

SCREENING AND PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF PATIENTS WITH INCURABLE DISEASE

Daniela Claudia SABĂU, PhD Candidate [1,2], Cristian GABOȘ GRECU, PhD Candidate [1,2], PhD, FERENCZ Melinda, PhD Candidate [1,2], Andreea BOCICOR, Assistant Professor, PhD [1], Gabriela BUICU [1,3], PhD [1,2], Andreea SĂLCUDEAN [1,2], Marieta GABOȘ GRECU, Professor, PhD [1,2]; [1] – University of Medicine and Pharmacy, Târgu-Mureș, [2] – 1st Clinic of Psychiatry, Târgu-Mureș, [3] Mental Health Center, Târgu-Mureș

Abstract: Patients with incurable disorders are a widespread group of people whose quality of life is affected. From the literature study results a research question : Is there a specific maladaptive pattern of patients with incurable diseases or health loss leads to the installation of psychiatric disorders by activating specific defense mechanisms ? Psychological factors sometimes play a potential determinant role in installation times and the evolution of many general medical conditions. It is necessary to identify and describe situations in which psychological factors have a clinically significant effect on the evolution and outcome of general medical condition or expose the individual to a not favorable risk. There has to be significant evidence to suggest an association between psychological factors and medical condition though often it may not be possible to demonstrate direct causality or underlying mechanisms. This work brings into question the psychological evaluation and screening of patients with incurable diseases , aiming to identify those psychological dimensions involved in the subjective experience of illness , perceived quality of life and clinical situation .

Keywords: psychological factors, medical condition, quality of life, psychological evaluation.

Provocările în fața unui pacient cu boala incurabilă constau în: surprinderea alterărilor (calitative sau cantitative) la nivel somatic, identificarea tipului și intensității simptomatologiei psihice prezente, delimitarea efectelor psihologice determinate de manifestarea bolii de cele determinate de medicația specifică și importanța percepută de către pacient a evenimentelor de viață. Triada *medic oncolog – psiholog clinician – medic psihiatru* are rolul de a reda pacientului starea de echilibru care sa asigure premisele calității vieții.

Se remarcă în prezent o stare de fapt: caracterul nediferențiat al evaluării psihologice pe factori de risc psihologic care pot conduce la o evoluție prezumptivă spre afecțiuni psihiatrice a acestor pacienți și lipsa unui protocol de screening psihologic care se traduc în atitudini terapeutice de "tatonare", așteptându-se un răspuns optimal sub aspectul stării de bine a pacientului, care tinde să renunțe prematur la tratament sau să se "predea" pe sine unui sistem medical care îi monitorizează boala, devenind un primitiv pasiv al unor servicii specializate, renunțând la sine ca persoană proactivă. În România nu dispunem de un sistem standardizat pentru evaluarea psihologică a pacienților cu boli incurabile, fapt care conduce în multe cazuri la abordarea problemelor psihice de către medicul oncolog sau, eventual, medicul de familie, din punct de vedere medical, implicând aproape exclusiv terapia medicamentoasă simptomatica primara.

Astfel, în practica psihologică clinică întâmpinăm dificultăți de ordin procedural și instrumental privind psihodiagnosticul pacienților cu boli incurabile. O întrebare de cercetare ce

rezultă din studiul lucrărilor de specialitate este dacă există un model maladaptativ specific pacienților cu boli incurabile, sau chiar faptul de a fi bolnav determină instalarea unor tulburări psihologice și apărări psihice specifice oricărui bolnav cu boală cronică. Factorii psihologici joacă un rol uneori potențiator, alteori determinant în instalarea și evoluția multor condiții medicale generale. Este necesară identificarea și descrierea situațiilor în care factorii psihologici au un efect semnificativ clinic asupra evoluției și deznodământului condiției medicale generale sau expun individul unui risc semnificativ crescut de deznodământ nefavorabil. Trebuie să existe probe judicioase pentru a sugera o asociere între factorii psihologici și condiția medicală, deși adesea poate să nu fie posibil să se demonstreze cauzalitatea directă sau mecanismele subiacente relației. Lucrarea noastră aduce în discuție procesul de evaluare și screening psihologic a pacienților cu boli incurabile, urmărind identificarea acelor dimensiuni psihologice implicate în trăirea subiectivă a bolii, calitatea percepută a vieții și evoluția stării clinice.

