5 ani) este esențială în evaluarea impactului cancerului asupra sistemelor de sănătate și în planificarea resurselor necesare pentru prevenție, diagnostic și tratament.

Conceptele epidemiologice fundamentale de incidență și prevalență sunt interdependente, fiecare oferind perspective complementare asupra dinamicii unei afecțiuni într-o populație. Prevalența reprezintă o măsură a extinderii unei boli sau afecțiuni într-o populație la un anumit moment sau pe o anumită perioadă, fiind determinată de incidența (frecvența cazurilor noi) și de durata medie a bolii. Astfel, incidența oferă informații esențiale despre riscul de apariție a unei boli într-un grup populațional definit, reflectând dinamica procesului patologic și identificarea factorilor de risc. Pe de altă parte, prevalența evidențiază amploarea bolii în raport cu întreaga populație, fiind influențată atât de rata de apariție a noilor cazuri, cât și de durata supraviețuirii sau evoluției afecțiunii. Această relație între incidență și prevalență este esențială pentru elaborarea strategiilor de prevenție, alocarea resurselor în sistemul de sănătate și implementarea măsurilor de control al bolilor.

Mortalitatea prin cancer (engleză, Cancer Mortality) evidențiază numărul de decese cauzate de această afecțiune într-o populație determinată, pe parcursul unei perioade de timp specificate. Aceasta poate fi exprimată fie ca număr absolut de decese înregistrate anual în întreaga populație, fie sub forma unei rate standardizate raportate la 100.000 de persoane pe an. Datele referitoare la mortalitate sunt furnizate de instituțiile naționale de statistică și raportate către Organizația Mondială a Sănătății pentru integrarea și analizarea acestora în baza de date globală a mortalității gestionată de OMS.

O măsură epidemiologică brută reprezintă un indicator calculat pe baza datelor neprocesate, obținute prin raportarea numărului de cazuri la dimensiunea populației expuse riscului, fără a fi ajustată pentru factori suplimentari care ar putea influența interpretarea finală. În schimb, o măsură ajustată este standardizată astfel încât să controleze influența unor variabile confuzoare, precum vârsta, sexul, rasa sau alți factori determinanți ai variabilității, care ar putea introduce distorsiuni în analiza rezultatelor. Această ajustare este esențială pentru a permite comparații valide între diferite grupuri populaționale și pentru a obține o estimare mai precisă a asocierilor dintre expuneri și efecte asupra sănătății.

Rata standardizată pe vârstă (engleză, Age-Standardized Rate, ASR) reprezintă un indicator sintetic al ratei care ar fi fost observată într-o populație ipotetică cu o structură standardizată de vârstă. Standardizarea este esențială în comparația dintre diferite populații care prezintă variații demografice semnificative, având în vedere influența majoră a vârstei asupra riscului de apariție a cancerului. ASR este calculată ca o medie ponderată a ratelor specifice fiecărui grup de vârstă, unde ponderile sunt determinate de distribuția populațională a unei populații standard de referință. Cea mai utilizată populație standard în acest context este cea mondială (engleză, WO.R.L.d Standard Population, W). Astfel, rata calculată de incidență sau mortalitate este denumită rata standardizată pe vârstă a incidenței sau mortalității (W) și este exprimată per 100.000 de persoane-an. Uzual, această estimare este calculată pentru intervalul de vârstă 0–85+ de ani.

Rata brută (engleză, Crude Rate), în cazul unui anumit tip de tumoră într-o populație determinată, este calculată prin raportarea numărului total de cazuri noi de cancer sau de decese prin cancer, înregistrate într-o anumită perioadă de timp, la numărul corespunzător de indivizi aflați la risc în acea populație. În epidemiologia cancerului, acest indicator este, de regulă, exprimat sub forma unei rate anuale raportate la 100.000 de persoane aflate la risc.

Riscul cumulativ (engleză, Cumulative Risk) reprezintă probabilitatea ca un individ să dezvolte sau să decedeze din cauza unei anumite afecțiuni într-o perioadă de timp determinată. În cazul cancerului, acest indicator este exprimat prin numărul estimat de nou-născuți (dintr-un eșantion de 100) care ar dezvolta sau ar deceda din cauza unui anumit tip de cancer pe parcursul întregii vieți, presupunând că aceștia ar fi expuși la ratele de incidență sau mortalitate observate în perioada de referință și în absența altor cauze concurente de deces. De regulă, această estimare este calculată pentru intervalul de vârstă 0–74 de ani.

Tabelul 2.1 Structura populațională, pe categorii de vârstă, în contextul epidemiologic al cancerului: Analiză comparativă, la nivel național, european și global, aferentă anului 2022.

Categorie de vârstă (ani)	POPULAȚIA PE CATEGORII DE VÂRSTĂ					
	Țară/Regiune (OMS, 2022)					
	România		Europa (40 țări)		Global (185 țări)	
	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
0-4	483.465	457.978	19.560.127	18.546.388	338.037.004	319.225.560
5-9	478.816	452.899	20.755.055	19.654.452	346.042.403	325.322.138
10-14	537.225	508.491	20.996.182	19.879.574	337.465.810	316.117.640
15-19	527.389	499.506	19.961.873	18.928.856	318.020.781	297.173.880
20-24	508.749	478.146	19.554.141	18.609.507	302.744.487	283.714.323
25-29	525.756	484.021	21.663.693	20.702.363	299.994.710	282.616.138
30-34	678.257	619.216	25.447.122	24.637.179	305.609.946	291.633.380
35-39	645.915	599.230	26.798.578	26.413.182	285.379.545	276.304.565
40-44	698.677	675.509	26.110.747	26.275.590	256.389.874	250.808.230
45-49	764.341	745.096	25.669.910	26.196.855	236.961.038	234.216.273
50-54	769.750	770.233	25.062.533	26.034.984	227.098.898	227.473.745
55-59	572.464	599.800	24.951.115	26.907.538	202.963.838	207.069.003
60-64	522.664	605.213	23.286.276	26.549.243	157.215.571	165.543.760
65-69	553.760	701.151	19.837.342	24.390.458	135.079.500	147.412.435
70-74	420.195	587.810	16.056.210	20.823.834	97.372.919	112.099.816
75-79	250.002	390.576	11.206.887	15.511.560	61.578.591	76.154.492
80-84	166.705	313.050	7.683.240	12.491.204	37.150.211	51.224.784
85+	147.876	291.399	6.640.993	13.749.036	27.630.621	48.224.872
Total (%)	9.252.006	9.779.324	361.242.024	386.301.803	3.972.735.74	3.912.335.034
	(48,61)	(51,39)	(48,32)	(51,68)	(50,38)	(49,62)
	19.031.330 (100)		747.543.827 (100)		7.885.070.781 (100)	

Figura 2.1. Reprezentări vizuale integrate ale distribuției demografice, pe grupe de vârstă: Ridgeline Plot și Hărți Circulare de Intensitate pentru România, Europa și la nivel global.

Analizele prezentate în Tabelele 2.2 - 2.4, și reprezentate vizual în Figurile 2.2 și 2.3, fundamentate pe datele populaționale comparate între România, Europa (cuprinzând 40 de țări) și spațiul global (185 de țări), evidențiază o serie de caracteristici epidemiologice esențiale privind patologia oncologică, măsurate prin prevalența la 5 ani, incidență și mortalitate. Examinarea acestor indicatori – rata standardizată în funcție de vârstă, riscul cumulativ până la 74 de ani și numărul absolut

de cazuri – oferă o imagine complexă asupra dinamicii cancerului în contexte socio-demografice diferite și scoate în relief particularitățile fiecărei regiuni.

Prevalența la 5 ani, care reflectă atât incidența acumulată în ultimii ani, cât și rata de supraviețuire, se prezintă substanțial mai redusă în România comparativ cu Europa și nivelul global. Deși populația totală a României nu poate fi comparată cu cea a Europei sau a întregii lumi, discrepanța dintre numărul total de cazuri aflate în viață la 5 ani după diagnostic și mărimea populației indică o posibilă combinație între o incidență mai mică în trecut și o supraviețuire insuficient optimizată prin intervenții terapeutice. În Europa, valoarea net superioară a prevalenței la 5 ani semnalează nu doar o populație mai numeroasă, ci și o speranță de viață mai mare și, în consecință, o creștere a supraviețuirii pe termen mediu, susținută de strategii de screening avansate și acces sporit la tratamente. La nivel global, amplexarea prevalenței, depășind pragul de 53 de milioane de cazuri, reflectă în egală măsură heterogenitatea resurselor medicale și a factorilor de risc, dar și un fenomen de globalizare a practicilor de diagnostic.

Tabelul 2.3 Tendințe epidemiologice în incidența cancerului: Indicatori standardizați, raportat la populație, pentru România și la nivel internațional.

INCIDENȚA CAZURILOR DE CANCER						
(Raportat la populație, regiuni OMS, 2022)						
Țară/Regiune (OMS)	Sex	Categorie de vârstă (0-85+ ani)			Categorie de vârstă (0-74 ani)	
		Rata standardizată în funcție de vârstă	Rata brută	Număr absolut de cazuri	Risc cumulativ (%)	Număr absolut de cazuri
România	Bărbați	330,8	619,4	57.311	33,6	44.097
	Femei	238,1	484,2	47.350	23,6	34.830
	Ambele sexe	276,5	549,9	104.661	28,1	78.927
Europa (40 țări)	Bărbați	319,6	653,1	2.359.303	31,9	1.566.266
	Femei	253,4	546,8	2.112.119	24,7	1.388.753
	Ambele sexe	280,0	598,2	4.471.422	27,9	2.955.019
Global (185 țări)	Bărbați	212,6	259,6	10.311.610	21,8	7.458.720
	Femei	186,3	247,0	9.664.889	18,5	7.355.469
	Ambele sexe	196,9	253,4	19.976.499	20,0	14.814.189

Incidența, evaluată prin rata standardizată în funcție de vârstă, prezintă diferențe notabile între România și mediile europene și globale, în special în cazul bărbaților. Pentru România, această rată atinge valoarea de 330,8 la bărbați, un nivel ușor mai înalt decât media europeană și considerabil mai mare față de cea mondială, care rămâne la aproximativ 212,6. Se poate deduce o încărcătură oncologică sporită în rândul populației masculine din România, potențial influențată de factori comportamentali, expuneri profesionale și un sistem de sănătate care, în pofida unor programe de prevenție, nu reușește să compenseze integral acești factori. La femei, rata standardizată în România (238,1) este relativ apropiată de cea europeană (253,4), dar depășește semnificativ nivelul global (186,3). Diferențele pot fi explicate prin discrepanțe în ceea ce privește stilul de viață, accesul la diagnostic și, nu în ultimul rând, îmbătrânirea populației. Riscul cumulativ până la 75 de ani, care oferă o perspectivă asupra probabilității de a dezvolta cancer pe parcursul vieții, se menține ridicat atât în România, cât și în Europa, situându-se la valori net superioare celor globale. Pentru bărbați, România

depășește media europeană, situându-se la un procent de peste 33%, ceea ce trădează o prevalență prezentă a factorilor oncogeni, începând cu consumul de tutun, poluarea și alimentația suboptimală, și continuând cu un grad redus de conștientizare asupra prevenției primare și secundare.

Mortalitatea standardizată în funcție de vârstă se remarcă drept un indicator critic în a evalua eficiența diagnosticului precoce și a tratamentelor. În România, valorile se dovedesc substanțial mai ridicate comparativ cu Europa și cu nivelul global, sugerând inadecvări la nivelul sistemului de îngrijire oncologică, depistare tardivă și factori socio-economici care obstrucționează accesul la terapii eficiente. Discrepanța devine și mai evidentă când se analizează riscul cumulativ de deces până la 75 de ani, care atinge aproape 20% la bărbați, mult peste media europeană și globală. Această realitate ilustrează că, deși, incidența poate fi comparabilă cu cea europeană, mortalitatea rămâne semnificativ mai mare, semnalând dificultăți în gestionarea integrată a cazurilor oncologice, lipsa unor programe robuste de screening și, în anumite situații, accesul insuficient la tratamente de ultimă generație. Diferențele privind mortalitatea la femei, deși mai puțin dramatice, rămân totuși notabile, în special în comparație cu valorile globale, confirmând necesitatea unor intervenții mai eficiente în prevenția și tratamentul patologiilor specifice, cum ar fi cancerul mamei și ginecologice.

În Europa, valorile de ordinul milioane (aproximativ 4,47 milioane de cazuri) confirmă, pe de o parte, dimensiunea populației și, pe de altă parte, accesul sporit la servicii medicale, care favorizează diagnosticarea mai timpurie. La nivel global, cele aproape 20 de milioane de cazuri de cancer diagnosticate anual nu doar că indică o povară uriașă asupra sistemelor de sănătate, dar și subliniază caracterul universal al factorilor de risc (urbanizare rapidă, creșterea speranței de viață, schimbări în stilul de viață) și variabilitatea accentuată a infrastructurii medicale.

Per ansamblu, coroborarea datelor despre prevalența la 5 ani, incidența și mortalitatea oncologică subliniază o serie de nevoi prioritare. În România, se evidențiază urgența dezvoltării unor politici coerente de prevenție primară (reducerea factorilor de risc majori, precum consumul de tutun și poluarea) și a unor programe de screening secundar (de pildă, pentru cancerul de col uterin, mamar, colorectal) care să asigure depistarea precoce. În Europa, deși incidența și mortalitatea sunt mai bine controlate prin comparație cu România, povara oncologică rămâne considerabilă, fiind influențată de gradul ridicat de urbanizare și îmbătrânirea populației.

În ansamblu, completarea analizei epidemiologice prin prisma localizărilor anatomice confirmă că atât la nivelul României, cât și al Europei și al lumii, există un nucleu comun de localizări oncologice majore care generează cea mai mare povară de boală și mortalitate: colorectal, sân, plămâni și prostată, cu variații în pozițiile secundare ocupate de ficat, pancreas sau col uterin, în funcție de regiune. Diferențele majore în rata mortalității, în ciuda unor incidențe relativ comparabile, scot în evidență impactul factorilor socio-economici, al politicilor de sănătate și al gradului de educație sanitară. Astfel, politicile publice trebuie să se concentreze pe dezvoltarea de programe de screening personalizate, pe întărirea infrastructurii de diagnostic și tratament, dar și pe ameliorarea factorilor de risc comportamentali și de mediu, pentru a reduce disparitățile marcate între România și mediile europene, precum și între Europa și restul lumii.

2.1.4 Opțiuni terapeutice oncologice și reacții adverse secundare

Terapia oncologică a cunoscut progrese semnificative în ultimele decenii, fiind orientată spre personalizare și creșterea eficacității prin reducerea toxicităților asociate. Tratamentul cancerului implică abordări multimodale care variază în funcție de tipul tumoral, stadiul bolii, profilul molecular și statusul general al pacientului. Opțiunile terapeutice includ chirurgia oncologică, radioterapia, chimioterapia, terapiile țintite, imunoterapia și terapia genică, fiecare dintre acestea având un rol specific în controlul bolii. Cu toate acestea, tratamentele oncologice sunt adesea asociate cu reacții adverse semnificative, care pot influența calitatea vieții pacienților și aderența la terapie. Managementul adecvat al acestor efecte secundare este esențial pentru optimizarea rezultatelor terapeutice și reducerea morbidității asociate.

❖ Chirurgia oncologică: rol curativ și paliativ

Chirurgia oncologică rămâne una dintre principalele metode terapeutice utilizate în tratamentul cancerului, având un rol curativ în stadiile incipiente și un rol paliativ în cazurile avansate. Intervențiile

chirurgicale variază de la excizii localizate până la rezecții extinse, incluzând tehnici minim invazive, precum chirurgia laparoscopică și robotică, care reduc morbiditatea postoperatorie și accelerează recuperarea pacienților. Reacțiile adverse secundare ale chirurgiei oncologice depind de localizarea tumorii și de amploarea intervenției. Printre complicațiile frecvente se numără infecțiile, hemoragia, disfuncțiile organice post-rezecție și tulburările de ordin psihologic, precum anxietatea și depresia postoperatorie. De asemenea, în cazul mastectomiilor sau intervențiilor asupra tractului digestiv (ex. colectomii), impactul asupra imaginii corporale și funcțiilor fiziologice poate determina un stres psihologic considerabil.

❖ **Radioterapia: mecanisme și toxicitate asociată**

Radioterapia utilizează radiații ionizante pentru distrugerea celulelor tumorale, fiind utilizată ca tratament principal sau adjuvant în majoritatea tipurilor de cancer. Aceasta poate fi radioterapie externă (utilizând acceleratoare liniare) sau brahiterapie (cu surse radioactive plasate direct în tumoare). Noile tehnici, precum radioterapia cu intensitate modulată (IMRT) și protonoterapia, permit o mai bună focalizare a radiațiilor asupra țesutului tumoral, minimizând efectele adverse asupra structurilor sănătoase. Reacțiile adverse ale radioterapiei includ dermatita radioindusă, fibroză tisulară, disfuncții gastrointestinale (în cazul iradierii abdominale) și pneumonită de iradiere (în cancerele pulmonare). De asemenea, pacienții expuși la doze mari de radiații prezintă un risc crescut de cancer secundar radioindus pe termen lung.

❖ **Chimioterapia: citotoxicele clasice și toxicitatea sistemică**

Chimioterapia rămâne una dintre cele mai utilizate opțiuni terapeutice, având rol atât curativ, cât și paliativ. Agenții chimioterapici acționează prin inhibarea proliferării celulare, afectând însă și țesuturile sănătoase cu rată ridicată de diviziune. Printre cele mai utilizate clase de citostatice se numără agenții alchilanți (ciclofosfamida), antimetaboliții (5-fluorouracil), inhibitorii de topoizomerază (doxorubicina) și taxanii (paclitaxel, docetaxel). Toxicitatea sistemică a chimioterapiei include mielosupresie (neutropenie, anemie, trombocitopenie), toxicitate gastrointestinală (greață, vărsături, diaree) și neurotoxicitate (neuropatie periferică, encefalopatie chimioindusă). Un efect advers sever este cardiotoxicitatea indusă de antraciclina (ex. doxorubicină), care poate duce la insuficiență cardiacă ireversibilă.

❖ **Terapiile țintite: revoluția moleculară în oncologie**

Terapiile țintite au transformat tratamentul oncologic prin acțiunea selectivă asupra căilor moleculare esențiale pentru creșterea tumorală. Printre cele mai importante tipuri de terapii țintite se numără:

- Inhibitorii de tirozin kinază (e.g., imatinib în leucemia mieloidă cronică);
- Anticorpii monoclonali (e.g., trastuzumab în cancerul de sân HER2-pozitiv);
- Inhibitorii angiogenezei (e.g., bevacizumab, care blochează VEGF).

Deși terapiile țintite sunt mai bine tolerate decât chimioterapia convențională, ele pot provoca toxicitate cutanată (erupții acneiforme), hipertensiune arterială, tromboze și disfuncții hepatice. De asemenea, dezvoltarea rezistenței tumorale la aceste terapii reprezintă o provocare majoră în practica clinică.

❖ **Imunoterapia: reactivarea sistemului imun în lupta împotriva cancerului**

Imunoterapia stimulează sistemul imunitar pentru a recunoaște și distruge celulele tumorale, fiind una dintre cele mai inovatoare strategii terapeutice din oncologie. Printre cele mai utilizate clase se numără inhibitorii punctelor de control imun (e.g., nivolumab, pembrolizumab – inhibitori PD-1/PD-L1), terapiile adoptive cu limfocite T și vaccinurile oncologice. Reacțiile adverse ale imunoterapiei includ toxicitatea autoimună, afectând plămânii (pneumonită), ficatul (hepatită autoimună), glandele endocrine (tiroidită, insuficiență adrenală) și intestinul (colită imunomediata). Managementul acestor efecte necesită adesea administrarea de corticosteroizi și imunomodulatoare.

❖ **Terapia genică: viitorul oncologiei personalizate**

Terapia genică reprezintă un domeniu emergent în oncologie, bazat pe modificarea expresiei genetice a celulelor tumorale. Tehnologiile recente includ CRISPR-Cas9 pentru editarea genelor și terapiile bazate pe ARN interferent (RNAi). Deși încă în fază experimentală, aceste terapii promit soluții personalizate pentru cancerul rezistent la tratamentele convenționale. Printre principalele riscuri ale

terapii genice se numără imunogenitatea vectorilor virali, riscul de mutagenезă inserțională și dificultățile în livrarea selectivă a materialului genetic.

❖ **Concluzii**

Tratamentul cancerului implică o combinație complexă de strategii terapeutice, fiecare cu beneficii și riscuri specifice. Progresele recente în terapiile țintite, imunoterapie și terapia genică au îmbunătățit semnificativ prognosticul pacienților oncologici, însă reacțiile adverse asociate rămân o provocare majoră. Managementul toxicității terapeutice prin monitorizare riguroasă, terapii de susținere și ajustări personalizate ale tratamentului este esențial pentru optimizarea eficacității terapeutice și îmbunătățirea calității vieții pacienților.

2.2 Diagnosticul de cancer și consecințele sale asupra sănătății mintale și calității vieții

Diagnosticul de cancer constituie un eveniment traumatic major în viața unui individ, având un impact profund asupra sănătății mintale și a calității vieții. Studiile recente demonstrează că primirea unui astfel de diagnostic declanșează un răspuns psihologic complex, incluzând o gamă largă de reacții emoționale și cognitive. Șocul inițial este frecvent caracterizat printr-o stare de amortire emoțională, urmată adesea de mecanisme de apărare precum negarea și evitarea realității. Aceste răspunsuri inițiale sunt explicate prin activarea sistemului neuroendocrin, în special prin eliberarea crescută de cortizol și adrenalină, ceea ce contribuie la accentuarea simptomelor anxietății și depresiei. În plus, stresul acut generat de primirea diagnosticului poate duce la perturbări ale funcțiilor executive și ale capacității de luare a deciziilor, afectând astfel atât adaptarea la boală, cât și relațiile sociale și profesionale. În literatura de specialitate, se evidențiază o relație bidirecțională între diagnosticul de cancer și sănătatea mintală, în sensul că nu doar boala influențează echilibrul psihologic, ci și starea mintală anterioară poate modula reacțiile pacientului la diagnostic. Persoanele cu antecedente de tulburări anxioase sau depresive prezintă un risc mai mare de a dezvolta simptome severe de stres emoțional, comparativ cu cei fără astfel de antecedente. De asemenea, resursele psihologice, cum ar fi strategiile de coping și rețeaua de suport social, joacă un rol esențial în modul în care individul reușește să se adapteze la realitatea nouă impusă de boală. Lipsa unui suport social adecvat sau prezența unor factori de stres suplimentari (dificultăți economice, lipsa accesului la servicii medicale de calitate) pot agrava simptomele de depresie și anxietate, afectând implicit calitatea vieții pacientului oncologic.

Calitatea vieții pacienților oncologici este influențată de multiple variabile psihologice și sociale, incluzând percepția asupra bolii, nivelul de control perceput asupra propriei vieți și capacitatea de a menține o funcționare normală în contextul tratamentului oncologic. Un aspect esențial este reprezentat de stigma asociată cancerului, care poate conduce la izolare socială și la internalizarea unor sentimente de vinovăție sau rușine. Mai mult, efectele adverse ale tratamentelor oncologice, cum ar fi chimioterapia și radioterapia, nu doar că generează disconfort fizic semnificativ, dar contribuie și la declinul psihologic prin creșterea fatigabilității, scăderea motivației și alterarea imaginii corporale. Toate aceste elemente combinate creează un mediu psihologic vulnerabil, în care riscul de a dezvolta tulburări mintale, precum depresia majoră sau tulburarea de stres posttraumatic, este considerabil crescut.

2.2.1 Reacții emoționale imediate (șoc, negare, anxietate)

Diagnosticul de cancer reprezintă un eveniment de mare impact psihologic, declanșând reacții emoționale intense și imediate. În literatura de specialitate, se subliniază că majoritatea pacienților experimentează inițial un șoc psihologic, caracterizat printr-o stare de amortire emoțională și dificultăți în procesarea informațiilor medicale primite. Această reacție este asociată cu activarea axei hipotalamo-hipofizo-adrenale (HHA), ceea ce duce la eliberarea crescută de cortizol și catecolamine, modificând răspunsul neurofiziologic al organismului. Pe termen scurt, această activare poate genera simptome precum tahicardie, transpirații excesive și dificultăți de concentrare. Pacienții aflați în această etapă pot avea dificultăți în înțelegerea implicațiilor diagnosticului și pot adopta o atitudine pasivă sau evitantă față de informațiile oferite de medici. Un mecanism psihologic frecvent întâlnit în rândul pacienților

oncologici este negarea, care funcționează ca o strategie inițială de apărare împotriva stresului extrem. Negarea se manifestă prin refuzul de a accepta realitatea bolii, minimalizarea gravității diagnosticului sau evitarea discuțiilor despre tratament. Studiile arată că pacienții care utilizează această strategie defensivă pot avea o ajustare psihologică mai dificilă pe termen lung, întrucât întârzie luarea deciziilor medicale esențiale și pot evita accesul la sprijin emoțional și psihoterapeutic. Deși negarea poate avea un rol protector pe termen scurt, prevenind apariția unui răspuns emoțional copleșitor, persistarea acestui mecanism crește riscul de complicații psihologice, cum ar fi depresia și tulburările de adaptare.

Anxietatea este una dintre cele mai frecvente reacții emoționale imediate la diagnosticul de cancer, afectând între 30% și 50% dintre pacienți, conform unor meta-analize recente. Aceasta se poate manifesta prin gânduri catastrofice, insomnie, agitație psihomotorie și hiperactivitate autonomă. În plus, anxietatea determinată de incertitudinea prognosticului poate genera evitarea deliberată a informațiilor medicale sau, dimpotrivă, hiper-vigilență și preocupare excesivă față de evoluția bolii. Factorii care influențează nivelul de anxietate includ tipul de cancer, stadiul diagnosticului, istoricul personal de tulburări anxioase și nivelul de suport social. Studiile arată că pacienții cu suport familial deficitar sau cu antecedente de anxietate prezintă un risc crescut de a dezvolta tulburări anxioase severe, necesitând intervenții psihologice timpurii pentru prevenirea impactului negativ asupra calității vieții și aderenței la tratament.

