

**UNIVERSITATEA „ALEXANDRU IOAN CUZA”, IAȘI**

**FACULTATEA DE PSIHOLOGIE**

**ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI**

**ȘCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE**

**ROLUL PSIHOTERAPIEI  
ÎN TRATAMENTUL  
BOLNAVULUI ONCOLOGIC  
REZUMATUL TEZEI**

**Autor: GEORGEL T. ARHIP**

**Conducător științific: Prof.univ.dr. ION DAFINOIU**

Iași, 2019



## **CUPRINSUL REZUMATULUI**

**Cuprinsul tezei de doctorat / 4**

**Mulțumiri / 8**

**Introducere / 10**

**Planul tezei / 17**

**Prezentarea sintetică a capitolelor tezei de doctorat / 19**

**Concluzii / 53**

**Bibliografie selectivă / 64**

# CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT

**Mulțumiri**  
**Introducere**  
**Planul tezei**

## **Capitolul I : Cancerul și concepte conexe acestuia: supraviețuirea și calitatea vieții bolnavului oncologic**

### **I.1. Cancerul**

I.1.1. Perspective generale și încercări de defnire a bolii

### **I.2. Supraviețuirea bolnavului oncologic**

I.2.1. Propuneri de defnire a supraviețuirii

I.2.2. Supraviețuirea și identitatea supraviețuitoarelor

I.2.3. Aspecte de ordin psihosomatic și socio-profesional ale supraviețuirii bolnavilor oncologici

I.2.3.1. Efecte psihosomatice ale bolii și tratamentului

I.2.3.2. Efecte de ordin psiho-social ale cancerului. Suportul social perceput

I.2.4. Sindromul de stres posttraumatic la bolnavii oncologici

I.2.5. Cancerul ca traumă și dezvoltarea personală posttraumatică

I.2.6. Mecanismul procesului de dezvoltare posttraumatică

I.2.7. Modele teoretice de abordare a supraviețuirii în cazul cancerului mamar

### **I.3. Calitatea vieții bolnavilor oncologici**

I.3.1. Delimitări și definiții ale calității vieții

I.3.2. Calitatea vieții în relație cu starea de sănătate

I.3.3. Indicatori psihologici și fiziologici ai calității vieții bolnavilor oncologici

I.3.3.1. Indicatori psihologici

I.3.3.1.1. Dezvoltarea personală și sensul vieții

I.3.3.1.2. Disperarea existențială

I.3.3.1.3. Anxietatea

I.3.3.1.4. Percepția bolii

I.3.3.1.5. Dorința sexuală

I.3.3.2. Indicatori fiziologici

- I.3.3.2.1. Concentrația de cortizol seric
- I.3.3.2.2. Reacția electrodermală ca indicator al anxietății/relaxării
- I.3.3.2.3. Temperatura membrelor superioare ca indicator al circulației sangvine periferice
- I.3.3.2.4. Saturația de oxigen din sânge ca indicator al funcției respiratorii
- I.3.3.2.5. Tensiunea arterială ca indicator al stării generale de sănătate

## **Capitolul II: Rolul psihoterapiei în tratamentul bolnavului oncologic. Abordare teoretică**

### **II.1. Psihoterapia în tratamentul bolnavilor oncologici**

- II.1.1. Câteva considerații de ordin istoric
- II.1.2. Cancerul și procesele psihice

### **II.2. Locul și rolul psihoterapiei în tratamentul oncologic la momentul actual**

- II.2.1. Abordări psihoterapeutice ale cancerului
- II.2.1.2. Furnizarea de informații
- II.2.1.3. Terapia de grup
- II.2.1.4. Antrenamentul unor modalități de coping
- II.2.1.5. Psihoterapia individuală
- II.2.1.6. Terapia spirituală/ existențială

### **II.3. Psihoterapia de grup și dezvoltarea personală a supraviețuitorilor de cancer**

- II.3.1. Preliminarii
- II.3.2. Factorii terapeutici ai psihoterapiei de grup și mecanismele lor de acțiune
- II.3.2.1. Inocularea speranței
- II.3.2.2. Universalitatea
- II.3.2.3. Transmiterea informațiilor
- II.3.2.4. Altruismul
- II.3.2.5. Recapitularea corectivă a grupului familial primar
- II.3.2.6. Dezvoltarea tehnicilor de socializare
- II.3.2.7. Comportamentul imitativ
- II.3.2.8. Învățarea interpersonală

- II.3.2.9. Coeziunea grupului
- II.3.2.10. Catharsisul
- II.3.2.11. Factorii existențiali
- II.3.2.12. Ritualul și valențele sale terapeutice
  - II.3.2.12.1. Mecanismul de acțiune al ritualului
  - II.3.2.12.2. Ritualul și terapia de grup
  - II.3.2.12.3. Abordarea ritualică a psihoterapiei de grup. Modelul „7P” al lui Erik Goodwyn
  - II.3.2.12.4. Elemente de ritual introduse în psihoterapia de grup desfășurată în cadrul cercetării
- II.3.3. Grupul de terapie suportiv-expresivă
  - II.3.3.1. Scurtă istorie a grupului de psihoterapie
  - II.3.3.2. Obiectivele grupului de dezvoltare personală
  - II.3.3.3. Utilitatea grupului de dezvoltare personală

## **II.4. Meditația, ca tehnică psihoterapeutică individuală**

- II.4.1. Preliminarii
- II.4.2. Meditația – definiții și clasificare
- II.4.3. Meditația și sănătatea
- II.4.4. Meditația – mecanisme de reglare a emoțiilor
- II.4.5. Efecte psihofiziologice ale meditației. O analiză sistematică a literaturii

## **II.5. Ritualul și efectul placebo în psihoterapia individuală**

- II.5.1. Efectul placebo, ca manifestare a relației terapeutice
  - II.5.1.1. Credințele pacientului
  - II.5.1.2. Credințele terapeuților

## **Capitolul III: Elemente de imunologie și psihoneuroimunologie**

### **III.1. Sistemul imunitar**

- III.1.1. Definirea conceptului
- III.1.2. Sistemul imunitar: rolul pro- versus anticarcinogen

### **III.2. Psihoneuroimunologia (PNI)**

- III.2.1. Definirea conceptului
- III.2.2. Scurtă istorie a psihoneuroimunologiei
- III.2.3. Date ale cercetării legate de concept

III.2.4. Efectele factorilor de stres asupra dezvoltării cancerului

## **Capitolul IV: Rolul psihoterapiei în tratamentul bolnavului oncologic. Cercetare empirică**

### **IV.1. Studiu preliminar exploratoriu privind temele principale în discursul bolnavilor oncologici**

### **IV.2. Studiul 1: Rolul psihoterapiei de grup în procesul de dezvoltare personală a supraviețuitoarelor de cancer mamar**

**IV.2.1. Studiul 1a:** Studiu-pilot privind rolul psihoterapiei de grup în procesul de dezvoltare personală la supraviețuitoare de cancer mamar

**IV.2.2. Studiul 1b:** Rolul psihoterapiei de grup în procesul de dezvoltare personală la supraviețuitoare de cancer mamar

**IV.2.3. Studiul 1c:** Ritualul, factor terapeutic al psihoterapiei de grup în procesul de dezvoltare personală la supraviețuitoare de cancer mamar

**IV.2.4. Studiul 1d:** Impactul perceput al factorilor terapeutici în procesul de dezvoltare personală la supraviețuitoare de cancer mamar

### **IV.3. Studiul 2: Meditația ca tehnică de psihoterapie individuală în tratamentul bolnavului oncologic**

**IV.3.1. Studiul 2a:** Efecte psihofiziologice ale meditației la supraviețuitoare de cancer mamar

**IV.3.2. Studiul 2b:** Efectul placebo asupra calității vieții în psihoterapia prin meditație la supraviețuitoare de cancer mamar

## **Capitolul V: Discuții și concluzii**

### **Bibliografie**

### **Anexe**

### **Lista tabelor, graficelor și figurilor**

### **Lista anexelor**

## **Mulțumiri**

Doresc să aduc mulțumiri speciale coordonatorului meu științific, domnului prof.univ.dr. Ion Dafinoiu, pentru îndrumare și încurajare de-a lungul perioadei de elaborare a tezei, dar mai ales pentru faptul că mi-a oferit libertatea de a exploata și aborda tema de doctorat într-o manieră personală, prin experimentarea unor metode mai puțin utilizate în psihoterapie (de grup sau individuală), cel puțin în România.

Recunoștința mea se îndreaptă, de asemenea, spre membrii comisiei de îndrumare, doamna prof.univ.dr. Maria Nicoleta Turliuc, doamna conf.univ.dr. Violeta Enea și domnul conf.univ.dr. Ovidiu Gavrilovici, care mi-au acordat încredere, susținere și apreciere pe tot parcursul cercetării. Aceleași gânduri de recunoștință îndrept spre doamna conf.univ.dr. Camelia Soponaru, doamna conf.univ.dr. Cristina Neamțu și domnul conf.univ.dr. Aurel Stan, a căror încredere în tema și demersurile mele de cercetare a însemnat un permanent stimul. Doamna psih.dr. Gabriela Monica Assante mi-a fost de un real sprijin în cercetare și îi mulțumesc pentru ajutorul necondiționat.

Le sunt recunoscător și le mulțumesc din toată inima doamnelor Livia-Eugenia Moldovan, Mioara Spiridon, Lucreția Kabai, Cornelia Hancsiki și Anca Croitoru, care mi-au înlesnit colaborarea cu membrii asociațiilor bolnavilor de cancer a căror activitate o coordonează. Aceleași recunoștință o am pentru toate membrele acestor asociații, care au răspuns cu entuziasm și interes solicitărilor pe care le-a presupus cercetarea.

Cuvinte de recunoștință am pentru doamnele doctor Carmen Vechiu și Angela Toma, care mi-au făcut cunoștință cu primii participanți la cercetare. De asemenea, sunt recunoscător domnului prof.univ.dr. Lucian Miron și doamnei psih.dr. Roxana Postolică, pentru încurajarea de a mă dăruie spre binele bolnavilor oncologici.