Modele ale sănătății și boli

Modelul medical abordează bolnavul ca pe o problemă. Bolnavul trebuie să fie adaptat la lumea în care trăiește, iar dacă adaptarea nu poate fi făcută, acesta trebuie ținut acasă sau în instituții specializate unde îi sunt satisfăcute unele nevoi. Accentul este pus pe *dependență*, atitudine provenită din stereotipurile asupra *dizabilității*, care produc milă, teamă sau atitudini de tutelare (Paglierani, 2002). De regulă atenția este centrată pe dizabilitate și nu pe nevoile persoanei, dizabilitatea fiind cea care trebuie tratată. Sarafino (2002) identifică două motive pentru care modelul este însă incomplet. Primul este acela că oamenii pot acționa în sensul prevenției sau detectării bolii în primele stadii ale sale, iar aceste acțiuni sunt guvernate de procese psihosociale. Al doilea motiv îl constituie dovezile tot mai numeroase că personalitatea și procesele psihice joacă un rol important în starea de sănătate și boală. Rolul conduitelor sanogene și diferențele interindividuale privind personalitatea și procesele psihice sunt foarte rar incluse în modelele bio-medicale (Engel, 1977, 1980) și parțial acceptate de specialiștii în științele medicale.

Modelul psihosomatic a luat naștere prin confluența a două concepte vehiculate în lumea medicală occidentală: *psihogeneza* și *abordarea holistă*. Rezultanta de bază a fost apariția în peisajul medical a *bolii psihosomatice* – boala care își are etiologia în factorii psihologici. În acord cu gândirea științifică din ultimii ani, o serie de îmbolnăviri sunt susceptibile a fi, cel puțin parțial, psihosomatice (Feld și Ruegg, 2005). Se pot aduce critici modelului psihosomatic privind aplecarea (uneori cu prea puține dovezi empirice) spre componenta psihică în etiologia bolilor, ignorând factorii etiologici patogeni sau traumatici, atât de bine descriși de științele medicale în prezent.

Modelul psihologic se detașează de cel psihosomatic ocupându-se în special de ”persoana” purtătoare a unei boli. Tot mai mulți psihologi vorbesc de simțul intern al coerenței, definit ca fiind capacitatea de a găsi sensuri lucrurilor, capacitatea de a înțelege semnificația solicitărilor la care individul este supus și capacitatea de control și decizie. În termeni psihanalitici, boala devine simbolul existenței persoanei. În termeni cognitiști, boala ar putea reprezenta modul unic de înțelegere a evenimentelor de viață, simultan cu un mod unic de restructurare a sistemului pentru redobândirea homeostaziei. În opinia noastră, rolul evaluării psihologice și intervenției psihoterapeutice este acela de a ajuta persoana să-și redobândească

starea de coerență internă și reintegrarea în mediu la parametri optimi de calitate a vieții. Modelului i se poate aduce critici de ordin teoretic și de evidențe empirice.

Modelul bio-psiho-social plasează sănătatea și boala pe un continuum, la unul din poli aflându-se moartea, iar la celălalt calitatea vieții. Fenomenele socioculturale cu potențial patogen au o influență definitivă pentru tabloul patologiei contemporane. De precizat că acestea trebuie văzute în contextul valorilor de fond care definesc civilizația de tip modern și anume: mentalitatea materialistă, psihoza performanței, hedonismul contemporan (Băban, 2002). Ca specialiști nu putem aborda doar constatativ schimbările din ce în ce mai rapide ale comportamentului uman și patologiei. Este nevoie de o revizuire și ajustare continuă a paradigmatelor și teoriilor în acord cu schimbările prezentului, dar păstrând ancorarea în cunoașterea anterioară.