2.2.2 Tranziții psihologice și tulburări de adaptare caracteristice

Diagnosticul de cancer nu doar declanșează reacții emoționale imediate, ci inițiază și un proces complex de tranziție psihologică, în care pacientul trebuie să își ajusteze treptat percepția asupra propriei identități, a sănătății și a viitorului său. În literatura de specialitate, această perioadă de tranziție este descrisă ca un proces de adaptare psihologică, în cadrul căruia pacientul oscilează între acceptarea realității diagnosticului și mecanismele defensive care îi permit să gestioneze stresul emoțional. Modelul lui Lazarus și Folkman asupra copingului sugerează că pacienții oncologici adoptă strategii variate de adaptare, de la coping activ (reevaluare cognitivă, căutarea suportului social) până la coping evitant (retragere socială, negare prelungită). Studiile indică faptul că tipul de strategie adoptată influențează semnificativ evoluția sănătății mintale a pacientului, determinând riscul de a dezvolta tulburări emoționale sau de a menține un echilibru psihoemoțional adecvat. În acest proces de adaptare, mulți pacienți se confruntă cu tulburări de adaptare, un spectru de reacții psihologice caracterizate printr-o suferință emoțională semnificativă care depășește nivelul așteptat în raport cu factorul stresor. Conform DSM-5, tulburările de adaptare includ simptome depresive, anxioase și de disfuncție comportamentală, apărute ca răspuns la un factor de stres clar identificabil – în acest caz, diagnosticul oncologic. Studiile epidemiologice arată că între 20% și 30% dintre pacienții cu cancer dezvoltă o tulburare de adaptare în primele șase luni de la diagnostic, cu variații în funcție de vârsta pacientului, rețeaua de suport social și prognosticul bolii. De asemenea, pacienții cu un istoric de afecțiuni psihice preexistente prezintă un risc crescut de a manifesta astfel de tulburări, necesitând intervenții psihoterapeutice timpurii pentru a facilita procesul de ajustare.

Un factor esențial în tranziția psihologică a pacientului oncologic îl constituie percepția asupra bolii și modul în care aceasta este integrată în structura identitară a individului. Cercetările din domeniul psihologiei sănătății sugerează că pacienții care interpretează cancerul ca pe o provocare ce poate fi gestionată au o probabilitate mai mare de a dezvolta mecanisme de coping active și de a menține o stare emoțională echilibrată. În schimb, pacienții care percep boala ca pe o sentință fatală au un risc crescut de a dezvolta simptome depresive și de a experimenta un sentiment profund de lipsă de control asupra propriei vieți. În plus, existența unui suport social adecvat – fie din partea familiei, fie prin grupuri de sprijin sau intervenții psihologice specializate – s-a dovedit a fi un factor protector esențial în procesul de adaptare, reducând riscul de deteriorare a sănătății mintale pe termen lung.

2.2.3 Diminuarea calității vieții: factori și implicații

Diagnosticul de cancer și tratamentele aferente au un impact semnificativ asupra calității vieții pacienților, influențând multiple dimensiuni ale existenței acestora, inclusiv starea fizică, sănătatea mintală, relațiile sociale și funcționarea profesională. Calitatea vieții în oncologie (engleză, HRQoL –

Health-Related Quality of Life) este un concept fundamental în evaluarea bunăstării pacienților, incluzând aspecte subiective legate de sănătatea percepută, nivelul durerii, gradul de oboseală și satisfacția în viața de zi cu zi. Studiile arată că pacienții oncologici experimentează un declin progresiv al calității vieții, în special în primele luni după diagnostic, această tendință fiind corelată cu severitatea simptomelor fizice și cu răspunsul emoțional la boală. De asemenea, nivelul de funcționalitate zilnică este profund afectat, întrucât majoritatea pacienților trebuie să facă față unor limitări fizice impuse de tratamente precum chimioterapia și radioterapia, care pot induce oboseală cronică, greață și neuropatie periferică. Unul dintre cei mai importanți factori care contribuie la diminuarea calității vieții în rândul pacienților oncologici este impactul psihologic al bolii. Depresia și anxietatea sunt frecvent întâlnite în această populație, afectând între 25% și 40% dintre pacienți, conform meta-analizelor recente. Aceste tulburări nu doar că reduc motivația pacientului de a adera la tratament, dar pot amplifica și percepția durerii, conducând la un cerc vicios al suferinței psihofizice. În plus, frica de recidivă și incertitudinea privind prognosticul medical contribuie la o stare de stres cronic, cu efecte negative asupra sistemului imunitar și asupra răspunsului la tratament. Nivelurile ridicate de cortizol și inflamația cronică, asociate cu stresul psihologic, pot accelera progresia bolii și pot compromite eficacitatea terapiei oncologice, demonstrând interdependența dintre sănătatea mintală și cea fizică.

Factorii socio-economici joacă, de asemenea, un rol crucial în percepția calității vieții la pacienții cu cancer. Accesul la îngrijiri medicale de calitate, resursele financiare disponibile și suportul social influențează semnificativ capacitatea pacientului de a gestiona boala. De exemplu, pacienții cu statut socio-economic scăzut se confruntă adesea cu obstacole în obținerea tratamentelor optime, ceea ce duce la o povară psihologică suplimentară și la un sentiment de deznădejde. De asemenea, lipsa unui suport social adecvat crește riscul de izolare și de dezvoltare a tulburărilor afective severe. Cercetările arată că pacienții care beneficiază de sprijin emoțional din partea familiei sau a grupurilor de suport prezintă o reziliență psihologică mai mare și o capacitate mai bună de a se adapta la provocările impuse de boală.

2.4 Terapie și suport psihologic în procesul de recuperare

Procesul de recuperare psihologică în oncologie este complex și necesită strategii personalizate pentru a răspunde diversității nevoilor emoționale și cognitive ale pacienților. Impactul psihologic al cancerului nu se limitează la momentul diagnosticului sau al tratamentului activ, ci poate persista pe termen lung, influențând calitatea vieții și capacitatea de adaptare. Abordările terapeutice integrate, incluzând psihoterapia, suportul social, strategiile de gestionare a durerii și intervențiile complementare, au demonstrat eficacitate în reducerea simptomelor depresive și anxioase, îmbunătățind totodată funcționarea generală a pacienților oncologici. În acest context, modelele moderne de îngrijire oncologică pun un accent tot mai mare pe includerea intervențiilor psihosociale ca parte a tratamentului standard. Rolul terapiei psihologice este esențial în facilitarea adaptării pacienților la realitatea impusă de boală și în îmbunătățirea mecanismelor de coping. Abordările terapeutice variază în funcție de nevoile individuale, de tipul cancerului și de stadiul bolii, incluzând terapii cognitiv-comportamentale, intervenții psihodinamice, terapii existențiale și terapii de acceptare și angajament. În paralel, sprijinul social oferit de familie, prieteni sau grupuri de suport contribuie la reducerea sentimentului de izolare și la creșterea rezilienței emoționale. Mai mult, gestionarea durerii și a stresului psihologic reprezintă un obiectiv-cheie în planul terapeutic, abordarea multidimensională incluzând atât tehnici farmacologice, cât și intervenții psihologice. Complementar, tehnicile integrative precum yoga, meditația și mindfulness sunt din ce în ce mai utilizate pentru ameliorarea simptomelor psihologice și îmbunătățirea stării de bine generală.

Implementarea unor programe psihologice structurate în centrele oncologice s-a dovedit a fi o strategie eficientă în optimizarea adaptării pacienților la boală și în reducerea riscului de tulburări psihiatrice asociate. Studiile indică faptul că pacienții care beneficiază de intervenții psihologice personalizate au o mai bună calitate a vieții, un nivel mai redus de stres emoțional și o aderență mai mare la tratament. În plus, dezvoltarea unor programe de educație psihologică pentru pacienți și aparținători contribuie la creșterea nivelului de înțelegere a bolii și la îmbunătățirea mecanismelor de adaptare. Aceste constatări subliniază necesitatea unei integrări mai ample a serviciilor psihologice în

cadru echipelor oncologice multidisciplinare, astfel încât îngrijirea pacienților oncologici să fie abordată holistic, având în vedere atât aspectele medicale, cât și cele psihologice.

2.4.1 Psihoterapia în oncologie: abordări adaptate nevoilor individuale

Psihoterapia reprezintă un pilon fundamental în îngrijirea holistică a pacienților oncologici, având un rol esențial în gestionarea impactului emoțional al bolii, îmbunătățirea calității vieții și facilitarea adaptării la provocările impuse de cancer. Spre deosebire de psihoterapia aplicată în alte domenii clinice, intervențiile în oncologie necesită o adaptare specifică la nevoile individuale ale pacienților, luând în considerare severitatea simptomelor psihologice, stadiul bolii și resursele psihosociale disponibile. Printre cele mai utilizate abordări terapeutice în oncologie se numără terapia cognitiv-comportamentală, terapia de acceptare și angajament (ACT), psihoterapia existențială și terapia centrată pe sens (engleză, meaning-centered therapy – MCT), fiecare dintre acestea având obiective și metode specifice în funcție de particularitățile pacientului.

Terapia cognitiv-comportamentală este una dintre cele mai studiate și eficiente forme de intervenție psihologică în rândul pacienților oncologici, fiind utilizată pentru reducerea anxietății, depresiei și stresului legat de boală. Prin restructurare cognitivă și tehnici de gestionare a gândurilor negative, pacienții învață să își modifice percepțiile disfuncționale despre cancer, ceea ce contribuie la creșterea rezilienței psihologice. De asemenea, aceasta include tehnici comportamentale, precum expunerea graduală la stimuli anxiogeni și antrenamentul în relaxare, care ajută la reducerea reacțiilor de stres și la îmbunătățirea capacității de reglare emoțională. Studiile recente au demonstrat că pacienții care beneficiază de terapie cognitiv-comportamentală prezintă o scădere semnificativă a simptomelor depresive și anxioase, precum și o creștere a calității vieții și a aderenței la tratamentele oncologice.

Pe lângă abordările cognitiv-comportamentale, terapia existențială și terapia centrată pe sens (MCT) s-au dovedit a fi deosebit de benefice pentru pacienții cu cancer avansat sau în îngrijiri paliative. Aceste forme de psihoterapie ajută pacienții să găsească un sens personal în experiența bolii, facilitând procesele de reevaluare a valorilor și de acceptare a incertitudinii. Intervențiile existențiale vizează diminuarea sentimentului de lipsă de speranță, reconectarea la aspectele valoroase ale vieții și dezvoltarea unei perspective mai echilibrate asupra suferinței, reducând astfel riscul de depresie severă și dorința de moarte anticipată. Studiile clinice au evidențiat că terapia centrată pe sens poate ameliora distresul existențial, contribuind la o mai bună integrare psihologică a bolii și la o mai mare acceptare a propriei condiții.

2.4.2 Valențele sprijinului social și ale intervențiilor de grup în oncologie

Sprijinul social joacă un rol esențial în adaptarea pacienților oncologici la boală, având un impact semnificativ asupra sănătății mintale, a aderenței la tratament și a calității generale a vieții. Relațiile interpersonale, fie că provin din familie, cercul de prieteni sau comunități de sprijin, contribuie la reducerea sentimentului de izolare, creșterea rezilienței emoționale și îmbunătățirea capacității de coping. Studiile arată că pacienții care beneficiază de un suport social adecvat au niveluri mai scăzute de depresie și anxietate și o probabilitate mai mare de a menține o atitudine pozitivă față de tratament. În schimb, lipsa sprijinului social este asociată cu un risc crescut de suferință psihologică severă și chiar cu rate mai mari de mortalitate, fapt explicat prin efectele negative ale stresului cronic asupra funcționării sistemului imun și cardiovascular. Intervențiile de grup constituie o componentă importantă a strategiilor psihosociale utilizate în oncologie, având ca scop principal crearea unui mediu de susținere emoțională, schimb de experiențe și dezvoltare a mecanismelor de coping. Terapia de grup, grupurile de suport și programele de educație psiho-oncologică sunt printre cele mai utilizate forme de intervenție, fiecare având beneficii specifice. Terapia de grup, condusă de un specialist în sănătate mintală, oferă pacienților un cadru sigur pentru explorarea emoțiilor și dezvoltarea unor strategii de adaptare mai eficiente. Grupurile de suport, pe de altă parte, facilitează conexiunile între persoane aflate în situații similare, reducând izolarea socială și promovând solidaritatea. Programele educaționale ajută pacienții și familiile acestora să înțeleagă mai bine impactul psihologic al bolii și să învețe tehnici practice de gestionare a stresului și a simptomelor asociate.

2.4.3 Managementul multidimensional al durerii și stresului asociat

Durerea și stresul sunt două dintre cele mai frecvente și debilitante simptome întâlnite la pacienții oncologici, având un impact semnificativ asupra sănătății mintale, a calității vieții și a prognosticului general al bolii. Durerea oncologică poate fi acută sau cronică, somatică, viscerală sau neuropatică, iar mecanismele sale includ atât factori biologici (inflamație, lezarea țesuturilor, afectarea nervilor), cât și dimensiuni psihosociale. Pe de altă parte, stresul psihologic este adesea exacerbă de incertitudinea privind evoluția bolii, efectele adverse ale tratamentului și impactul asupra vieții personale și profesionale. Din această perspectivă, un management eficient al durerii și stresului trebuie să fie multidimensional, integrând tratamente farmacologice și non-farmacologice, intervenții psihologice și suport social.

❖ Managementul farmacologic al durerii oncologice

Tratamentul farmacologic rămâne piatra de temelie în gestionarea durerii oncologice și urmează principiile stabilite de „Scala analgezică a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS)”, care recomandă o abordare progresivă, începând cu analgezice non-opioide (paracetamol, antiinflamatoare nesteroidiene – AINS) și continuând, în funcție de severitatea durerii, cu opioide slabe (codeină, tramadol) și opioide puternice (morfina, fentanil). Cu toate acestea, utilizarea opioidelor implică riscul dezvoltării toleranței, dependenței și efectelor secundare semnificative, motiv pentru care strategiile moderne includ administrarea multimodală a analgezicelor, combinând opioide cu adjuvanți precum antidepressive triciclice, anticonvulsivante (gabapentin, pregabalin) sau anestezice locale pentru controlul durerii neuropatice. În plus, studiile recente evidențiază eficacitatea antagonistilor receptorilor NMDA (ketamina) și a inhibitorilor COX-2, care oferă alternative viabile pentru pacienții cu durere refractară.

❖ Intervenții psihologice și comportamentale în controlul durerii și stresului

Pe lângă tratamentul medicamentos, intervențiile psihologice joacă un rol crucial în gestionarea durerii și stresului oncologic. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) și tehnicile de relaxare, cum ar fi antrenamentul autogen și biofeedback-ul, s-au dovedit eficiente în modificarea percepției durerii și în reducerea reacțiilor de hipervigilență la stimuli dureroși. De asemenea, intervențiile bazate pe mindfulness ajută pacienții să își dezvolte o relație mai adaptativă cu experiența durerii, reducând componenta emoțională a suferinței. Hipnoza medicală, utilizată ca terapie adjuvantă, poate ameliora durerea și stresul, prin restructurarea cognitivă a experienței senzoriale și prin reducerea tensiunii musculare și a nivelului de cortizol. În plus, programele de educație psihologică pentru pacienți contribuie la o mai bună înțelegere a mecanismelor durerii și la dezvoltarea unor strategii eficiente de coping, ceea ce determină o creștere a sentimentului de control asupra propriei sănătăți.

❖ Rolul suportului social și al intervențiilor multidisciplinare

Un alt aspect esențial în managementul durerii și stresului asociat cancerului este integrarea unui suport social adecvat și a echipelor multidisciplinare de îngrijire. Pacienții care beneficiază de sprijin emoțional din partea familiei, a prietenilor sau a grupurilor de suport prezintă niveluri mai scăzute de stres, o mai bună aderență la tratament și o percepție mai redusă a durerii. De asemenea, colaborarea dintre oncologi, psihologi, terapeuți ocupaționali și specialiști în îngrijiri paliative permite individualizarea strategiilor de tratament și ajustarea acestora în funcție de evoluția bolii și de nevoile pacientului. În acest context, dezvoltarea unor centre de îngrijire integrativă, care combină tratamentele convenționale cu abordări psihologice și complementare, a devenit o direcție de interes major în oncologie, oferind pacienților o îngrijire holistică, orientată atât către controlul simptomelor fizice, cât și către susținerea stării emoționale și mentale.

CAPITOLUL III. INCIDENȚA TULBURĂRILOR ANXIOASE ȘI DEPRESIVE LA PACIENȚII ONCOLOGICI: STUDIU CLINIC DESFĂȘURAT ÎN CADRUL SPITALULUI CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚE „SF. APOSTOL ANDREI” DIN GALAȚI

3.1 Introducere și justificarea studiului clinic retrospectiv

3.1.1 Contextul integrării sănătății mintale în oncologie

În ultimele decenii, oncologia a evoluat de la o specialitate centrată exclusiv pe supraviețuire biologică, spre o disciplină complexă care recunoaște impactul profund al bolii canceroase asupra sănătății mintale. Diagnosticul de cancer, indiferent de localizare sau stadiu, este perceput de majoritatea pacienților ca un eveniment traumatic major, cu potențial destabilizator pentru echilibrul psihic individual. Stresul psihologic asociat incertitudinii privind prognosticul, suferinței fizice, toxicității tratamentelor și modificărilor stilului de viață poate declanșa sau agrava tulburări psihiatrice preexistente. În acest context, integrarea sănătății mintale în managementul oncologic nu mai este o opțiune secundară, ci o componentă esențială a abordării terapeutice moderne. Studii internaționale au demonstrat că prevalența tulburărilor de anxietate și depresie este semnificativ mai mare la pacienții oncologici față de populația generală, aceste tulburări contribuind la scăderea complianței terapeutice, reducerea calității vieții și, în anumite cazuri, chiar la scăderea speranței de viață.

Unul dintre diagnosticalele frecvent întâlnite în acest context îl reprezintă „Tulburarea anxioasă și depresivă mixtă” (cod F41.2, ICD-10), recunoscută de către Organizația Mondială a Sănătății ca entitate clinică distinctă. Aceasta descrie prezența concomitentă, dar nedominantă, a simptomatologiei anxioase și depresive, afectând funcționalitatea globală a pacientului. În oncologie, diagnosticul de F41.2 capătă relevanță sporită, întrucât reflectă răspunsuri psihologice complexe, generate de natura duală a suferinței – atât fizică, cât și existențială. Studiile din domeniul psiho-oncologiei susțin că monitorizarea activă a simptomelor psihice trebuie să devină parte integrantă a protocoalelor oncologice. În ciuda acestui consens teoretic, aplicabilitatea practică rămâne inegală, mai ales în sistemele de sănătate unde psihologia clinică și psihiatria sunt insuficient integrate în echipele multidisciplinare oncologice. Astfel, abordarea sistematică a acestor tulburări prin studii clinice aplicate, desfășurate în contexte reale de îngrijire, este esențială pentru a susține dezvoltarea unor strategii coerente de intervenție.

Prezenta cercetare științifică își propune să contribuie la acest deziderat printr-o analiză retrospectivă desfășurată într-un spital județean de referință din România – Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” din Galați – având ca obiectiv identificarea și caracterizarea profilului psiho-clinic al pacienților oncologici diagnosticați secundar cu F41.2. Această analiză permite nu doar documentarea incidenței reale a tulburărilor psihice în rândul pacienților oncologici, ci și înțelegerea relației dintre factorii demografici, localizarea cancerului, scorurile de performanță funcțională și severitatea simptomatologiei anxio-depresive.

3.1.2 Relevanța diagnosticării F41.2 în rândul pacienților oncologici

În literatura de specialitate, tulburările de dispoziție și anxietate asociate bolilor somatice cronice, în special afecțiunilor oncologice, ocupă un loc central în cadrul preocupărilor actuale privind îngrijirea holistică a pacientului. Tulburarea anxioasă și depresivă mixtă, codificată în Clasificarea Internațională a Maladiilor, ediția a 10-a (ICD-10), sub codul F41.2, constituie o entitate nosologică distinctă, recunoscută pentru prevalența sa crescută în populația generală și, cu atât mai mult, în rândul pacienților oncologici. Această tulburare este definită prin prezența concomitentă, dar de intensitate subclinică sau moderată, a simptomelor caracteristice atât tulburării depresive cât și tulburării anxioase. Ceea ce diferențiază F41.2 de alte entități diagnostice este faptul că nici una dintre cele două dimensiuni simptomatice nu este suficient de proeminentă pentru a permite o codificare separată conform criteriilor complete ale tulburării depresive majore (F32) sau ale tulburării de anxietate generalizată (F41.1).

Totuși, suma acestor simptome interferează semnificativ cu funcționarea zilnică a individului, afectând adaptarea acestuia la provocările existențiale și terapeutice generate de boala oncologică.

Relevanța clinică a diagnosticului F41.2 în oncologie rezidă în capacitatea sa de a surprinde un spectru psihopatologic hibrid, frecvent subestimat sau omis în practica medicală curentă. Spre deosebire de formele severe, în care simptomatologia psihiatrică este evidentă și conduce frecvent la internare sau tratament psihofarmacologic complex, în cazul tulburării F41.2 simptomele pot rămâne mult timp nediagnosticate, confundate cu reacții adaptative normale sau atribuite exclusiv efectelor adverse ale tratamentelor oncologice. Această situație determină o latență periculoasă în intervenția terapeutică, pacienții rămânând deseori fără sprijin psihologic adecvat într-un moment în care vulnerabilitatea emoțională este maximă. Mai mult, studiile internaționale relevă faptul că între 20% și 30% dintre pacienții oncologici dezvoltă forme clinice de tulburări psihice, iar dintre acestea, tulburările mixte anxio-depresive sunt cele mai frecvente, tocmai datorită suprapunerii simptomelor și dificultății de a le distinge în contextul particular al suferinței oncologice. În România, deși conștientizarea importanței componente psiho-oncologice a crescut în ultimele decenii, diagnosticul F41.2 continuă să fie subutilizat, adesea în favoarea etichetelor vagi sau a ignorării complete a simptomelor afective.

În acest sens, diagnosticarea corectă și documentarea riguroasă a incidenței F41.2 în rândul pacienților oncologici contribuie nu doar la creșterea acurateței clinice, ci și la fundamentarea unor intervenții personalizate, care pot îmbunătăți semnificativ calitatea vieții pacienților și eficiența tratamentului oncologic. Simptomatologia specifică acestei tulburări – cum ar fi anxietatea anticipatorie față de recădere, insomnia cronică, iritabilitatea, lipsa energiei, diminuarea capacității de concentrare sau lipsa speranței – afectează în mod direct capacitatea pacientului de a înțelege, accepta și colabora activ în planul terapeutic. Mai mult, prezența concomitentă a simptomelor anxioase și depresive amplifică riscul de abandon terapeutic, de scădere a complianței la tratamentele oncologice (chimioterapie, radioterapie, imunoterapie), precum și probabilitatea dezvoltării unor comportamente maladaptative, cum ar fi retragerea socială sau evitarea relației cu personalul medical. În plus, la pacienții cu nivel crescut de anxietate și depresie se observă o corelare constantă cu scoruri mai proaste ale indexului de performanță ECOG (eng., Eastern Cooperative Oncology Group), ceea ce indică o deteriorare simultană a stării funcționale și a echilibrului emoțional.

În cadrul studiului desfășurat la Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” din Galați, alegerea codului F41.2 pentru investigarea pacienților oncologici s-a bazat pe nevoia de a surprinde tocmai această zonă de intersecție simptomatică, insuficient documentată în cercetările autohtone. Analiza retrospectivă realizată asupra celor 174 de pacienți internați cu diagnostic oncologic primar și F41.2 secundar oferă un cadru relevant pentru înțelegerea complexității reacțiilor psihice generate de cancer, precum și pentru dezvoltarea unor ghiduri de screening și intervenție precoce. Această abordare diagnostică răspunde, așadar, unei duble necesități: pe de o parte, oferă un instrument valid pentru cuantificarea stresului psihologic în context oncologic; pe de altă parte, fundamentează direcții de intervenție interdisciplinară, care integrează psihologia clinică, psihiatria și oncologia în beneficiul pacientului. Astfel, includerea și analiza sistematică a diagnosticului F41.2 în cercetarea de față nu este doar un demers statistic, ci o formă de validare clinică a realității psihice a pacientului oncologic.

3.1.3 Rolul spitalului regional ca centru de observație reprezentativ

Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” din Galați deține o poziție strategică și funcțională deosebit de importantă în rețeaua de sănătate publică din România, în special în zona de sud-est a țării. În calitatea sa de instituție sanitară de nivel terțiar, acest spital servește nu doar populația municipiului Galați, ci și pacienți din județele limitrofe, constituindu-se astfel într-un centru regional cu o bază populațională extinsă, eterogenă din punct de vedere socio-demografic și medical. Această poziționare conferă unității un statut privilegiat în ceea ce privește acumularea de date clinice relevante, reflectând fidel realitatea medicală a unei regiuni largi și diverse. În mod specific, secțiile de oncologie medicală, hematologie, radioterapie și chirurgie oncologică ale Spitalului Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” asigură un flux constant și semnificativ de pacienți oncologici, ceea ce oferă premisele ideale pentru realizarea unui studiu clinic cu relevanță epidemiologică. Diversitatea cazurilor

oncologice tratate în cadrul acestei instituții, atât în ceea ce privește localizarea și stadiul bolii, cât și profilul sociodemografic al pacienților, permite extrapolarea rezultatelor obținute la niveluri mai largi ale sistemului sanitar regional.