Domnului doctor în științe medicale, Dan Vlad Filimon, specialist în acupunctură, îi datorez recunoștință pentru încurajarea susținută și, mai ales, pentru certitudinile dobândite în îndelungata-i



practică terapeutică, pe care mi le-a împărtășit și care m-au ajutat să înțeleg similitudinile între medicina tradițională chineză și psihoneuroimunologia occidentală, precum și mecanismele subtile care guvernează funcționarea psihosomatică.

Îndrept gândurile mele de recunoștință spre Georgiana Siminiceanu, Liliana Tienhoven și Dana Alexiu pentru încurajarea și încrederea pe care mi le-au transmis tot timpul.

Sprijin permanent am avut din partea soției mele, Magda, care nicio clipă nu s-a îndoit de importanța temei abordate, și nici de capacitatea mea de a finaliza o cercetare care a presupus un efort considerabil și consum semnificativ de resurse – financiare și de timp, mai ales timpul pentru familie. Prin implicarea susținută și necondiționată, o pot considera, fără a greși, co-autor la această teză. Niciodată nu o să-i pot mulțumi destul.

Fiicei mele, Georgiana, psiholog și ea, îi mulțumesc pentru încurajarea permanentă și entuziasmul manifestat pentru tema cercetării și pentru metodele pe care le-am abordat în terapia inclusă în cercetare. Aprecierile ei mi-au dat curaj.

Un gând de adâncă recunoștință am pentru fratele meu, Daniel Arhip, care mi-a fost un colaborator permanent, până în ultima clipă a vieții sale. Observațiile pe care mi le-a transmis tot timpul în legătură cu evoluția melanomului malign care l-a răpus au fost de real ajutor în lucrul cu participantele la cercetare, mai ales în terapia individuală.

Nu în ultimul rând, dragostea și recunoștința mea se îndreaptă spre părinții mei, care au dorit, în urmă cu mulți ani, ca să fiu doctor, mai precis medic chirurg. Le ofer o variantă mai cuprinzătoare, aceea a unei perspective complete asupra sănătății omului: mintea și corpul într-un permanent dialog pentru menținerea unui echilibru funcțional, perspectivă de care ei nu sunt străini, practica tradițională a satului de acum jumătate de secol fiind încă păstrătoare și continuatoare a perspectivei antice asupra sănătății umane.

## Introducere

*„Dacă nu putem să dăm zile de viață acestor bolnavi, să le dăm atunci viață zilelor pe care le mai au de trăit.”*

(Bernie Siegel, oncolog)

De mai bine de 150 de ani, omenirea caută leacul pentru cancer, fără să reușească să îl găsească. Este adevărat că s-au făcut progrese uriașe, au fost descoperite și îmbunătățite tratamente care au eficiență maximă mai ales în stadiile incipiente și moderate ale bolii, dar cancerul rămâne, în continuare, boala care afectează o persoană din patru în lumea dezvoltată, iar Organizația Mondială a Sănătății prezicea în urmă cu mai bine de un deceniu că până în 2020, acest număr va crește la o persoană din trei (Leader și Corfield, 2007).

Tratamentul cancerului a fost abordat inițial, la fel ca și alte boli, prin chirurgie sau cu medicamente, fie că este vorba de extracte din plante, fie de substanțe anorganice sau de origine animală. Walter Walshe (1846) în capitolul dedicat tratamentului cancerului din lucrarea *Nature and Treatment of Cancer*, făcea o trecere în revistă a celor mai renumite remedii, recomandate și folosite cu mult entuziasm la epoca aceea, dar și cu un secol mai devreme, remedii care au pierdut teren pe măsură ce unele au dovedit slabă eficacitate, iar altele deloc (să nu mai vorbim despre cele otrăvitoare).

În timp, mai ales în secolul al XX-lea, s-au acumulat foarte multe cunoștințe, prin cercetarea fundamentală, pe de o parte, iar pe de alta, s-au înregistrat, cu precădere în ultimul deceniu, progrese importante prin terapiile moleculare țintite în abordarea sistemică a chimioterapiei. Aceste terapii urmăresc ținte precise în celula tumorală – mutații ale acidului

dezoxiribonucleic (ADN) al acesteia – constituind ceea ce se numește medicină de precizie. Pe lângă terapiile personalizate, ultimul venit în practica oncologică este imunoterapia oncologică sau imuno-oncologia (Miron *et al.*, 2016). De câțiva ani a intrat în practica clinică curentă administrarea unor medicamente care stimulează răspunsul imun al organismului. De asemenea, abordările loco-regionale prin radioterapie și chirurgie s-au dezvoltat și ele.

Dar chirurgia, chimioterapia și radioterapia reprezintă tot ce se poate face pentru bolnavul oncologic? Sistemul numit organism uman este doar *soma*? Cancerul se dezvoltă doar datorită faptului că apoptoza (moartea programată) a unor celule este abolită? Iar abolirea apoptozei este pur și simplu întâmplătoare? Adică se poate întâmpla cancerul oricui și oriunde? Și cum se explică vindecările „miraculoase”? Și cum se face că unele persoane, suferind de același cancer – melanom malign, spre exemplu – supraviețuiesc altora care au, cu aproximație, aceeași constituție fizică și, tot cu aproximație, același mediu în care trăiesc? Când vorbim despre mediu includem, printre altele, spre exemplu, alimentația, calitatea aerului – adăugând aici fumatul – sau felul în care indivizii din țările dezvoltate ale secolului XXI trăiesc timpul la serviciu sau își petrec timpul liber.

Dacă aportul acestor factori cauzali enumerați mai sus (desigur, foarte puțini în exemplificarea noastră) este bine stabilit în zilele noastre, ce putem spune despre rolul proceselor psihice, despre care înaintașii din medicină de acum 2000 de ani și chiar mai mult erau conștienți și le luau în considerație? Spre exemplu, *Asclepieionul* de la Epidaur (Grecia) era cel mai celebru centru de vindecare din lumea antică, locul în care persoanele bolnave mergeau în speranța de a se vindeca. Pentru a-și găsi leacul potrivit pentru boala lor, își petreceau o noapte în *enkoimitiria*, un spațiu imens pentru dormit (timpul de

așteptare, în care pacienții erau însoțiți de rude, era chiar de două săptămâni). În vis, zeul (Asclepios – Esculap) le dădea pacienților îndrumări pentru a-și recâștiga sănătatea. Putem să spunem că interacțiunea – socializarea, cum am numi-o astăzi – dintre pacienți, are efecte cel mai adesea benefice, așa cum se întâmplă în sălile sau holurile de așteptare ale clinicilor sau cabinetelor medicale de azi, în care pacienții și/ sau aparținătorii își împărtășesc, pe lângă temeri, și așteptări de la medicul curant și, mai ales, succese ale terapiei.

Revenim la întrebarea despre rolul proceselor psihice în dezvoltarea cancerului. Pentru că există nenumărate cărți, chiar manuale de auto-ajutorare care ne arată cum putem evita cancerul nu doar dacă mâncăm ceea ce trebuie sau facem exercițiile fizice potrivite, ci mai ales dacă gândim pozitiv și exteriorizăm ceea ce simțim. Deși unele dintre aceste terapii sunt considerate, nu numai de către unii oncologi, dar chiar de către unii pacienți, escrocherii, ne putem întreba dacă este posibil să modificăm cursul cancerului cu ajutorul stării psihice sau prin atitudinea noastră față de boală. Sau, dacă nu cumva, boala canteroasă a fost inițiată de viața noastră psihică. Și, de asemenea, ne putem întreba dacă nu cumva unele procese psihice declanșate de psihoterapie pot crește *calitatea vieții* bolnavului, aspect foarte important în *supraviețuire*, poate chiar mai important decât durata acestei supraviețuiri.

Aceste întrebări sunt legitime, atâta vreme cât, în istoria medicinei, cancerul a fost frecvent corelat cu stările psihice. Astfel, în secolul al II-lea, Galen observa că femeile deprimate erau mai predispuse să se îmbolnăvească de cancer decât cele vesele, cu un tonus psihic ridicat (Leader și Corfield, 2007). James Paget scria în 1870 că anxietatea profundă, lipsa de speranță și dezamăgirea sunt urmate, în foarte multe cazuri, de apariția și dezvoltarea cancerului (*ibidem*). De asemenea, în 1846, Walter Walshe susținea că „neliniștea sufletească” era

legată în mod evident de boala oncologică și că „punerea la îndoială a realității acestei conexiuni poate părea o luptă împotriva rațiunii” (Walshe, 1846, p. 155).

Stefan Zweig remarcă, referindu-se la schimbările în abordarea bolii și pacientului, schimbări apărute în primele decenii ale secolului al XX-lea: „Acum boala nu mai înseamnă ceva ce i se întâmplă omului întreg, ci ceva care atacă unul dintre organele sale” (Zweig, 1995, p. 8). Această remarcă vrea să sublinieze faptul că, în general, medicina modernă practică încă o abordare dihotomică. Spitalul a devenit ceea ce azi s-ar numi un „mozaic de specialități” (Leader și Corfield, 2007, p. 46), deși, încă din 1954, Michel Foucault definea boala ca „o reacție generală a individului, luat în totalitatea sa psihologică și fiziologică” (Foucault, 1997, p. 14). Afirmările lui Zweig și Foucault sunt în prezent susținute de concluziile unei întâlniri a experților organizate în 2002 de către National Cancer Institute, în Statele Unite ale Americii, care confirmă interacțiunile dintre comportamente, sistemul nervos, sistemul endocrin și sistemul imunitar în starea de boală și în starea de sănătate (McDonald, O’Connell și Lutgendorf, 2013). Această interacțiune complexă este numită *psihoneuroimunologie*, un concept pe care se bazează studiul al doilea din cercetarea empirică a lucrării noastre.