Astfel, sănătatea este starea de coerență între cerințele mediului, capacitatea „soft-ului” de prelucrare a informației și capacitatea „hard-ului” de a oferi substrat fizic. Ce se întâmplă când celor trei componente le lipsește sincronizarea? Cum se restabilește echilibrul? Care sunt parametrii care se modifică și în ce ordine?

Stres, apărare și coping

Deși cercetările asupra stresului s-au mutat în laboratoarele de genetică și explorări neurofuncționale, în viața cotidiană stresul continuă să aibă un impact foarte mare, în paralel cu schimbarea mediului și stilului de viață al oamenilor. Una din dovezile preocupărilor continue a specialiștilor pentru acest fenomen este alocarea unui capitol separat de patologie în DSM. Specialiștii sunt unanim de acord că stresul are un *rol nespecific* în geneza bolilor. Cercetările evidențiază o relație importantă între distres și funcționarea organică, mulți pacienți cu boala incurabilă având un istoric de stres traumatic major în raport cu grupurile de control. (Wang, 2006).

Apărarea psihică îmbracă două forme discutate intens în domeniul psihologiei – mecanismele de apărare (MA) și strategiile de coping. Conceptul de MA care protejează individul de riscul psihologic asociat cu adversitatea, este discutat în legătură cu patru procese principale: *reducerea impactului riscului*, *reducerea reacției negative în lanț*, *stabilirea și menținerea stimei de sine (self-esteem)* și *autoeficienței (self-efficacy)* și *deschiderea la oportunități*. Concluzii ale studiilor relevă că utilizarea MA adaptative poate fi asociată cu sănătate psihică mai bună și distres mai scăzut, tradus în costuri medicale mai scăzute.

Copingul desemnează un „efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale” (Lazarus și Folkman, 1984). Cramer (2000) compară similaritățile și diferențele dintre MA și procesul de coping. MA sunt inconștiente, neintenționale, dispoziționale, ierarhice și asociate patologiei, în timp ce procesele de coping sunt conștiente, utilizate intențional, situațional determinate, nonierarhice și asociate cu normalitatea.

Emoțiile

După Ekman P., emoțiile au fie conotație pozitivă, fie negativă. Mai mult, Ellis A. a împărțit pentru prima dată *emoțiile negative în funcționale și disfuncționale*. Această dihotomie a stat la baza modelului binar al distresului formulat de Ellis (1962). Caracteristicile funcționalitate-disfuncționalitate sunt atribuite unei emoții prin: experiența subiectivă asociată emoției, credințele asociate și consecințele comportamentale (Ellis și DiGiuseppe, 1993). Astfel

Ellis asociază credințe raționale pentru emoții negative funcționale și credințe iraționale pentru emoții negative disfuncționale. Diferențele sunt evident subiective, iar consecințele emoțiilor negative disfuncționale se manifestă sub forma unor comportamente maladaptative.

Conform lui Ellis, oamenii se simt așa cum gândesc. Această reflexie a fost sistematizată în *modelul ABC*, unde A-ul provine de la *activator* (eveniment activator): potențial stresor sau orice altceva capabil să perturbe sau să supere individul. După evenimentul activator survine evaluarea, care se bazează pe *credințe* (beliefs) despre stresor. Termenul „belief” este sugerat de litera „B” din model. În același timp, evenimentul activator conduce la diferite *consecințe* (consequences), de unde provine abrevierea „C” a modelului. C-urile care derivă din convingeri iraționale, rigide despre A-uri negative, vor fi inadecvate și se vor numi *consecințe negative disfuncționale*, iar C-urile care derivă din convingeri raționale, flexibile despre A-uri negative vor fi adecvate și se vor numi *consecințe negative funcționale* (Crowford și Ellis, 1989).