Mai mult, spitalul funcționează ca unitate universitară afiliată Facultății de Medicină și Farmacie din cadrul Universității „Dunărea de Jos” din Galați, aspect care asigură nu doar un cadru profesional de înaltă calificare, ci și o cultură academică propice desfășurării cercetării medicale. Participarea la proiecte educaționale și științifice, precum și colaborarea cu alte centre universitare și institute de sănătate publică, susține capacitatea instituțională de a implementa studii clinice riguroase, cu metodologii validate și rezultate relevante. Alegerea acestui spital ca locație pentru desfășurarea studiului clinic retrospectiv asupra incidenței tulburării anxioase și depresive mixte (F41.2) în rândul pacienților oncologici este justificată, așadar, nu doar de volumul și complexitatea cazurilor, ci și de contextul profesional, tehnologic și academic favorabil. Accesul la dosare medicale electronice, colaborarea interdisciplinară dintre oncologi, psihiatri, psihologi și asistenți sociali, precum și experiența acumulată în identificarea și gestionarea comorbidităților psihiatrice în context oncologic contribuie la acuratețea și validitatea datelor obținute. În plus, specificul regional al populației deservite – caracterizată prin variații semnificative în nivelul de educație, venituri, acces la servicii medicale preventive și susținere socială – permite explorarea unor variabile relevante pentru analiza vulnerabilității psihice în cancer. Această realitate oferă un cadru autentic și realist pentru evaluarea impactului psihologic al diagnosticului oncologic și pentru identificarea categoriilor de pacienți cu risc crescut de a dezvolta tulburări afective comorbide.

În concluzie, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” din Galați nu reprezintă doar un cadru logistic pentru desfășurarea studiului, ci un veritabil laborator clinic în care se manifestă complexitatea interacțiunii dintre boala oncologică și sănătatea mintală. Prin urmare, datele obținute în acest context pot fi considerate reprezentative și relevante pentru elaborarea unor strategii de screening, prevenție și intervenție psihiatrică în oncologie la nivel regional și, prin extrapolare, la nivel național.

3.2 Scopul cercetării, principalele direcții de investigare, obiective și ipoteze

3.2.1 Scop și direcții de cercetare

Scopul fundamental al acestei cercetări este de a evalua incidența și caracteristicile clinico-psihiatrice ale tulburării anxioase și depresive mixte (F41.2) în rândul pacienților oncologici internați într-un spital regional de referință, respectiv Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” din Galați. Studiul își propune să aducă o contribuție relevantă la delimitarea profilului psihopatologic al pacientului oncologic, să evidențieze legătura dintre statusul funcțional și suferința psihică și să ofere un cadru empiric pentru integrarea sistematică a screeningului psihiatric în practica oncologică românească.

Având în vedere complexitatea interacțiunii dintre cancer, tratamentele sale și impactul psihologic al acestora, cercetarea a fost structurată pe mai multe direcții complementare de investigare. Acestea includ: analiza distribuției demografice și clinice a pacienților cu F41.2, evaluarea scorurilor H.A.D. (eng., Hospital Anxiety and Depression Scale) în corelație cu tipul de cancer, statusul funcțional conform scorului ECOG, precum și explorarea relațiilor între factori contextuali (vârsta, sexul, mediul de proveniență) și severitatea simptomatologiei anxio-depresive. Prin urmare, această cercetare nu se limitează la simpla cuantificare a prevalenței unui diagnostic, ci explorează dimensiuni mai profunde ale interacțiunii dintre suferința somatică și cea psihică, încercând să evidențieze pattern-uri relevante pentru practica clinică. Această abordare permite identificarea categoriilor de pacienți cu vulnerabilitate psihică crescută, necesitatea unei intervenții psihoterapeutice precoce, precum și definirea unor posibile modele predictive în psiho-oncologie.

3.2.2 Obiective generale și specifice

Obiectivul general al studiului constă în analiza retrospectivă a incidenței și caracteristicilor tulburării anxioase și depresive mixte (F41.2) în rândul pacienților oncologici internați, precum și în explorarea relațiilor dintre parametrii clinici, psihometrici și demografici asociați. Obiectivele specifice urmăresc detalierea acestui cadru analitic și includ:

- caracterizarea socio-demografică a eșantionului (vârstă, sex, mediu de proveniență);
- identificarea distribuției pacienților în funcție de localizarea cancerului și scorul ECOG;
- analiza scorurilor de anxietate și depresie obținute prin scala H.A.D. și evidențierea pattern-urilor dominante;
- determinarea corelațiilor statistice dintre severitatea simptomatologiei afective și scorurile funcționale;
- explorarea diferențelor între subgrupuri (pe sexe, grupe de vârstă, tipuri de cancer) în ceea ce privește expresia clinică a tulburării F41.2;
- evaluarea gradului de asociere dintre durata spitalizării și intensitatea simptomatologiei anxio-depresive;
- formularea de concluzii relevante pentru dezvoltarea unor protocoale de screening psihiatric în oncologie.

3.2.3 Ipoteze de lucru formulate pe baza literaturii și a observațiilor clinice

Formularea ipotezelor de cercetare a fost realizată pe baza unui cadru teoretic solid și a analizei atente a literaturii de specialitate în domeniul psiho-oncologiei, corelată cu datele clinice generate în urma prezentului studiu retrospectiv desfășurat în perioada 2019–2022. Această abordare a urmărit elaborarea unor ipoteze testabile, care să reflecte cu acuratețe complexitatea relației dintre suferința oncologică și cea psihică, și să fundamenteze o analiză statistică riguroasă.

Ipoteza de lucru nr. 1:

- a. Ipoteza alternativă (H_1): Există o asociere semnificativă statistic între sexul pacientului oncologic și severitatea simptomatologiei anxio-depresive (evaluată prin scorurile H.A.D.).
- b. Ipoteza nulă (H_0): Nu există diferențe semnificative între bărbați și femei în ceea ce privește scorurile H.A.D. de anxietate și depresie.

Această ipoteză se bazează pe multiple cercetări care atestă o prevalență mai mare a tulburărilor anxioase și depresive în rândul pacientelor, în special în context oncologic, unde impactul asupra identității corporale și anxietatea legată de prognostic sunt mai accentuate în rândul femeilor.

Ipoteza de lucru nr. 2

- c. Ipoteza alternativă (H_2): Scorul ECOG este corelat negativ cu scorurile H.A.D., ceea ce indică faptul că o funcționalitate fizică mai scăzută este asociată cu niveluri mai ridicate de anxietate și depresie.
- d. Ipoteza nulă (H_0): Nu există o corelație semnificativă statistic între scorul ECOG și scorurile H.A.D. de anxietate și depresie.

Fundamentul științific al acestei ipoteze constă în premisa că degradarea funcționalității fizice determină o percepție negativă asupra propriei autonomii, ceea ce contribuie la intensificarea simptomatologiei afective. Datele statistice obținute sugerează o astfel de tendință, în special în cazurile cu scoruri ECOG ≥ 3 .

Ipoteza de lucru nr. 3

- e. Ipoteza alternativă (H_3): Există diferențe semnificative în scorurile H.A.D. în funcție de tipul de cancer (localizarea tumorii maligne), anumite localizări fiind asociate cu un distres psihic mai ridicat.

- f. Ipoteza nulă (H_0): Tipul de cancer nu influențează în mod semnificativ nivelul simptomatologiei anxio-depresive măsurate prin H.A.D.

Ipoteza derivă din literatura care susține că neoplasmul cu impact direct asupra funcțiilor identitare (de exemplu, cancerul de sân, col uterin, O.R.L.) generează distres psihologic mai intens, prin afectarea imaginii corporale, sexualității sau comunicării. Datele analizate indică niveluri foarte ridicate ale scorurilor H.A.D. la pacienții cu tumori O.R.L. și mamare.

Ipoteza de lucru nr. 4

- g. Ipoteza alternativă (H_4): Pacienții din mediul rural prezintă scoruri H.A.D. mai mari comparativ cu cei din mediul urban, sugerând o vulnerabilitate psihică crescută asociată accesului limitat la servicii de sprijin.
- h. Ipoteza nulă (H_0): Mediul de proveniență (urban vs. rural) nu influențează în mod semnificativ scorurile H.A.D. de anxietate și depresie.

Această ipoteză este fundamentată de inegalitățile de acces la servicii psihiatrice și psihologice, dar și de posibila stigmatizare a suferinței mintale în comunitățile rurale, ceea ce amplifică sentimentul de izolare și incapacitatea de a gestiona psihologic diagnosticul oncologic.

Ipoteza de lucru nr. 5

- i. Ipoteza alternativă (H_5): Durata spitalizării este pozitiv corelată cu severitatea simptomelor anxioase și depresive, pacienții cu internări prelungite prezentând scoruri H.A.D. mai mari.
- j. Ipoteza nulă (H_0): Nu există o corelație semnificativă între durata spitalizării și scorurile H.A.D. de anxietate și depresie.

Ipoteza își găsește justificare în presupunerea că spitalizările lungi pot reflecta o severitate mai mare a bolii și, implicit, o stare de vulnerabilitate psihică crescută, asociată cu incertitudinea prognostică și separarea de mediul familial.

Ipoteza de lucru nr. 6

- k. Ipoteza alternativă (H_6): Scorurile de anxietate și cele de depresie obținute prin scala H.A.D. sunt pozitiv corelate, sugerând prezența unui nucleu psihopatologic comun în cadrul tulburării F41.2.
- l. Ipoteza nulă (H_0): Nu există o corelație semnificativă statistic între scorurile H.A.D. de anxietate și cele de depresie.

Această ipoteză susține conceptual validitatea clinică a diagnosticului F41.2, în care cele două dimensiuni afective coexistă și se potențează reciproc. Confirmarea statistică a acestei ipoteze va consolida legitimitatea abordării diagnostice combinate în practica psihiatrică oncologică.

Aceste ipoteze de cercetare formează baza unui cadru analitic complex și intercorelat, menit să exploreze multidimensional interacțiunea dintre variabilele demografice, clinice și psihologice în cazul pacienților oncologici cu comorbiditate psihiatrică. Confirmarea sau infirmarea ipotezelor va permite formularea unor concluzii cu valoare aplicativă în direcția optimizării intervențiilor psihosociale în oncologie.

3.3 Material și metodă

3.3.1 Descrierea designului studiului: retrospectiv, observațional

Designul metodologic al cercetării, adoptat în cadrul prezentei lucrări de doctorat, este de tip retrospectiv, observațional, o opțiune științifică adecvată și riguroasă în contextul investigării comorbidităților psihice asociate bolii oncologice. Alegerea acestui tip de design se întemeiază pe caracterul exploratoriu și descriptiv al studiului, având ca scop identificarea prevalenței și a corelațiilor semnificative dintre variabilele clinice și psihocomportamentale ale pacienților oncologici diagnosticați secundar cu tulburare anxioasă și depresivă mixtă (F41.2). Un studiu retrospectiv presupune analiza sistematică a unor date medicale deja existente, stocate în arhivele spitalicești sau în bazele de date electronice, fără intervenție directă asupra pacienților și fără influențarea parcursului terapeutic al acestora. Această abordare permite investigarea unor fenomene clinice reale, într-un cadru medical autentic, având avantajul unei mari accesibilități a datelor și al reflectării fidele a practicii curente. În același timp, componenta observațională implică o monitorizare pasivă, non-intervențională, în care cercetătorul nu modifică nici variabilele independente, nici condițiile de mediu clinic, limitându-se la observarea și interpretarea relațiilor deja existente între factori.

Studiul a fost derulat pe o perioadă de patru ani, între ianuarie 2019 și decembrie 2022, în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” din Galați, instituție cu statut de spital regional și universitar. Aceasta oferă un context reprezentativ pentru cercetarea propusă, prin prisma complexității cazurilor oncologice tratate, diversității socio-demografice a populației deservite și a infrastructurii medicale care permite diagnosticul integrat al comorbidităților somatice și psihice. În acest cadru, cercetarea a vizat analizarea fișelor clinice ale pacienților internați în secțiile de oncologie, fiind selectați exclusiv acei pacienți care au beneficiat de evaluare psihiatrică și au fost diagnosticați, conform Clasificării Internaționale a Maladiilor – ediția a 10-a (ICD-10), cu tulburare anxioasă și depresivă mixtă (F41.2). Acest diagnostic reflectă o simptomatologie afectivă complexă, caracterizată prin manifestări anxioase și depresive de intensitate moderată, fără predominanță clară, dar cu impact semnificativ asupra funcționalității pacientului și complianței terapeutice.

Importanța acestui design retrospectiv, observațional, rezidă în posibilitatea sa de a surprinde și analiza realitatea clinică fără interferențe metodologice, oferind o imagine coerentă asupra frecvenței și modului de manifestare a simptomatologiei psihice în oncologie. De asemenea, această abordare permite testarea ipotezelor formulate pe baza literaturii de specialitate prin aplicarea unor metode statistice robuste asupra unui eșantion real, cu valențe semnificative pentru practica medicală din România. În mod complementar, utilizarea unor instrumente de evaluare standardizate – precum scala H.A.D. (Hospital Anxiety and Depression Scale) și scorul ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) – oferă un grad crescut de validitate externă, permițând comparabilitatea rezultatelor cu alte studii internaționale similare și fundamentarea unor concluzii cu valoare predictivă și aplicativă în domeniul psiho-oncologiei.

3.3.2 Criterii de includere și excludere a pacienților

Selecția riguroasă a eșantionului reprezintă un element metodologic fundamental în orice cercetare clinică retrospectivă, garantând validitatea internă și relevanța epidemiologică a rezultatelor obținute. În cadrul prezentului studiu observațional, retrospectiv, s-au aplicat criterii de selecție strict definite, conform principiilor metodologice internaționale PRISMA (eng., Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) și structurii logice PICO (eng., Population, Intervention, Comparison, Outcome), adaptate specificității studiilor non-intervenționale. Structura PICO aplicabilă acestui studiu este următoarea:

- P (Populație): Pacienți diagnosticați cu afecțiuni oncologice internați în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgențe „Sf. Apostol Andrei” din Galați, în perioada 2019–2022.
- I (Intervenție): Nu se aplică, studiul fiind observațional; intervenția evaluată este diagnosticul psihiatric secundar F41.2 stabilit conform ICD-10.

- C (Comparație): Grupurile comparaționale au fost construite în baza variabilelor sociodemografice (sex, vârstă, mediu), clinice (scor ECOG, localizare tumorală), și psihometrice (scoruri H.A.D.).
- O (Rezultat): Identificarea incidenței simptomatologiei anxioase și depresive (F41.2), precum și corelațiile acesteia cu indicatorii clinico-demografici.

❖ **Criterii de includere**

Au fost incluși în studiu pacienții care îndeplineau cumulativ următoarele condiții:

- Vârsta ≥ 18 ani;
- Internare într-una dintre secțiile de oncologie ale spitalului menționat, în perioada 01.01.2019 – 31.12.2022;
- Diagnostic oncologic confirmat clinic și imagistic/histopatologic;
- Diagnostic secundar psihiatric F41.2, documentat prin evaluare de specialitate;
- Aplicarea scalei H.A.D. în timpul internării;
- Disponibilitatea scorului funcțional ECOG în documentele medicale;
- Fișe clinice complete, fără lipsă de date esențiale pentru analiză.

❖ **Criterii de excludere:**

Au fost excluși pacienții care prezentau:

- Istoric anterior de tulburări psihiatrice diagnosticate (de exemplu, depresie majoră, tulburări psihotice, tulburări de personalitate);
- Diagnostice psihiatrice altele decât F41.2 în timpul internării (de exemplu, F32, F41.1 etc.);
- Inabilitatea de a coopera la evaluarea psihiatrică (de exemplu, stări confuzionale, comorbidități neurologice severe);
- Lipsa scorurilor H.A.D. și/sau a datelor privind scorul ECOG;
- Lipsa consimțământului informat, acolo unde a fost necesar din punct de vedere legal pentru evaluarea psihiatrică.

După aplicarea criteriilor, lotul final a inclus 174 de pacienți oncologici diagnosticați secundar cu F41.2.

3.3.3 Structura eșantionului: repartiția pe tipuri de cancer

Eșantionul studiat în cadrul cercetării clinice retrospective a inclus un total de 174 de pacienți oncologici, diagnosticați cu diverse tipuri de neoplasme maligne solide, confirmate histopatologic, imagistic și/sau imunohistochimic. Structura eșantionului reflectă în mod fidel distribuția epidemiologică a cancerelor cu impact major asupra sănătății publice în regiunea geografică analizată, oferind premise solide pentru o analiză integrativă a variabilelor clinico-demografice, funcționale și psihoemoționale.

❖ **Repartiția pe tipuri de neoplasm**

Distribuția cazurilor în funcție de localizarea tumorală primară relevă o prevalență majoritară a neoplasmelor de tip O.R.L. – cu precădere ale cavității orale și orofaringelui – care au reprezentat 24,14% din totalul pacienților incluși ($n = 42$). Această incidență ridicată poate fi corelată cu factori de risc specifici precum consumul de alcool și tutun, precum și cu întârzieri frecvente în diagnosticarea precoce, dat fiind caracterul adesea insidios al simptomatologiei inițiale. Urmează, în ordine descrescătoare, neoplasmele de col uterin ($n = 40$; 22,99%), cancerul de sân ($n = 30$; 17,24%), cancerul de prostată ($n = 24$; 13,79%), neoplasmele rectale ($n = 18$; 10,34%), cancerul bronhopulmonar ($n = 12$; 6,90%) și tumorile vezicale ($n = 8$; 4,60%). Această ierarhie a frecvenței tumorale reflectă caracteristicile demografice ale populației vizate și gradul de acces la servicii de screening oncologic. De exemplu, prevalența ridicată a neoplasmelor de col uterin și de sân confirmă impactul insuficient al programelor de prevenție și depistare precoce în mediile cu vulnerabilitate socio-economică crescută, în timp ce proporția semnificativă a cancerelor O.R.L. indică persistența unor obiceiuri toxice comportamentale în rândul populației masculine adulte.

❖ **Distribuția pe sexe și implicațiile tumorale**

Distribuția pe sexe confirmă așteptările clinice privind predominanța anumitor tipuri de neoplasm în funcție de sexul biologic. Astfel, pacienții de sex feminin au fost afectați în special de neoplasmele

genitale (col uterin) și mamare, cumulând împreună 70 de cazuri (40,23%), în timp ce neoplasmelor de prostată, bronhopulmonare și, parțial, cele O.R.L., au afectat în majoritate populația masculină. La nivelul întregului eșantion, raportul dintre sexe a fost relativ echilibrat, cu un ușor avantaj numeric pentru femei (51,15% față de 48,85% bărbați), însă cu o distribuție clar diferențiată pe tipuri de patologie oncologică, în conformitate cu determinanții biologici și comportamentali asociați. Este de remarcat faptul că anumite tumori – cum ar fi cele mamare și de col uterin – au afectat exclusiv femeile, în timp ce neoplasmelor de prostată au fost, în mod evident, prezente doar la bărbați, datele fiind în deplină concordanță cu determinismul organo-specific al tumorilor respective. În cazul cancerului bronhopulmonar, deși predominanța a fost masculină (8 bărbați față de 4 femei), această repartizare semnalează totuși o creștere a incidenței și în rândul femeilor, fenomen documentat în literatura de specialitate ca rezultat al intensificării consumului de tutun în rândul femeilor în ultimele decenii.

❖ Distribuția pe grupe de vârstă

Din punct de vedere al vârstei, datele indică o medie generală avansată, specifică patologiei oncologice. Media vârstei variază între 62,90 ani (col uterin) și 75,75 ani (vezică urinară), cu o mediană generală în jurul vârstei de 70 ani, ceea ce susține teza conform căreia incidența neoplaziilor solide crește exponențial cu înaintarea în vârstă. Această observație este susținută de dovezi din literatura de specialitate, care afirmă că riscul de malignizare celulară este asociat acumulării mutațiilor somatice și reducerii eficienței mecanismelor de reparare genetică odată cu îmbătrânire. În mod particular, tumori precum cele bronhopulmonare, de vezică urinară și de prostată prezintă o concentrare crescută în rândul pacienților vârstnici (70+ ani), în timp ce tumorile genitale feminine (col uterin și sân) au afectat și pacienți în decada a 5-a de viață, ceea ce subliniază necesitatea implementării riguroase a programelor de screening precoce în populațiile aflate la risc.

❖ Distribuția geografică: urban vs. rural

Analiza provenienței geografice indică o supra-reprezentare a pacienților din mediul urban (132 cazuri, 75,86%) față de cei din mediul rural (42 cazuri, 24,14%). Această discrepanță semnificativă poate reflecta mai degrabă accesibilitatea crescută la diagnostic și tratament oncologic în mediul urban, decât o realitate epidemiologică diferită. Este cunoscut faptul că în România, infrastructura medicală de specialitate este concentrată preponderent în centrele urbane, ceea ce generează o subdiagnosticare în mediile rurale și întâzieri în accesarea serviciilor medicale de specialitate. Această inechitate geografică ridică semne de întrebare asupra echității sistemului de sănătate publică și justifică nevoia unor intervenții specifice de politici publice în vederea extinderii programelor de prevenție și screening oncologic în comunitățile rurale, unde accesul la informație, evaluare medicală și servicii specializate este adesea limitat.

Această caracterizare detaliată a eșantionului oferă un fundament esențial pentru înțelegerea contextului clinic și psihosocial în care evoluează pacienții oncologici incluși în studiu, contribuind la validarea și interpretarea ulterioară a analizelor statistice realizate în cadrul cercetării.

3.3.4 Instrumente utilizate: Scala H.A.D., scorul ECOG

Evaluarea clinică comprehensivă a pacientului oncologic implică integrarea dimensiunilor somatice, funcționale și psihologice în vederea formulării unui plan terapeutic adaptat, care să răspundă atât nevoilor fiziopatologice, cât și celor psihoemoționale. În acest sens, utilizarea unor instrumente standardizate, validate metodologic și relevante din punct de vedere clinic este esențială pentru obținerea unei imagini integrative asupra statusului pacientului oncologic. Dintre aceste instrumente, Scala H.A.D. (eng., Hospital Anxiety and Depression Scale) și scorul ECOG (eng., Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) au fost selecționate în cadrul studiului pentru evaluarea dimensiunii psihopatologice și, respectiv, a performanței funcționale.

❖ Scala H.A.D. – validitate psihometrică și relevanță clinică în oncologie

Scala H.A.D., elaborată de Zigmond și Snaith, reprezintă un instrument psihometric cu un profil metodologic riguros, conceput pentru detectarea precoce a simptomelor afective de tip anxios și depresiv în rândul pacienților non-psihiatrici. Particularitatea acestui instrument constă în capacitatea sa de a izola componentele emoționale ale simptomatologiei afective de manifestările somatice – frecvent întâlnite în patologii cronice și în special în bolile oncologice – evitând astfel confuzia

diagnostică. Prin structura sa bifactorială, scala permite cuantificarea separată a simptomelor anxioase (H.A.D.-A) și depresive (H.A.D.-D), fiecare domeniu fiind reprezentat de câte șapte itemi, punctați pe o scală Likert de la 0 la 3. Astfel, sunt generate două scoruri care pot fi interpretate pe patru paliere: normal (0–7), subclinic (8–10), moderat (11–14) și sever (15–21). Această abordare permite nu doar o detecție calitativă, ci și o estimare cantitativă a distresului emoțional, utilă în monitorizarea longitudinală a simptomelor și în evaluarea răspunsului la intervențiile psihoterapeutice sau farmacologice.

În cadrul populației oncologice analizate, Scala H.A.D. s-a dovedit un instrument deosebit de sensibil în identificarea prezenței tulburărilor afective comorbide, mai ales în contextul în care aceste simptome pot fi mascate de manifestările organice ale bolii neoplazice sau de efectele secundare ale tratamentelor oncologice. Nivelurile ridicate ale scorurilor H.A.D. au reflectat o prevalență înaltă a simptomatologiei anxio-depresive, cu implicare directă asupra calității vieții, aderenței la tratament și prognosticului general al pacientului.

❖ **Scorul ECOG – evaluarea obiectivă a funcționalității fizice**

Statusul funcțional al pacientului oncologic reprezintă un determinant esențial în selecția și adaptarea strategiilor terapeutice, precum și în estimarea prognosticului general. Scorul ECOG, dezvoltat în cadrul Eastern Cooperative Oncology Group, este recunoscut internațional ca o metodă rapidă, fiabilă și replicabilă de evaluare a capacității pacientului de a desfășura activități uzuale. Scala se întinde de la 0 (activitate complet normală) până la 4 (incapacitate totală), oferind un indice sintetic al gradului de autonomie funcțională. În context oncologic, acest scor se corelează direct cu indicii de supraviețuire, cu toleranța la chimioterapie sau radioterapie și cu riscul de complicații post-intervenționale. De asemenea, ECOG este adesea utilizat ca criteriu de includere/excludere în studiile clinice, având o validitate predictivă ridicată.

În cohorta analizată, distribuția scorurilor ECOG a evidențiat preponderența valorilor intermediare (gradele 2 și 3), indicând o afectare semnificativă, dar nu completă, a autonomiei funcționale. Această distribuție este corelabilă cu stadiile avansate ale bolii oncologice la momentul internării, dar și cu nivelul crescut al distresului emoțional identificat prin H.A.D. Această coexistență a deficitelor funcționale și a simptomelor afective sugerează necesitatea unei abordări terapeutice integrate, în care intervențiile psihosociale să completeze managementul oncologic propriu-zis. În ansamblu, utilizarea complementară a Scalei H.A.D. și a scorului ECOG în cadrul studiului a permis obținerea unei perspective holistice asupra pacientului oncologic, punând în evidență nu doar aspectele biologice ale bolii, ci și implicațiile psihologice și funcționale ale acesteia. Această abordare contribuie la fundamentarea unui model de intervenție centrat pe pacient, care să valorifice atât expertiza oncologică, cât și intervențiile suportive menite să îmbunătățească calitatea vieții și complianța terapeutică.

3.4 Rezultate: analiză descriptivă, inferențială și vizualizare statistică

3.4.1 Caracterizarea eșantionului: profil demografic și oncologic

Analiza structurii eșantionului clinic reprezintă un demers fundamental în orice cercetare aplicativă care își propune să investigheze relații complexe între variabile psihologice și parametri clinico-demografici. În contextul părții speciale, această subsecțiune oferă o prezentare comprehensivă a distribuției pacienților oncologici internați în perioada 2019–2022, în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” din Galați, cu accent pe variabilele de interes: sex, vârstă, mediu de proveniență și localizarea tumorală. Structura eșantionului este nu doar descriptivă, ci și analitică, întrucât fundamentează validarea indirectă a ipotezelor alternative de lucru H_1 și H_4 și oferă context pentru evaluările ulterioare ale simptomatologiei anxio-depresive.

