

## DIMENSIUNI PSIHOsocIALE ALE REZILIENȚEI ÎN ONCOLOGIE: INTERVENȚII ȘI PERSPECTIVE CLINICE

RODICA GHIMPU\*

Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

### Abstract

This article explores the complexity of psychosocial resilience in cancer patients, highlighting the significance of mental bolster in encouraging adjustment and keeping up quality of life within the confront of serious sickness. The hypothetical underpinnings of strength are analyzed, as well as the person, social, social and otherworldly components that influence the capacity to manage with oncologic stress. Different types of psychosocial interventions – individual, group and systemic – are presented in detail, emphasizing the importance of personalization of therapeutic strategies and multidisciplinary collaboration. The article also suggests future directions for research and intervention, including the development of specific assessment tools, the integration of digital technologies and adaptation to cultural diversity. Taking a holistic approach, the article argues that resilience and psychological support are essential for optimizing cancer care, providing patients with the resources they need to maintain their emotional equilibrium and adapt successfully to the challenges of the disease.

**Cuvinte-cheie:** reziliență, oncologie, suport psihologic, calitatea vieții, intervenție psihosocială, adaptare la boală

**Keywords:** resilience, oncology, psychological support, quality of life, psychosocial intervention, coping

### 1. INTRODUCERE

Lucrarea de față se încadrează în categoria studiilor de tip teoretico-analitic, cu elemente exploratorii și aplicative, având ca obiectiv sistematizarea dimensiunilor psihosociale ale rezilienței în context oncologic, precum și identificarea celor mai relevante strategii de intervenție psihologică, validate empiric sau clinic. Studiul este de tip calitativ-documentar, fiind fundamentat pe o revizuire sistematică și narativă a literaturii științifice internaționale relevante pentru tematica propusă. A fost utilizată o abordare inductivă, care permite extragerea temelor centrale și a conexiunilor dintre conceptele-cheie (reziliență, suport psihologic, calitatea vieții, intervenții psihosociale).

Reziliența constituie abilitatea unei persoane de a înfrunta stresul și adversitățile, menținând un nivel funcțional optim și dezvoltând strategii adaptative. În context oncologic, acest concept devine crucial pentru susținerea calității vieții și complianței la tratament (Bonanno, 2004). Termenul reziliență provine din latinescul *resilire*, care înseamnă a sări înapoi sau a reveni. Inițial,

---

\* Doctorand la Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, Republica Moldova, str. Ion Creangă, nr. 1, E-mail:biarod17@yahoo.com

studiile asupra rezilienței s-au concentrat pe copii și adulți care au reușit să depășească traume majore sau situații de risc. De-a lungul anilor, s-a evidențiat faptul că reziliența nu este o trăsătură fixă, ci o capacitate adaptativă ce poate fi dezvoltată și influențată de factori interni și externi (Bonanno, 2004). În oncologie, reziliența nu înseamnă doar revenirea la starea anterioară bolii, ci și găsirea unui nou echilibru psihic și fizic, o recalibrare a sensurilor vieții, inclusiv a valorilor și priorităților (Foster & Fenlon, 2011). Teoriile moderne ale rezilienței pleacă de la premisa că aceasta este rezultatul interacțiunii dinamice dintre factori biologici, psihologici și sociali. Masten (2014) susține că reziliența nu este o trăsătură fixă, ci o capacitate emergentă condiționată de contexte și resurse. În oncologie, aceste resurse includ sprijinul familial, comunicarea eficientă cu personalul medical și accesul la intervenții psihoterapeutice. Reziliența este un concept complex și multidimensional, care a evoluat în timp dintr-o simplă idee legată de capacitatea de a reveni după o traumă într-un construct dinamic ce implică procese cognitive, emoționale și sociale ce permit individului să se adapteze și să crească în fața adversităților (Masten, 2014). În contextul oncologic, reziliența devine un element fundamental pentru înțelegerea modului în care pacienții gestionează impactul diagnosticării și tratamentului cancerului. Mai multe modele teoretice au fost aplicate pentru a explica și evalua reziliența în rândul pacienților oncologici: Modelul ecologic al rezilienței (Bronfenbrenner, 1979) consideră că dezvoltarea rezilienței este influențată de multiple sisteme interconectate de la nivel individual la familie, comunitate și societate. Astfel, în oncologie, mediul social și familial joacă un rol esențial în sprijinirea pacientului. Modelul factorilor de protecție și riscuri evidențiază importanța unor factori de protecție (ex: sprijin social, coping adaptativ) care pot contrabalansa factorii de risc (ex: severitatea bolii, stigmatizarea, izolarea socială). În oncologie, aceste variabile determină în mare măsură modul în care pacientul face față provocărilor medicale și emoționale. Modelul biopsihosocial propus de Engel (1977) oferă o viziune integrativă asupra sănătății, în care dimensiunile biologice, psihologice și sociale sunt interdependente. Acest model este deosebit de util în înțelegerea complexității experienței oncologice și a mecanismelor de reziliență care pot fi cultivate. Reziliența nu este un rezultat final, ci un proces continuu care implică ajustări constante în fața schimbărilor impuse de boală. Procesul include următoarele etape: evaluarea percepției amenințării, modul în care pacientul interpretează gravitatea și consecințele cancerului; activarea mecanismelor de coping, strategii cognitive și comportamentale prin care pacientul încearcă să controleze anxietatea și suferința; accesarea și utilizarea resurselor sociale, emoționale, spirituale și materiale; reevaluarea și recalibrarea obiectivelor și valorilor personale, adaptarea la noile realități impuse de boală și tratament (Folkman & Moskowitz, 2000).