Cercetările în psihoneuroimunologie arată destul de convingător că factorii psihici pot afecta funcționarea imunitară, adică vulnerabilitatea față de bolile imunitare, precum și răspunsul la aceste boli (Leader și Corfield, 2012). Modul în care aceste procese interacționează cu complicata funcționare a sistemului imunitar constituie o arie bogată și potențial revoluționară a cercetării medicale și psihologice, deopotrivă. Dacă se iau în considerație și factorii psihologici, așa cum îndemna Foucault (este interesantă ordinea pe care o propune Foucault: „psihologică și fiziologică”, și nu invers!),

în loc să fie ignorați, probabil că bună parte din misterele funcționării imunitare va putea fi dezvăluită. S-a dovedit în mod științific (în accepția științei occidentale convenționale – *n.n.*) că factorii psihologici sunt prezenți acolo unde mai demult nimeni nu credea că are rost să-i caute (*ibidem*). Este interesantă ciclicitatea concepțiilor de-a lungul timpului! Într-un fel sau altul, ne întoarcem – pe un plan superior al cunoașterii – la *Asclepieionul* antic!

### *Întrebarea principală a cercetării*

Există o butadă în domeniul psihoterapiei, încă de la începuturile ei, de la începutul secolului trecut: „Care este diferența dintre Dumnezeu și un psihanalist? Răspuns: Dumnezeu nu se crede psihanalist.”

Cu toată tentația de a crede că psihoterapia poate vindeca *toate* bolile somatice, inclusiv cancerul, trebuie să-i recunoaștem limitele. Deocamdată. Chiar dacă ne vin la cunoștință vindecări miraculoase, din diverse surse *media*, ba chiar și din literatura din domeniu (de exemplu, Dafinoiu și Vargha, 2008; Watkins și Barabasz, 2011), demersurile raportate încă nu constituie un corp consistent de literatură care să ne îndemne să propunem terapia ca pe o abordare alternativă a cancerului și nu ca pe una complementară. Pe de altă parte, nu toate studiile raportate sunt organizate și desfășurate riguros și, mai ales, multora le lipsește argumentul forte: experimentul randomizat cu grup de control (Miron *et al.*, 2016). Cele mai multe sunt quasiexperimente, cu loturi de conveniență de dimensiuni mici sau foarte mici. Este adevărat că pentru studiile clinice se acceptă și loturi foarte mici, pentru prelucrarea rezultatelor existând instrumente statistice potrivite, dar, atunci când dorim să impunem o metodă la fel de reductibilă cum este, de exemplu, cea a imuno-oncologiei, cea mai actuală abordare medicală a cancerului, cu medicație

țintită, este nevoie de experimente pe măsură și de pacienți dispuși să opteze pentru ceva ce, în percepția socială actuală, este iluzoriu, înaintea unui tratament care este considerat eficient sau cel puțin dătător de speranțe. Nădejdea bolnavilor este tot în halatele albe!

De aceea, ne-am limitat în cercetarea noastră la ceva mult mai rezonabil. Am arătat mai sus cum procesele psihice intervin în declanșarea cancerului. Însă procesele psihice dirijate prin psihoterapie pot, tot la fel de bine să-și aducă o contribuție semnificativă la tratamentul bolnavilor oncologici, prin influențarea sistemului imunitar. Și, în consecință, se poate îmbunătăți calitatea vieții bolnavilor oncologici. Prin urmare, întrebarea principală a cercetării noastre este: *poate fi psihoterapia un element semnificativ al tratamentului bolnavilor oncologici?*

*Posibile probleme/dificultăți care pot apărea pe parcursul realizării cercetării*

Cea mai mare dificultate este cea care ține de colaborarea cu medicii și/sau pacienții. Dintr-o discuție avută cu șeful secției de oncologie și cu o doamnă psiholog de la IRO Iași, a rezultat că parte din pacienți sunt deja incluși în programe susținute și finanțate din străinătate, programe care țin de trendul *imuno-oncologie*. Acești pacienți sunt inaccesibili din start, prin consimțămintele informate pe care ei le-au semnat cu inițiatorii studiilor.

Pe de altă parte, există rezerve din partea pacienților. Împotrivirea pacienților se manifestă de obicei (concluzie rezultată din aceeași convorbire) datorită *încrederii disperate* în medicamente și, în general, în procedurile spitalicești, precum și expectanțelor de însănătoșire „rapidă” pe care acestea ar putea-o produce. Încrederii în remedii adăugăm, dacă nu chiar ar trebui să trecem pe primul loc, încrederea în

medicul curant, așa cum o dovedesc nenumărate studii (Goodwyn, 2018).

*Consecințe științifice și practice ale răspunsului la întrebarea principală a cercetării*

Psihoterapia în momentul de față se pare că joacă încă un rol relativ minor în efortul de recuperare al pacientului oncologic sau a îmbunătățirii calității vieții lui. Este adevărat, în metodologiile terapiei oncologice este inclusă psihooncologia, pentru a oferi sprijin emoțional pacientului și psihoterapie pentru anxietate, depresie, atacuri de panică ori insomnie, dar se pare că folosirea medicației pentru diversele tulburări afective este recomandată cu precădere, fiind agreată în primul rând de pacienți, care au mai multă încredere în medicamente cu efect așteptat imediat decât în beneficiul unor ședințe de psihoterapie. Dintre psihoterapii, agreată de către pacienți este, se pare, abordarea cognitiv-comportamentală (relaxarea și imageria mentală), cercetările indicând modificări semnificative ale funcționării sistemului imunitar și îmbunătățiri ale calității vieții pacienților (de exemplu, Andersen *et al.*, 2007).

Prin această cercetare, doresc să contribui la îmbogățirea cunoașterii științifice în ce privește rolul psihoterapiei în îmbunătățirea calității vieții bolnavilor oncologici.

De asemenea, intenționez să atrag colaborarea unor medici oncologi, dar și a unor psihologi specializați în psihooncologie, pentru a contribui la o schimbare de atitudine în ce privește integrarea psihoterapiei în economia tratamentului oncologic, atât în rândul medicilor, dar mai ales al pacienților. Îmi propun realizarea unui model de abordare a pacientului, în care psihoterapia, atât de grup, cât și individuală, să își găsească loc și rol semnificative.



## Planul tezei

Lucrarea noastră își propune să evidențieze rolul pe care psihoterapia îl poate avea în economia generală a tratamentului bolnavului oncologic. Capitolele teoretice abordează diverse concepte-cheie care susțin partea practică a lucrării.

*În primul capitol* prezentăm succint boala oncologică și conceptele supraviețuire și calitate a vieții bolnavului oncologic, precum și indicatori psihofiziologici ai calității vieții, avuți în vedere în partea de cercetare empirică a lucrării.

*Capitolul al doilea* tratează rolul pe care psihoterapia îl joacă în momentul de față în tratamentul bolnavului oncologic. Acest capitol detaliază psihoterapia de grup, factorii terapeutici și mecanisme de acțiune ale acestora în procesul schimbării în cadrul grupului psihoterapeutic, precum și meditația, ca tehnică de psihoterapie pe care am folosit-o în intervențiile individuale cu pacienți oncologici.

*Capitolul al treilea* prezintă elemente de imunologie și psihoneuroimunologie, concepte dovedite de practică a fi puternic interdependente. Prezentarea acestora este necesară pentru a înlesni înțelegerea abordării psihoterapeutice din partea aplicativă, și anume efectul meditației asupra parametrilor psihofiziologici măsurați, considerați, în general, a fi indicatori ai calității vieții.

*Capitolul al patrulea* prezintă într-o manieră detaliată cercetările pe care le-am desfășurat pentru a descoperi în ce măsură psihoterapia (de grup și individuală) poate deveni un element semnificativ în tratamentul bolnavului oncologic. Ca element de noutate, cel puțin pentru psihoterapia din România, am introdus meditația bazată pe scenariul metaforic *Orbita Microcosmică*, preluată din practica budistă și adaptată într-o formă comprehensibilă pentru orice nivel de educație.

*Capitolul al cincilea* este dedicat discuțiilor și concluziilor izvorâte din demersul științific întreprins. Sunt evidențiate contribuția lucrării la cunoașterea științifică și la practica psihoterapeutică, dar și limitele acestei cercetări.

## **Prezentarea sintetică a capitolelor tezei de doctorat**

# CAPITOLUL I

## **Cancerul și concepte conexe acestuia: supraviețuirea și calitatea vieții bolnavului oncologic**

### **I.1. Cancerul**

#### **I.1.1. Perspective generale și încercări de definire a bolii**

Cancerul este un termen generic ce cuprinde o varietate extrem de largă de boli caracterizate prin alterarea proceselor de creștere și proliferare celulară (Miron *et al.*, 2008, p. 13). La modul cel mai general vorbind, cancerul este definit ca un grup de boli caracterizat de creșterea anarhică, necontrolată a unui anumit tip de celule ce invadează și distrug țesuturile din jur. Aceste celule invadatoare colonizează țesuturi și organe aflate la distanță de tumora primară (Harrington *et al.*, 2005).

#### **I.2. Supraviețuirea bolnavului oncologic**

Această secțiune își propune să abordeze atât definiții ale supraviețuirii, cât și aspecte bio-psiho-sociale legate de acest concept: identitatea supraviețuitorilor, aspecte de ordin psihosomatic și socio-profesional ale supraviețuirii, efectele psihosomatice ale bolii și tratamentului, suportul social perceput.

O atenție aparte acordăm cancerului ca traumă și, în acest context, sindromului de stres posttraumatic, dar și dezvoltării posttraumatice a bolnavilor oncologici și mecanismului acestei schimbări.

### **I.3. Calitatea vieții bolnavilor oncologici**

Această secțiune își propune să aducă la cunoștința cititorului încercările de operaționalizare a calității vieții, precum și relația acesteia cu starea de sănătate, insistând pe perspectiva subiectivă, a bolnavului, asupra acesteia, conform modelului Testa și Simonson, 1996.

De asemenea, secțiunea tratează indicatori psihologici și fiziologici ai calității vieții bolnavilor oncologici.