❖ **Compoziția eșantionului și variabilele demografice**

Conform datelor sintetizate în Tabelul 3.1, lotul clinic a fost compus din 174 pacienți diagnosticați cu diferite tipuri de tumori maligne. Repartiția acestora pe sexe a fost relativ echilibrată numeric: 85 pacienți de sex masculin (48,85%) și 89 pacienți de sex feminin (51,15%). În ceea ce privește mediul de proveniență, predominanța pacienților din mediul urban a fost netă (132 cazuri, reprezentând 75,86%), în timp ce doar 42 de pacienți (24,14%) proveneau din mediul rural. Aceste date confirmă, pe

de o parte, atractivitatea spitalului analizat pentru populația urbană și, pe de altă parte, posibilul decalaj în accesul la servicii medicale specializate în zonele rurale.

Tabelul 3.1 Distribuția pe sexe, vârstă și mediu de proveniență a pacienților cu neoplasme, în funcție de localizarea tumorală.

Localizare (Tumora malignă)	Nr. pacienti (% din 174)	Vârstă (ani)		Sex (Masculin/Feminin)		Mediu de proveniență (Urban/Rural)	
		Mediană (interval)	Medie ($\pm$ DS)	Masculin	Feminin	Urban	Rural
Bronhopulmonar	12 (6,90)	76,0 (56-83)	75,08 ($\pm$ 7,33)	8	4	7	5
O.R.L. (cavitate orală și orofarin)	42 (24,14)	65,5 (49-91)	64,81 ($\pm$ 9,47)	38	4	38	4
Glandă mamară	30 (17,24)	67,0 (45-89)	66,97 ($\pm$ 10,11)	0	30	23	7
Col uterin	40 (22,99)	63,0 (40-84)	62,90 ($\pm$ 9,55)	0	40	34	6
Prostată	24 (13,79)	72,5 (64-86)	74,58 ($\pm$ 6,04)	24	0	14	10
Vezică urinară	8 (4,60)	77,0 (60-86)	75,75 ($\pm$ 8,01)	4	4	3	5
Rect	18 (10,34)	71,0 (63-89)	73,44 ($\pm$ 7,20)	11	7	13	5
Total (% din 174)	174 (100)	-	-	85 (48,85)	89 (51,15)	132 (75,86)	42 (24,14)

Structura pe grupe de vârstă și pe localizări tumorale a evidențiat diferențe notabile. Vârsta medie a pacienților a variat între 62,90 ani (pacienții cu cancer de col uterin) și 75,75 ani (pacienții cu tumori vezicale), cu o medie generală situată în jurul pragului de 69 de ani. Variabilitatea vârstei între grupuri este redată sintetic în Figura 3.1, unde se observă un gradient clar al vârstei medii asociat anumitor tipuri de cancer, ceea ce sugerează un potențial efect al variabilei „vârstă” asupra stării psihologice și funcționale a pacienților, explorat ulterior în ipoteza H_2 .

❖ Analiza asocierilor între sex și tipul de neoplasm – Testul Chi-pătrat

Pentru a determina existența unei relații statistice semnificative între sexul pacientului și localizarea tumorală, s-a aplicat testul Chi-pătrat de independență. Acest test este recomandat în cazul a două variabile categoricale, oferind un instrument robust pentru evaluarea asocierii între distribuțiile empirice. Rezultatul testului, prezentat în Tabelul 3.2, a evidențiat o valoare a statisticii Chi-pătrat de 123,72, cu un p-value < 0,0001 și 6 grade de libertate, indicând o asociere puternică și semnificativă între cele două variabile. Prin urmare, se respinge ipoteza nulă (H_0) și se validează ipoteza alternativă H_1 , conform căreia distribuția sexelor variază semnificativ în funcție de localizarea tumorală. Această concluzie este susținută grafic de Figura 3.2, în care se observă clar că neoplasmele de prostată și O.R.L. sunt aproape exclusiv masculine, în timp ce cancerul de sân și col uterin sunt exclusiv sau aproape exclusiv feminine. Repartiția pe sexe se corelează astfel nu doar cu particularități anatomice și hormonale, ci și cu tipare psiho-sociale și comportamente legate de accesul la îngrijire.

Tabelul 3.2 Testul statistic Chi-pătrat: asocierea între sex și tipul de neoplasm.

Test	Valoare statistică	Valoare-p	Grade de libertate (df)	Interpretare
Chi-pătrat (χ^2)	123,72	< 0,0001	6	Asociere semnificativă statistic între sex și localizarea tumorală.

❖ Analiza asocierilor între mediu de proveniență și tipul de neoplasm – Testul Chi-pătrat

Pentru evaluarea relației dintre mediul de proveniență (urban/rural) și tipul de cancer, s-a aplicat același test Chi-pătrat. Rezultatele, detaliate în Tabelul 3.3, indică o valoare a statisticii χ^2 de 19,33, cu $p = 0,0036$ ($df = 6$), ceea ce permite respingerea ipotezei nule și validarea ipotezei H_4 . Așadar, există o asociere semnificativă între tipul de cancer și mediul de proveniență al pacientului. Interpretarea acestui rezultat relevă faptul că anumite tipuri de cancer (precum cancerul de prostată sau cel vezical) sunt mai frecvent întâlnite în rândul pacienților din mediul rural, în timp ce tumori precum cele O.R.L. și cervicale sunt predominante în mediul urban. Această distribuție este reflectată vizual în Figura 3.3 și poate fi interpretată prin prisma accesului diferențiat la programe de screening, a alfabetizării în sănătate, dar și a barierelor socio-culturale legate de simptomatologia și stigma bolii oncologice.

Tabelul 3.3 Testul statistic Chi-pătrat: asocierea între mediul de proveniență și tipul de neoplasm.

Test	Valoare statistică	Valoare-p	Grade de libertate (df)	Interpretare
Chi-pătrat (χ^2)	19,33	0,0036	6	Asociere semnificativă statistic între mediu și tipul de cancer.

❖ Analiza diferențelor de vârstă între tipuri de cancer – Testul Kruskal–Wallis

Data fiind distribuția non-gaussiană a vârstei și eterogenitatea grupurilor tumorale, s-a optat pentru testul Kruskal–Wallis, o alternativă non-parametrică a ANOVA pentru compararea a mai mult de două grupuri independente. Testul verifică dacă există diferențe semnificative între medianele vârstelor asociate fiecărui tip de cancer. Conform Tabelului 3.4, testul a returnat o valoare $H = 173,00$, cu un $p\text{-value} < 0,0001$ ($df = 6$), indicând o diferență semnificativă între distribuțiile de vârstă ale grupurilor. Astfel, se confirmă empiric faptul că tipurile de cancer diferă nu doar prin localizare anatomică, ci și prin profilul de vârstă al pacienților afectați. Această constatare are implicații majore pentru analiza ulterioară a simptomatologiei psihice, întrucât vârsta este un determinant recunoscut al rezilienței psihologice, percepției asupra bolii și gradului de afectare afectivă.

Tabelul 3.4 Testul Kruskal–Wallis: variația vârstei în funcție de localizarea tumorală.

Test	Valoare H	Valoare-p	Grade de libertate (df)	Interpretare
Kruskal–Wallis (H)	173,00	< 0,0001	6	Diferențe semnificative între vârstele medii pe tipuri de cancer.

3.4.2 Evaluarea simptomatologiei anxio-depresive (Scala H.A.D.)

Explorarea simptomatologiei anxio-depresive în rândul pacienților oncologici internați a constituit un pilon central al prezentului studiu clinic retrospectiv, având în vedere impactul profund al distresului emoțional asupra parcursului terapeutic, calității vieții și prognosticului general. În acest scop, a fost utilizată Scala H.A.D. (Hospital Anxiety and Depression Scale), un instrument psihometric validat internațional, optimizat pentru evaluarea simptomelor afective în context medical. Structura scalei cuprinde 14 itemi, împărțiți în mod egal între subscala de anxietate (H.A.D.-A) și cea de depresie (H.A.D.-D), fiecare cu scoruri posibile între 0 și 21. Pragurile de interpretare sunt standardizate: scoruri ≥ 11 indică simptomatologie severă, în timp ce intervalul 8–10 este sugestiv pentru manifestări subclinice. Obiectivul urmărit în această etapă a cercetării a fost identificarea intensității și prevalenței simptomatologiei anxio-depresive în funcție de localizarea tumorii maligne, precum și testarea unui set de ipoteze alternative de lucru referitoare la asocierea acestor simptome cu diverși factori clinico-demografici: sexul pacientului, durata spitalizării, indicele de performanță funcțională (ECOG), mediul de proveniență și tipologia oncologică.

Analiza a fost organizată diferențiat în funcție de localizarea primară a tumorii, pe baza a șapte categorii anatomice majore de neoplasm, pentru a permite o abordare contextualizată și specifică fiecărui profil oncologic. Pentru fiecare subgrup, s-au raportat atât valorile individuale, cât și statistici descriptive centralizate (medii, mediane, dispersii, extreme), urmate de comparații între subscalele afective, efectuate prin teste neparametrice (Kruskal–Wallis și Mann–Whitney U). În plus, pentru a explora conexiunile dintre distresul psihic și severitatea clinică, au fost calculate coeficienți de corelație Spearman între scorurile H.A.D. și durata internării, iar în cazurile cu semnificație statistică, aceste relații au fost aprofundate prin modele de regresie liniară simplă. Pentru a susține interpretarea integrativă a rezultatelor, fiecare analiză a fost completată de un set coerent de vizualizări grafice: grafice comparative ale scorurilor de anxietate și depresie pe caz individual, scatter plot-uri pentru relațiile scoruri–durata spitalizării, hărți termice de corelație între variabilele clinico-psihologice și boxplot-uri care evidențiază variația duratei spitalizării în funcție de severitatea depresiei. Această abordare metodologică uniform aplicată tuturor subgrupurilor analizate asigură coerență analitică, comparabilitate intergrupuri și robustețe interpretativă, permițând formularea unor concluzii riguroase și contextualizate din perspectivă psiho-oncologică.

I. Evaluarea scorurilor H.A.D. la pacienții cu neoplasm O.R.L.

Analiza simptomatologiei psihopatologice în rândul pacienților cu neoplasm O.R.L. (cavitatea orală și orofaringe) reprezintă un demers esențial în înțelegerea și integrarea dimensiunii psiho-oncologice în practica clinică. Scala H.A.D. (Hospital Anxiety and Depression Scale) oferă o metodă validată de evaluare a simptomelor de anxietate și depresie în contexte medicale generale, fiind aplicabilă și în cazul pacienților oncologici internați. Tabelul 3.5 surprinde detaliat profilul clinic, demografic și psihiatric al celor 42 de pacienți diagnosticați cu neoplasm O.R.L. și, secundar, cu tulburare anxioasă și depresivă mixtă (F41.2). Eșantionul este constituit preponderent din pacienți de sex masculin, majoritar rezidenți în mediul urban, cu o vârstă medie înaintată, ceea ce corespunde epidemiologiei specifice cancerului O.R.L.. Acești factori demografici și contextuali pot contribui semnificativ la intensificarea distresului psihologic și a vulnerabilității emoționale. Scorurile înregistrate pe subscalele H.A.D. indică o simptomatologie marcată: valorile pentru anxietate variază între 9 și 21 de puncte, iar cele pentru depresie între 13 și 21, cu un număr semnificativ de pacienți în zona scorurilor clinice severe (≥ 11).

Figura 3.14 ilustrează comparativ nivelul scorurilor H.A.D.-A și H.A.D.-D pentru fiecare pacientă, evidențiind preponderența formelor severe, dar și existența unor mici variații între dimensiunile anxietății și depresiei la nivel individual. Pentru a verifica existența unor diferențe semnificative între scorurile de anxietate și depresie în cadrul acestui grup, a fost aplicat testul Kruskal–Wallis (Tabelul 3.19), iar rezultatul a fost nesemnificativ statistic ($p = 0,890$), confirmând o distribuție similară a celor două subscale H.A.D. În completare, testul Mann–Whitney U a reconfirmat lipsa unor diferențe notabile între cele două dimensiuni afective ($U = 773$, $p = 0,911$ – Tabelul 3.20).

În vederea explorării unei potențiale relații între scorurile H.A.D. și durata spitalizării, s-au efectuat corelații Spearman. Conform Tabelului 3.21, coeficientul de corelație între scorul de anxietate și durata internării este foarte slab ($p = 0,062$; $p = 0,700$), iar între depresie și durata spitalizării, corelația rămâne slabă și nesemnificativă ($p = 0,123$; $p = 0,453$). Aceste rezultate sunt vizualizate în Figura 3.15 și Figura 3.16, unde liniile de regresie subliniază lipsa unui pattern semnificativ.

Pentru o analiză mai avansată, s-au aplicat modele de regresie liniară simplă (Tabelul 3.22). R^2 foarte reduse (0,015 pentru depresie și 0,004 pentru anxietate) și valorile p neconcludente ($p > 0,45$) indică faptul că scorurile psihoafective nu sunt predictorii semnificativi pentru durata spitalizării în acest grup. Cu alte cuvinte, severitatea simptomatologiei anxio-depresive nu poate explica în mod semnificativ variația în lungimea internării. Pentru a evalua impactul severității depresiei asupra duratei spitalizării, pacientele au fost grupate pe baza scorului H.A.D.-D în trei categorii: Moderat (11–14), Sever (≥ 15), și Subclinic (≤ 10 – inexistent în acest lot). Rezultatele sunt redată în Figura 3.17, din care reiese o ușoară creștere a duratei de spitalizare odată cu creșterea severității depresiei, însă fără semnificație statistică.

În final, Figura 3.18 oferă o privire integrată asupra corelațiilor Spearman dintre variabilele afective și clinice analizate. Valorile scăzute și nesemnificative ale coeficienților susțin concluzia generală: deși paciențele prezintă simptomatologie afectivă severă, aceasta nu este asociată cu o durată spitalicească mai mare. Această analiză contribuie la înțelegerea complexității nevoilor psihologice ale paciențelor cu cancer de col uterin și subliniază necesitatea intervențiilor psihoterapeutice precoce, indiferent de implicațiile clinice directe asupra tratamentului somatic.

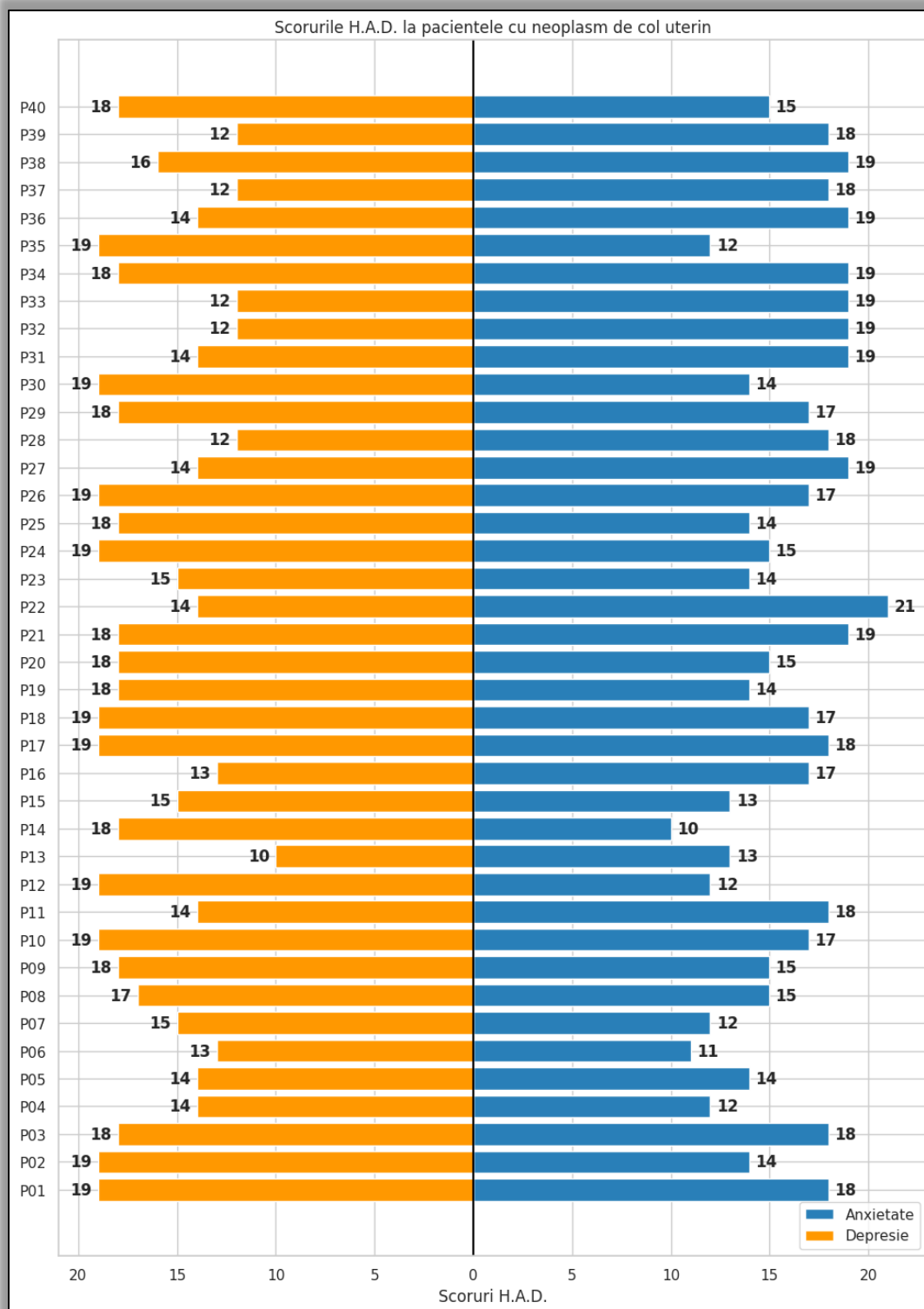


Figura 3.14. Scorurile H.A.D. la paciențele cu neoplasm de col uterin.

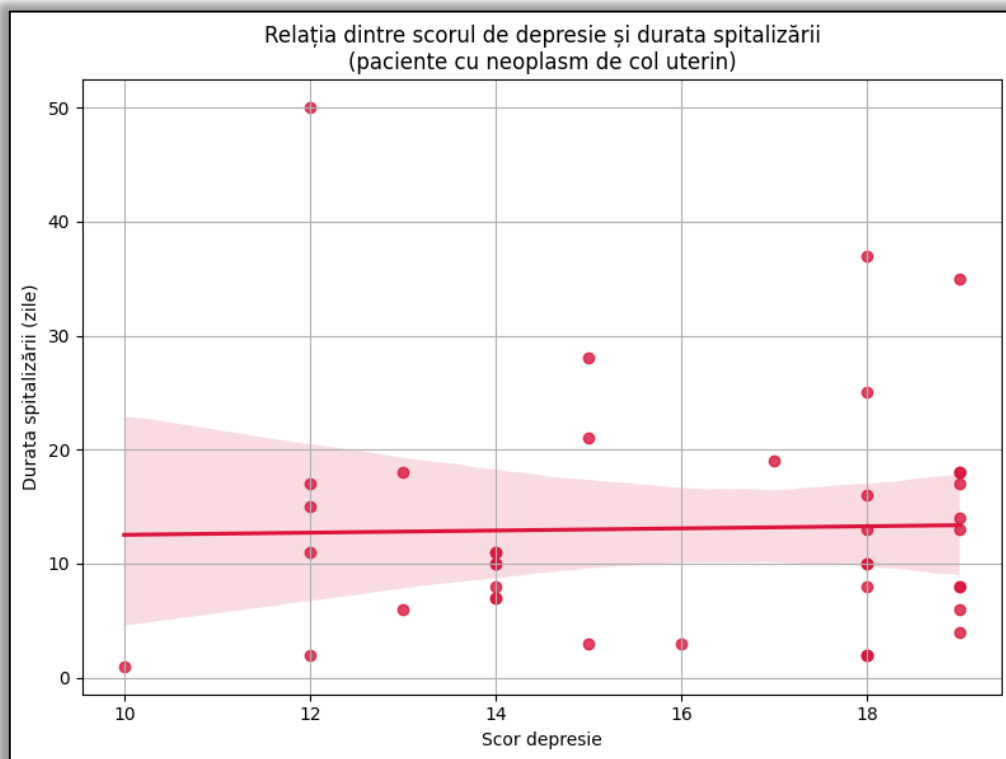


Figura 3.15. Relația dintre scorul de depresie și durata spitalizării (paciente cu neoplasm de col uterin).

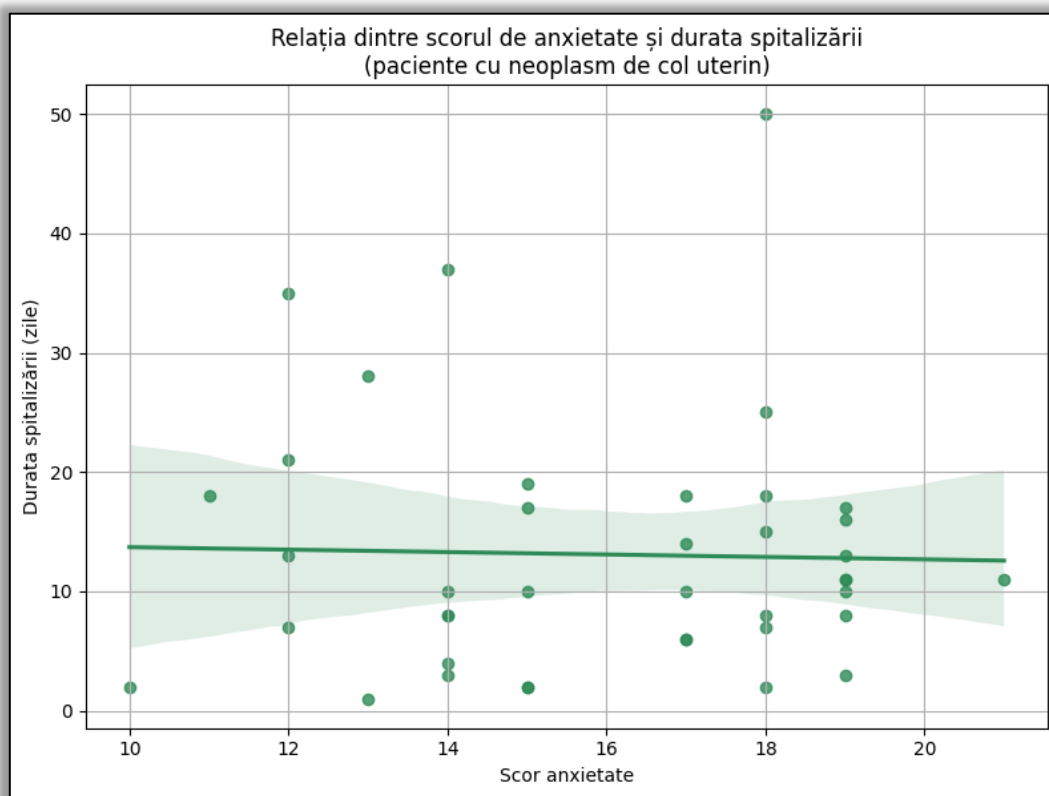


Figura 3.16. Relația dintre scorul de anxietate și durata spitalizării (paciente cu neoplasm de col uterin).

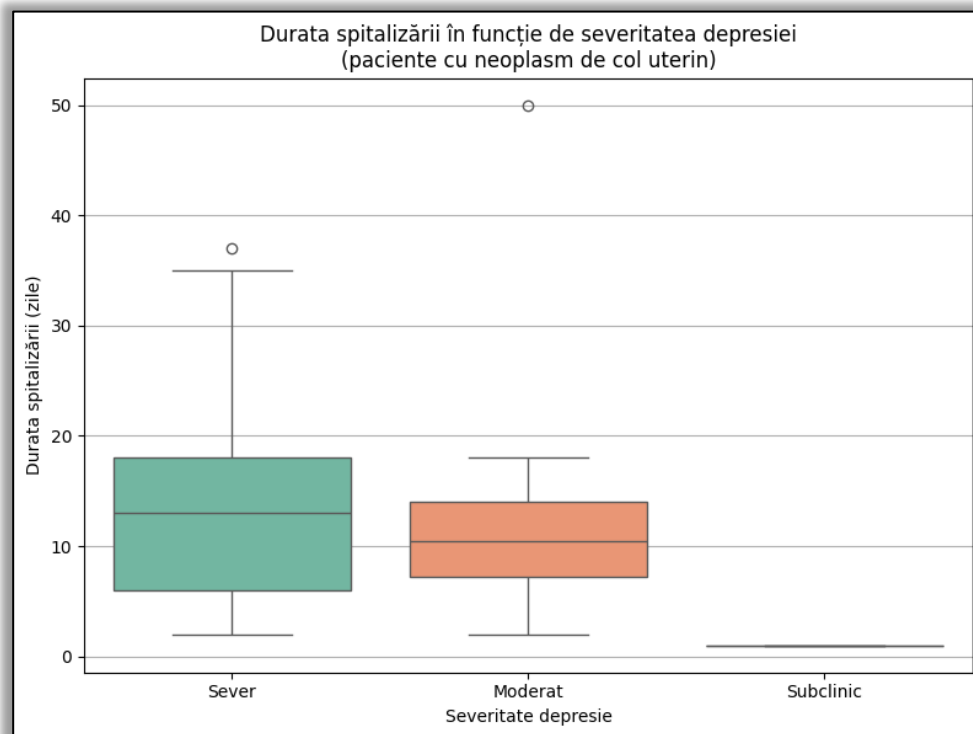


Figura 3.17. Durata spitalizării în funcție de severitatea depresiei (paciente cu neoplasm de col uterin).