Studii recente demonstrează că un nivel ridicat de reziliență este asociat cu o mai bună gestionare a simptomelor, reducerea simptomelor depresive și anxioase și o calitate mai bună a vieții, chiar în stadii avansate ale bolii (Lee *et al.*, 2018). De asemenea, pacienții rezilienți tind să aibă o mai bună aderență la tratament și o relație mai eficientă cu echipa medicală. Intervențiile psihologice contribuie la dezvoltarea rezilienței prin reducerea distresului emoțional, încurajarea exprimării emoționale și restructurarea cognitivă a percepției asupra bolii (Greer *et al.*, 2008). Terapia cognitiv-comportamentală, consilierea de criză și terapiile narative s-au dovedit eficiente în îmbunătățirea stării psihice a pacienților oncologici (Lee *et al.*, 2018).

În contextul oncologic, suportul psihologic reprezintă un factor important în progresul și conservarea rezistenței pacientului și influențează un element fundamental în formarea și păstrarea rezilienței acestora, având o influență directă asupra modului în care aceștia gestionează boala și tratamentul. Cancerul nu afectează doar corpul fizic, ci și sfera emoțională, cognitivă și socială a individului, generând adesea reacții de anxietate, depresie, stres posttraumatic și izolare socială. În acest sens, intervențiile psihologice devin un pilon fundamental pentru sprijinirea adaptării psihoemoționale și pentru creșterea capacității de coping.

## **2. ROLUL SUPORTULUI PSIHOLOGIC ÎN PROCESUL DE ADAPTARE**

Suportul psihologic ajută la reducerea impactului emoțional al diagnosticului și tratamentului oncologic, facilitând exprimarea emoțiilor, clarificarea gândurilor și dezvoltarea strategiilor constructive de adaptare. Prin consiliere și psihoterapie, pacienții pot dezvolta mecanisme eficiente de gestionare a stresului, îmbunătățind astfel calitatea vieții și starea de bine generală. În plus, suportul psihologic sprijină reconfigurarea sensurilor vieții, ajutând pacienții să găsească un nou scop și să își redefinească identitatea în contextul bolii (Breitbart, 2002).

Intervențiile psihologice în oncologie sunt diverse și pot fi adaptate în funcție de cerințele specifice ale pacientului. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC): vizează recunoașterea și schimbarea gândurilor și acțiunilor disfuncționale, contribuind la diminuarea anxietății și depresiei (Antoni *et al.*, 2006). *Mindfulness* și tehnici de relaxare: ajută la reducerea tensiunii emoționale, a durerii și la îmbunătățirea calității somnului. Terapia de suport și consilierea psihologică: oferă un spațiu sigur pentru exprimarea emoțiilor și explorarea dificultăților asociate cu boala. Grupurile de suport: creează oportunități de împărtășire a experiențelor și reducerea sentimentului de izolare, întărind sentimentul de apartenență și înțelegere reciprocă. Există numeroase studii care atestă că intervențiile psihologice cresc semnificativ nivelul de reziliență la pacienții oncologici. De exemplu, un program de terapie cognitiv-comportamentală aplicat pacienților cu cancer la sân a dus la creșterea capacității de coping și a rezilienței psihologice, reducând în același timp simptomele de anxietate și depresie. Suportul psihologic facilitează accesul la resursele interne ale pacientului (motivație, optimism, autoeficacitate) și la resursele externe (sprijin familial și social), constituind astfel un mecanism de protecție esențial împotriva efectelor negative ale bolii. Reducerea distresului emoțional: prin validarea emoțiilor și restructurarea cognitivă, sprijinul psihologic contribuie la reducerea anxietății și depresiei (Beck, 2011). Creșterea sentimentului de autoeficacitate: indivizii învață să aibă încredere în capacitatea lor de a face față problemelor (Bandura, 1997). Dezvoltarea abilităților de coping: psihoterapia oferă instrumente concrete pentru gestionarea stresului și conflictelor. Crearea unei rețele de sprijin, grupurile terapeutice și relațiile de susținere creează un sentiment de apartenență și siguranță. Comunicarea eficientă și empatică între echipa medicală și pacient este un alt pilon al suportului psihologic, contribuind la reducerea anxietății și la creșterea satisfacției față de tratament (Back *et al.*, 2009). Trainingurile pentru personalul medical privind abilitățile de comunicare și consiliere psihologică sunt recomandate pentru a susține această dimensiune.