Dublul determinism dintre patologia somatică și factorii psihologici

De sute de ani, medicii au fost conștienți că factorii psihologici influențează dezvoltarea și prognosticul bolilor somatice. Confirmarea științifică a acestor intuiții clinice s-a acumulat rapid. Psihoimunologia a documentat faptul că stresul și depresia pot grav afecta imunocompetența. În cazul patologiei oncologice (ce conține un spectru de boli incurabile), există din ce în ce mai multe dovezi în literatura de specialitate care atestă faptul că durata de supraviețuire, calitatea vieții și însuși prognosticul bolii depind de echilibrul psihic al pacienților și că procesele psihologice pot modula activitatea tumorală (Garland, 1999). Tulburările din spectrul depresiv și anumite stiluri maladaptative de a face față dificultăților, precum și lipsa suportului social par a reduce ratele de supraviețuire (Funch, 1983). Depresia are un rol demonstrat ca factor predictiv al mortalității la pacienții cu boli incurabile, după transplantul de celule stem, cu o rată a mortalității cu aproximativ trei ani mai mare față de pacienții fără depresie (Prieto, 2005). Unele studii au demonstrat asocierea dintre tipul de comportament C („represiv”) cu patologia oncologică, fără a determina dacă acest tip de comportament este o consecință a patologiei oncologice sau un factor premergător instalării acestei patologii. Tipul de comportament C se caracterizează prin atitudine răbdătoare, capacitatea de a accepta constrângeri, înclinația spre reflecție, supunere, conciliere, evitare a conflictelor, dependență de opiniile și aprobarea celorlalți. E asociat cu factori de prognostic negativ în afecțiunile proliferative și în cele cu substrat imunitar. Este caracterizat prin mecanisme de apărare puternice, incapacitate de verbalizare și de recunoaștere a emoțiilor, în special a celor negative, cu precădere a supărării și printr-un complex de reacții negative secundare, precum autodeprecieri, sentimente de neputință și de pierdere a controlului. Relația tipului C cu boala incurabilă este văzută de unii autori (Bruchon-Schweitzer) ca fiind nu cauzală, ci în sens invers (tipul C fiind secundar bolii). Alți autori (Conrada) găsesc o relație între acest tip psihocomportamental și o disfuncție a sistemului imunitar (în special celulele „natural killer” NK), indusă de activarea cronică a axului hipotalamohipofizocorticosuprarenalian și având ca rezultat final apariția unor infecții cronice, dar și a unor neoplazii (Mitrofan, 2009).

Fawzy și colaboratorii au realizat o trecere în reviză a studiilor referitoare la pacienții cu un grad ridicat de incurabilitate care au primit intervenții psihologice, evaluând ratele de

supraviețuire ale acestora (1995). Astfel, au fost cele mai frecvent utilizate tipuri de intervenții psihologice: psihoeucația, antrenamentul comportamental, psihoterapia individuală și intervențiile de grup, subliniind impactul pozitiv al acestora asupra calității psihice și fizice. Mecanismele biologice care stau la baza corelației pozitive între ratele de supraviețuire și stările psihice echilibrate nu au fost încă elucidate.

Studiul realizat de Sharpe și colaboratorii a inclus 5 613 de pacienți, de ambele sexe, care sufereau de variate tipuri de cancer, care au completat inițial o scală autoadministrată pentru identificarea anxietății și a depresiei la pacienții nonpsihiatrici: HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale), iar ulterior au fost identificați 196 de pacienți cu tulburare depresivă majoră, prin utilizarea interviului clinic structurat pe baza criteriilor DSM-IV (manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale). Doar 13% dintre aceștia primeau tratament antidepresiv la doze adecvate și doar 2% primeau tratament psihoterapeutic anterior acestui screening pentru depresie. 85% dintre pacienții oncologici cu depresie nu primeau nici un tratament pentru depresie, cu toate că impactul medicației antidepresive este unul pozitiv asupra calității vieții, a ratelor de supraviețuire și evoluției bolii (2004). Medicația psihotropă prezintă avantajul posibilității administrării pe scară largă, comparativ cu psihoterapia, a cărei administrare depinde de posibilitatea (disponibilități financiare, de timp, precum și anumite particularități cognitive) de a apela la un psihoterapeut.