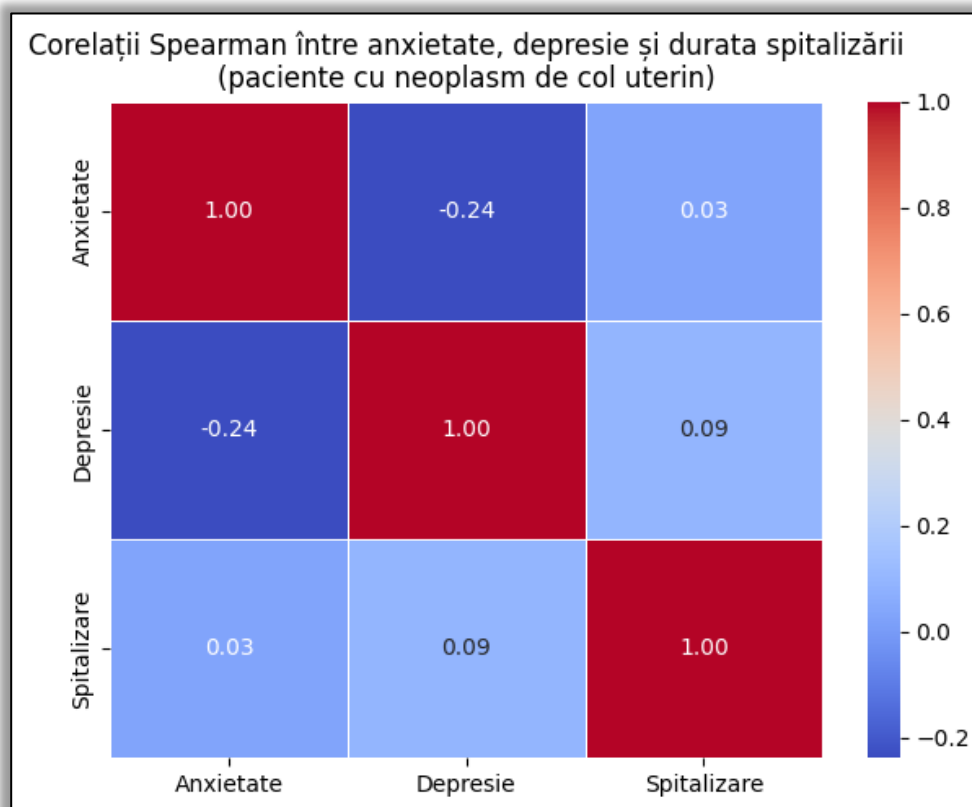


Figura 3.18. Corelații Spearman între anxietate, depresie și durata spitalizării (paciente cu neoplasm de col uterin).

II. Concluzii privind validarea ipotezelor alternative de lucru

Concluziile sintetizate în urma analizei ipotezelor alternative de lucru în cadrul acestei secțiuni privind evaluarea simptomatologiei anxio-depresive (Scala H.A.D.) la pacienții oncologici relevă câteva direcții de validare statistică cu un grad solid de fundamentare clinică și metodologică. În mod constant și sistematic, ipoteza H_6 , care postulează existența unei corelații pozitive între anxietate și depresie, a fost validată indirect în toate cele șapte subgrupuri oncologice analizate. Această validare a fost susținută de scorurile medii și mediane foarte apropiate pe cele două subscale H.A.D., de absența unor diferențe semnificative statistic în testele neparametrice aplicate (Kruskal–Wallis și Mann–Whitney), precum și de reprezentările grafice consistente care au evidențiat o suprapunere simptomatologică clară. Astfel, relația de covarianță dintre dimensiunile anxietății și depresiei pare a fi o trăsătură comună în cadrul profilului psiho-oncologic, indiferent de localizarea neoplasmului.

De asemenea, ipoteza H_3 , privind diferențele în severitatea scorurilor H.A.D. în funcție de tipul de neoplasm, a fost susținută indirect pentru fiecare subgrup oncologic. Aceasta s-a bazat pe identificarea unor niveluri constante, ridicate și relativ omogene ale simptomatologiei afective, reflectate în valorile medii ale scorurilor H.A.D., comparabile între subgrupuri, dar cu particularități sugestive pentru specificul fiecărei patologii oncologice. Această convergență susține importanța luării în considerare a profilului psiho-afectiv particularizat în funcție de localizarea tumorii.

În ceea ce privește ipoteza H_5 , care urmărește o relație între durata spitalizării și scorurile H.A.D., validarea a fost parțială și limitată doar la două dintre cele șapte categorii de neoplasm: O.R.L. și prostată, unde componenta depresivă a fost corelată semnificativ cu durata spitalizării. În restul subgrupurilor, această ipoteză nu a fost susținută de datele obținute, fiind respinsă pe baza coeficienților Spearman nesemnificativi statistic și a valorilor reduse ale coeficienților de determinare (R^2) în modelele de regresie. Aceste rezultate sugerează că, în general, simptomatologia afectivă nu este un predictor robust al duratei spitalizării în oncologie, cu excepții punctuale care necesită investigații suplimentare.

Prin urmare, validările obținute pentru ipotezele H_6 și H_3 consolidează ideea unui profil psiho-afectiv marcant și specific în oncologie, caracterizat prin suprapunerea simptomelor de anxietate și depresie și influențat de localizarea tumorală. Ipoteza H_5 , parțial susținută, semnalează potențiala utilitate clinică a scorurilor de depresie în anticiparea duratei spitalizării doar în anumite contexte patologice. Aceste rezultate sugerează că integrarea sistematică a evaluărilor psiho-oncologice și analiza diferențiată per tip de cancer sunt esențiale pentru conturarea unor intervenții personalizate, validate empiric.

3.4.3 Funcționalitatea pacienților: scoruri ECOG și variații clinice

În această subsecțiune este investigată funcționalitatea pacienților oncologici prin prisma scorurilor ECOG (eng., Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status), în corelație cu datele clinice și psihiatrice deja analizate. Scorul ECOG reprezintă un indicator fundamental pentru evaluarea gradului de autonomie și a capacității pacienților de a desfășura activități zilnice, fiind esențial în stabilirea eligibilității pentru tratamente oncologice intensive, dar și în conturarea prognosticului general. Acest scor variază de la 0 (complet activ) la 4 (complet dependent), constituind un reper central în estimarea performanței funcționale. Analiza este realizată diferențiat, în funcție de localizarea neoplasmului, pe baza datelor centralizate în Tabelul 3.47, pentru cele șapte grupe principale de pacienți: cavitatea orală și orofaringe (O.R.L.), glandă mamară, col uterin, prostată, vezică urinară, rect și bronhopulmonar. Pentru fiecare grup, sunt examinate centralizat scorurile ECOG, distribuția acestora, relațiile cu intensitatea simptomatologiei anxio-depresive (Scala H.A.D.), durata spitalizării și starea clinică la externare (vindecat, ameliorat, staționar, decedat).

Metodologia analitică include teste statistice neparametrice, precum corelațiile Spearman, testul Kruskal–Wallis și modele de regresie, selectate în funcție de distribuția datelor și de natura variabilelor investigate. Pentru o interpretare aprofundată, fiecare analiză este completată de reprezentări grafice specifice: boxploturi, hărți termice de corelație și grafice comparative pentru frecvențe. Obiectivul general este de a integra perspectiva psiho-oncologică asupra funcționalității, oferind o imagine

complexă și contextualizată a modului în care statusul funcțional este influențat de distresul psihic și de particularitățile clinice ale fiecărui tip de cancer.

3.4.4 Testarea ipotezelor: diferențe între subgrupuri și analize comparative

În această subsecțiune au fost evaluate cele șase ipoteze alternative de lucru stabilite și evidențiate în secțiunea 3.2.3, prin raportare directă la rezultatele statistice obținute pe lotul de 174 de pacienți oncologici cu tulburare anxioasă și depresivă mixtă (F41.2). Analizele comparative între subgrupuri (în funcție de variabile sociodemografice și clinice) și corelațiile relevante au permis verificarea ipotezelor alternative de lucru H_1 – H_6 și conturarea semnificației acestora.

1. **Ipoteza alternativă H_1 :** Există o asociere semnificativă statistic între sexul pacientului oncologic și severitatea simptomatologiei anxio-depresive (evaluată prin scorurile H.A.D.).

Ipoteza formulată anticipa scoruri mai ridicate H.A.D. la paciente față de pacienții de sex masculin. Distribuția dezechilibrată a sexelor în funcție de tipul tumorii (unele localizări exclusiv masculine sau feminine) a îngreunat testarea directă a acestei relații. Totuși, analizând întregul eșantion, nu au fost evidențiate diferențe semnificative statistic între scorurile H.A.D. ale bărbaților și femeilor (Mann–Whitney U, $p > 0,05$), deși, paciente, precum cele cu cancer mamar sau de col uterin, au prezentat rate înalte de simptomatologie severă, și pacienții bărbați (de exemplu, cu neoplasme O.R.L. sau pulmonare) au atins scoruri anxio-depresive comparabile. Astfel, ipoteza H_1 nu a putut fi confirmată explicit – nivelul distresului psihic dovedindu-se ridicat în ambele sexe, iar diferențele observate fiind explicabile, mai degrabă, prin tipul de cancer și statusul clinic, decât prin sexul biologic al pacientului.

2. **Ipoteza alternativă H_2 :** Scorul ECOG este corelat negativ cu scorurile H.A.D., ceea ce indică faptul că o funcționalitate fizică mai scăzută este asociată cu niveluri mai ridicate de anxietate și depresie.

Această ipoteză a fost susținută, în general, de majoritatea rezultatelor studiului. S-a constatat în mod repetat că pacienții cu status funcțional degradat (ECOG mai mare, indicând performanță fizică scăzută) au tendința de a prezenta scoruri mai ridicate de anxietate și depresie. De exemplu, în subgrupul pacienților cu neoplasm de rect, s-a observat o asociere pozitivă semnificativă între statusul ECOG (3 vs. 2) și severitatea simptomelor psiho-afective, confirmând premisa că declinul funcțional este însoțit de intensificarea distresului emoțional. Similar, în grupul pacienților cu cancer de prostată, s-a observat o corelație Spearman moderat-pozitivă între scorul de depresie și durata spitalizării ($p = 0,448$, $p = 0,028$), sugerând implicit că pacienții cu performanță fizică scăzută (care necesită internări mai lungi) suferă de simptome depresive mai accentuate. Per ansamblu, ipoteza H_2 este confirmată: statusul funcțional precar al pacientului oncologic corelându-se cu niveluri crescute ale anxietății și depresiei, subliniind legătura strânsă dintre suferința somatică și cea psihică.

3. **Ipoteza alternativă H_3 :** Există diferențe semnificative în scorurile H.A.D. în funcție de tipul de cancer (localizarea tumorii maligne), anumite localizări fiind asociate cu un distres psihic mai ridicat.

Analizele comparative inter-grupuri au relevat existența unor diferențe notabile ale scorurilor anxietății și depresiei între diferitele localizări neoplazice, susținând premisele ipotezei alternative H_3 . Pacienții cu neoplasme O.R.L. ((cavitate orală și orofarin) și cei cu cancer mamar au înregistrat cele mai ridicate scoruri medii H.A.D. (≈ 17 puncte atât la anxietate, cât și la depresie), mai mari decât ale altor grupuri. Prin contrast, pacienții cu neoplasm de prostată au avut scoruri medii mai scăzute (≈ 14 – 15 puncte), sugerând un nivel mai moderat al distresului psihic. La fel s-a observat și în cazul cancerelor de col uterin sau rectal, unde, cu toate că simptomatologia anxio-depresivă a fost severă, valorile medii au fost ușor sub cele din grupurile neoplasmelor O.R.L. și de glandă mamară. Aceste diferențe susțin ipoteza potrivit căreia tipul tumorii influențează profilul psihopatologic: neoplasmele cu impact asupra identității corporale și comunicării (de exemplu, O.R.L.) sau asupra imaginii de sine și feminității (cancerul mamar, de col uterin) generează un distres mai pronunțat, comparativ cu tumorile urologice (prostată, vezică urinară) sau altele. Diferențele între medii, de aproximativ 2–3 puncte H.A.D., deși mici, au relevanță clinică – de pildă, scorul median al depresiei la paciente cu neoplasm de glandă

mamară a fost 19 (față de 14 la prostată), ceea ce înseamnă trecerea de la depresie moderată la depresie severă. În concluzie, ipoteza H_3 este parțial validată: anumite localizări oncologice (O.R.L., glanda mamară, vezica urinară) se asociază cu un nivel mai ridicat al simptomelor anxio-depresive, însă variabilitatea intragrup și numărul redus de cazuri în unele subcohorta fac ca diferențele observate să fie la limita semnificației statistice în testele non-parametrice globale.

- 4. Ipoteza alternativă H_4 :** Pacienții din mediul rural prezintă scoruri H.A.D. mai mari comparativ cu cei din mediul urban, sugerând o vulnerabilitate psihică crescută asociată accesului limitat la servicii de sprijin.

Rezultatele obținute nu au putut demonstra clar o influență semnificativă a mediului de proveniență asupra severității distresului psihic, ipoteza H_4 nefiind confirmată statistic riguros. Deși, analiza pe întreg lotul a indicat mediane ușor mai ridicate ale scorurilor H.A.D., în rândul pacienților din mediul rural, diferența nu a atins pragul de semnificație (Mann–Whitney, $p > 0,05$). Unele subgrupuri au sugerat tendințe – de exemplu, în lotul cu neoplasm vezical, majoritar rural, s-a remarcat o proporție mare de scoruri severe (≥ 18) la ambii parametri afectivi. Totodată, pacienții din mediul rural au avut, în medie, statusuri ECOG mai slabe în studiu (87,5% ECOG ≥ 2 în grupul cu neoplasm vezical rural), ceea ce ar putea explica parțial vulnerabilitatea lor psihică. Cu toate acestea, datorită numărului limitat de cazuri provenind din mediul rural în unele categorii și a posibilor factori de confuzie (de exemplu, acces tardiv la îngrijiri), nu s-a putut stabili o relație directă urban/rural – scor H.A.D. Ipoteza H_4 rămâne, așadar, neconfirmată de datele prezente, sugerând că apartenența rural-urban acționează mai degrabă ca factor contextual (acces la servicii, suport social), decât, ca determinant independent al severității anxietății sau depresiei.

- 5. Ipoteza alternativă H_5 :** Durata spitalizării este pozitiv corelată cu severitatea simptomelor anxioase și depresive, pacienții cu internări prelungite prezentând scoruri H.A.D. mai mari.

Datele statistice au oferit un suport parțial pentru această ipoteză. La nivelul întregului eșantion de 174 pacienți, s-a observat o tendință de creștere a duratei medii de internare la pacienții cu scoruri H.A.D. mai mari, însă corelația globală nu a fost puternică (pentru depresie ρ Spearman $\approx 0,15$, $p=0,06$; pentru anxietate $\rho \approx 0,10$, $p>0,1$). Analizele defalcate pe subgrupuri au relevat, însă, asocieri semnificative în anumite categorii. Cel mai evident, durata internării în grupul cu neoplasm de prostată, a avut o corelație pozitivă moderată cu scorul depresiei ($\rho = 0,448$, $p = 0,028$), pacienții cu episoade depresive severe necesitând spitalizări cu aproximativ 20–30% mai lungi decât cei cu depresie moderată. Și la pacienții O.R.L. s-a constatat o legătură semnificativă între depresie și zilele de internare ($\rho = 0,348$, $p = 0,022$), aproximativ 15% din variabilitatea duratei spitalizării fiind explicată de intensitatea simptomelor depresive. În schimb, pentru anxietate, corelațiile cu durata internării au fost inconsistente semnificative – de exemplu, în niciun subgrup nu s-a înregistrat o asociere robustă între scorul H.A.D.-A și numărul de zile de spitalizare (de exemplu, $\rho = 0,232$, $p = 0,134$ în grupul cu neoplasm O.R.L.; $\rho = -0,026$, $p = 0,904$ în grupul cu neoplasm de prostată). Acest fapt sugerează că nu anxietatea acută influențează evoluția imediată, ci, mai ales, componenta depresivă, cu efect potențial asupra mobilizării și cooperării la tratament. Per total, ipoteza H_5 este validată doar pentru componenta depresivă a tulburării anxio-depresive: pacienții cu depresie severă asociază internări mai îndelungate și, adesea, o recuperare somatică întârziată, pe când nivelul anxietății nu prezice în mod consecvent durata spitalizării.

- 6. Ipoteza alternativă H_6 :** Scorurile de anxietate și cele de depresie obținute prin scala H.A.D. sunt pozitiv corelate, sugerând prezența unui nucleu psihopatologic comun în cadrul tulburării F41.2.

Toate rezultatele obținute în prezentul studiu clinic confirmă fără echivoc ipoteza H_6 . Între scorurile H.A.D.-A și H.A.D.-D s-a observat o corelație strânsă, pacienții cu anxietate severă prezentând de regulă și simptome depresive severe. Practic, în fiecare subgrup analizat, valorile ridicate la o subscală au corespuns valorilor ridicate la cealaltă, conturând un profil psihopatologic mixt. De exemplu, peste 60% dintre pacienții cu neoplasm vezical au avut concomitent scoruri ≥ 18 la anxietate și depresie, iar la pacientele cu cancer mamar scorurile medii de anxietate și depresie au fost aproape identice (16,93 vs 16,93), diferențele dintre cele două dimensiuni fiind nesemnificative statistic în toate analizele (de exemplu, $H = 0,38$, $p = 0,5385$ pentru grupul cu neoplasm O.R.L.; $H = 3,39$, $p = 0,065$ pentru grupul

cu neoplasm de glandă mamară). Coexistența celor două tipuri de simptomatologie afectivă a susținut validitatea diagnosticului F41.2 (tulburare anxio-depresivă mixtă) ca entitate clinică. Astfel, ipoteza H_6 este confirmată, statisticile indicând o corelație puternic pozitivă între scorurile de anxietate și cele de depresie la pacienții oncologici investigați – realitate evidențiată și de către reprezentările grafice tip “heatmap” și „scatter plot”, unde punctele tind să se grupeze aproape de diagonala care unește valorile mari ale ambelor variabile (anxietate vs. depresie). Această constatare sugerează existența unui nucleu psihopatologic comun, cei doi poli afectivi potențându-se reciproc în contextul distresului legat de cancer.

În sinteză, dintre cele șase ipoteze alternative de lucru, patru au fost validate direct de către datele statistice obținute (H_2 , H_3 – parțial, H_5 – parțial și H_6), în timp ce două ipoteze (H_1 și H_4) nu au găsit suport empiric concludent în lotul analizat. Aceste rezultate demonstrează că severitatea suferinței psihice la pacienții oncologici depinde mai ales de factori clinici (starea funcțională, tipul de neoplasm, durata și complexitatea îngrijirilor), mai mult decât de factori demografici precum sexul sau mediul de proveniență. De asemenea, confirmarea corelației strânse dintre anxietate și depresie justifică abordarea integrată a acestor tulburări în practica psihiatrică oncologică.

3.5 Discuția rezultatelor și implicațiile clinice

Secțiunea de discuție interpretează critic rezultatele obținute, analizând modul în care acestea se aliniază sau diferă de literatura de specialitate, relevanța lor din punct de vedere clinic, cauzalitatea posibilă (fiziopatologică și socio-contextuală), precum și implicațiile practice pentru domeniul oncologic. Prin această discuție integrativă, se urmărește evidențierea importanței clinice a concluziilor studiului și modul în care ele pot fundamenta îmbunătățirea serviciilor de psihiatrie în oncologie.

3.5.1 Concordanțe și discrepante față de literatura de specialitate

Rezultatele obținute în cadrul prezentului studiu se înscriu în mod substanțial în direcțiile evidențiate de literatura științifică internațională din domeniul psiho-oncologiei, confirmând totodată existența unor particularități relevante determinate de specificul contextului local. Prevalența și incidența crescută a tulburărilor de tip anxios-depresiv identificate la pacienții oncologici în eșantionul analizat corespund în mod fidel datelor raportate în studii de specialitate menționate anterior, care indică faptul că până la aproximativ 50% dintre persoanele diagnosticate cu afecțiuni oncologice pot manifesta tulburări psihopatologice semnificative pe parcursul evoluției bolii.

Alte studii citate anterior subliniază variabilitatea considerabilă a ratei de tulburări psihice în funcție de tipul cancerului, stadiul bolii și caracteristicile pacientului, – aspect confirmat și în analiza din prezentul studiu clinic (ipoteza H_3), unde s-au observat diferențe notabile între neoplasme în ceea ce privește severitatea distresului psihic. De pildă, cancerele O.R.L. și cele de glandă mamară au generat niveluri de anxietate și depresie mai mari, concordând cu observațiile altor cercetători care au evidențiat impactul psiho-social major al acestor diagnostice (datorat afectării imaginii corporale, funcțiilor de comunicare, identității sexuale etc.). În contrast, cancerul de prostată a fost asociat cu o simptomatologie afectivă ceva mai redusă, ceea ce este în linie cu unele rapoarte care sugerează că bărbații vârstnici pot prezenta rate mai scăzute de depresie clinică raportată, posibil pe fondul sub-raportării simptomelor sau al unor mecanisme de coping diferite.

Un alt punct de concordanță cu literatura în domeniu îl reprezintă relația dintre statusul de performanță fizică și sănătatea mintală. Studiul de față a evidențiat că degradarea stării funcționale (ECOG 3–4) se asociază cu o prevalență crescută a simptomelor anxio-depresive, ceea ce reflectă realități semnalate și de către alte cercetări. Spre exemplu, investigații realizate de către Goerling et al. în 2023, pe pacienți oncologici în stadii avansate au arătat că peste două treimi dintre cei cu status ECOG 3–4 manifestă niveluri anormale de anxietate sau depresie la screening. Acest acord sugerează existența unui cerc vicios descris în literatură: declinul fizic și dependența determină accentuarea distresului psihic, care la rândul său poate influența negativ evoluția somatică. De altfel, numeroase studii evidențiază că depresia și anxietatea severă pot agrava prognosticul oncologic prin mecanisme

neuro-imuno-endocrine – de exemplu, prin afectarea răspunsului imun antitumoral, creșterea inflamației sistemice și scăderea aderenței la tratament. Datele obținute în prezentul studiu clinic susțin aceste constatări: s-au observat corelații moderate între depresie și durata spitalizării, respectiv între scorurile H.A.D. și lipsa ameliorării clinice la externare, ceea ce indică faptul că suferința psihică a interferat cu recuperarea somatică optimă (de exemplu, subgrupul de rect, unde pacienții cu depresie severă au avut adesea evoluție staționară, în contrast cu cei cu depresie moderată, la care s-au consemnat mai multe ameliorări la externare). Aceste rezultate vin în întâmpinarea literaturii care corelează prezența depresiei majore la pacienții cu cancer cu reducerea aderenței terapeutice și creșterea riscului de mortalitate specifică.

Analiza empirică prezentată în această secțiune specială a evidențiat o asociere frecventă între manifestările anxioase și cele depresive (ipoteza H6), confirmând astfel încă o dată convergența cu dovezile existente în literatura de referință. În cadrul oncologiei clinice, comorbiditatea de tip anxios-depresiv nu reprezintă o excepție, ci constituie o regularitate patologică documentată extensiv. Așa cum a fost detaliat în partea introductivă a prezentei lucrări doctorale, cercetările de specialitate semnalează apariția concomitentă a tulburărilor afective, în mod particular sub forma unor sindroame mixte, cu precădere în contextul patologiei cronice severe. În deplină concordanță cu aceste evidențe, rezultatele studiului de față indică existența unor corelații semnificative între dimensiunile afective de natură anxioasă și depresivă, susținând validitatea conceptului nosologic de tulburare anxio-depresivă mixtă (F41.2) în populația oncologică analizată.

O contribuție distinctivă a investigației constă în observarea unui echilibru relativ între intensitatea simptomatologiei anxioase și a celei depresive: în toate subgrupurile examinate, nivelurile medii de severitate s-au menținut comparabile, fără a se înregistra diferențe statistic semnificative. Acest rezultat sugerează o interacțiune sinergică și echilibrată între cele două dimensiuni psihopatologice în cadrul patologiei oncologice, în care anxietatea și depresia se amplifică reciproc într-un mod echilibrat. De altfel, literatura de specialitate documentează variabilitatea ponderii acestor stări afective în funcție de stadiile evolutive ale bolii: anxietatea este adesea dominantă în etapa inițială, în special în momentul comunicării diagnosticului, când prevalează incertitudinea și teama de necunoscut, în timp ce depresia capătă contur mai pronunțat în fazele avansate, când se accentuează sentimentul de inutilitate și lipsa speranței. În eșantionul mixt de pacienți investigați în cadrul acestui demers, cele două dimensiuni afective s-au menținut în relație de co-activare, reflectând o suprapunere persistentă a trăirilor de neliniște și melancolie, în deplin acord cu tabloul clinic obișnuit în practica psihiatriei oncologice.

Pe de altă parte, anumite rezultate obținute în cadrul acestui studiu se abat de la direcțiile consacrate în literatura de specialitate, semnalând discrepanțe notabile sau aspecte neașteptate. Un exemplu elocvent în acest sens îl constituie diferențierile de gen, analizate în ipoteza alternativă de lucru H₁. Numeroase cercetări epidemiologice documentează o susceptibilitate crescută a pacienților oncologici de a dezvolta tulburări afective, precum depresia sau anxietatea clinic semnificativă, această predispoziție fiind atribuită atât factorilor hormonal, cât și impactului profund asupra imaginii de sine determinat de anumite forme de cancer specifice sexului feminin (de exemplu, efectele mutilante ale mastectomiei în cancerul de sân).

Contrar acestor tendințe, analiza statistică efectuată în cadrul eșantionului investigat nu a relevat diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește scorurile obținute la scala H.A.D. (Hospital Anxiety and Depression Scale). Deși la prima vedere acest rezultat ar putea părea divergent față de consensul literaturii, el necesită o interpretare nuanțată și contextualizată. Distribuția neuniformă a tipurilor de cancer între subgrupurile de gen din eșantionul nostru — în care bărbații au fost supra-reprezențați în rândul pacienților cu neoplasme asociate unui prognostic sever și o rată de mortalitate ridicată (de exemplu, cancere O.R.L. sau pulmonare) — ar putea constitui un factor de confuzie.

În acest context, intensitatea stresului psihologic observat la subiecții de sex masculin ar putea reflecta mai degrabă severitatea bolii oncologice și stadiile avansate în care au fost diagnosticați, decât o vulnerabilitate psihologică intrinsec inferioară comparativ cu femeile. Deși metaanalizele disponibile sugerează o prevalență a depresiei de aproximativ 1,5 până la 2 ori mai mare la femei în populația generală, iar această diferență de risc se menține parțial și în oncologie, absența unui efect de gen în studiul nostru ar putea reflecta fie o subestimare sistematică a simptomatologiei afective la bărbați în

alte cercetări (luând în considerare reținerea tradițională a acestora în exprimarea trăirilor emoționale), fie eficiența unor mecanisme de coping de tip masculin care atenuează impactul stresului. O altă ipoteză plauzibilă este aceea că, în cadrul instituționalizat al îngrijirii oncologice, pacienții de ambele sexe beneficiază de intervenții standardizate (precum suportul psihologic oferit de echipa medicală, tratamente adjuvante anxiolitice etc.), care pot contribui la uniformizarea răspunsului afectiv și reducerea diferențelor de gen.