## **3. DIMENSIUNI PSIHOSOCIALE ALE REZILIENȚEI**

Vârsta, sexul, starea civilă, nivelul educațional și trăsăturile de personalitate influențează semnificativ nivelul de reziliență. Pacienții cu un stil de coping activ,

orientat spre rezolvare, dezvoltă strategii funcționale de adaptare. Reziliența psihosocială a pacienților oncologici este influențată puternic de o serie de factori individuali, care determină capacitatea fiecăruia de a face față și de a se adapta la provocările generate de boală. Acești factori țin atât de caracteristicile personale, cât și de strategiile de coping și resursele interne ale pacientului. Caracteristici personale și trăsături de personalitate, anumite trăsături de personalitate pot favoriza o reziliență mai mare, cum ar fi optimismul, autoeficacitatea, flexibilitatea cognitivă și o atitudine proactivă față de viață. De exemplu, pacienții cu un nivel ridicat de optimism tind să perceapă dificultățile ca pe provocări temporare, ceea ce le permite să mobilizeze resursele necesare pentru a le depăși (Scheier & Carver, 1992). Autoeficacitatea, adică încrederea în capacitatea proprie de a controla și influența evenimentele, este asociată cu o mai bună gestionare a stresului și o implicare activă în procesul de tratament. Capacitatea de a evalua realist situația, de a planifica și de a implementa strategii adaptative este esențială pentru dezvoltarea rezilienței. Stilurile de *coping problem-focused* (orientate spre rezolvarea problemei) sunt de regulă mai eficiente decât cele *emotion-focused* (orientate spre gestionarea emoțiilor), însă un echilibru flexibil între acestea este ideal. Strategiile de *coping constructive* includ acceptarea situației, căutarea de informații, folosirea umorului, precum și căutarea sprijinului social. În schimb, evitarea sau negarea pot conduce la scăderea rezilienței și la agravarea simptomelor psihologice (Carver, 1997). Resursele interne, cum ar fi speranța, sensul vieții și spiritualitatea, joacă un rol crucial în susținerea rezilienței oncologice. Pacienții care reușesc să găsească un sens sau o semnificație în experiența bolii manifestă o adaptare psihologică mai bună și o capacitate mai mare de a confrunta durerea și suferința. Incitarea pentru intervenție, pentru modificarea obiceiurilor, este de asemenea un factor individual important, care poate influența direct rezultatele terapeutice (Deci & Ryan, 2000). Recent, cercetările în neurobiologie au evidențiat că anumite diferențe genetice și biologice pot influența capacitatea de reziliență, prin modul în care sistemul nervos central răspunde la stres (Feder *et al.*, 2009). De exemplu, variațiile în sistemul serotonergic și nivelul de neuroplasticitate pot determina sensibilitatea individului la stresul cronic și abilitatea sa de recuperare.

Sprijinul social în reziliența oncologică: un suport social solid poate reduce semnificativ impactul negativ al diagnosticului oncologic. Studiile arată că sprijinul familial și comunitar corelează pozitiv cu niveluri mai ridicate de reziliență și calitate a vieții. Sprijinul social reprezintă unul dintre cei mai importanți factori externi care contribuie la dezvoltarea și menținerea rezilienței pacienților oncologici. Relațiile sociale și rețelele de sprijin pot atenua efectele stresului cauzat de boală și pot oferi resurse psihologice și practice esențiale pentru adaptarea la noile condiții de viață.