Tulburările depresiv-anxioase la pacienții cu boli incurabile pot fi independente de patologia oncologică sau secundare modificărilor produse de diagnosticul oncologic, diseminărilor secundare ale bolii (metastaze cerebrale) sau tratamentului oncologic. S-a dovedit că satisfacția de viață a pacienților se corelează strâns cu prezența anxietății și depresiei, astfel încât măsurătorile calității vieții necesită o dublare a evaluării prin scale ale statusului mental (Breakey, 2001).

Evaluare psihologică și psihodiagnostic

Comisia de Psihologie Clinică a Colegiului Psihologilor din România a elaborat un ghid general de bune practici în domeniul clinic, document care a constituit punctul de plecare pentru formularea dimensiunilor psihologice care urmează a fi evaluate în cazul pacienților cu boala incurabilă, adăugând aspecte specifice de psihodiagnostic și screening. Utilizarea acestui tip de raport vizează standardizarea tehnicilor de evaluare clinică, având în vedere necesitatea oferirii unor rezultate validate științific atât comunității științifice, cât și beneficiarilor acestor rezultate - pacienți și medici (oncolog sau psihiatru) care solicită examinarea psihologică a pacientului cu boala incurabilă.

Lucrarea noastră își propune abordarea psihologică a pacienților cu boli incurabile cu scopul de a contura un tablou clinic specific și de a identifica și descrie consecințele psihosociale ale tabloului clinic.

Concluzii

Deși medicii oncologi abordează diferit din punct de vedere medical bolile incurabile, sub aspect psihologic toate categoriile nosologice sunt în situația de disfuncționalitate (personală, profesională sau socio-culturală), de detresă emoțională și de trăire subiectivă a bolii.

Oarecum surprinzător este faptul că nivelurile *depresiei* (moderat) și al *anxietății* (subclinic) rămân constante, în pofida scăderii ușoare a nivelului schemelor cognitive

disfuncționale (de la foarte ridicat pe majoritatea schemelor, la ridicat), odată cu vechimea tulburării. Dacă analizăm însă profilul distresului afectiv, se constată o *scădere* în timp a nivelului *emoțiilor negative funcționale*, în timp ce *emoțiile negative disfuncționale* rămân constant la nivel foarte ridicat. Astfel, putem aprecia că tulburarea depresiv-anxioasă se menține pe fondul unei *vulnerabilități autopercepute crescânde la factori de stres afectiv, în același timp cu scăderea așteptărilor pacientului privind nevoia de aprobare, și păstrarea la același nivel (ridicat) al gândurilor automate negative*. Complexitatea vieții psihice nu permite generarea unor modele flexibile de reflectare a realității (mediată subiectiv) conducând la incertitudine. *Reducerea incertitudinii se manifestă după cum se observă prin intervenția apărării psihice*(Șerban I.,2013).

O posibilă explicație a înregistrării unor scoruri mai mari pentru mecanismul de apărare nevrotic *formarea reacției*, pentru o vechime mai mare a bolii, derivă din descrierea acestui mecanism de apărare în DSM-5(2013). Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin substituirea de comportamente, gânduri sau sentimente diametral opuse gândurilor sau sentimentelor sale proprii, care sunt inacceptabile; (aceasta survine de regulă în legătură cu refularea lor). În abordare cognitivistă, putem vorbi de reinterpretarea realității în termeni care anulează efectul disruptiv al acesteia, prin *anticiparea unor amintiri* (Kahneman, 2010) cu final pozitiv pentru propria persoană, păstrând astfel coerența imaginii despre sine.

Modificarea stilului defensiv în raport cu vechimea bolii , surprinde un pattern semnificativ în ceea ce privește dinamica depresiei. Modelul de supraclasificare a mecanismelor de apărare în factori, definește și ierarhizează trei stiluri defensive (Andrews, Singh, Bond, 1993): funcțional (F1 – stil matur), intermediar (F2 – stil nevrotic) și disfuncțional (F3 – stil imatur). Astfel, asocierea *depresie – stil imatur și nevrotic* la pacienții cu boli incurabile și vechime a bolii mai mare, sugerează un model psihologic de tranziție spre un *stil defensiv nevrotic*, pe fondul creșterii rezilienței. *Mecanismele de apărare par să rămână o constantă în viața psihică a pacienților, compensând într-o oarecare măsură distresul afectiv foarte ridicat autoperceput*.