O altă disonanță față de ipotezele formulate inițial a fost identificată în analiza influenței mediului de rezidență (urban vs. rural) asupra stresului psihologic în rândul pacienților oncologici. Presupozițiile de pornire, susținute și de unele contribuții din literatura de specialitate, sugerau o vulnerabilitate sporită în rândul pacienților din mediul rural, explicabilă prin limitarea accesului la servicii psihosociale, izolarea geografică și socială, precum și stigmatizarea accentuată a suferinței psihice în comunitățile rurale tradiționale. Totuși, datele empirice obținute nu au susținut aceste diferențe într-un mod direct și statistic semnificativ. Este relevant de menționat că numărul pacienților proveniți din mediul rural incluși în eșantion a fost relativ redus, iar distribuția tipurilor de neoplasm în acest subgrup a fost eterogenă, aspecte care pot influența capacitatea de detecție a efectului analizat. Astfel, scorurile medii obținute la scala H.A.D. nu au prezentat diferențe relevante statistic între pacienții din mediul urban și cei din mediul rural. Această constatare nu implică inexistența unui efect al mediului de rezidență, ci mai degrabă sugerează că acesta acționează într-o manieră indirectă și este modulabil prin alți determinanți contextuali. Spre exemplu, este bine documentat că pacienții oncologici din mediul rural se prezintă adesea în stadii avansate de boală, aspect reflectat prin scoruri mai ridicate pe scala ECOG, fapt ce poate conduce la o simptomatologie depresivă mai severă; în analiza prezentă, acest efect pare să fi fost deja captat de variabila funcțională (ECOG), neutralizând impactul mediului ca factor independent.

Discuțiile din literatura de specialitate privind această tematică sunt, de asemenea, divergente: unele studii desfășurate în context occidental evidențiază diferențe semnificative între pacienții din mediul urban și rural în ceea ce privește calitatea vieții și nivelul stresului emoțional, în timp ce altele, după ajustarea pentru factori precum statutul socio-economic și stadiul bolii, nu identifică variații relevante. În contextul românesc, datele comparative între mediile de rezidență privind sănătatea mintală a pacienților oncologici sunt limitate. Totuși, rezultatele obținute în acest studiu sugerează că suferința emoțională nu este determinată strict de statutul geografic de rezidență, ci mai curând de contextul sistemic asociat: disponibilitatea sprijinului psihologic, rețeaua de suport social și nivelul de educație privind boala. Această concluzie, contrară așteptărilor inițiale, atrage atenția asupra necesității unei interpretări prudente și nuanțate: orice pacient oncologic, indiferent de mediul de proveniență, poate deveni vulnerabil din punct de vedere psihologic în absența unor intervenții de suport adecvate.

Datele prezentului studiu se aliniază ferm literaturii de specialitate prin evidențierea acestei problematice sistemice: deși prevalența tulburărilor anxios-depresive a fost de 100% în eșantionul analizat (toți cei 174 de pacienți au necesitat intervenții psihiatrice), absența unui protocol de screening ar fi condus, cel mai probabil, la neidentificarea unei proporții semnificative dintre aceste cazuri. În consecință, rezultatele obținute susțin ferm recomandările existente privind necesitatea instituirii unor programe de screening psihologic de rutină în oncologie, precum și promovarea intervențiilor psihoterapeutice și farmacologice timpurii, adaptate stadiului bolii și nevoilor psihosociale ale pacientului. Concordanța acestor constatări cu datele raportate în literatura internațională conferă robustețe și validitate externă concluziilor mele. Totodată, discrepanțele identificate în ceea ce privește lipsa diferențierilor pe sexe și influența mediului de proveniență deschid noi direcții de cercetare și subliniază importanța unei abordări clinice contextualizate, adaptate particularităților socio-culturale și epidemiologice ale populației investigate.

CAPITOLUL IV. STRATEGII DE MONITORIZARE PSIHICĂ ÎN CANCER: GHID PRACTIC PENTRU PACIENȚI ȘI APARTINĂTORI

4.1 Fundamentarea teoretică a necesității unui ghid psihoeducațional

În contextul actual al practicii oncologice moderne, preocuparea pentru dimensiunea psiho-emoțională a pacientului capătă o importanță crescândă, fiind susținută de un volum tot mai mare de dovezi științifice care confirmă impactul major al sănătății mintale asupra prognosticului oncologic. Integrarea intervențiilor psihoeducaționale în cadrul îngrijirii oncologice nu mai reprezintă un lux sau o opțiune complementară, ci o necesitate strategică în gestionarea holistică a bolii. În această paradigmă, elaborarea unui ghid de monitorizare psihologică destinat pacienților oncologici și aparținătorilor răspunde unei nevoi stringente de accesibilizare a informațiilor esențiale privind prevenirea, recunoașterea și gestionarea precoce a tulburărilor psihice asociate cancerului.

Necesitatea unui astfel de instrument psihoeducațional este justificată de natura profund destabilizatoare a diagnosticului oncologic, care produce un veritabil șoc existențial, cu reverberații emoționale, cognitive și comportamentale complexe. Studiile recente evidențiază faptul că o proporție semnificativă dintre pacienți dezvoltă simptomatologie anxio-depresivă în primele săptămâni de la aflarea diagnosticului, simptomatologie care, în absența unei intervenții adecvate, poate evolua spre forme clinice severe, afectând semnificativ complianța la tratament, capacitatea de luare a deciziilor și calitatea generală a vieții. De asemenea, aparținătorii — adesea neglijăți în abordarea terapeutică — prezintă la rândul lor un risc crescut de tulburări adaptative, depresie secundară sau sindrom de epuizare psihică („burnout”), în contextul sarcinilor de îngrijire pe care le asumă.

Fundamentul teoretic al ghidului se regăsește în modelul bio-psiho-social al bolii, care postulează o interacțiune bidirecțională între componentele biologice, psihologice și sociale ale suferinței umane. Acest model, promovat de Engel și consolidat ulterior prin contribuțiile psiho-oncologiei moderne, susține că intervențiile terapeutice eficiente trebuie să abordeze simultan suferința fizică, emoțională și socială, pentru a maximiza beneficiile clinice și a asigura o recuperare cât mai completă. Din această perspectivă, un ghid psihoeducațional are rolul de a sprijini alfabetizarea emoțională a pacienților, de a le crește sentimentul de control asupra propriei condiții medicale și de a reduce percepțiile distorsionate legate de evoluția bolii, prognostic și mortalitate. Un alt argument major în favoarea elaborării ghidului este lipsa unei standardizări a informațiilor privind sănătatea mintală în context oncologic, atât în practica clinică, cât și în comunicarea cu pacienții. Deși literatura de specialitate abundă în resurse pentru specialiști, puține materiale sunt adaptate nivelului de înțelegere și nevoilor psiho-sociale ale pacienților și ale familiilor lor. Lipsa unui limbaj accesibil, a unor exemple concrete și a unor indicații clare referitoare la recunoașterea simptomelor precoce face ca intervențiile să fie adesea tardive, iar anxietatea legată de necunoscut să atingă cote patologice. Un ghid structurat, cu rol psihoeducațional, poate funcționa astfel ca un „intervenient timpuriu”, reducând incidența tulburărilor psihice severe prin promovarea unei conduite proactive și a unei relații de încredere între pacient, aparținător și echipa medicală.

De asemenea, elaborarea ghidului răspunde și unei exigențe etice, aceea de a conferi pacientului oncologic o mai mare autonomie în luarea deciziilor privind sănătatea sa mintală. Psihoeducația contribuie la încurajarea unui comportament de tip „self-care” informat și responsabil, transformând pacientul dintr-un beneficiar pasiv într-un agent activ al propriei recuperări. În același timp, oferă aparținătorilor instrumente de evaluare informală a simptomatologiei psihice, facilitând recunoașterea devierilor de la normă și trimiterea timpurie către suport de specialitate. În concluzie, fundamentarea teoretică a acestui ghid psihoeducațional derivă din convergența mai multor direcții științifice și clinice contemporane: necesitatea intervenției precoce în tulburările psihice asociate cancerului, consolidarea modelului integrat bio-psiho-social, respectarea principiului autonomiei pacientului și combaterea stigmatizării sănătății mintale în oncologie. Prin această inițiativă, se creează premisele unei schimbări de paradigmă în îngrijirea oncologică, în care componenta psihologică este recunoscută ca fiind esențială pentru vindecare și calitatea vieții.

4.2 Obiectivele și principiile ghidului

Elaborarea unui ghid psihoeducațional destinat pacienților oncologici și aparținătorilor acestora se înscrie în sfera intervențiilor terapeutice de tip preventiv și suportiv, având ca scop principal reducerea impactului psihologic al diagnosticului oncologic și creșterea capacității de adaptare la provocările tratamentului și ale vieții cu cancer. Într-un context clinic marcat de complexitatea suferinței oncologice, ghidul se constituie ca o punte esențială între informația medicală validată științific și necesitățile psihologice ale pacientului, oferind un cadru structurat pentru înțelegerea și gestionarea suferinței emoționale.

Primul obiectiv major al acestui ghid este alfabetizarea emoțională a pacienților, adică facilitarea înțelegerii propriei simptomatologii psihice prin acces la informații clare, validate și adaptate nivelului de înțelegere al beneficiarilor. În acest sens, ghidul oferă explicații detaliate despre manifestările comune ale anxietății, depresiei, tulburărilor de adaptare sau stresului post-traumatic, în corelație cu etapele tratamentului oncologic. Prin înțelegerea simptomelor, pacienții dobândesc capacitatea de a le recunoaște precoce, ceea ce crește șansele de intervenție eficientă și reduce riscul de agravare a stării psihice. Un al doilea obiectiv vizează susținerea capacităților de coping adaptativ, prin furnizarea unor strategii practice de autoreglare emoțională, de restructurare cognitivă și de gestionare a stresului cotidian. Ghidul propune tehnici validate din psihologia clinică, cum ar fi exerciții de respirație, tehnici de mindfulness, ancorare cognitivă și organizare a rutinei zilnice, adaptate specificului experienței oncologice. Aceste instrumente sunt prezentate într-un limbaj accesibil, dar fundamentate teoretic, astfel încât pacientul să poată aplica în mod autonom metodele recomandate.

În paralel, ghidul își propune să implice activ aparținătorii în procesul de susținere psihologică, oferindu-le acestora repere pentru recunoașterea modificărilor emoționale sau comportamentale ale pacientului și pentru gestionarea propriilor reacții de stres, epuizare și anxietate. Familia este un element central al rețelei de suport, iar implicarea ei informată contribuie la crearea unui climat psihologic securizant, facilitând astfel procesul terapeutic și reducând riscul de cronicizare a tulburărilor psihice. Un alt obiectiv important este normalizarea suferinței psihologice în cancer, combatând ideea eronată conform căreia simptomele psihice ar constitui o manifestare de slăbiciune personală sau o reacție inadecvată la boală. Prin promovarea unei viziuni integrative asupra sănătății, ghidul contribuie la reducerea stigmatizării asociate tulburărilor psihice și la încurajarea solicitării de sprijin psihologic specializat, atunci când este necesar. În ceea ce privește principiile fundamentale care guvernează conceperea și implementarea ghidului, acestea derivă din etica îngrijirii centrate pe pacient, din modelele de intervenție psiho-oncologică contemporană și din imperativele comunicării empatică în îngrijirea medicală.

Primul principiu este accesibilitatea, în sensul în care ghidul trebuie să fie ușor de înțeles, utilizabil și adaptat diverselor niveluri de alfabetizare medicală și psihologică ale pacienților. Se urmărește evitarea jargonului excesiv și înlocuirea acestuia cu explicații clare, ilustrate prin exemple din experiența clinică obișnuită, fără a compromite rigoarea științifică. Un al doilea principiu este validarea științifică a informațiilor incluse. Toate conceptele, metodele și recomandările prezentate în cadrul ghidului sunt fundamentate riguros în cercetarea psihologică și oncologică contemporană, fiind dezvoltate în acord cu cele mai recente direcții internaționale de practică clinică. În mod particular, ghidul are la bază standardele elaborate de National Comprehensive Cancer Network (NCCN – Rețeaua Națională pentru Cancer Comprehensiv), o alianță de centre oncologice de excelență din Statele Unite care oferă ghiduri bazate pe dovezi pentru tratamentul și sprijinul integrat al pacienților oncologici; de asemenea, el reflectă recomandările emise de American Society of Clinical Oncology (ASCO – Societatea Americană de Oncologie Clinică), organizație de referință în oncologia mondială, preocupată inclusiv de integrarea dimensiunii psihosociale în îngrijirea oncologică; precum și principiile formulate de European Society for Medical Oncology (ESMO – Societatea Europeană de Oncologie Medicală), care promovează o abordare multidisciplinară a pacientului oncologic, incluzând componenta de suport psihologic ca parte esențială a intervenției terapeutice. Aceste surse majore sunt completate de literatura științifică internațională validată privind intervențiile psihologice în cancer, centrate pe reziliență, coping, calitatea vieții și reconstrucția identității pacientului în contextul bolii.

Principiul individualizării presupune că, deși ghidul oferă repere generale, acesta încurajează adaptarea recomandărilor în funcție de contextul specific al fiecărui pacient — tipul de neoplazie, stadiul bolii, trăsăturile de personalitate, mediul familial și rețeaua de sprijin social. În acest sens, ghidul încurajează dialogul constant cu echipa medicală și integrarea psihoeducației în traseul terapeutic personalizat. Un alt principiu esențial este empatia activă, care presupune ca materialele incluse în ghid să reflecte o abordare umanistă, caldă, care validează suferința pacientului și promovează acceptarea emoțiilor dificile ca parte firească a experienței oncologice. În mod implicit, acest principiu susține diminuarea anxietății prin încurajarea exprimării afective și a relaționării autentice între pacient, aparținători și profesioniștii din domeniul sănătății.

În fine, principiul interdisciplinarității reflectă angajamentul ca acest ghid să fie rezultatul colaborării dintre medici oncologi, psihiatri, psihologi clinicieni, asistenți sociali și terapeuți complementari, pentru a oferi o abordare coerentă, completă și integrativă a sănătății psihice în context oncologic. Prin urmare, ghidul psihoeducațional propus în cadrul acestei teze de doctorat nu se limitează la rolul informativ, ci se constituie într-un veritabil instrument de intervenție timpurie, „*empowerment psihologic*” (stare cognitivă și emoțională în care individul percepe că are capacitatea, resursele și autoritatea de a-și influența propria situație și de a-și atinge scopurile) și optimizare a relației pacient-familie-echipă medicală. Această componentă este esențială în redefinirea îngrijirii oncologice dintr-o perspectivă orientată nu doar spre supraviețuire, ci și spre calitatea vieții în toate dimensiunile sale.

4.3 Semne precoce și manifestări ale tulburărilor psihice în cancer

Identificarea precoce a simptomelor psihice în rândul pacienților oncologici reprezintă o etapă esențială în cadrul intervenției terapeutice integrative, cu implicații directe asupra prognosticului, aderenței la tratament și calității vieții. Spre deosebire de tulburările psihiatrice din populația generală, manifestările psihice apărute în context oncologic sunt adesea polimorfe, subtile, confundabile cu reacții normale de suferință și, nu de puține ori, suprapuse simptomatologiei somatice a bolii sau efectelor adverse ale tratamentelor. Această suprapunere determină o subraportare sistematică a tulburărilor psihice în oncologie, ceea ce impune un efort suplimentar de conștientizare, screening și educare atât a pacienților, cât și a echipelor medicale și a aparținătorilor.

Printre cele mai frecvente semne precoce ale tulburărilor psihice se numără modificările persistente ale dispoziției emoționale, care depășesc pragul reacției adaptative firești la stresul diagnosticului oncologic. De exemplu, un pacient care, la câteva săptămâni de la aflarea diagnosticului, continuă să prezinte stări de tristețe profundă, lipsă de speranță, apatie, retragere socială sau iritabilitate excesivă, poate fi în curs de dezvoltare a unei tulburări depresive. În paralel, stările de neliniște continuă, tensiune interioară inexplicabilă, preocupări somatice excesive (legate de boală, evoluție, mortalitate) și dificultăți persistente de concentrare pot indica apariția unei tulburări anxioase.

Tulburările de somn constituie un alt semnal de alarmă frecvent ignorat, dar deosebit de relevant din punct de vedere clinic. Insomnia de menținere, dificultatea de adormire sau trezirile matinale precoce, mai ales atunci când sunt însoțite de ruminări negative sau de anxietate anticipatorie, pot indica debutul unei tulburări depresive sau anxioase. De altfel, numeroase studii demonstrează corelații semnificative între severitatea simptomelor de insomnie și scorurile înalte pe scala H.A.D. (Hospital Anxiety and Depression Scale), ceea ce justifică monitorizarea sistematică a acestui simptom în cadrul îngrijirii oncologice curente. Schimbările în comportamentul alimentar, precum scăderea semnificativă a apetitului, alimentația compulsivă sau evitarea completă a hranei, pot reprezenta expresii ale unor suferințe psihice de fond, chiar în absența unor explicații fiziologice directe (efecte adverse ale chimioterapiei, greață indusă, modificări metabolice). Aceste comportamente trebuie interpretate în context psihologic, mai ales atunci când sunt însoțite de retragere socială, lipsă de interes pentru activitățile cotidiene și declinul motivațional.

La fel de relevante sunt și manifestările cognitive subtile, cum ar fi dificultățile de concentrare, scăderea performanței în sarcini mentale simple, uitarea frecventă sau confuzia ușoară în conversații cotidiene. Deși aceste simptome pot fi atribuite sindromului de „ceață cognitivă” indusă de tratamentele oncologice (de exemplu, chimioterapie), ele pot reflecta de asemenea un debut de tulburare depresivă

majoră, mai ales în cazurile în care sunt însoțite de lipsă de motivație, indecizie marcată și gânduri autoreproșatoare. Un alt indicator precoce îl constituie hipervigilența somatică, respectiv tendința pacientului de a interpreta orice senzație fizică minoră drept semn de agravare a bolii sau recidivă. Această stare este frecvent întâlnită în tulburările anxioase generalizate și poate duce la comportamente de verificare excesivă, solicitări repetate de investigații și conflicte cu personalul medical. Această conduită are un impact negativ asupra relației terapeutice și poate contribui la epuizarea emoțională a pacientului.

Un semn deosebit de grav, care impune intervenție imediată, este prezența gândurilor de inutilitate, vinovăție excesivă sau dorința de a renunța la lupta cu boala, chiar și în absența unei simptomatologii depresive complete. Astfel de conținuturi cognitive, exprimate verbal sau indirect, pot semnala un risc crescut de suicid, iar studiile arată că pacienții oncologici cu tulburări afective netratate au un risc de suicid de până la două ori mai mare decât populația generală. Din perspectivă comportamentală, modificările în rutina zilnică, cum ar fi refuzul activităților sociale, lipsa de preocupare pentru igiena personală, evitarea contactului cu personalul medical sau cu membrii familiei, pot fi semne timpurii ale unui declin psihic. Deși pot părea expresii ale unei adaptări pasive sau ale oboselii cronice, în realitate aceste conduite sunt adesea manifestări ale unei suferințe psihice profunde care necesită intervenție specializată.

Este important de menționat că aceste semne precoce nu apar izolat, ci în contexte complexe, modelate de stadiul bolii, profilul psihologic al pacientului și suportul social disponibil. Prin urmare, ghidul propune monitorizarea continuă, pe baza unor scale validate precum H.A.D., dar și prin observarea atentă a modificărilor de dispoziție, comportament și atitudine față de tratament. Identificarea timpurie a acestor manifestări este esențială pentru inițierea unui plan de intervenție adaptat, cu implicarea specialiștilor în sănătate mintală. Cu cât suportul psihologic este introdus mai devreme în parcursul oncologic, cu atât este mai probabilă prevenirea agravării simptomatologiei și maximizarea calității vieții pacientului. Aceste date subliniază, o dată în plus, importanța ghidului ca instrument de screening și sprijin educațional, menit să transforme pacientul și familia acestuia în parteneri activi ai actului terapeutic.

4.4 Recomandări practice pentru gestionarea simptomelor psihice

❖ Modulul I – Alfabetizare emoțională și autocunoaștere psihologică

Scop general: Să faciliteze procesul de recunoaștere, înțelegere și exprimare a experienței emoționale atât în cazul persoanelor diagnosticate cu cancer, cât și al aparținătorilor, dezvoltând o cultură a conștientizării afective care sprijină sănătatea mintală în mod activ și preventiv.

Fundamente psihologice: În context oncologic, alfabetizarea emoțională nu reprezintă un simplu exercițiu de introspecție, ci o intervenție clinică timpurie cu efect de reducere a stresului psihologic, creștere a complianței terapeutice și consolidare a rezilienței. Conceptul derivă din teoriile inteligenței emoționale (Goleman), ale reglării afective (Gross) și din paradigma neuroplasticității afective, care atestă capacitatea creierului de a se adapta prin restructurarea conștientă a răspunsurilor emoționale.

Pentru pacienți: Construirea unui limbaj interior clar și compasiv.

Boala oncologică este o criză existențială care destabilizează nu doar corpul, ci și limbajul interior prin care pacientul își organizează sensul vieții. Tocmai de aceea, primul pas este acceptarea normalității reacțiilor afective. Este legitim să apară teamă, furie, vinovăție, neputință sau tristețe. Ele nu trebuie automat patologizate – suferința nu este sinonimă cu „boala psihică”, ci poate fi o formă de răspuns adaptativ la o realitate disruptivă. Pacientul este încurajat să dezvolte un vocabular emoțional activ. Un instrument simplu și eficient este utilizarea zilnică a unei „scări afective” – o autoevaluare intuitivă pe o scală de la 1 la 10 pentru trăiri precum anxietatea, speranța, oboseala psihică sau conectarea cu ceilalți. Această practică nu doar că ajută la exprimarea afectelor, dar contribuie la recunoașterea precoce a suprasolicitării emoționale. O altă tehnică este „reconstituirea narativă”: într-un jurnal personal, pacientul notează evenimentele care i-au provocat tulburare emoțională și gândurile asociate acestora. În timp, acest proces permite identificarea unor tipare recurente, distingerea între realitate și proiecții anxioase, dar și resemnificarea suferinței prin rearticularea unei povești de viață

coerente, în care boala nu anulează identitatea, ci o reconfigurează cu sens. Această formă de alfabetizare emoțională creează condițiile unei reglări afective active, în care pacientul nu este pasiv în fața emoțiilor, ci își construiește o relație blândă și conștientă cu propria interioritate.

Pentru aparținători: Recunoaștere, delimitare și validare emoțională.

Rolul aparținătorului este adesea însoțit de o idealizare implicită a dăruirii totale, care, în lipsa unei conștientizări reflexive, poate conduce la epuizare afectivă severă. Alfabetizarea emoțională în rândul îngrijitorilor presupune recunoașterea propriei suferințe ca validă și distinctă de cea a pacientului, într-un registru de compasiune echilibrată. Primul pas este observarea și validarea emoțiilor pacientului fără interpretare sau presupozitie. În locul afirmațiilor standardizate („ești nervos pentru că ai dureri”), se recomandă întrebări deschise și empaticе („Cum te simți azi cu adevărat?”), care facilitează exprimarea autentică a pacientului și evită suprareglarea afectivă prin negare sau raționalizare. În același timp, aparținătorul trebuie să-și cultive conștiința emoțiilor proprii: frustrarea, vinovăția, iritabilitatea nu sunt semne de lipsă de devotament, ci expresii firești ale unei sarcini emoționale intense. Scrierea săptămânală a unei scrisori reflexive – chiar dacă nu este trimisă – în care îngrijitorul își exprimă gândurile și trăirile în raport cu boala persoanei dragi, funcționează ca un „spațiu de decompresie psihologică”. Această tehnică reduce riscul de somatizare, burnout afectiv sau răspunsuri disfuncționale cum ar fi retragerea, furia sau suprasolicitarea compulsivă.

Integrare clinică și comunitară: Modulul I poate fi aplicat atât individual, cât și în contexte terapeutice de grup, coordonate de psihologi oncologici. De asemenea, poate fi adaptat pentru intervenții psihoeducaționale în comunități vulnerabile, centre de îngrijire paliativă sau programe de reabilitare post-tratament. În timp, alfabetizarea emoțională contribuie la formarea unei culturi psihologice în oncologie, în care trăirile afective sunt înțelese, acceptate și reglate conștient, nu negate sau patologizate. Această componentă nu doar că sprijină pacientul în procesul său de adaptare, dar transformă aparținătorul într-un actor afectiv conștient, capabil să susțină cu autenticitate și durabilitate parcursul oncologic al persoanei iubite. Alfabetizarea emoțională devine astfel o formă profundă de îngrijire: de sine, de celălalt și de întreaga relație afectivă traversată de boală.

❖ Modulul II – Strategii de autoreglare emoțională pentru pacient

Scop general: Consolidarea rezilienței psihologice și reducerea simptomelor de anxietate, depresivitate, agitație psihomotorie și distres existențial, prin antrenarea capacității de reglare internă, reconectare corporală și restructurare cognitivă.

Context psihologic și justificare clinică: Autoreglarea emoțională este un proces fundamental pentru pacienții oncologici care se confruntă cu un nivel crescut de stres, incertitudine și pierdere a controlului. Dincolo de sprijinul psihoterapeutic specializat, există o serie de intervenții validate științific care pot fi aplicate zilnic de pacient, individual sau însoțit de un consilier, cu rol de stabilizatori afectivi și factori protectivi împotriva tulburărilor psihice. Acest modul propune o strategie integrată și ritualică de igienă emoțională, bazată pe neuroștiințele compasiunii (Gilbert), modelul cognitiv-comportamental adaptat oncologiei (Greer & Watson) și teoriile prezenței conștiente (Kabat-Zinn), toate susținute de dovezi din literatura de intervenție psihologică în oncologie.