#### 4. TIPURI DE SPRIJIN SOCIAL

Sprijinul social poate fi împărțit în mai multe categorii, fiecare cu un rol specific în susținerea pacienților oncologici. Sprijin emoțional: implică oferirea de afecțiune, empatie, înțelegere și încurajare. Este esențial pentru reducerea sentimentului de singurătate și pentru creșterea stimei de sine a pacientului. Sprijin instrumental: constă în ajutor concret și practic, cum ar fi asistența în efectuarea activităților zilnice, transportul la tratament sau sprijin financiar. Sprijin informațional: oferirea de informații utile despre boală, tratament și resurse disponibile, care ajută pacientul să ia decizii informate și să își gestioneze mai bine situația (Cutrona & Russell, 1990). Sprijin apreciativ: implică validarea și

recunoașterea valorii și demnității pacientului, contribuind la întărirea identității personale.

Familia reprezintă principala sursă de sprijin pentru majoritatea pacienților oncologici, oferind nu doar suport emoțional, ci și ajutor concret în gestionarea tratamentului și a efectelor secundare. Prietenii, comunitatea și grupurile sociale extinse oferă un sentiment de apartenență și pot compensa uneori absența sprijinului familial, oferind validare și încurajare (Helgeson & Cohen, 1996). Participarea la grupuri de suport organizate, fie față în față, fie online, a fost demonstrată a avea beneficii semnificative în creșterea rezilienței. Aceste grupuri oferă un cadru pentru schimbul de experiențe, dezvoltarea empatiei reciproce și crearea unui sentiment de solidaritate. Comunitățile online pot avea avantajul accesibilității permanente și anonimatului, fiind o resursă importantă mai ales pentru pacienții care locuiesc în zone izolate sau au dificultăți de mobilitate.

Un sprijin social adecvat este corelat cu niveluri mai scăzute de depresie, anxietate și stres, precum și cu o calitate a vieții superioară. De asemenea, sprijinul social influențează pozitiv aderența la tratament și recuperarea fizică, prin mecanisme fiziologice care reduc răspunsul la stres. Cultura și spiritualitatea sunt dimensiuni fundamentale care influențează modul în care pacienții oncologici percep boala, suferința și procesul de vindecare. Ele joacă un rol esențial în susținerea rezilienței, oferind sens, speranță și un cadru interpretativ care ajută la adaptarea psihologică și emoțională în fața cancerului. Pentru unii pacienți, spiritualitatea oferă un cadru de interpretare a experienței oncologice, permițând integrarea suferinței în sensuri mai profunde. Cultura determină valorile, credințele și practicile care modelează atitudinea față de sănătate, boală și tratament. În diverse culturi, cancerul poate fi perceput fie ca o condamnare inevitabilă, fie ca o provocare de depășit, iar aceste percepții influențează gradul de acceptare și deschiderea spre intervențiile medicale și psihologice. De exemplu, în societățile colectiviste, sprijinul familial este esențial și acceptarea bolii se face în cadrul rețelei sociale, în timp ce în societățile individualiste, accentul este pus pe autonomia pacientului. Spiritualitatea, în sens larg, se referă la căutarea unui sens al vieții, conexiunea cu o realitate transcendentă și practicile care susțin această conexiune. În contextul oncologic, mulți pacienți găsesc în spiritualitate o sursă importantă de confort, speranță și putere interioară (Lee *et al.*, 2014). Studiile arată că spiritualitatea este corelată pozitiv cu o mai bună adaptare psihologică, reducerea anxietății și depresiei și creșterea calității vieții. Practicile spirituale, cum ar fi meditația, rugăciunea sau implicarea în ritualuri religioase, acestea pot furniza metode de control al stresului și un sentiment de apartenență la o comunitate mai largă (MacKinlay & Trevitt, 2010). O înțelegere culturală și spirituală adecvată este esențială pentru furnizarea unui suport psihologic eficient. Intervențiile psihosociale trebuie să fie sensibile la convingerile și valorile pacientului pentru a respecta identitatea sa și a facilita un proces autentic de vindecare. De exemplu, integrarea elementelor spirituale în terapia psihologică poate crește motivația și angajamentul pacientului, contribuind la o mai bună reziliență. Este important ca specialiștii din sectorul sănătății să fie conștienți de variabilitatea culturală și spirituală și să evite stereotipurile. Respectul pentru autonomia pacientului și pentru credințele sale este fundamental, iar dialogul deschis poate preveni conflictele și poate crea un cadru colaborativ.