#### **Indicatorii psihologici** abordați în cercetarea noastră:

- Dezvoltarea personală și sensul vieții
- Disperarea existențială
- Anxietatea
- Percepția bolii
- Dorința sexuală

#### **Indicatori fiziologici:**

- Concentrația de cortizol seric
- Reacția electrodermală ca indicator al anxietății/relaxării
- Temperatura membrelor superioare ca indicator al circulației sangvine periferice
- Saturația de oxigen din sânge ca indicator al funcției respiratorii
- Tensiunea arterială ca indicator al stării generale de sănătate

## CAPITOLUL II

### **Rolul psihoterapiei în tratamentul bolnavului oncologic. Abordare teoretică**

#### **II.1. Psihoterapia în tratamentul bolnavilor oncologici**

Secțiunea abordează aspecte de ordin istoric ale psihoterapiei în abordarea cancerului și relația cancerului cu procesele psihice, în lumina cercetărilor din ultimele decenii, evidențiind ideea că stările afective și procesele psihice, în general, afectează în mod semnificativ sănătatea somatică, dar și întrebarea care apare firesc: Nu cumva mintea și corpul comunică în ambele sensuri, legătura fiind biunivocă?

#### **II.2. Locul și rolul psihoterapiei în tratamentul oncologic la momentul actual**

Secțiunea prezintă abordările psihoterapeutice ale momentului, în lumina clasificării lui Cunningham, din 1995.

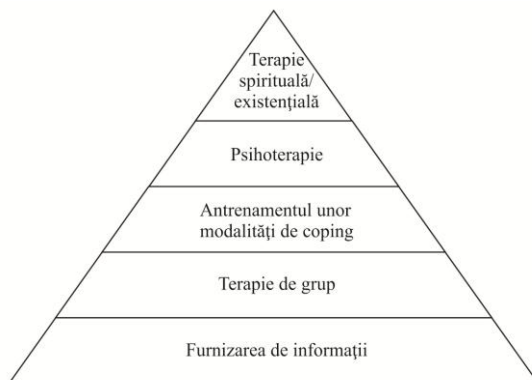


Figura 2.1 Clasificarea intervențiilor psihoterapeutice, după Cunningham, 1995

### II.3. Psihoterapia de grup și dezvoltarea personală a supraviețuitorilor de cancer

Secțiunea prezintă într-o manieră extinsă factorii terapeutici precizați de Yalom *et al.* (2013) încă din deceniul al optulea al secolului trecut: 1) Inocularea speranței; 2) Universalitatea; 3) Transmiterea informațiilor; 4) Altruismul; 5) Recapitularea corectivă a grupului familial primar; 6) Dezvoltarea tehnicilor de socializare; 7) Comportamentul imitativ; 8) Învățarea interpersonală; 9) Coeziunea grupului; 10) Catharsisul; 11) Factorii existențiali.

Precizăm că *factorii existențiali* prezentați de Yalom compun un instrument de evaluare a ceea ce am numit noi *disperare existențială*, concept împrumutat din filosofia existențialistă a lui J.P. Sartre, care dă seama de conștientizarea faptului că suntem singurii responsabili de propria noastră viață, de propriul nostru destin.

*Ritualul* este un aspect pe care l-am introdus în cercetarea empirică a lucrării noastre și pe care îl prezentăm în această secțiune în lumina studiilor lui Erik Goodwyn (2018) și a lui Patrik McNamara (2009). Prezentăm, de asemenea, mecanismul prin care ritualul produce schimbare/vindecare, precum și elementele de ritual pe care le-am introdus în psihoterapia de grup.

De asemenea, secțiunea prezintă succint istoria grupului de psihoterapie și o propunere de obiective ale grupului de terapie suportiv-expresivă, formă de organizare pe care am abordat-o în cercetarea empirică a lucrării.

Utilității terapiei de grup acordăm un spațiu important, studiind impactul intervențiilor de acest gen în lumina cercetărilor lui Kivlighan *et al.* (1996), care evidențiază comportamentul terapeutului și climatul de grup, ca elemente componente ale factorului terapeutic *Relațiile și climatul în grup*.

Secțiunea se încheie cu o concluzie: cercetările evidențiază creșterea intervalului de supraviețuire la pacientele care au frecventat grupurile de terapie suportiv-expresivă, dar și a calității vieții acestora (Classen *et al.*, 2001).

#### **II.4. Meditația, ca metodă psihoterapeutică individuală**

Secțiunea prezintă o seamă de definiții și clasificări ale meditației, în lumina cercetărilor științifice occidentale actuale, dar și mecanismele de acțiune (în special în ce privește reglarea emoțiilor) ale acestui tip de exercițiu de imaginație.

O atenție aparte acordăm meditației qigong bazată pe scenariul metaforic „Orbita Microcosmică”, preluată din practica tibetană, adaptată de noi pentru intervenția terapeutică individuală din studiile empirice ale lucrării noastre.

Prezentăm, de asemenea, relația meditației cu sănătatea și, îndeosebi, rolul pe care această intervenție îl poate avea în abordarea cancerului, ca metodă complementară de tratament.

De asemenea, în această secțiune prezentăm rezultatele unei **analize sistematice** ale literaturii de specialitate în ce privește efectele psihofiziologice ale meditației qigong.

Cercetarea noastră a analizat studiile din 10 baze de date internaționale, descoperind opt lucrări care evidențiază efecte psihofiziologice notabile ale acestui tip de intervenție psihoterapeutică.

*Notă: Această analiză sistematică a literaturii a fost publicată în Buletinul de Psihiatrie Integrativă nr. 2/2019.*

#### **II.5. Ritualul și efectul placebo în psihoterapia individuală**

Încheiem capitolul dedicat psihoterapiei și rolului acesteia în tratamentul bolnavului oncologic cu un aspect tot mai mult luat în seamă și studiat în ultimele decenii: efectul placebo, pe care noi l-am detaliat atât în ce privește credințele pacienților, cât și în ce privește credințele terapeuților.



## CAPITOLUL III

### Elemente de imunologie și psihoneuroimunologie

Am considerat necesară, pentru înțelegerea mai bună a obiectivelor și demersurilor cercetării noastre empirice, prezentarea succintă a unor elemente de imunologie. De mare importanță ni s-a părut prezentarea, chiar și într-o foarte mică măsură, a conceptului *psihoneuroimunologie* (PNI), concept care este intens studiat cu precădere din anii '70 ai secolului trecut, deși precursori ai cercetării găsim mai devreme, la Walter Cannon, Gr.T. Popa și Hans Selye, chiar în prima jumătate a sec. XX.

În Studiul 2 din partea aplicativă a lucrării noastre, intervenția terapeutică pe care o propunem (exercițiul de meditație) are rolul de a reechilibra și întări sistemul imunitar (funcționarea optimă a întregului organism), prin adresarea diadei minte-corp în întregul ei, adică *în lumina unei abordări psihoneuroimunologice* a bolii.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rolul psihoterapiei în tratamentul bolnavului oncologic. Cercetare empirică**

#### **IV.1. Studiu preliminar exploratoriu privind temele principale în discursul bolnavilor oncologici**

**Obiectivul studiului.** Ne-am propus să descoperim temele recurente principale ale discursului bolnavilor oncologici, pentru a putea să stabilim obiectivele pentru cercetarea ulterioară, cercetare care își propune ca scop investigarea măsurii în care psihoterapia, de grup și individuală, poate deveni un element semnificativ în tratamentul acestora și în îmbunătățirea calității vieții lor, în general.

La studiu au participat 26 de supraviețuitoare de cancer mamar, cu vârste cuprinse între 41 și 73 ani.

Pentru atingerea obiectivului cercetării, am procedat la interviuarea participantelor, folosind întrebări bazate pe cercetările ce vizează psihoterapia existențială, efectuate de Irvin Yalom în anii '70 ai secolului trecut (Yalom, 2010).

Informațiile acestui instrument au fost completate cu cele ale unui chestionar cu 18 itemi care își propune să descopere care sunt principalele cauze ale bolii, percepute de participante (Anexa B2).

**Rezultate.** Studiul exploratoriu a decelat câteva teme cu recurență semnificativă în discursul participantelor: moarte, sensul vieții, stres, imunitate scăzută, anxietate.

Aceste teme au devenit obiective pe care le-am abordat în psihoterapia de grup și în psihoterapia individuală pe care le-am desfășurat cu supraviețuitoare de cancer din România.

Astfel, temele *moarte* și *sens al vieții* le-am avut în vedere în abordarea de grup a psihoterapiei, iar *imunitatea* și *anxietatea* le-am abordat în psihoterapia individuală, prin studiul pe care l-am întreprins asupra efectelor psihofiziologice ale meditației la supraviețuitoare de cancer mamar.

## IV.2. STUDIUL 1

### **Rolul psihoterapiei de grup în procesul de dezvoltare personală a supraviețuitoarelor de cancer mamar**

#### **Preliminarii**

Prin dezvoltare personală înțelegem câștigul pe care supraviețitorii de cancer îl realizează în ceea ce privește vigoarea fizică, interacțiunile sociale, imaginea de sine, autoeficacitatea, valorizarea vieții, prioritizarea valorilor, spiritualitatea și relația cu Dumnezeu (Kornblith, 2003; Shapiro *et al.*, 2001). Aceste dimensiuni ale dezvoltării personale au fost operaționalizate de Irvin Yalom în Chestionarul privind dezvoltarea personală, în 1981 (Yalom, 2010). Acestor dimensiuni li se adaugă percepția bolii, apreciată mai puțin catastrofală, ca urmare a participării la psihoterapia de grup (Yalom, 2010).

Subscrisă conceptului de dezvoltare personală, avem în vedere anxietatea de moarte, precum și credințele legate de moarte și problemele fundamentale ale vieții, exprimate în cercetarea noastră prin sintagma *disperare existențială*, împrumutată din abordarea filosofică a lui Sartre și materializate printr-un instrument format din cinci itemi, care constituie, de fapt, o subscală (a factorilor existențiali) din instrumentul Q-sort creat de Yalom *et al.* în 1970 (Yalom, 2013).

## IV.2.1. STUDIUL 1a

### **Studiu-pilot privind rolul psihoterapiei de grup în procesul de dezvoltare personală la supraviețuitoare de cancer mamar**

**Obiectivul cercetării:** să descopere în ce măsură poate psihoterapia de grup să devină un element semnificativ al tratamentului bolnavilor oncologici (supraviețuitoare de cancer mamar) în sensul dezvoltării personale a acestora.

Obiectivul secundar al acestui studiu-pilot este de a descoperi în ce măsură unele variabile demografice și psihologice pot fi predictorii ai dezvoltării personale a participantelor la studiu.