1. Jurnalul trăirilor zilnice: spațiu pentru conștientizare și transformare

Pacientul este încurajat să dedice zilnic 10 minute scrierii conștiente, răspunzând la patru întrebări simple, dar transformatoare: „Ce am simțit azi?”, „Ce m-a declanșat?”, „Cum am reacționat?”, „Ce pot face diferit mâine?”. Acest exercițiu activează cortexul prefrontal, responsabil de reflexivitate și reglare, contribuind la tranziția de la reactivitate la răspuns conștient. În timp, jurnalul devine nu doar un depozitar al suferinței, ci un spațiu intern de reconstrucție identitară și sens. Recitirea periodică a însemnărilor permite recunoașterea unor tipare afective, dezvoltarea rezilienței și creșterea sentimentului de control asupra propriei vieți interioare.

2. Tehnica prezenței focalizate: revenirea în „aici și acum”

În momentele de neliniște, pacientul este invitat să aleagă un gest cotidian – cum ar fi mâncatul, spălatul pe mâini, îmbrăcatul sau mersul – și să îl execute cu întreaga atenție. Prin observarea detaliilor senzoriale (temperatura apei, sunetul apei, textura pielii, mirosul săpunului), mintea este ghidată de la anticipare către prezent. Această tehnică reduce activitatea sistemului limbic hiperactiv (responsabil de

anxietate) și activează rețeaua neuronală de integrare senzorială, promovând stabilitatea afectivă și reducerea simptomelor de „ruminație mentală”.

3. Restructurare cognitivă ghidată: resemnificarea experienței

Cancerul generează adesea un dialog interior negativ, rigid și autocritic. Gânduri precum „Sunt o povară”, „Nu mai pot”, „E inutil totul” apar spontan în contextul suferinței. Pacientul este învățat să identifice aceste distorsiuni cognitive și să le reformuleze într-o manieră realistă, blândă și afirmativă:

- Gândul „Sunt o povară pentru toți” poate fi reconfigurat ca „Sunt o persoană aflată într-o perioadă vulnerabilă, dar care merită sprijin”.
- Gândul „Nu mai pot rezista” poate fi transformat în „Nu știu ce va fi mâine, dar azi respir și sunt aici”.

Această formă de antrenament cognitiv-compasional este esențială pentru restaurarea stimei de sine și reducerea riscului de depresie majoră în rândul pacienților oncologici.

4. Tehnica de respirație conștientă 4-7-8: autoreglare neurofiziologică

Tehnica presupune un ciclu de respirație în trei etape: se inspiră adânc timp de 4 secunde, menținerea respirației timp de 7 secunde, urmată de o expirație lentă și profundă timp de 8 secunde. Acest exercițiu activează nervul vag și sistemul parasimpatic, generând o stare de calm fiziologic, reducerea ritmului cardiac și scăderea a cortizolului. Aplicată dimineața și seara, timp de 3 cicluri consecutive, tehnica funcționează ca o „ancoră psihosomatică” ce readuce corpul și mintea în zona de siguranță fiziologică.

5. Reintegrarea corporală blândă: refacerea legăturii cu sinele somatic

În contextul oncologic, corpul este adesea perceput ca „trădător” sau „invadat”, ceea ce duce la disociere somatică sau evitare corporală. Acest modul propune ritualuri blânde de reintegrare:

- Un gest zilnic de îngrijire simbolică, precum mângâierea palmelor, atingerea delicată a feței sau masajul cu o cremă preferată, reintroduce relația de grijă cu propriul corp.
- Plimbările lente sau întinderile progresive, adaptate nivelului de toleranță, stimulează secreția de endorfine și oferă un sentiment de mișcare „cu sens”.
- Îngrijirea pielii, folosirea unui parfum familiar, băile relaxante – toate aceste gesturi reumanizează relația cu sinele somatic și favorizează re apropierea de corpul trăitor, nu doar de cel suferind.

Integrare: Un ritual zilnic al grijii interioare. Modulul II este conceput ca un set de micro-ritualuri zilnice, care pot fi aplicate în orice etapă a bolii: la diagnostic, în timpul tratamentului, în convalescență sau în îngrijire paliativă. Ele nu înlocuiesc intervenția specializată, ci funcționează ca intervenții psihoeducaționale cu efect cumulativ, antrenând sistematic capacitatea pacientului de autoreglare emoțională și de recâștigare a autonomiei psihice. Practicarea acestor exerciții poate fi susținută de un jurnal tipărit, un calendar personalizat sau o aplicație mobilă, pentru a încuraja continuitatea și progresul.

❖ **Modulul III – Sprijin și autoreglare pentru aparținători**

Scop general: Prevenirea epuizării emoționale și menținerea echilibrului afectiv și relațional al aparținătorului, prin dezvoltarea de practici de autoreglare, delimitare sănătoasă și prezență empatică activă.

Cadru conceptual și justificare psihologică: Îngrijirea unui pacient oncologic nu este doar o responsabilitate logistică, ci și o experiență afectivă intensă, adesea încărcată de ambivalențe, vinovăție, frustrare și teamă. Aparținătorul nu este doar un martor pasiv, ci un partener afectiv al suferinței, expus riscului de burnout, depresie secundară, sindrom de compasiune epuizată sau chiar traume vicariante. De aceea, susținerea sa nu este opțională, ci esențială pentru eficiența întregului parcurs terapeutic al pacientului. Studii relevante arată că sănătatea psihică a îngrijitorului influențează direct complianța, prognosticul și calitatea vieții pacientului oncologic. Acest modul propune o intervenție structurată, psihoeducațională, orientată către echilibru emoțional, delimitare sănătoasă și revitalizare afectivă.

1. Jurnalul apartenenței: echilibru între dăruire și autorefecție

În fiecare zi, aparținătorul este invitat să noteze, într-un spațiu personal de scris, două lucruri esențiale: ce a făcut pentru pacient și ce a făcut pentru sine. Scopul acestui exercițiu nu este evaluarea

eficienței, ci recalibrarea atenției asupra propriilor nevoi, care sunt adesea ignorate sau negate în numele grijii față de celălalt. Această practică zilnică creează un spațiu de vizibilitate emoțională pentru îngrijitor, în care poate reflecta fără vinovăție la propria identitate, autonomie și oboseală. În timp, jurnalul devine un instrument de prevenție împotriva dizolvării de sine în rolul de „îngrijitor total”, care, deși nobil, poate deveni destructurant.

2. Regula celor 20 de minute: ritualuri de reconectare cu plăcerea

Una dintre cele mai eficiente forme de autoreglare emoțională este acordarea deliberată a timpului pentru sine, chiar și în perioade de solicitare maximă. Se recomandă ca aparținătorul să își rezerve zilnic 20 de minute pentru o activitate simplă, dar generatoare de plăcere personală – lectură, muzică, plimbare, grădinărit, meditație. Importanța acestui exercițiu nu stă doar în activitatea aleasă, ci în recunoașterea faptului că nevoile personale sunt legitime. Vinovăția de a lua o pauză este una dintre cele mai răspândite distorsiuni afective ale aparținătorilor. Ghidul încurajează conștientizarea faptului că îngrijirea celuilalt este sustenabilă doar dacă include grijă față de sine.

3. Spațiul personal protejat: delimitare emoțională sănătoasă

Pentru a preveni suprapunerea afectivă distructivă, aparținătorul este încurajat să își creeze un „spațiu personal protejat” – un loc fizic (camera proprie, un colț de citit, un parc) sau mental (momentul din zi în care ascultă muzică, scrie sau se roagă), în care pacientul nu intră simbolic. Această delimitare nu este o formă de evitare, ci o necesitate psihologică de conservare a sinelui emoțional. Ea permite regenerarea resurselor afective și previne apariția unei relații fuzionale cu pacientul, care poate deveni nesănătoasă pentru ambele părți.

4. Dialog empatic fără soluții: prezență în loc de rezolvare

Adesea, aparținătorii resimt o presiune intensă de „a rezolva” suferința celuilalt, ceea ce duce la frustrare și epuizare, mai ales atunci când situațiile sunt insolubile. Acest modul propune o schimbare de paradigmă: a fi cu celălalt este uneori mai valoros decât a-i spune ce să facă. Exercițiul constă în dezvoltarea unui limbaj empatic și conținător: „Înțeleg că te doare. Sunt aici.” este o formulă de prezență afectivă autentică, care evită clișeele invalidante precum „Hai, fii tare” sau „O să treacă”. Această formă de comunicare permite pacientului să se exprime fără frică de judecată și oferă aparținătorului libertatea de a fi prezent fără a fi salvator.

Integrare în viața cotidiană și intervenție preventivă: Sprijinul aparținătorului este o resursă terapeutică majoră, dar și un potențial punct de vulnerabilitate. Modulul III poate fi aplicat în consiliere individuală, grupuri de suport, sesiuni de terapie familială sau ateliere comunitare. Psihologii oncologici, asistenții sociali și medicii de familie pot utiliza conținutul acestui modul pentru a identifica precoce semnele de epuizare afectivă și pentru a stimula autoreglarea relațională. Sănătatea psihică a aparținătorului este nu doar o condiție a eficienței îngrijirii, ci o formă esențială de îngrijire reciprocă, autentică și umanizantă, într-un spațiu relațional marcat de boală, dar nu anulat de ea.

❖ Modulul IV – Comunicare terapeutică și reconstrucția sensului

Scop general: Facilitarea unei relații deschise, autentice și curajoase între pacientul oncologic și aparținătorul său, prin încurajarea dialogului existențial, rememorării pozitive și generării de sens în ciuda fragilității condiției medicale.

Fundamente teoretice și intervenționale: Comunicarea în context oncologic este adesea distorsionată de tabuuri, de rușine, de protecționism reciproc sau de evitare. Din dorința de a „nu răni” sau „nu agrava” suferința celuilalt, pacientul și aparținătorul pot intra într-un pact tăcut al tăcerii emoționale, care, deși aparent protectiv, blochează exprimarea, validarea și co-crearea unui sens comun al experienței trăite. Teoriile logoterapiei (Frankl), cercetările din cadrul psihologiei existențiale (Yalom), precum și studiile recente în psihologia sensului (Martela & Steger) arată că relația cu sensul este un predictor major al stării de bine chiar în prezența bolii. Acest modul propune un set de intervenții terapeutice și relaționale care să sprijine comunicarea autentică și reumanizarea parcursului oncologic:

1. Conversații cu scop existențial: curajul de a vorbi despre ceea ce contează cu adevărat

O dată pe săptămână, pacientul și aparținătorul sunt invitați să aleagă împreună o întrebare cu încărcătură profundă, care deschide un dialog dincolo de boală – despre identitate, valori, amintiri sau speranțe. Aceste conversații au rolul de a restabili intimitatea emoțională și sensul împărtășit, uneori pierdut în rutina tratamentelor și a tăcerii defensive. Exemple de întrebări:

- Ce lucruri mi-au adus bucurie cu adevărat?
- Ce înseamnă pentru mine „a fi sprijinit”?
- Ce am învățat despre mine de când am fost diagnosticat?
- Ce aş vrea să rămână din mine, dincolo de boală?

Aceste conversații nu urmăresc soluții, ci prezență reciprocă și validare afectivă. Ele creează un spațiu sigur, simbolic, în care pacientul nu este redus la rolul de „suferind”, ci recunoscut ca subiect uman integral, cu trecut, sens și viitor – chiar și într-o formă redefinită.

2. Memorii pozitive: reconectare cu identitatea sănătoasă

Pacientul este încurajat să noteze trei momente semnificative din viața sa – momente de bucurie, de curaj, de împlinire personală sau profesională. Scopul acestui exercițiu este consolidarea continuității identitare, într-un moment în care boala poate crea o ruptură a sentimentului de sine. Memoriile pozitive funcționează ca ancore afective: amintiri vii ale valorii personale, ale capacității de a înfrunta viața și de a construi sens. Ele pot fi rostite, scrise, desenate sau transformate în obiecte simbolice (fotografii, obiecte dragi, citate). Prezența acestor repere emoționale are un rol protector împotriva simptomelor de depresie, alienare și disperare.

3. Proiecte de sens: acțiuni simbolice care reactivează controlul și contribuția

Chiar în condiții de boală, pacientul are posibilitatea de a construi mici proiecte cu semnificație personală sau relațională. Acestea nu trebuie să fie grandioase, ci încărcate simbolic și afectiv – oferirea unui obiect drag unei persoane iubite, scrierea unei scrisori de mulțumire, plantarea unui copac, înregistrarea unui mesaj audio pentru viitor, sau alcătuirea unui album de amintiri. Aceste gesturi devin forme concrete prin care pacientul reîntră în postura de agent, nu doar de beneficiar al grijii. Ele susțin nevoia de autonomie psihologică și continuitate existențială, în ciuda pierderilor și incertitudinilor. În mod complementar, aparținătorul este încurajat să participe la aceste proiecte sau să le încurajeze activ, validând rolul activ și demn al pacientului în propria poveste de viață.

Impact psihologic și integrare clinică: Modulul IV introduce o dimensiune adesea neglijată în îngrijirea oncologică: restaurarea dialogului cu sensul și cu subiectivitatea profundă. Nu toate întrebările au răspunsuri, dar simpla lor rostire poate reconstrui o punte între tăcere și comuniune, între pierdere și semnificație. În practică, intervențiile propuse pot fi facilitate de consilierii psihologici, de preoți capelani, terapeuți existențiali sau de echipa medicală, în funcție de context. Ele pot fi integrate în internări, îngrijiri paliative, dar și în perioada de remisie, când reconstituirea unui sens post-boală este esențială pentru recuperare. Acest modul își propune, mai presus de toate, să redea pacientului și familiei dreptul de a vorbi sincer, profund și uman despre ceea ce contează cu adevărat, chiar și (sau mai ales) atunci când cuvintele sunt greu de găsit.

❖ Modulul V – Protocol de alertă pentru simptome psihice severe

Scop general: Detectarea timpurie a manifestărilor psihopatologice grave la pacientul oncologic sau la aparținător, cu scopul de a preveni cronicizarea suferinței, decompensarea psiho-afectivă și apariția unor situații critice care pun în pericol viața sau echilibrul mental al persoanei.

Justificare clinică și context psihologic: În cadrul îngrijirii oncologice, simptomele psihice pot rămâne nediagnosticate sau neabordate mult timp, fiind confundate cu „reacții normale” la boală sau „slăbiciuni trecătoare”. În realitate, studiile arată că aproximativ 30–40% dintre pacienții oncologici dezvoltă tulburări psihice majore, iar riscul de suicid este considerabil mai mare în comparație cu populația generală. De asemenea, aparținătorii – deși rar incluși în protocoalele de monitorizare psihologică – pot deveni victime ale unei suferințe psihice severe, prin expunere îndelungată la stres, lipsa de suport și autoanulare afectivă. Acest modul oferă criterii clare și semnale de alarmă pentru identificarea momentelor în care intervenția profesională nu mai este opțională, ci vitală.

Semnale de alarmă la pacientul oncologic:

1. Gânduri recurente despre moarte, inutilitate sau suicid.

Preocupările morbide, chiar dacă inițial exprimate vag („Mi-aș dori să dorm și să nu mă mai trezesc”), pot evolua rapid în planuri suicidare explicite. Orice verbalizare a dorinței de a muri trebuie luată în serios, fără minimalizare sau ezitare în solicitarea ajutorului specializat.

2. Izolare extremă, tăcere prelungită, refuz de interacțiune.

O retragere socială semnificativă, tăcerea prelungită sau evitarea completă a comunicării pot semnaliza debutul unui episod depresiv sever sau al unei tulburări psihotice incipiente.

3. Neîngrijire severă de sine.

Refuzul alimentației, al igienei sau al tratamentului indică o pierdere majoră a motivației vitale și a dorinței de autoconservare. Aceste comportamente trebuie abordate imediat, deoarece pot semnaliza o depresie clinică severă sau o tulburare delirantă.

4. Confuzie cognitivă, halucinații, dezorientare.

Apariția ideilor delirante („sunt otrăvit”, „nu sunt eu în corpul meu”), a halucinațiilor auditive sau vizuale, sau pierderea orientării temporo-spațiale indică necesitatea unei evaluări psihiatrice de urgență, pentru excluderea unui delir oncologic, efect advers medicamentos sau debut psihotic.

Semnale de alarmă la aparținător:

1. Crize de plâns frecvente, neliniște continuă, panică.

Un nivel ridicat de anxietate persistentă și episoade de plâns necontrolat pot semnaliza o tulburare anxio-depresivă sau o tulburare adaptativă severă, mai ales când sunt însoțite de insomnie, iritabilitate și gânduri catastrofice.

2. Epuizare completă, blocaj afectiv, sentimentul de gol psihic.

Imposibilitatea de a mai oferi sprijin sau dorința de a se „evapora” sunt semnale ale sindromului de burnout emoțional sever, frecvent întâlnit în rândul îngrijitorilor cronici. Pot apărea somatizări, tulburări de memorie sau reacții de deconectare afectivă.

3. Idei de fugă, abandon sau autoînvinovățire extremă.

Când apar gânduri precum „Aș vrea să fug și să nu mă mai întorc” sau „Totul e vina mea că e așa rău”, este posibil ca aparținătorul să fi intrat într-o spirală autoagresivă care necesită intervenție psihologică rapidă.

Protocol de intervenție recomandat: Oricare dintre simptomele menționate mai sus justifică o adresare imediată la un psiholog clinician, psihiatru sau membru al echipei de suport oncologic. În lipsa acestora, se recomandă:

- Contactarea medicului oncolog coordonator pentru trimitere către serviciile de sănătate mintală;
- Accesarea liniilor telefonice de urgență psihologică (acolo unde sunt disponibile);
- Apelarea la serviciile de ambulanță sau urgență în cazul în care pacientul sau aparținătorul exprimă pericol iminent pentru viața proprie.

Nicio manifestare nu este „prea mică” pentru a cere ajutor. Prevenția în sănătatea mintală oncologică este echivalentul intervenției precoce în metastazele fizice – salvează vieți, recuperează demnitatea, redă controlul.

Apel final: cultură a vigilenței și a grijii reciproce

Un sistem de îngrijire integrativă trebuie să includă mecanisme de supraveghere psihologică continuă, nu doar la nivelul pacientului, ci și al familiei. Modulul V nu este un simplu instrument de triere, ci un apel la normalizarea cererii de ajutor, la educația emoțională și la crearea unei culturi a vigilenței compasive, în care durerea mentală nu mai este invizibilă sau rușinoasă, ci recunoscută, numită și tratată cu aceeași seriozitate ca orice altă suferință medicală.

❖ **Modulul VI – Integrarea ghidului în viața cotidiană**

Scop general: Facilitarea unei aplicări consecvente, accesibile și adaptabile a ghidului de autoreglare psihologică și sprijin emoțional, în viața zilnică a pacienților oncologici și a aparținătorilor acestora, atât în mediul clinic, cât și în spațiul domestic și comunitar.

Context și raționament: Valoarea reală a unui instrument psihologic nu rezidă doar în conținutul său teoretic sau intervențional, ci în gradul său de aplicabilitate concretă în viața celor care au nevoie de el. Un ghid, oricât de bine fundamentat, devine relevant doar în măsura în care poate fi asimilat în rutina, în gândirea și în emoționalitatea zilnică a beneficiarilor săi. Integrarea eficientă presupune ca acest material să nu fie tratat ca un simplu „material informativ”, ci ca un companion de dialog interior, o structură flexibilă de reflecție și practică, o hartă vie a rezilienței psihice. Modulul VI oferă sugestii și direcții strategice pentru diseminarea, utilizarea și adaptarea ghidului în mod sustenabil și scalabil.

1. Accesibilitate și consultare zilnică

Ghidul poate fi conceput astfel încât să poată fi tipărit în format fizic (broșură A5 sau pliant educațional) ori accesat în format digital (PDF interactiv, aplicație mobilă, fișier Word editabil). Se recomandă ca fiecare pacient oncologic să primească o versiune personalizată a ghidului la momentul diagnosticării sau al internării, iar aparținătorii să fie incluși activ în acest proces. Pacienții pot consulta zilnic câte un modul, ca ritual psihologic de igienă emoțională, în funcție de etapa bolii, de starea afectivă și de contextul familial. Psihologul oncologic, acolo unde există, poate recomanda secțiuni precise ale ghidului în funcție de nevoile individuale.

2. Utilizare în cadrul spitalizării și în perioada post-spital

În timpul internării, ghidul poate fi introdus în kitul educațional oferit pacientului (alături de informații medicale, nutriționale, juridice etc.). Poate fi discutat în sesiuni individuale sau de grup, în colaborare cu echipa de suport psihosocial, capelan sau asistent social. După externare, pacientul se confruntă frecvent cu o perioadă de retracție a sprijinului medical intens. Ghidul devine, în acest interval, un instrument esențial de continuitate psiho-educatională, oferind repere de autoreglare, conectare emoțională și prevenție a recăderilor psihice. Se recomandă ca medicul de familie sau psihologul comunitar să reia periodic ghidul împreună cu pacientul și aparținătorul.

3. Implementare ghidată de către specialiști

Integrarea ghidului nu presupune întotdeauna autodidaxie. Este recomandată implicarea activă a unor profesioniști, precum:

- psihologul oncologic (în spitale și centre specializate);
- asistentul social clinic (în zone rurale sau comunități defavorizate);
- consilierul spiritual (în contexte în care credința este o resursă de sens);
- coordonatorul de grup de suport (în asociații de pacienți).

Aceștia pot utiliza ghidul ca material de lucru săptămânal, în cadrul sesiunilor de consiliere, pentru a facilita discuții, exerciții, feedback și observare a progresului emoțional. Se recomandă dezvoltarea unui caiet de lucru derivat din ghid, care să includă spații de scris, reflecții personale, fișe de exerciții și grile de autoevaluare.

4. Diseminare comunitară și scalare instituțională

Ghidul poate deveni un instrument strategic de educație pentru sănătate mintală în oncologie, distribuit în: cabinetele medicilor de familie; rețelele de îngrijire paliativă; farmacii comunitare; centre sociale și parohii; școli de formare în domeniul medical și psihologic. Prin parteneriate cu asociații de pacienți, ONG-uri din domeniul oncologic și direcții de sănătate publică, ghidul poate fi implementat la scară largă ca parte a intervențiilor de sprijin psihologic precoce, reducând astfel povara psiho-socială și economică asociată cu tulburările mintale în cancer.

Finalitate: un ghid viu, trăit, personalizat

Ghidul nu este un manual abstract, ci un instrument de umanizare, menit să reintroducă în spațiul oncologic limbajul emoției, al compasiunii și al sensului. Integrarea sa nu se face prin obligativitate, ci prin acord afectiv și libertate interioară, respectând ritmul fiecărei persoane, complexitatea fiecărei traiectorii și unicitatea fiecărui om aflat în suferință.

4.5 Aplicabilitatea ghidului în practica medicală și comunitară

Implementarea practică a ghidului psihoeducational conceput și evidențiat în cadrul prezentei părți speciale presupune integrarea sa în circuitul curent al îngrijirii oncologice, atât în spațiul instituțional (spitalicesc sau ambulatoriu), cât și în cadrul comunităților în care pacienții și aparținătorii își desfășoară viața cotidiană. Originalitatea și utilitatea ghidului derivă din caracterul său dublu – educațional și terapeutic – construit într-o manieră interdisciplinară, accesibilă, dar înrădăcinată științific, adaptată nevoilor reale ale pacienților oncologici din România. Spre deosebire de alte ghiduri de suport psihologic în oncologie, care sunt adesea focalizate exclusiv pe pacient, redactate într-un limbaj medical excesiv sau limitate la recomandări generale, prezentul ghid oferă:

- Un model integrat, centrat simultan pe pacient și pe aparținători, ca unitate de reziliență psihologică.
- Un limbaj adaptat care traduce termeni psihiatrici complecși într-un vocabular inteligibil, fără a compromite rigoarea științifică.
- Tehnici validate clinic, dar contextualizate cultural și emoțional pentru pacientul oncologic român, adesea confruntat cu stigmatizarea tulburărilor psihice și cu un sistem de suport fragmentat.
- Instrumente de autoevaluare și restructurare cognitivă, menite să fie utilizate între consultații, în perioade de spitalizare sau acasă, ca parte a unei intervenții continue.
- Secțiuni de intervenție reflexivă care stimulează procesul de reconstrucție a sensului personal în raport cu boala – o componentă adesea neglijată în alte modele de intervenție.

❖ **Aplicabilitate clinică**

În spațiul clinic (spitalicesc și ambulator), ghidul poate fi utilizat:

- Ca instrument de screening informal și suport educațional în secțiile de oncologie, prin includerea sa în dosarele de internare sau ca material informativ distribuit la diagnostic.
- De către psihologii clinicieni și psihiatrul de legătură, ca suport în cadrul ședințelor de consiliere individuală sau de grup.
- În cadrul comisiilor multidisciplinare, ca bază pentru integrarea sănătății mintale în planul terapeutic al fiecărui pacient, în special pentru cei identificați cu scoruri H.A.D. peste pragul critic.
- În rețeaua de medicină de familie și asistență comunitară, unde poate funcționa ca ghid orientativ în monitorizarea simptomelor psihice și în momentul oportun de referire către specialiști.

Această aplicabilitate poate fi susținută prin crearea de sesiuni de instruire a personalului medical privind utilizarea ghidului și prin integrarea acestuia în fișele de evaluare psihologică sau în protocoalele de tratament complementar (non-farmacologic).

❖ **Aplicabilitate comunitară**

La nivelul comunității, ghidul poate acționa ca instrument de alfabetizare psiho-oncologică și prevenție, cu efecte semnificative asupra reducerii stigmatizării, a izolării sociale și a epuizării emoționale. Este aplicabil:

- În centrele de sprijin pentru pacienți oncologici și familiile acestora, unde poate fi folosit în sesiuni educaționale, ateliere de coping sau grupuri de suport coordonate de psihologi sau asistenți sociali.
- În cabinetele de psihologie comunitară, ca material de lucru în intervențiile de consiliere post-diagnostic.
- În cadrul ONG-urilor și rețelelor de sprijin non-formal, în special pentru aparținători, care rareori beneficiază de instrumente structurale de intervenție psihoeducatională.
- Online, printr-o versiune digitală interactivă, accesibilă gratuit, însoțită de materiale video explicative și testimoniale validate.