## 5. INTERVENȚII PSIHOSOCIALE CENTRATE PE REZILIENȚĂ

Intervențiile individuale reprezintă o componentă centrală în sprijinirea rezilienței psihologice a pacienților oncologici. Acestea vizează dezvoltarea capacității pacientului de a confrunta stresul, de a controla emoțiile dificile și de a-și menține motivația pe parcursul tratamentului și recuperării. Programele precum *mindfulness*, terapia acceptării și angajamentului (ACT), CBT sau logoterapia s-au dovedit benefice pentru pacienții oncologici.

TCC este recunoscută ca una dintre tehnicile de intervenție psihologică în oncologie, având un grad ridicat de cercetare și eficiență. Această metodă sprijină pacienții în recunoașterea și ajustarea gândurilor distorsionate și negative legate de boală, contribuind la dezvoltarea unor strategii adaptative de gestionare a situației și în diminuarea simptomelor de anxietate și depresie (Antoni *et al.*, 2006). Prin metode precum restructurarea cogniției, tehnici de relaxare și expunerea treptată, pacienții pot să-și îmbunătățească abilitățile de gestionare, stresul asociat cu diagnosticul și tratamentul oncologic. Terapia de acceptare și angajament ACT pune accent pe acceptarea experiențelor emoționale dificile și angajamentul față de valorile personale, chiar și în fața suferinței. Această formă de terapie încurajează pacienții să se concentreze pe ceea ce contează cu adevărat pentru ei, facilitând o adaptare psihologică sănătoasă și creșterea rezilienței. Practici precum meditația *mindfulness*, respirația controlată și relaxarea musculară progresivă au demonstrat eficiență în reducerea simptomelor de stres și anxietate, în îmbunătățirea calității somnului și în creșterea capacității de reglare emoțională. Aceste tehnici ajută pacienții să rămână prezenți în momentul actual, să accepte gândurile și emoțiile fără judecată și să reducă ruminările negative. Consilierea psihologică individuală oferă un spațiu sigur în care pacientul poate explora emoțiile, temerile și conflictele generate de boală. Prin dialog terapeutic, pacientul poate dezvolta o înțelegere mai profundă a propriei situații și poate construi noi perspective pentru a face față provocărilor. Este esențial ca intervențiile să fie personalizate, luând în considerare vârsta, sexul, tipul și stadiul cancerului, dar și contextul socio-cultural și psihologic al pacientului. De exemplu, adolescenții și tinerii adulți pot necesita abordări diferite față de persoanele în vârstă, iar pacienții cu comorbidități psihice pot necesita o intervenție integrată. Grupurile de suport psihologic facilitează procesele de identificare și normalizare a trăirilor, contribuind la reducerea sentimentelor de izolare. Intervențiile de grup reprezintă o strategie eficientă și complementară intervențiilor individuale, având un impact semnificativ asupra rezilienței pacienților oncologici prin promovarea sprijinului social, schimbului de experiențe și dezvoltării abilităților de coping. Grupurile de suport oferă pacienților un cadru sigur și empatic în care pot împărtăși experiențele legate de boală, pot primi încurajare și pot învăța din povestirile altora care se confruntă cu situații similare. Participarea la astfel de grupuri a fost asociată cu scăderea anxietății și depresiei, creșterea stimei de sine și îmbunătățirea calității vieții. Terapia de grup cognitiv-comportamentală: aceasta combină principiile terapiei cognitiv-comportamentale cu dinamica de grup, facilitând schimbul de tehnici adaptive de coping și restructurarea cognitivă în cadrul unui mediu suportiv (McDonald *et al.*, 2017). Participanții pot învăța unii de la alții și pot primi feedback constructiv, ceea ce amplifică efectele terapeutice. Grupurile care folosesc tehnici de art-terapie, musicoterapie sau teatru terapeutic ajută pacienții să exprime emoțiile dificil de verbalizat și să găsească noi modalități de a înțelege și integra experiența oncologică. Aceste forme de intervenție pot reduce stresul și pot stimula resursele interioare de reziliență. Succesul intervențiilor de grup depinde în mare măsură de