Studiul s-a desfășurat cu două loturi, un lot experimental (N=24) și un lot de control (N=23), ambele loturi fiind compuse din supraviețuitoare de cancer mamar, membre ale unor asociații ale bolnavilor de cancer din România (județele Bacău, Bistrița-Năsăud și Satu Mare). Vârsta participantelor variază între 41 și 72 de ani în lotul experimental (M=60,88; SD=8,18) și între 33 și 74 de ani în lotul de control (M=52,52; SD=10,99).

#### **Procedura**

*Faza întâi (cu participanții din ambele loturi)*

După acordul exprimat prin semnarea consimțământului informat, participantele la cercetare au fost rugate să completeze un set de chestionare. Acest set cuprinde:

- Chestionar Date demografice (acesta cuprinde și întrebări legate de istoricul bolii)
- Chestionarul Percepția bolii
- Chestionarul Dezvoltare personală

- Chestionarul Suportul social
- Chestionarul Personalitate

*Notă:* Participantele din lotul de control au completat consimțământul informat și cele cinci chestionare în absența cercetătorului și le-au trimis prin poștă.

Cu lotul experimental s-a desfășurat prima ședință de dezvoltare personală (detalii în Anexa ...).

#### *Faza a doua*

Cu lotul experimental, s-au desfășurat încă șapte întâlniri lunare (lotul experimental a fost grupat în două grupuri de dezvoltare personală).

#### *Faza a treia*

La opt luni după prima întâlnire, participantele din ambele loturi au completat din nou chestionarele de percepție a bolii, de calitate a vieții, suportul social și de dezvoltare personală.

#### *Faza a patra*

După încă patru luni, participantele au completat din nou cele patru chestionare.

**Rezultate.** Din analiza datelor cercetării a rezultat situația prezentată în Tabelul 4.2 și Tabelul 4.3. din lucrarea *in extenso*.

Studiul nostru evidențiază rolul semnificativ al psihoterapiei de grup în tratamentul bolnavului oncologic. În urma terapiei, nivelul dezvoltării personale a participantelor din lotul experimental, supraviețuitoare de cancer mamar, a crescut semnificativ, ceea ce confirmă rezultatele obținute de Yalom și ceilalți cercetători.

De asemenea, percepția bolii are o evoluție semnificativă în lotul experimental, în sensul că este percepută ca fiind mai puțin amenințătoare după opt întâlniri, percepție menținută și patru luni mai târziu.

Nu același lucru se poate spune despre participantele din lotul de control, a căror evoluție pozitivă în ce privește percepția bolii este nesemnificativă. Mai mult, între 8 luni și 12 luni de la începerea terapiei, percepția se înrăutățește. Acest lucru poate fi pus pe seama faptului că, fără un sprijin exterior, așa cum îl oferă grupul de terapie, sentimentul de control personal asupra bolii scade. De asemenea, îngrijorarea cu privire la boală a crescut, din cauza înrăutățirii condiției medicale (au apărut unele complicații).

În ce privește ipoteza care afirmă că vârsta, mediul de proveniență, nivelul studiilor, percepția bolii, suportul social și personalitatea pot fi predictorii pentru dezvoltarea personală a participantelor la cercetare, constatăm că, dintre toate variabilele selectate, doar *vârsta* și *suportul social* compun cel mai bun model de explicare a nivelului de dezvoltare personală a participantelor la studiu, atât la momentul 2 (la 8 luni de la începerea cercetării), cât și la momentul 3 (la 12 luni de la începerea cercetării) (rezultatele obținute arată că scorurile la *vârsta* și *suportul social* influențează nivelul de dezvoltare personală în proporție de 28.3%). O explicație ar putea fi dezvoltarea abilităților sociale ale participantelor din lotul experimental, învățarea unei mai bune comunicări emoționale, lucru care a dus la schimbări în bine și în anturajul lor (prin efect Pygmalion – profeții care se autoîmplinesc), astfel că suportul social perceput are scoruri mai ridicate în urma terapiei. Percepția bolii, nivelul studiilor, mediul de proveniență și trăsăturile de personalitate nu prezintă relevanță pentru dezvoltarea personală în cazul lotului-pilot studiat, aspect pe care îl găsim evidențiat și în unele studii anterioare (de exemplu, Yalom și Leszcz, 2013). Prin urmare, în studiile următoare nu vom lua în considerație aceste variabile.

### *Concluzii*

Rezultatele cercetării indică un puternic aport al psihoterapiei de grup în tratamentul bolnavului oncologic, în sensul creșterii calității vieții, exprimate prin dezvoltarea personală și prin percepția bolii. Studiile ulterioare ar trebui să ia în considerație și alte aspecte care țin de dezvoltarea personală, cum sunt gestionarea anxietății sau atitudinea în fața vieții și a morții, aspecte de ordin existențial care suferă modificări prin trauma bolii, dar și prin procesele psihice care intervin în timpul „revenirii la viață”, de fapt, la o nouă viață.

### *Limite ale cercetării*

Loturile sunt de conveniență („de comoditate”, cf. Stan, 2016). Nu este un studiu randomizat, iar loturile nu au o echivalență bună.

Este posibil ca dezirabilitatea socială a răspunsurilor, precum și dorința sinceră a participantelor de a „ajuta” un doctorand ca „să facă o lucrare bună” să fi influențat răspunsurile autoraportate în instrumentele folosite.



## **IV.2.2. Studiul 1b**

### **Rolul psihoterapiei de grup în procesul de dezvoltare personală la supraviețuitoare de cancer mamar.**

#### **Studiu comparativ**

**Obiectivul cercetării** este să descopere în ce măsură poate psihoterapia de grup să devină un element semnificativ al tratamentului bolnavilor oncologici (supraviețuitoare de cancer mamar), în sensul dezvoltării personale a acestora.

Conceptul dezvoltare personală avut în vedere în acest studiu este operaționalizat de Yalom *et al.* (1981). Acestei perspective a conceptului de dezvoltare personală, adăugăm dimensiunile *percepția bolii, anxietatea de moarte și disperarea existențială.*

Studiul s-a desfășurat cu două loturi, un lot experimental (N=64) și un lot de control (N=57), ambele loturi fiind compuse din supraviețuitoare de cancer mamar, membre ale unor asociații ale bolnavilor de cancer din România (județele Vaslui, Bacău, Bistrița-Năsăud, Timiș și Satu Mare).

Vârsta participantelor variază între 36 și 72 de ani în lotul experimental (M=60,01; SD=8,58) și între 39 și 74 de ani în lotul de control (M=58,61; SD=7,99).

**Procedura** este identică cu cea desfășurată în studiul-pilot, cu deosebirea că la instrumentele folosite se mai adaugă două: Chestionarul Disperare existențială și Scala Templer Anxietate de Moarte. De asemenea, participantele din lotul experimental au completat, în plus, la 8 luni și la 12 luni de la începerea cercetării, Scala Utilității Terapiei de Grup.

## Rezultate

Din analiza datelor cercetării a rezultat situația prezentată în Tabelul 4.4 și Tabelul 4.5. din lucrarea *in extenso*.

În ce privește *dezvoltarea personală*, studiul evidențiază rolul semnificativ al psihoterapiei de grup în tratamentul bolnavului oncologic. În urma terapiei, nivelul dezvoltării personale a participantelor din lotul experimental, supraviețuitoare de cancer mamar, a crescut semnificativ, ceea ce confirmă rezultatele obținute de studiile anterioare citate, precum și rezultatele studiului-pilot pe care l-am desfășurat anterior.

De asemenea, nivelul dezvoltării personale *a scăzut*, la lotul de control, ne semnificativ între momentele m1 (pretest) și m2 (posttest 1) și semnificativ între momentele m2 (posttest 1) și m3 (posttest 2) ale cercetării (magnitudinea diferenței între aceste ultime două momente fiind destul de importantă:  $r=0,420$ ).

Remarcăm diferențe semnificative între cele două loturi în ce privește dezvoltarea personală, atât la opt luni de la începerea cercetării (magnitudinea diferenței între medii este foarte mare,  $d=1,57$ ), cât și la încheierea cercetării, după 12 luni ( $d=1,83$ ).

Prin urmare, psihoterapia de grup are un efect foarte mare asupra dezvoltării personale a participantelor la terapie.

*Percepția bolii* are o evoluție semnificativă în lotul experimental, în sensul că este percepută ca fiind mai puțin amenințătoare după opt întâlniri, percepție menținută și patru luni mai târziu.

Cât privește participantele din lotul de control, evoluția percepției bolii este negativă și semnificativă.

*Anxietatea de moarte* are o scădere semnificativă în lotul experimental, după opt întâlniri și se menține scăzută și patru

luni mai târziu (mărimea efectului terapiei după 12 luni este  $r=0,696$  – un efect puternic)

Între cele două loturi există diferențe semnificative în ce privește anxietatea de moarte, atât la 8 luni de la începerea cercetării.

*Disperarea existențială* are o scădere semnificativă în lotul experimental, după opt întâlniri și se menține scăzută și patru luni mai târziu (mărimea efectului terapiei după 12 luni este  $r=0,781$  – un efect puternic).

Între cele două loturi există diferențe în ce privește disperarea existențială, atât la 8 luni de la începerea cercetării ( $d=0,691$ , o magnitudine medie a diferenței), cât și la 12 luni după acest moment ( $d=0,783$ , o magnitudine medie spre puternică).

### *Concluzii*

Acest studiu și-a îndeplinit obiectivul. Rezultatele cercetării indică un puternic aport al psihoterapiei de grup în tratamentul bolnavului oncologic, în sensul creșterii calității vieții, exprimate prin dezvoltarea personală, percepția bolii, anxietatea de moarte și disperarea existențială.

### *Limite ale cercetării*

Loturile sunt de conveniență. Nu este un studiu randomizat, iar loturile nu au o echivalență bună.

Dezirabilitatea socială a răspunsurilor, și în acest studiu, este posibil să fi influențat răspunsurile autoraportate în instrumentele folosite.