Tulburarea depresiv-anxioasă se cronicizează, conducând în timp la o identificare a pacientului cu suferința autopercepută. Comparația pare să nu mai aibă loc cu o stare anterioară de bine, ci cu o stare permanent actualizată de deficiență, dependență și vulnerabilitate.

Stresul oferă o foarte bună imagine de funcționare compensatorie a subsistemelor organismului uman. Distresul va angrena o serie de ajustări menite să reducă sau să elimine efectul disruptiv al factorilor de stres recepționați ca amenințare. O concluzie importantă este aceea care derivă din corelațiile dintre nivelul *depresiei-anxietății și profilul distresului afectiv*. În mod surprinzător, la o vechime mai mare a bolii, depresia corelează semnificativ cu *emoțiile pozitive* (evident și cu cele negative funcționale și disfuncționale).

Aldwin și Yancura (2006) atrag atenția asupra rezultatelor înșelătoare privind efectele copingului, utilizând probe self-report. După considerarea factorilor de personalitate ca variabile covariate, efectul copingului asupra sănătății a dispărut.

Ameliorarea în timp a profilului strategiilor cognitive, conduce la asumția că o intervenție psihologică precoce focalizată pe *terapia rezolvării de probleme și terapia self management / autocontrol*, terapii care au la bază un suport puternic în cercetarea clinică, ar putea aduce beneficii considerabile evoluției bolii și implicit calității vieții acestor pacienți, prin

scurtarea perioadei de disfuncționalitate psihologică datorată percepției subiective a bolii și acțiunii modificărilor de la nivel biochimic asupra funcțiilor psihice.

În opinia noastră, tulburarea depresiv-anxioasă prezentă în cazul pacienților cu boli incurabile, se datorează gestionării deficitare a situațiilor de stres, ca urmare pe de o parte a funcționării compensatorii, care este obligat să răspundă specific la acest tip de agresiune și, pe de altă parte, evaluărilor ineficiente ale evenimentelor de viață de către sistemul psihic al persoanei, grefate pe un sistem de credințe centrale iraționale despre sine, lume și viață. *În consecință, se impune intervenția reglatoare atât la nivelul sistemului nervos central, prin agenți chimici specifici, cât și la nivel psihic prin informație cu efect de înlăturare a evaluărilor ineficiente și înlocuirea lor cu modele eficiente.*

În cazul pacienților cu boli incurabile, capacitatea de ajustare la stres este depășită în raport cu cerințele actuale, fapt ce duce la necesitatea unor procesări din ce în ce mai elaborate, resursele neputând fi accesate în ritmul cerut de o adaptare optimală.

În practica clinică, la pacienții cu boli incurabile am întâlnit adeseori o atitudine de „rezistență” la soluționarea problemelor psihologice cu care se confruntă, dezvoltând, așa cum arată și cercetarea de față, *scheme cognitive dezadaptative de tipul slabei autonomii și performanțe sau de tipul inhibiției și hipervigilenței.*

Deseori, vizita la medicul psihiatru constituie o etichetă greu de îndepărtat, fapt ce face ca în unele cazuri pacientul să se ancoreze într-o ipostază de „nevrotic” incurabil, alături dimpotrivă, să refuze o intervenție medicamentoasă psiho-reglatoare obligatorie. Rolul educativ pe care îl poate avea intervenția psihologică în ecuația de tratament al acestor bolnavi, poate aduce beneficii reale procesului de restabilire a sănătății și îmbunătățirea calității vieții.

Limite și direcții noi de cercetare

E nevoie să se stabilească un reper temporal de diferențiere în surprinderea modificărilor strategiilor cognitive pentru care sunt necesare studii mai ample. Tendința ultimilor ani în evaluarea stărilor tensionale psihice este de a măsura suportul „hard” bio-fiziologic prin dozări de markeri fiziologici. Un astfel de studiu ar putea aduce o și mai bună clarificare a legăturilor umoral-hormonal-neural-psihic și oferirea de către psihologie a unor explicații fundamentate empiric pentru îmbunătățirea screeningului și eficientizarea intervențiilor terapeutice, având ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boli incurabile.