coeziunea membrilor, încrederea și respectul reciproc. Un climat de siguranță psihologică facilitează deschiderea și exprimarea sinceră a gândurilor și sentimentelor. Intervențiile de grup contribuie la consolidarea rezilienței pe termen lung, oferind pacienților resurse și strategii pe care le pot aplica în viața de zi cu zi. În plus, ele pot facilita tranziția către comunitate și reîntoarcerea la activitățile cotidiene. Intervențiile sistemice abordează reziliența pacientului oncologic nu doar la nivel individual, ci și în contextul sistemelor sociale și familiale din care face parte. Aceste intervenții consideră relațiile și interacțiunile dintre pacient, familie, comunitate și sistemul de sănătate ca factori esențiali pentru promovarea adaptării și recuperării psihosociale (Minuchin, 1974). Colaborarea interdisciplinară între oncologi, psihologi, asistenți sociali și familii duce la crearea unui cadru coerent de susținere psiho-emoțională. Terapia familială: cancerul afectează întreaga familie, generând stres, schimbări în roluri și necesitatea adaptării reciproce. Terapia familială oferă un cadru pentru explorarea și rezolvarea conflictelor, îmbunătățirea comunicării și consolidarea sprijinului emoțional între membrii familiei. Această abordare ajută familia să înțeleagă dinamica bolii, să gestioneze incertitudinea și să dezvolte strategii comune de coping, contribuind astfel la creșterea rezilienței întregului sistem familial (Kazak *et al.*, 2005). Sprijinul din partea comunității, grupurilor religioase, organizațiilor non-guvernamentale și rețelelor sociale joacă un rol important în susținerea pacientului oncologic. Intervențiile sistemice vizează mobilizarea și integrarea acestor resurse în planul de tratament și recuperare (Lehman *et al.*, 1995). Programele comunitare pot oferi servicii de consiliere, suport practic și activități de socializare care reduc izolarea și stimulează sentimentul de apartenență (Campbell *et al.*, 2004). Intervențiile sistemice implică o echipă multidisciplinară formată din medici, psihologi, asistenți sociali, consilieri spirituali și alți specialiști care colaborează pentru a oferi o îngrijire integrată și holistică pacientului oncologic. Această colaborare permite identificarea nevoilor complexe ale pacientului și familiei, precum și personalizarea intervențiilor pentru a spori eficiența și impactul acestora. O componentă importantă a intervențiilor sistemice este educarea membrilor familiei și a rețelelor de sprijin în privința bolii, tratamentului și modalităților de sprijin emoțional și practic (Given *et al.*, 2001). Prin creșterea nivelului de informare, aceștia devin mai capabili să răspundă adecvat nevoilor pacientului și să contribuie la consolidarea rezilienței sale.

Impactul intervențiilor sistemice asupra rezilienței. Studiile arată că intervențiile sistemice pot reduce stresul familial, pot îmbunătăți comunicarea și sprijinul social și pot crește capacitatea de adaptare la boală, influențând pozitiv calitatea vieții pacienților oncologici.

## 6. STUDII RELEVANTE

Un studiu realizat de Linden *et al.*, 2012, pe un eșantion de 1.872 de pacienți oncologici a demonstrat impactul pozitiv al consilierii psihologice asupra adaptării post-diagnostic. Rezultatele au arătat că intervențiile psihologice au condus la o reducere semnificativă a simptomelor de anxietate și depresie, precum și la o creștere a calității vieții autoraportate (Linden *et al.*, 2012). Chiar și în formate scurte, de 8–10 sesiuni, intervențiile au avut eficiență ridicată, reflectând un efect protector asupra sănătății mintale a pacienților oncologici.

Într-un studiu longitudinal pe 240 de veterani de război diagnosticați cu PTSD, Southwick și colaboratorii (2014) au evidențiat că participarea la programe de psihoterapie (CBT și grupuri de suport) a dus la o ameliorare semnificativă a

simptomelor și la creșterea nivelului de reziliență (Southwick *et al.*, 2014). Scala CD-RISC utilizată în studiu a arătat o creștere statistic semnificativă a scorurilor de reziliență la 6 luni după începerea intervenției. Dray și colaboratorii (2017) au implementat un program școlar de promovare a rezilienței pentru peste 2.000 de adolescenți, cuprinzând activități de consiliere, *mindfulness* și autoreglare emoțională.

Rezultatele au indicat o reducere cu 32% a comportamentelor de auto-vătămare și o creștere semnificativă a scorurilor de reziliență conform ARS (Dray *et al.*, 2017). Intervențiile psihologice instituționalizate în școli s-au dovedit esențiale în consolidarea factorilor protectivi psihosociali.