### IV.2.3. Studiul 1c

## **Ritualul, factor terapeutic al psihoterapiei de grup în procesul de dezvoltare personală la supraviețuitoare de cancer mamar**

**Obiectivul cercetării** este să descopere în ce măsură ritualul este un element semnificativ al psihoterapiei de grup care are ca scop dezvoltarea personală a bolnavilor oncologici (supraviețuitoare de cancer mamar).

Participantele la studiu sunt supraviețuitoare de cancer mamar, membre ale unor asociații ale bolnavilor de cancer din România (Bacău și Bistrița-Năsăud).

Participantele sunt repartizate în două loturi cu care s-a desfășurat terapie de grup. Cu un lot, întâlnirile au inclus un anumit ritual (Anexa D) (lot experimental, N=33, cu ritual prezent). Celălalt lot nu a beneficiat de ritual (lot de control, N=31, cu ritual absent)

Vârsta participantelor din lotul de control variază între 36 și 72 ani (M=58,77 ; SD=9,20), iar vârsta participantelor din lotul experimental variază între 40 și 72 de ani (M=61,18 ; SD=7,91).

#### **Procedura**

Cercetarea, practic, vizează rezultatele obținute de participantele la psihoterapia de grup organizată în Studiul 1b. Prin urmare, etapele cercetării din acest studiu sunt identice cu cele din Studiul 1b.

#### **Rezultate**

Rezultatele analizei datelor cercetării sunt prezentate în Tabelul 4.6. din lucrarea *in extenso*.

În ce privește *dezvoltarea personală*, studiul evidențiază rolul semnificativ al ritualului în psihoterapia de grup, ca parte a tratamentului bolnavului oncologic. Rezultatele *sprijină* ipoteza că lotul cu ritual prezent are o dezvoltare personală mai bună decât a lotului fără ritual, după opt luni de psihoterapie de grup.

Referitor la *percepția bolii*, ritualul nu poate fi considerat un factor care să aibă un efect semnificativ. Influența lui este foarte slabă (d Cohen are valori mul sub 0,50) și fără semnificație practică. Probabil că boala a însemnat o preocupare mai puțin intensă, chiar și pentru participantele din lotul cu ritual, interesul acestora fiind orientat spre relaționarea cu grupul (aspect confirmat de studiul următor, referitor la utilitatea psihoterapiei de grup) și la împlinirea unor nevoi de sens al vieții (magnitudinea diferenței față de lotul fără ritual în ce privește dezvoltarea personală este una importantă:  $d=631$ ).

În ce privește *anxietatea de moarte*, rezultatele *nu* *sprijină* ipoteza că lotul cu ritual prezent are o anxietate de moarte mai mică decât a lotului fără ritual, după opt luni de psihoterapie de grup. Aceeași situație o întâlnim și la patru luni de la încheierea terapiei: valorile lui  $t(62) = 1.916$  și ale pragului de semnificație  $p=0.060$  ( $p>0.05$ ), ne îndeamnă să apreciem că nu există diferențe semnificative între anxietatea de moarte a participantelor din lotul cu ritual și anxietatea de moarte a celor din lotul fără ritual. Analiza datelor indică o mărime a efectului ritualului la momentul m3 d (Cohen) = 0.479. Este un efect slab, aproape de mediu (pragul este 0,50) și, *conform convențiilor*, nesemnificativ statistic ( $p = 0.06$ ). Vom susține, totuși, că efectul ritualului asupra anxietății de moarte este destul de important (aproape mediu:  $d=0,479$ ) în cazul acestei cercetări și are semnificație practică.

În ce privește *disperarea existențială*, analiza rezultatelor relevă faptul că lotul cu ritual prezent are o disperare

existențială mai mică decât a lotului fără ritual, după opt luni de psihoterapie de grup. Efectul ritualului este unul mediu spre puternic:  $d = 0.696$ . Aceeași situație o întâlnim după patru luni de la încheierea psihoterapiei de grup. Efectul ritualului este unul puternic:  $d = 0.962$ .

### *Concluzii*

Rezultatele cercetării indică un puternic aport al ritualului în cadrul psihoterapiei de grup, pentru creșterea calității vieții, exprimate prin dezvoltarea personală, anxietatea de moarte și disperarea existențială.

*Percepția bolii* nu înregistrează o îmbunătățire ca urmare a introducerii unui ritual în psihoterapia de grup.

### *Limite ale cercetării*

Loturile sunt de conveniență. Nu este un studiu randomizat, iar loturile nu au o echivalență bună.

## IV.2.4. Studiul 1d

### **Impactul perceput al factorilor terapeutici în procesul de dezvoltare personală la supraviețuitoare de cancer mamar**

**Obiectivul cercetării.** Cercetarea este un non-experiment care își propune să evidențieze impactul perceput al factorilor terapeutici din psihoterapia de grup, de către participantele la această formă de psihoterapie.

Studiul s-a desfășurat cu participantele din lotul experimental al Studiului 1b din această cercetare. La încheierea psihoterapiei de grup (desfășurată în opt întâlniri lunare) și la patru luni după acest moment, participantele din lotul experimental au completat, pe lângă setul de chestionare corespunzător studiului 1b, și chestionarul Scala Utilității Terapiei de Grup.

Lotul este compus din 64 de participante. Vârsta participantelor variază între 36 și 72 de ani ( $M=60,01$ ;  $SD=8,58$ ).

#### **Rezultate**

Tabelul 4.7 din lucrarea *in extenso* prezintă sintetic rezultatele obținute în urma analizei datelor cercetării.

Impactul cel mai puternic l-a avut factorul 2 (*Relațiile și climatul în grup*), cu o pondere în preferințe de 78,57 la încheierea terapiei (după opt luni de întâlniri de grup) și de 83,29, la patru luni după ce grupul nu s-a mai întâlnit. În ambele momente, factorul este supraestimat față de valorile așteptate. Se poate afirma că grupul de psihoterapie din cercetarea noastră a realizat o bună coeziune de grup.

Ca o constatare de ordin calitativ, participantele la terapia de grup au înregistrat progrese atât în a-și exprima emoțiile și în a se autodezvălui, cât și în scăderea reactivității emoționale, având mai multă răbdare unele cu altele și fiind dispuse să se asculte una pe alta și să se accepte. De asemenea, un aspect important îl constituie faptul că unele dintre participante au declarat că reușesc să nu-i mai judece pe alții, ci să încerce să-i înțeleagă.

### *Concluzii*

Factorul terapeutic cu cel mai mare impact îl reprezintă *Relațiile și climatul în grup*, care dau mărturie despre coeziunea grupului, dar și de *nevoia* de apartenență a participantelor la un grup care le oferă securitate și identitate. „Sunt Maria cea mărinimoasă și fac parte din grupul Albinușelor” – sună infantil, dar această exprimare conține și produce sentimente puternice de control personal și de stimă de sine, sentimente care, să nu uităm, odată trăite, dau sentimentul că viața are sens. Nevoile de autoeficacitate și de stimă de sine sunt nevoi de sens, alături de nevoia de scop și de confirmare/validare socială a valorii scopului. Stima de sine este puternic influențată de climatul de grup și de rolul individului în cadrul grupului coeziv. Consecința acestei influențe este un comportament social adaptativ în afara grupului, în viața de toate zilele (Yalom și Leszcz, 2013).

### *Limite ale cercetării*

Studiul nu a cercetat și alte dimensiuni, cum ar fi stima de sine, autoeficacitatea și mecanismele de coping, pentru a oferi un argument mai bine fondat cantitativ pentru utilitatea psihoterapiei de grup. Studii ulterioare ar trebui să ia în considerație și astfel de variabile.



## IV.3. STUDIUL 2

### **Meditația ca tehnică de psihoterapie individuală în tratamentul bolnavului oncologic**

#### **Preliminarii**

În medicina occidentală, nu cu mult timp în urmă, ca să spui despre un doctor că este interesat de medicina complementară, nu era deloc un compliment. Medicina și farmacologia au avansat atât de mult, încât s-a ajuns la credința că acestea pot vindeca totul. Modelul bolii acute, care pune accentul pe diagnostic, tratament bine definit și pe vindecare funcționează în multe situații, dar principalele boli – bolile de inimă, accidentul vascular cerebral și cancerul – sunt mai degrabă cronice și progresive decât acute și curabile. Aplicarea unui tratament bine definit, cu rezultate uneori incerte sau deseori cu efecte secundare neconfortabile, îi nemulțumește atât pe pacienți, cât și pe medici. De aceea, foarte mulți pacienți se orientează spre alte modalități și locuri în care suferința poate fi ușurată și pot căpăta alinare.

Medicina complementară este un astfel de loc. Terapiile complementare/alternative și-au dovedit utilitatea în ultimul deceniu (Leung *et al.*, 2016). Prin încorporarea diferitelor practici, cum ar fi cele de meditație, într-un protocol psihoterapeutic specific, se poate ajunge la rezultate pozitive.

În cercetarea noastră, am utilizat meditația, ca tehnică psihoterapeutică individuală în tratamentul unui grup de supraviețuitoare de cancer din România, și anume, meditația qigong bazată pe scenariul metaforic „*Orbita Microcosmică*”, o practică axată pe atenție. Aceasta implică o concentrare asupra unui anumit obiect al meditației, excluzând toate celelalte experiențe.

### **IV.3.1. Studiul 2a**

#### **Efecte psihofiziologice ale meditației la supraviețuitoare de cancer mamar**

Studiul reprezintă un cvasiexperiment fără grup de control, cu pretest și dublu posttest. Participarea la studiu este voluntară. Participantele (N=31) sunt membre ale unei asociații a bolnavelor de cancer (supraviețuitoare de cancer mamar) din România.

##### **Obiectivul cercetării**

Obiectivul cercetării este de a descoperi în ce măsură meditația, ca metodă psihoterapeutică, îmbunătățește calitatea vieții supraviețuitoarelor de cancer mamar.

În acest studiu, calitatea vieții este operaționalizată prin câțiva parametri psihofiziologici, preconizați a fi îmbunătățiți de intervenția terapeutică.

În ce privește efectele psihologice, studiul urmărește în ce măsură anxietatea, percepția bolii și dorința sexuală (în context diadic) se modifică în timp, ca urmare a practicării meditației.