Construirea unui program computerizat de screening psihologic pentru pacienții cu boli incurabile care să fie administrat de psihologul clinician din spital sau clinici/cabinete de psihologie, pentru identificarea tipurilor de tulburări psihice și eventual direcționarea intervenției psihologice la această categorie de pacienți ar putea constitui un obiectiv de cercetare.

Referințe bibliografice

Aldwin, C. M. și Yancura, L. A. (2004). Coping and Health: A Comparison of the Stress and Trauma Literatures Chapter prepared for P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Alloy, L., Riskind, J. (2005). *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association (2003). *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, DSM-IV-TR*, ed. A-IV-a revizuită, Ed. APLR, București.
- American Psychiatric Association(2013).*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,Fifth Edition,DSM-5*.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, pp. 246-256.
- Băban, A. (2002). *Psihologia sanataii: abordare psihosociala a sanataii publice*. Editura ASCR, Cluj-Napoca.
- Boeree, C.G. (2006). *Personality Theories, Psychology Department Shippensburg University*.
- Brissette, I., Scheier, M.F. și Carver, C.S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 82(1): 102-111.
- Brouchon-Schweitzer, M. (2001). Coping et la strategies d'ajustement face au stres. *Recherche de la soins infirmiers*, 67:68-82
- Bukberg, J., Penman, D., Holland, J.C.(1994).Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 46:199-212.
- Chabrol, H. și Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*, Paris: Dunod .
- Colon, E.A., Callies A.L., Popkin M.K., McGlave, P.B.(1991). Depressed mood and other variables related to bone marrow transplantation survival in acute leukemia. *Psychosomatics* 32:420-425.
- Contrada, R.J., Leventhal, H. et O'Leary, A. (1990). Personality and health. In L.A. PERVIN (Ed.), *Handbook of personality theory and research*, New York : Guilford, chap. 24, pp. 638-669.
- Cramer, P. (2000). Defense Mechanisms In Psychology Today: Further Processes for Adaptation. *American Psychologist*, 55, pp. 637-646.
- Crowford, T. și Ellis, A. (1989). A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 7, 3-27.
- Dugan, W., Passik, S., Theobald, DE.(1996).Cancer, depression and physician education. *Proceedings of the annual Meeting of the American Psychiatric Association*, New York, NY, May 4-9.
- Ellis, A., și Dryden, W. (1997). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196(4286):129-136. DOI:10.1126/science.847460.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137:535-54.
- Feld, M. și Ruegg, C.J. (2005). Head attack. *Scientific American Mind*, 16(2): 66-71.
- Gabos Grecu, I.(2009).*Depresia si bolile psihosomatice*,University Press.
- Haig, R.A.(1992).Management of depression in patients with advanced cancer. *Med J Aust* 156:499-503.

- Kathol, R.G., Mutgi A., Williams J, și colab.(1990).Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteriaAm J Psychiatry147:1021-1024.
- Lazarus, R. S., și Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer online la <http://www.csun.edu/~vcpsy00h/students/coping.htm>
- McDaniel, J., Musselman, D.L., Porter, M.R. și colab. (1995).Depression in patients with cancer. Arch. Gen. Psychiatry, 52, 89–99.
- Paglierani, S. (2002). *The Psychology of Mintal health and Illness-Dedining Health and Illness more Accurately*, online la <http://theemergencesite.com/Tech/Psychology-of-Mental-Health-Illness.htm>
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions* (ediția a 4-a). New York: Wiley
- Speigel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. și colab.(1989).Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 2:888-891.
- Worden, J.W., Weisman, A.D. (1984).Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 6;243-249.
- Wang, S. (2006). Traumatic stress and Thyroid function. New York: 30(6):585. Online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1088169701&sid=2&Fmt=2&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>

-
1. U.M.F Tg.Mureș
 2. Cl.Psihiatrie I Tg.Mureș
 3. Centru de Sănătate Mintală Tg.Mureș