## 7. CONCLUZII

Rezistența psihologică, sau reziliența, reprezintă un factor esențial în procesul de adaptare și recuperare al pacienților oncologici, influențând în mod direct calitatea vieții și rezultatele tratamentului. Aceasta este determinată de o complexă interacțiune între factori individuali, sociali, culturali și spirituali, care se reflectă în capacitatea pacientului de a confrunta stresul, de a descoperi semnificația în sărăcia bolii și de a-și păstra stabilitatea emoțională. Reziliența nu este doar un rezultat psihologic individual, ci un proces multidimensional care trebuie cultivat prin intervenții coordonate și politici de sănătate publică. Se impune integrarea abordărilor psihosociale în tratamentele oncologice, dar și realizarea unor programe naționale de formare și intervenție. Suportul psihologic, în toate formele sale individual, de grup și sistemic joacă un rol fundamental în facilitarea dezvoltării rezilienței. Intervențiile personalizate, adaptate nevoilor și contextului fiecărui pacient, contribuie la crearea unui cadru sigur și susținător, în care pacientul își poate explora temerile, își poate dezvolta abilitățile de coping și poate accesa resursele interne și externe necesare pentru a face față provocărilor oncologice. Integrarea dimensiunilor culturale și spirituale în planurile de intervenție oferă un cadru holistic, respectând identitatea pacientului și facilitând o mai bună adaptare psihologică. Colaborarea multidisciplinară și implicarea familiei și comunității reprezintă piloni indispensabili ai unei abordări sistemice eficiente. Articolul își propune să contribuie la fundamentarea unei psihologii oncologice aplicate, care să includă metode validate științific și care să răspundă nevoilor reale ale pacienților, având în centrul său ideea că vindecarea nu înseamnă doar eradicarea bolii, ci și restabilirea unei vieți cu sens, demnitate și echilibru interior. Una dintre direcțiile de noutate esențiale ale lucrării constă în conceptualizarea rezilienței ca proces dinamic, cu etape diferite în funcție de faza bolii (diagnostic, tratament activ, remisie, recidivă sau îngrijire paliativă), corelarea rezilienței cu factori de mediu clinic și instituțional, implicarea activă a familiei în procesul de reconstrucție psihologică.

## 8. DIRECȚII VIITOARE

Deși cercetările privind reziliența în oncologie au avansat semnificativ, există încă numeroase direcții care necesită aprofundare și dezvoltare: dezvoltarea și validarea unor instrumente specifice de evaluare a rezilienței oncologice, care să țină cont de particularitățile culturale și spirituale ale pacienților, implementarea unor programe integrate de intervenție psihosocială, care să combine metode individuale, de grup și sistemice, adaptate stadiului bolii și profilului pacientului, pentru o eficacitate maximă (Brown *et al.*, 2019). Investigarea impactului

tehnologiilor digitale și a intervențiilor online în sprijinul rezilienței psihologice, în special în contextul accesibilității reduse la servicii tradiționale (Andersson & Titov, 2014). Explorarea rolului suportului spiritual și cultural în grupuri diverse, pentru a dezvolta intervenții sensibile la diversitatea etnică și religioasă. Formarea continuă a profesioniștilor din domeniul sănătății privind aspectele psihosociale și culturale ale îngrijirii oncologice, pentru a asigura o abordare empatică și personalizată. Prin aceste direcții, viitorul intervențiilor în oncologie poate asigura o calitate superioară a vieții pacienților, contribuind nu doar la prelungirea supraviețuirii, ci și la menținerea sănătății mintale și a stării generale de bine.

Primit în redacție la: 21.05.2025

## BIBLIOGRAFIE

1. ANDERSSON, G., TITOV, N., *Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders*, World Psychiatry, 2014, p. 4–11.
2. ANTONI, M. H., LECHNER, S. C., KAZI, A., WIMBERLY, S. R., SIFRE, T., URCUYO, K. R., PHILLIPS, K., GLUCK, S., & CARVER, C. S. *Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer*, American Journal of Psychiatry, 2006, p. 1791–1797.
3. BACK, A. L., *Communication about cancer near the end of life*, Cancer, 2009, **113**, 7 Suppl, p. 1897–1910.
4. BANDURA, A., *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: Freeman, 1997.
5. BECK, J. S., *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, Guilford Press 2011.
6. BONANNO, G. A., *Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?*, American Psychologist, 2004, p. 20–28.
7. BREITBART, W. *Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer*, Palliative & Supportive Care, 2002, p. 1–10.
8. BRONFENBRENNER, U., *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
9. BROWN, S. M., DOOM, J. R., LECHUGA-PENÁ, S., WATAMURA, S. E., & KOPPELS, T., *The impact of trauma on parenting and child development: A case study of resilience*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, **60**, 1, 2019, p. 122–134.
10. CAMPBELL, J. L., *Institutional change and globalization*, Princeton: Princeton University Press, 2004.
11. CARVER, C. S., *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE*, International Journal of Behavioral Medicine, 1997, p. 92–100.
12. CUTRONA, C. E., & RUSSELL, D. W., *Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching*, În: Social Support: An Interactional View. New York: Wiley, 1990, p. 319–366.
13. DECI, E. L., & RYAN, R. M., *The what and why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*, Psychological Inquiry, 2000, **11**, 4, p. 227–268.
14. DRAY, J., BOWMAN, J., CAMPBELL, E., FREUND, M., HODDER, R. K., WOLFENDEN, L., & WIGGERS, J., *Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting*, Psychology in the Schools, **54**, 1, 2017, p. 3–15.