Efectele fiziologice evaluate sunt:

- nivelul cortizolului seric, ca indicator al nivelului de stres care afectează funcționarea sistemului imunitar
- reacția electrodermală, ca indicator al nivelului de relaxare mentală, cu răsunet în dezactivarea/diminuarea reacției în arcul HPA (hipotalamus – glanda pituitară – glandele adrenale)
- temperatura extremităților (a palmelor), ca indicator al circulației sangvine periferice

- saturația de oxigen din sânge, ca indicator al capacității plămânilor de a asigura oxigenul necesar funcționării normale a organismului
- tensiunea arterială ca indicator al stării generale de sănătate

## **Procedura**

*Desfășurarea cercetării*

**Faza întâi** (aproximativ 60 minute)

După acordul exprimat prin semnarea consimțământului informat, participantei la cercetare i s-a explicat în detaliu scopul cercetării și modul de desfășurare a acesteia, apoi a fost invitată să completeze un set de chestionare. Acest set cuprinde:

1. *Chestionar inițial* (Anexa B12) care vizează variabile independente de tip placebo: încrederea în psihoterapeut și încrederea în intervenția psihoterapeutică (exercițiul de meditație ghidată) în ceea ce privește îmbunătățirea parametrilor mășurați (variabilele dependente).

*Notă:* variabilele de tip placebo vor fi folosite în studiul 2b.

2. Chestionar percepția bolii
3. Chestionarul de anxietate STAI-1
4. Chestionarul *Sexual Desire Inventory*

După completarea acestor chestionare, participantei i s-a explicat metoda meditației și concepția care stă la baza ei. De asemenea, cercetătorul i-a indicat punctele și zonele de pe corp asupra cărora participa urmează să-și concentreze atenția pe timpul meditației. I s-a explicat modul de funcționare a aparatului de măsurare a parametrilor fiziologici.

Timpe de completare a chestionarelor: aproximativ 20 minute.

În continuare, cercetarea se desfășoară timp de 40 minute, parcurgând fluxul prezentat în Figura 4.2. În Figura 4.3 este prezentată o participantă pe timpul exercițiului de meditație.

### ***Faza a doua***

După o lună de practicare a exercițiului de meditație, participantele au completat din nou chestionarele de anxietate, de percepția bolii și de dorință sexuală și li s-au măsurat din nou cei opt parametri fiziologici pe timpul executării exercițiului de meditație, conform fluxului prezentat la faza I, mai puțin prescrierea practicării meditației. Activitățile s-au desfășurat individual, cu fiecare participantă, conform programării.

### ***Faza a treia***

După trei luni de la sistarea practicării exercițiului de meditație (după patru luni de la începerea cercetării), participantele au completat din nou chestionarele de anxietate, de percepția bolii și de dorință sexuală și li s-au măsurat din nou cei opt parametri fiziologici pe timpul executării exercițiului de meditație, conform fluxului prezentat la faza I, mai puțin prescrierea practicării meditației. Activitățile s-au desfășurat individual, cu fiecare participantă, conform programării.



Figura 4.2 Fluxul desfășurării exercițiului de meditație



Figura 4.3 Participantă la cercetare pe timpul exercițiului de meditație

## Rezultate

Din analiza datelor cercetării a rezultat situația prezentată în Tabelul 4.8. din lucrarea *in extenso*. Evidențiem câteva rezultate.

Astfel, nivelul cortizolului seric a scăzut semnificativ, ceea ce indică o tendință de funcționare normală a sistemului imunitar, prin reducerea intensității proceselor inflamatorii cronice.

Concentrația de oxigen din sângele periferic a crescut, ceea ce indică o predominanță a activității parasimpatice, care induce o relaxare a vaselor sangvine periferice și, deci, o dilatare a lor.

Reacția electrodermală (RED), evidențiată în cercetarea noastră prin rezistența electrică a pielii, este un indice psihofiziologic care reflectă schimbările activităților sistemului nervos autonom simpatic ce sunt asimilate cu stările emoționale și cognitive. Creșterea valorii acestui parametru în cercetarea noastră a pus în evidență scăderea semnificativă a activității componente simpatice a sistemului nervos autonom ca urmare a practicării meditației.

Parametrul termic (temperatura palmelor) suplimentează informațiile referitoare la reechilibrarea neurovegetativă, prin predominanța activității parasimpatice.

Tensiunea arterială a scăzut către intervalul corespunzător prehipertensiunii, de la valori care se situau înainte de intervenție în intervalul de hipertensiune – stadiul 1. De notat că toate participantele urmează un tratament pentru hipertensiune, pe care nu l-au sistat pe timpul practicării exercițiului de meditație. De remarcat faptul că trei participante au schimbat schema de tratament după intervenție, în sensul reducerii medicației pentru hipertensiune.

În ceea ce privește reducerea anxietății, cercetările anterioare arată că meditația poate regla emoțiile prin întărirea

mecanismelor de control cognitiv de sus în jos (top-down) al amigdalelor cerebrale (Brandmeyer *et al.*, 2019). Prin urmare, rezultatul este un nivel mai scăzut de cortizol și norepinefrină, reducându-se anxietatea și îmbunătățindu-se răspunsul sistemului imunitar (Esterling *et al.*, 1992; Antoni *et al.*, 2006).

În ce privește dorința sexuală, aceasta a înregistrat o creștere puternică în luna de practicare a meditației, creștere care s-a menținut la valori ridicate și după trei luni de la sistarea practicării exercițiului de meditație.

#### *Limite ale studiului*

Principala limită a acestui studiu este lipsa lotului de control. Costul relativ ridicat al analizelor medicale (analiza concentrației de cortizol seric) care trebuie efectuate de trei ori a limitat cercetarea doar la un design cvasiexperimental cu trei măsurători repetate (una pretest și două posttest).



## IV.3.2. Studiul 2b

### Efectul placebo asupra calității vieții În psihoterapia prin meditație

**Obiectivul cercetării** este de a determina dacă și în ce măsură credințele pacienților legate de terapeut și de remediu pot influența parametri psihofiziologici indicatori ai calității vieții în relație cu sănătatea.

La cercetare au participat 31 de supraviețuitoare de cancer mamar, diferite în ceea ce privește timpul scurs de la intervențiile chirurgicale (toate participantele au suferit mastectomii totale sau parțiale/ sectoriale), cu medicație diversă de menținere. Niciuna dintre ele nu a urmat, pe timpul cercetării, tratament chimio- sau radioterapic. În fapt, participantele sunt aceleași de la studiul 2a, cărora li s-au evaluat parametri psihofiziologici în funcție de credința în terapeut și în exercițiul de meditație.

#### Rezultate

Ipoteza acestui studiu este că variabilele placebo *credința în terapeut și credința în terapie (meditația Orbita Microcosmică)* vor influența calitatea vieții supraviețuitoarelor de cancer mamar, în sensul că participantele care au declarat o încredere totală în terapeut și în terapie vor atinge o calitate a vieții semnificativ mai bună decât a participantelor cu o încredere mai scăzută în terapeut, în urma practicării exercițiilor de meditație.

Rezultatele analizei statistice *nu susțin* teoria placebo care afirmă că credința în terapeut și credința în terapie influențează pozitiv următorii parametri psihofiziologici, nici la

o lună de practică a meditației, nici la trei luni de la sistarea practicării exercițiului de meditație:

- *anxietatea ca stare* (în sensul scăderii ei);
- *percepția bolii* (în sensul percepției bolii ca fiind mai puțin amenințătoare);

- *cortizolul seric* (în sensul reducerii concentrației acestuia între limitele normale 166-507 nmol/L); se observă însă, în urma analizei Manova, un efect aproape semnificativ ( $p = 0.067$ ) al credinței în terapeut asupra concentrației de cortizol seric la momentul al treilea al cercetării, ceea ce înseamnă că se poate considera efectul credinței în terapeut ca având valoare practică.

- *temperatura palmelor* (în sensul creșterii acesteia, ca indicator al îmbunătățirii circulației periferice); efectul mediu al credinței în exercițiu ( $r=0,300$ ), deși pare promițător, este posibil să fi apărut din întâmplare, iar faptul că nu este semnificativ, nici la analiza cu testul F, nici prin Manova, duce la concluzia că valoarea lui nu are semnificație practică, pentru momentul 2 al cercetării. De asemenea, rezultatele analizei statistice *nu susțin* teoria placebo nici la trei luni de la încheierea terapiei (momentul 3). Este adevărat că temperatura palmelor se menține mai ridicată la momentul 3 față de momentul 1 al cercetării, dar influența efectului placebo (credința în terapeut și terapie) este slabă.

- *saturația de oxigen din sânge* (în sensul creșterii ei în intervalul normal de 94-98%)

- *tensiunea arterială* (în sensul scăderii ei între limitele normale, 120/80 mmHg sau, cel puțin, între limitele acceptate pentru prehipertensiune: 120–139 / 80–89 mmHg).

Efectul placebo (atât credința în terapeut, cât și în meditație) are o mărime extrem de slabă și nesemnificativă statistic. Putem spune că *efectul placebo nu are valoare practică* pentru parametrii enumerați mai sus.

Rezultatele analizei statistice *susțin* teoria placebo în ce privește efectul credinței în terapeut asupra următorilor parametri psihofiziologici, atât la încheierea intervenției (după o lună de practică a meditației), cât și la trei luni de la încheierea acesteia:

- *dorința sexuală* a participantelor, în sensul creșterii acesteia, la momentul încheierii terapiei (momentul 2). Efectul credinței în terapeut are o mărime destul de puternică ( $r=0.431$ ) și semnificativă atât statistic, cât și practic și este destul de puternic și după trei luni de la încheierea terapiei, dar nu este atât de semnificativ încât să spunem că doar credinței în terapeut se datorează nivelul ridicat al dorinței sexuale a participantelor, la acest moment.

- *reacția electrodermală* a participantelor (în sensul creșterii acesteia, ca indicator al capacității de relaxare și scădere a anxietății) la momentul încheierii terapiei, *cu precizarea* că cele care *cred mai puțin în terapeut și cred total în exercițiu* obțin cea mai bună reacție electrodermală, adică cea mai bună relaxare.