❖ **Elementul de inovație și valoare adăugată**

Originalitatea acestui ghid rezidă în dimensiunea sa bidirecțională: nu se adresează doar pacienților oncologici, ci recunoaște explicit statutul psihologic al aparținătorului, abordându-l ca pe un

co-subiect al traumei medicale. În acest sens, ghidul creează o infrastructură de dialog emoțional și cognitiv între pacient și aparținător, facilitând o rețea de suport funcțională, empatică și stabilă în contextul incertitudinii medicale. De asemenea, ghidul aduce în prim-plan dimensiuni insuficient explorate în alte modele psihoeducaționale, precum:

- ✓ integrarea narativă a traumei oncologice, prin secțiuni care încurajează povestirea experienței bolii;
- ✓ intervenții de prevenție suicidară precoce, prin semnalarea indicatorilor critici emoționali;
- ✓ validarea culturală a vulnerabilității psihice într-un context social în care exprimarea emoțională este adesea inhibată de norme colective sau dogme religioase.

Prin această structură, ghidul propus nu doar completează literatura existentă, ci o regândește din perspectiva echilibrului dintre știință, empatie și accesibilitate practică, oferind o punte reală între cunoaștere academică și viața cotidiană a pacienților oncologici și a celor care îi însoțesc.

CAPITOLUL V. CONCLUZII GENERALE ȘI DIRECȚII VIITOARE DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE

Concluzii generale

Prezenta teză de doctorat a urmărit o explorare cuprinzătoare a dimensiunii psiho-oncologice, având drept obiectiv central identificarea și caracterizarea tulburărilor afective – în special anxietatea și depresia – în rândul pacienților oncologici internați. Structurată în două secțiuni majore, lucrarea combină o fundamentare teoretico-conceptuală amplă (partea generală) cu o investigație empirică aplicată (partea specială), contribuind astfel la consolidarea bazei științifice și practice a domeniului psiho-oncologiei în România.

Partea generală a oferit un cadru conceptual solid, revizuiind literatura de specialitate privind relațiile bidirecționale dintre cancer și sănătatea mintală, prevalența ridicată a tulburărilor afective în context oncologic, precum și implicațiile prognostice și terapeutice ale distresului psiho-emoțional. S-a argumentat convingător necesitatea integrării serviciilor de sprijin psihologic în practica oncologică standard, conform direcțiilor promovate de modele moderne de medicină centrată pe pacient. Partea specială, concretizată în Capitolul III, a prezentat o cercetare transversală pe un lot de pacienți oncologici internați, utilizând Scala H.A.D. pentru evaluarea simptomatologiei anxio-depresive, corelată cu variabile clinico-demografice relevante. Rezultatele au condus la următoarele concluzii cheie:

- Prevalență ridicată a simptomelor afective, cu scoruri H.A.D. medii peste pragul clinic, confirmând suferința psihică drept componentă intrinsecă a experienței oncologice.
- Asociere semnificativă între statusul funcțional degradat (ECOG crescut) și intensificarea distresului psihic.
- Diferențieri notabile între localizările tumorale, pacienții cu neoplasme ORL, mamare și ginecologice prezentând scoruri afective superioare.
- Absența unor diferențe semnificative în funcție de sex și domiciliu, ceea ce sugerează caracterul universal al reacției emoționale la boală.
- Corelație aproape perfectă între dimensiunile anxietate și depresie, susținând validitatea diagnosticului mixt F41.2 și nevoia unei abordări terapeutice integrate.
- Impact semnificativ al distresului psihic asupra evoluției clinice, sugerând legături tangibile între sănătatea mintală și durata spitalizării.

Capitolul IV a adus o contribuție aplicativă inovativă, prin elaborarea unui Ghid psihoeducațional destinat pacienților și aparținătorilor, validat conceptual și ancorat în nevoile identificate clinic. Acest instrument oferă un model de translație a cunoștințelor în intervenții concrete, facilitând înțelegerea simptomelor, accesarea sprijinului psihologic și dezvoltarea unor strategii de coping adaptativ.

În ansamblu, teza oferă o demonstrație clară a faptului că suferința psihică în oncologie este o realitate omniprezentă, dar adesea ignorată, și reclamă intervenții sistematice, multidimensionale și instituționalizate. Rezultatele obținute validează utilitatea screeningului psihologic în oncologie, argumentează pentru integrarea psihologilor și psihiatrilor în echipele oncologice și oferă o bază solidă pentru dezvoltarea de politici publice și programe naționale dedicate sănătății mintale oncologice.

Direcții viitoare de cercetare și dezvoltare

Având în vedere concluziile formulate și limitările identificate, se conturează mai multe direcții strategice de extindere a cercetării și de aplicare practică a rezultatelor:

1. **Instituționalizarea programelor de screening psiho-oncologic:** Se impune implementarea sistematică a screeningului emoțional în centrele oncologice, folosind instrumente validate (H.A.D., Distress Thermometer). Studiile operaționale ar trebui să monitorizeze impactul acestuia asupra aderenței terapeutice, duratei de spitalizare și satisfacției pacienților.
2. **Studii longitudinale multicentrice:** Este recomandată constituirea unor cohorte naționale urmărite prospectiv pe termen mediu și lung, pentru a evidenția traiectoriile distresului, adaptarea în timp și factorii predictivi ai suferinței psihice persistente sau recurente.

3. **Trialuri intervenționale în domeniul psiho-oncologic:** Studiile randomizate controlate ar trebui să testeze eficiența terapiilor psihologice și farmacologice asupra parametrilor clinici oncologici și psiho-emoționali, furnizând evidență pentru includerea acestora în protocoalele standard.
4. **Explorări fiziopatologice și genetice:** Studiile translaționale ar trebui să analizeze biomarkeri inflamatori și hormonal (IL-6, CRP, cortizol) și polimorfisme genetice (ex. 5-HTTLPR) pentru a identifica substraturi biologice ale distresului psihic în cancer și profiluri de vulnerabilitate.
5. **Investigații calitative și mixte:** Completarea cercetărilor cantitative cu metode calitative (interviuri, focus-grupuri) este esențială pentru captarea experiențelor subiective ale pacienților și aparținătorilor și pentru adaptarea culturală a intervențiilor.
6. **Evaluarea atitudinilor profesioniștilor medicali:** Analiza percepțiilor personalului oncologic asupra sănătății mintale poate ghida formarea profesională în comunicare empatică, detecție precoce a distresului și promovarea colaborării interdisciplinare.
7. **Validarea ghidului psihoeducațional elaborat:** Studiile de eficacitate a ghidului propus în prezenta lucrare ar putea conduce la integrarea sa la scară largă, inclusiv sub formă digitală, consolidând componenta educațională în îngrijirea oncologică.

Prin realizarea acestor direcții, psiho-oncologia românească poate evolua către o disciplină matură, integrată și eficientă, sprijinind nu doar supraviețuirea biologică a pacientului oncologic, ci și echilibrul său psihologic și calitatea vieții. Acest demers este aliniat cu standardele internaționale și este esențial pentru o medicină centrată cu adevărat pe pacient în secolul XXI.

Bibliografie selectivă

- [1] Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology letters*, 9(4), 1509–1514.
- [2] Mulick, A., Walker, J., Puntis, S., Burke, K., Symeonides, S., Gourley, C., Wanat, M., Frost, C., & Sharpe, M. (2018). Does depression treatment improve the survival of depressed patients with cancer? A long-term follow-up of participants in the SMaRT Oncology-2 and 3 trials. *The lancet. Psychiatry*, 5(4), 321–326.
- [3] Grobman, B., Mansur, A., Babalola, D., Srinivasan, A. P., Antonio, J. M., & Lu, C. Y. (2023). Suicide among Cancer Patients: Current Knowledge and Directions for Observational Research. *Journal of clinical medicine*, 12(20), 6563.
- [4] Chan, C. M., Wan Ahmad, W. A., Yusof, M. M., Ho, G. F., & Krupat, E. (2015). Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach using standardised diagnostic interviews. *Psycho-oncology*, 24(6), 718–725.
- [5] Yang, M., Zhang, Z., Nice, E. C., Wang, C., Zhang, W., & Huang, C. (2022). Psychological intervention to treat distress: An emerging frontier in cancer prevention and therapy. *Biochimica et biophysica acta. Reviews on cancer*, 1877(1), 188665.
- [6] Rodriguez-Gonzalez, A., Velasco-Durantez, V., Martin-Abreu, C., Cruz-Castellanos, P., Hernandez, R., Gil-Raga, M., Garcia-Torralba, E., Garcia-Garcia, T., Jimenez-Fonseca, P., & Calderon, C. (2022). Fatigue, Emotional Distress, and Illness Uncertainty in Patients with Metastatic Cancer: Results from the Prospective NEOETIC_SEOM Study. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 29(12), 9722–9732.
- [7] Dijkshoorn, A. B. C., van Stralen, H. E., Sloots, M., Schagen, S. B., Visser-Meily, J. M. A., & Schepers, V. P. M. (2021). Prevalence of cognitive impairment and change in patients with breast cancer: A systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 30(5), 635–648.
- [8] Abdelhadi O. (2023). The impact of psychological distress on quality of care and access to mental health services in cancer survivors. *Frontiers in health services*, 3, 1111677.
- [9] Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z., Mao, Y., Li, X., Wilson, A., Qin, H., Ou, J., Peng, K., Zhou, F., Li, C., Liu, Z., & Chen, R. (2020). Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Translational psychiatry*, 10(1), 263.
- [10] Antoni, M. H., & Dhabhar, F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 125(9), 1417–1431.
- [11] Arring, N. M., Barton, D. L., Brooks, T., & Zick, S. M. (2019). Integrative Therapies for Cancer-Related Fatigue. *Cancer journal (Sudbury, Mass.)*, 25(5), 349–356.
- [12] Karibayeva, I., Turdaliyeva, B., Zainal, N. Z., Bagiyarova, F., & Kussainova, D. (2022). Prevalence of Anxiety Symptoms in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer in Kazakhstan and Its Associated Factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 23(8), 2813–2819.
- [13] Gauld, C., Giroux, É., & Micoulaud-Franchi, J. A. (2022). Introduction à la taxonomie hiérarchique de la psychopathologie [Introduction to the hierarchical taxonomy of psychopathology]. *L'Encephale*, 48(1), 92–101.
- [14] WO.R.L.d Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO Press.
- [15] Silverman, J. J., Galanter, M., Jackson-Triche, M., Jacobs, D. G., Lomax, J. W., Riba, M. B., ... & Yager, J. (2015). The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *American Journal of Psychiatry*, 172(8), 798–802.
- [16] Scull, A. (2021). American psychiatry in the new millennium: a critical appraisal. *Psychological medicine*, 51(16), 2762–2770.
- [17] Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the wO.R.L.dwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365.
- [18] Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 394(10194), 240–248.

- [19] Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., Cost, K. T., Courtney, D. B., Georgiades, K., Merikangas, K. R., Henderson, J. L., Polanczyk, G. V., Rohde, L. A., Salum, G. A., & Szatmari, P. (2024). WO.R.L.dwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA psychiatry*, 81(4), 347–356.
- [20] WO.R.L.d Health Organization. (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision. Geneva: WHO Press.
- [21] WO.R.L.d Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: WHO Press.
- [22] American Psychiatric Association (APA). (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev., DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- [23] Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., Ayuso-Mateos, J. L., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *WO.R.L.d psychiatry: official journal of the WO.R.L.d Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 3–19.
- [24] Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M., & Arnberg, F. K. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1665617.
- [25] Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(1), 7–15.
- [26] Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., de Vries, Y. A., Roest, A. M., de Jonge, P., Maercker, A., Brewin, C. R., Pike, K. M., Grilo, C. M., Fineberg, N. A., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC medicine*, 18(1), 21.
- [27] Traetta, M. E., Chaves Filho, A. M., Akinluyi, E. T., & Tremblay, M. È. (2024). Neurodevelopmental and Neuropsychiatric Disorders. *Advances in neurobiology*, 37, 457–495.
- [28] Morris-Rosendahl, D. J., & Crocq, M. A. (2020). Neurodevelopmental disorders-the history and future of a diagnostic concept. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(1), 65–72.
- [29] GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators (2024). Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Neurology*, 23(4), 344–381.
- [30] Nafarieh, K., Krüger, S., Deutscher, K., Schreiter, S., Jung, A., Fazel, S., Heinz, A., & Gutwinski, S. (2024). Prevalence of mental, behavioural or neurodevelopmental disorders according to the International Classification of Diseases 11: a scoping review protocol. *BMJ open*, 14(6), e081082.
- [31] Lenka, A., Perera, V. M., Espay, A. J., Pontone, G. M., & Okun, M. S. (2024). Gaps and Controversies in Catatonia as a Movement Disorder. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 39(10), 1716–1728.
- [32] Jain, A., & Mitra, P. (2023). Bipolar Disorder. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- [33] Sekhon, S., & Gupta, V. (2023). Mood Disorder. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- [34] Leichsenring, F., Heim, N., & Steinert, C. (2023). A Review of Anxiety Disorders. *JAMA*, 329(15), 1315–1316.
- [35] Kalin N. H. (2020). Novel Insights Into Pathological Anxiety and Anxiety-Related Disorders. *The American journal of psychiatry*, 177(3), 187–189.
- [36] Andersen, B. L., Lacchetti, C., Ashing, K., Berek, J. S., Berman, B. S., Bolte, S., Dizon, D. S., Given, B., Nekhlyudov, L., Pirl, W., Stanton, A. L., & Rowland, J. H. (2023). Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 41(18), 3426–3453.
- [37] Cervin M. (2023). Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis, Clinical Features, Nosology, and Epidemiology. *The Psychiatric clinics of North America*, 46(1), 1–16.

- [38] Rizvi, A., & Torrico, T. J. (2023). Obsessive-Compulsive Personality Disorder. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- [39] Elsouri, K. N., Heiser, S. E., Cabrera, D., Alqurneh, S., Hawat, J., & Demory, M. L. (2024). Management and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Literature Review. *Cureus*, 16(5), e60496.
- [40] Maercker, A., & Eberle, D. J. (2022). Disorders Specifically Associated With Stress in ICD-11. *Clinical psychology in Europe*, 4(Spec Issue), e9711.
- [41] Eberle, D. J., & Maercker, A. (2023). Stress-associated symptoms and disorders: A transdiagnostic comparison. *Clinical psychology & psychotherapy*, 30(5), 1047–1057.
- [42] Karatzias, T., Knefel, M., Maercker, A., Cloitre, M., Reed, G., Bryant, R. A., Ben-Ezra, M., Kazlauskas, E., Jowett, S., Shevlin, M., & Hyland, P. (2022). The Network Structure of ICD-11 Disorders Specifically Associated with Stress: Adjustment Disorder, Prolonged Grief Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Psychopathology*, 55(3-4), 226–234.
- [43] Herpertz-Dahlmann B. (2021). Klassifikation der dissoziativen Störungen und der Störung der körperlichen Belastung – ein Vergleich zwischen ICD-10 und ICD-11 [The classification of dissociative disorders and bodily distress disorder: A comparison of ICD-10 and ICD-11]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(6), 417–420.
- [44] Chien, W. T., & Fung, H. W. (2022). The Challenges in Diagnosis and Treatment of Dissociative Disorders. *Alpha psychiatry*, 23(2), 45–46.
- [45] Sammarra, I., Martino, I., Marino, L., Fortunato, F., & Gambardella, A. (2024). Personality disorders in individuals with functional seizures: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1411189.
- [46] Korchia, T., Achour, V., Faugere, M., Albeash, A., Yon, D. K., Boyer, L., & Fond, G. (2023). Sexual Dysfunction in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA psychiatry*, 80(11), 1110–1120.
- [47] F. Beek, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 5-12.
- [48] Eisma, M. C., & Schmitt, L. O. (2024). ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief symptoms and quality of life: A criterion validity test. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 58(8), 693–701.
- [49] Ophir Y. (2024). Reevaluating ADHD and its First-Line Treatment: Insights from DSM-5-TR and Modern Approaches. *Clinical neuropsychiatry*, 21(5), 436–443.
- [50] Lucas, I., Mora-Maltas, B., Granero, R., Demetrovics, Z., Ciudad-Fernández, V., Nigro, G., Cosenza, M., Rosinska, M., Tapia, J., Fernández-Aranda, F., & Jiménez-Murcia, S. (2024). Network analysis of DSM-5 criteria for gambling disorder: considering sex differences in a large clinical sample. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 67(1), e65.
- [51] Rief, W., Hofmann, S. G., Berg, M., Forbes, M. K., Pizzagalli, D. A., Zimmermann, J., Fried, E., & Reed, G. M. (2023). Do We Need a Novel Framework for Classifying Psychopathology? A Discussion Paper. *Clinical psychology in Europe*, 5(4), e11699.
- [52] Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K. G., Krueger, R. F., Patalay, P., ... Eaton, N. R. (2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Transform Mental Health Research. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 14(3), 419–436.
- [53] Lepage, M., Guimond, S., Raedler, T., McNeely, H. E., Ungar, T., Margolese, H. C., & Best, M. (2024). Strategies for Achieving Better Cognitive Health in Individuals with Schizophrenia Spectrum: A Focus on the Canadian Landscape: Stratégies pour atteindre une meilleure santé cognitive chez les personnes souffrant du spectre de la schizophrénie : un regard sur le paysage canadien. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 7067437241261928. Advance online publication.

- [54] Pini, S., Raia, A., Amatori, G., Nardi, B., Carpita, B., Tundo, A., & Dell'Osso, L. (2024). A reevaluation of mixed depressive states from the DSM-5-TR perspective: a series of prototypical cases. *Archive of clinical cases*, 11(1), 22–28.
- [55] Löwe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., Shedden-Mora, M., Toussaint, A., Uhlenbusch, N., & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological medicine*, 52(4), 632–648.
- [56] Torres, M. E., Löwe, B., Schmitz, S., Pienta, J. N., Van Der Feltz-Cornelis, C., & Fiedorowicz, J. G. (2021). Suicide and suicidality in somatic symptom and related disorders: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 140, 110290.
- [57] Scamvougeras, A., & Howard, A. (2020). Somatic Symptom Disorder, Medically Unexplained Symptoms, Somatoform Disorders, Functional Neurological Disorder: How DSM-5 Got It Wrong. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 65(5), 301–305.
- [58] Davey, E., Bryant-Waugh, R., Bennett, S., Micali, N., Baudinet, J., Clark-Stone, S., & Shafran, R. (2024). Guided self-help treatment for children and young people with threshold and subthreshold eating disorders: A pilot study protocol. *PloS one*, 19(4), e0301606.
- [59] Colizzi, M., Comacchio, C., Garzitto, M., Bucciarelli, L., Candolo, A., Cesco, M., Croccia, V., Ferreghini, A., Martinelli, R., Nicotra, A., Sebastianutto, G., & Balestrieri, M. (2024). Clinical heterogeneity of feeding and eating disorders: using personality psychopathology to differentiate "simplex" and "complex" phenotypes. *BMC psychiatry*, 24(1), 888.
- [60] Garcia, R. (2017). Neurobiology of fear and specific phobias. *Learning & memory*, 24(9), 462-471.
- [61] Muris, P. (2018). Specific phobias. In *Handbook of childhood psychopathology and developmental disabilities treatment* (pp. 207-219). Cham: Springer International Publishing.
- [62] Leichenring, F., & Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255-2264.
- [63] Rose, G. M., & Tadi, P. (2022). Social anxiety disorder. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- [64] Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The lancet*, 400(10345), 60-72.
- [65] Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 833-842.
- [66] Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?. *WO.R.L.d journal of psychiatry*, 8(1), 12.
- [67] O'Donnell, M. L., Metcalf, O., Watson, L., Phelps, A., & Varker, T. (2018). A systematic review of psychological and pharmacological treatments for adjustment disorder in adults. *Journal of Traumatic Stress*, 31(3), 321-331.
- [68] Appart, A., Lange, A. K., Sievert, I., Bihain, F., & Tordeurs, D. (2016). Adjustment disorder and DSM-5: a review. *L'encephale*, 43(1), 41-46.
- [69] Levinson, C. A., Zerwas, S., Calebs, B., Forbush, K., Kordy, H., Watson, H., ... & Bulik, C. M. (2017). The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: A network analysis. *Journal of abnormal psychology*, 126(3), 340.
- [70] Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical psychology review*, 49, 55-66.
- [71] Gureje, O., & Reed, G. M. (2016). Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *WO.R.L.d Psychiatry*, 15(3), 291.
- [72] Cuijpers, P., Stringaris, A., & Wolpert, M. (2020). Treatment outcomes for depression: challenges and opportunities. *The lancet. Psychiatry*, 7(11), 925–927.
- [73] Schmaal, L., van Harmelen, A. L., Chatzi, V., Lippard, E. T. C., Toenders, Y. J., Averill, L. A., Mazure, C. M., & Blumberg, H. P. (2020). Imaging suicidal thoughts and behaviors: a comprehensive review of 2 decades of neuroimaging studies. *Molecular psychiatry*, 25(2), 408–427.

- [74] Vanes, L. D., Mouchlianitis, E., Patel, K., Barry, E., Wong, K., Thomas, M., Szentgyorgyi, T., Joyce, D., & Shergill, S. (2019). Neural correlates of positive and negative symptoms through the illness course: an fMRI study in early psychosis and chronic schizophrenia. *Scientific reports*, 9(1), 14444.
- [75] Newson, J. J., & Thiagarajan, T. C. (2019). EEG Frequency Bands in Psychiatric Disorders: A Review of Resting State Studies. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 521.
- [76] Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International journal of methods in psychiatric research*, 27(1), e1590.
- [77] Tolin, D. F., Sain, K. S., Davis, E., Gilliam, C., Hannan, S. E., Springer, K. S., Stubbing, J., George, J. R., Jean, A., Goldblum, R., Katz, B. W., Everhardt, K., Darrow, S., Ohr, E. E., Young, M. E., & Serchuk, M. D. (2023). The DIAMOND-KID: Psychometric Properties of a Structured Diagnostic Interview for DSM-5 Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders in Children and Adolescents. *Assessment*, 30(8), 2351–2363.
- [78] Surís, A., Holliday, R., & North, C. S. (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 6(1), 5.
- [79] Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmah, C., Swales, M., Taubner, S., & Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 12.
- [80] Simon, J., Lambrecht, B., & Bach, B. (2023). Cross-walking personality disorder types to ICD-11 trait domains: An overview of current findings. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1175425.
- [81] Thibaut F. (2018). Controversies in psychiatry. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(3), 151–152.
- [82] Kendler K. S. (2014). The structure of psychiatric science. *The American journal of psychiatry*, 171(9), 931–938.
- [83] Gómez-Carrillo, A., & Kirmayer, L. J. (2023). A cultural-ecosocial systems view for psychiatry. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1031390.
- [84] Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 47(2), 419–431.
- [85] Giuliani, M., Papadakos, T., & Papadakos, J. (2020). Propelling a New Era of Patient Education into Practice-Cancer Care Post-COVID-19. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 108(2), 404–406.
- [86] Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in Cancer Patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208.
- [87] Ghanem, I., Castelo, B., Jimenez-Fonseca, P., Carmona-Bayonas, A., Higuera, O., Beato, C., García, T., Hernández, R., & Calderon, C. (2020). Coping strategies and depressive symptoms in cancer patients. *Clinical & translational oncology : official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 22(3), 330–336.
- [88] van Aubel, E., Vaessen, T., Uyttebroek, L., Steinhart, H., Beijer-Klippel, A., Batink, T., van Winkel, R., de Haan, L., van der Gaag, M., van Amelsvoort, T., Marcelis, M., Schirmbeck, F., Reininghaus, U., & Myin-Germeys, I. (2024). Engagement and Acceptability of Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life in Early Psychosis: Secondary Findings From a Multicenter Randomized Controlled Trial. *JMIR formative research*, 8, e57109.
- [89] Han, A., & Kim, T. H. (2022). Efficacy of Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms, Anxiety, Stress, Psychological Distress, and Quality of Life: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24(12), e39727.
- [90] Jaskulski, S., Nuszbaum, C., & Michels, K. B. (2023). Components, prospects and challenges of personalized prevention. *Frontiers in public health*, 11, 1075076.
- [91] Zeilinger, E. L., Oppenauer, C., Knäfel, M., Kantor, V., Schneckenreiter, C., Lubowitzki, S., ... & Gager, A. (2022). Prevalence of anxiety and depression in people with different types of cancer or haematologic malignancies: a cross-sectional study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 31, e74.

[92] Meoded, M. D., Tănase, M., Mehedințu, C., & Cirimbei, C. (2025). Psycho-Oncology in Breast Cancer: Supporting Women Through Distress, Treatment, and Recovery—Three Arguments—Rapid Narrative Review. *Medicina*, 61(6), 1008.

[93] Walker, Z. J., Xue, S., Jones, M. P., & Ravindran, A. V. (2021). Depression, Anxiety, and Other Mental Disorders in Patients With Cancer in Low- and Lower-Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JCO global oncology*, 7, 1233–1250.

[94] Rahnea-Nita, R.-A., Rebegea, L.-F., Dumitru, M., Mitrica, R.-I., Nechifor, A., Firescu, D., Maier, A.-C., Constantin, G. B., Grigorean, V.-T., & Rahnea-Nita, G. (2024). Anxiety and Depression in Advanced and Metastatic Lung Cancer Patients—Correlations with Performance Status and Type of Treatment. *Medicina*, 60(9), 1472.

[95] Richa, S., Praveen, S., Albariqi, A. A., Abullais, S. S., Mahmood, S. E., Alsamghan, A., Bharti, R. K., & Bahamdan, G. K. (2025). Global Trends and Emerging Frontiers in Smoking and Smokeless Tobacco Research: A Bibliometric Analysis over the Past Decade. *Healthcare*, 13(11), 1224.

[96] Yang, J., Liu, M., Hong, D., Zeng, M., & Zhang, X. (2021). The Paradoxical Role of Cellular Senescence in Cancer. *Frontiers in cell and developmental biology*, 9, 722205.

[97] Battram, A. M., Bachiller, M., & Martín-Antonio, B. (2020). Senescence in the Development and Response to Cancer with Immunotherapy: A Double-Edged Sword. *International journal of molecular sciences*, 21(12), 4346.