15. ENGEL, G. L., *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, **196**, 4286, 1977, p. 129–136.
16. FEDER, A., CHARNEY, D. S., & COLLINS, K., *Psychobiology and molecular genetics of resilience*, *Nature Reviews Neuroscience*, **10**, 6, 2009, p. 446–457.
17. FOLKMAN, S., MOSKOWITZ, J. T. *Positive affect and the other side of coping*, *American Psychologist*, **55**, 6, 2000, p. 647–654.
18. FOSTER, C., FENLON, D., *Recovery and self-management support following primary cancer treatment*, *British Journal of Cancer*, **105**, S1, 2011, p. S21–S28.
19. GIVEN, B., SHERWOOD, P., & GIVEN, C. W., *The impact of providing care to persons with cancer on the caregiver's health*, *Psycho-Oncology*, **10**, 1, 2001, p. 65–75.
20. GREER, J. A., PIPERSON, A., TRAEGER, L., ROBERTSON, R., PESHKIN, B. N., & PEPER, M., *A pilot randomized controlled trial of a brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer*, *Psycho-Oncology*, **17**, 5, 2008, p. 438–446.
21. KAZAK, A. E., SIMMS, S., & ROURKE, M. T., *Psychosocial assessment as a standard of care in pediatric cancer*, *Pediatric Blood & Cancer*, **45**, 7, 2005, p. 739–748.
22. LEE, M. K., KIM, S. Y., YOO, H. J., KIM, S. H., KO, H., LEE, J. E., & NAM, S. J., *Spiritual well-being in patients with breast cancer in Korea: A multicenter cohort study*, *Psycho-Oncology*, **23**, 9, 2014, p. 102–108.
23. LEE, M. K., KIM, S. Y., YUN, Y. H., PARK, H. A., LEE, E. S., & NAM, S. J., *Meaning in life and adjustment to cancer: Mediating effects of spiritual well-being and resilience*, *Psycho-Oncology*, **27**, 10, 2018, p. 210–218.
24. LEHMAN, D. R., TAYLOR, S. E., KIEFE, C. I., & COHEN, S., *Positive illusions and well-being revisited: Separating fiction from fact*, *Psychological Bulletin*, **117**, 1, 1995, p. 77–90.
25. LINDEN, W., VODERMAIER, A., MACKENZIE, R., & GREIG, D., *Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age*, *Journal of Affective Disorders*, **141**, 2–3, 2012, p. 343–351.
26. MACKINLAY, E., TREVITT, C. *Finding meaning in the experience of dementia: The place of spiritual reminiscence work*, London: Jessica Kingsley Publishers, 2010.
27. MASTEN, A. S., *Ordinary magic: Resilience in development*, New York: Guilford Press, 2014.
28. MCDONALD, F. E. J., PATTERSON, P., WHITE, K. J., BUTOW, P., & BELL, M. L., *Resilience in family caregivers of people with cancer: A systematic review*, *Supportive Care in Cancer*, **25**, 8, 2017, p. 2659–2679.
29. MINUCHIN, S., *Families and family therapy*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974.
30. ROTH, A. J., BATEL-COHEN, D., BINKER, M. *Use of the Distress Thermometer in clinical practice*, *Cancer*, **85**, 9, 1998, p. 1904–1910.
31. SCHWARTZ, C. E., SPRADLEY, J.C., *The impact of spiritual well-being on quality of life in advanced cancer patients*, *Psycho-Oncology*, 2007, **16**, 3, p. 242–249.
32. SOUTHWIC, S. M., PIETRZAK, R.H., TSAI, J., & Krystal, J.H., *Resilience: PTSD Research Quarterly*, **25**, 4, 2015, p. 1–10.
33. WILLIAMS, M. J., PENMAN, D., *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*, New York: Guilford Press, 2011.