### *Concluzii*

Rezultatele prezentate mai sus sugerează că modificările parametrilor psihofiziologici (mai puțin dorința sexuală) înregistrate pe timpul Sudiului 2a se datorează meditației Orbita Microcosmică și nu efectului placebo indus de credința în terapeut sau/ și în exercițiul de meditație. *Efectul benefic este al meditației înseși.*

În ce privește parametrul dorința sexuală, ca indicator important al calității vieții, modificarea valorilor acestuia în sensul creșterii se datorează credinței în terapeut.

Se pune însă întrebarea: este vorba de credință în terapeut sau de un fenomen de transfer care a luat naștere în interacțiunea terapeut-participante? Este posibilă această din

urmă explicație, firească, de altfel, și foarte frecvent raportată în activitatea terapeutică.

Pe de altă parte, trebuie să avem în vedere că variabila credință în terapeut are o valoare autoraportată de participante și este foarte posibil ca valoarea maximă 5 să fi fost acordată intensității acestei variabile de către unele dintre participante din simpatie pentru terapeut sau datorită dezirabilității sociale, un fenomen la fel de firesc ca și transferul.

### *Limite ale cercetării*

Una dintre limite este mărimea lotului: 31 de participante nu înseamnă un lot reprezentativ pentru populația de cercetare avută în vedere.

O altă limită o reprezintă folosirea unui instrument destul de rudimentar pentru măsurarea credinței în terapie și a credinței în terapeut. Un studiu ulterior al efectului placebo (credința în terapeut și/ sau credință în remediu) va trebui să utilizeze un instrument deja construit, consacrat și validat în cercetări anterioare.

## Capitolul IV

### Discuții și concluzii

#### Discuții

Omenirea se află în prezent în fața unei probleme de sănătate dramatice: în următoarele decenii, cancerul va deveni cea mai importantă boală la nivel mondial, depășind bolile cardio-vasculare în 2020, cu tendință de dublare a cazurilor și deceselor în 2030. Practic, va deveni ucigașul numărul unu în lume. (Miron *et al.*, 2012) Se estimează că în 2030 vor fi 17 milioane de decese anual și peste 80 de milioane de supraviețuitori la cinci ani de la diagnostic.

În fața unei perspective atât de sumbre se pune, firesc, întrebarea: Ce e de făcut?

Lucrarea noastră abordează rolul psihoterapiei în tratamentul bolnavului oncologic propunând „lucruri noi în haine vechi”, sub două perspective: *psihoterapie de grup* și *psihoterapie individuală*.

**În ce privește abordarea de grup** („lucru nou” de vreo 50 de ani), „haina veche” pe care o propunem este *ritualul*. Un concept și o practică ce par a fi uitate în abordarea occidentală a bolii, în zilele noastre, deși întâlnim referiri mai mult sau mai puțin tangențiale la binecunoscutul psihoterapeut Irvin Yalom (2013) sau la Kurt Lewin, unul dintre părinții grupurilor de întâlnire, care introducea, în anii '40 ai secolului trecut, paradigma *câmpului social*, pentru a explica dinamica relațiilor dintre membrii unui grup (Lewin, 1959). Ritualul, un concept și o practică foarte bine explicate, în lumina unor abordări paradigmatică diverse (psihologic, biologic și cultural) de către Erik Goodwyn în lucrarea *Simboluri vindecătoare în*

*psihoterapie* (2018) și științific și riguros argumentate de către neurologul Patrick McNamara (2009). Acesta, ritualul, prin procesele mai mult sau mai puțin inconștiente, oferă posibilitatea restructurării sinelui în condițiile experiențierii unei traume, astfel încât noile scheme cognitive despre viață să aibă *sens* și să asigure adaptabilitate și funcționalitate ființei umane.

În cercetarea empirică pe care am desfășurat-o sub perspectiva psihoterapiei de grup (terapie de grup suportiv-expresivă), am abordat conceptele *ritual*, *dezvoltare personală* (ca sintagmă acoperitoare dinamica nevoilor de sens al vieții), *disperarea existențială* (termen împrumutat din filosofia existențialistă a lui Sartre) în conjuncție cu *anxietatea de moarte*, ca frică fundamentală, caracteristică ființei umane. La acestea se adaugă *percepția bolii*, ca un concept care dă seama despre sentimentul de autoeficacitate (controlul personal asupra bolii), dar și despre reactivitatea emoțională în fața pericolului de moarte.

Cercetarea a început cu un *studiu exploratoriu*, care a decelat temele recurente din discursul bolnavului oncologic, teme pe care le-am avut în vedere atunci când am stabilit obiectivele cercetării empirice cu grupuri experimentale și grupuri de control.

Un *al doilea studiu*, un studiu-pilot, și-a propus să descopere în ce măsură psihoterapia de grup poate să aducă o ameliorare a calității vieții bolnavului oncologic, în sensul dezvoltării personale a acestuia. Acestei perspective adăugăm percepția bolii, ca indicator al dezvoltării personale (Yalom, 2010). Obiectivul secundar al acestui studiu-pilot a fost de a descoperi în ce măsură unele variabile demografice și psihologice pot fi predictorii ai dezvoltării personale a

participanților la studiu, aceste variabile fiind vârsta, mediul de rezidență, statutul marital, nivelul de educație, trăsături de personalitate și suportul social.

Rezultatele acestui studiu conchid că psihoterapia de grup poate fi un element important în tratamentul bolnavului oncologic, prin îmbunătățirea percepției bolii de către participanții din lotul experimental și prin creșterea nivelului de dezvoltare personală, care dă mărturie despre satisfacerea nevoilor de sens al vieții: scop, valoare, autoeficacitate și stimă de sine (Baumeister, 2011).

De asemenea, variabilele vârstă și suport social perceput alcătuiesc modelul cel mai bun de predicție a dezvoltării personale (ca indicator al calității vieții, în studiul nostru). Rezultatele confirmă concluziile studiilor anterioare (Richardson *et al.*, 1990; Fawzy *et al.*, 1990; Illnikyj *et al.*, 1994; Linn *et al.*, 1993; Siegel *et al.*, 1983).

*Al treilea studiu* este un cvasiexperiment cu grup de control, cu pretest și dublu posttest. Studiul are ca obiectiv să descopere în ce măsură poate psihoterapia de grup să devină un element semnificativ al tratamentului bolnavilor oncologici (supraviețuitoare de cancer mamar), în sensul dezvoltării personale a acestora. Acestei perspective am adăugat dimensiunile *percepția bolii, anxietatea de moarte și disperarea existențială* (un concept împrumutat din filosofia existențialistă a lui Sartre). Am optat pentru anxietatea de moarte și nu pentru un alt tip de anxietate (de exemplu, anxietatea ca stare), având în vedere contextul și specificul bolnavilor, veșnic cu o sabie a lui Damocles deasupra capetelor: recidiva. Este, practic, o frică existențială, fundamentală, și nu una oarecare, între atâtea alte frici. În acest context, anxietatea evaluată se identifică cu termenul „Angst”, folosit de Freud, Binswanger sau Kirkegaard (Rollo May,

2013), cu sensul de *spaimă* sau *angoasă*, spaimă în fața morții, trăită, așa cum spuneam, într-un alt registru afectiv de către bolnavii oncologici. Folosirea unui alt concept în ce privește anxietatea ar lăsa cercetarea „la suprafața lucrurilor, dând seamă despre un sentiment printre alte sentimente” (May, 2013, p. 143).

Rezultatele cercetării indică un puternic aport al psihoterapiei de grup în tratamentul bolnavului oncologic, în sensul creșterii calității vieții, exprimate prin dezvoltarea personală, percepția bolii, anxietatea de moarte și disperarea existențială, dimensiuni care au înregistrat evoluții pozitive de-a lungul cercetării (inclusiv după patru luni de la terminarea întâlnirilor de grup).

Un aspect interesant care a rezultat din analiza datelor cercetării este faptul că, în ce privește anxietatea de moarte și disperarea existențială, în lotul de control s-a înregistrat o ușoară scădere a acestora, chiar dacă nu în măsura în care s-a produs în lotul experimental, cu care s-a desfășurat terapie de grup. Studiile ulterioare ar trebui să ia în considerație acest aspect: ce determină creșterea personală (ne referim la scăderea anxietății de moarte și a disperării existențiale), chiar în condițiile în care individul nu primește un sprijin de la un grup de psihoterapie? Poate fi vorba doar de resemnare, ca o modalitate de coping? Un bolnav cu melanom malign, cu câteva săptămâni înainte de a deceda din cauza bolii, spunea: „Când ai durerile pe care le am eu, nu-ți mai pasă de moarte, nu-ți mai este frică de ea, ba chiar te rogi ca să vină mai repede și să se termine odată tot iadul ăsta” (D.A., 50 ani). Un posibil răspuns ar putea fi găsit în sugestia pe care o face Yalom (2010) cu referire la acest aspect: simpla citire și răspunsul la instrumente care abordează profunzimea vieții, latura ei existențială, reprezintă un act terapeutic cu valențe modificatoare și furnizare de sens.



*Al patrulea studiu* își propune să descopere în ce măsură ritualul este un factor important în terapia de grup, care are ca scop dezvoltarea personală a bolnavilor oncologici (supraviețuitoare de cancer mamar).

Rezultatele cercetării indică un puternic aport al ritualului în cadrul psihoterapiei de grup, pentru creșterea calității vieții, exprimate prin dezvoltarea personală, percepția bolii, anxietatea de moarte și disperarea existențială

Rezultatele nu numai că aduc o confirmare a teoriei inițiate de McNamara (Goodwyn, 2018) privind restructurarea sinelui și (re)căpătarea sentimentului de sens al vieții sub influența ritualului, dar dezvăluie o caracteristică a ritualului: *efectele lui se augmentează* în timp, nu scad – efectul la patru luni după încheierea terapiei, în cazul loturilor studiate, în cazul disperării existențiale, de exemplu, aproape că poate fi considerat foarte puternic (d Cohen se apropie de pragul 1,00).

*Al cincilea studiu* este un non-experiment care își propune să evidențieze măsura în care este percepută utilitatea psihoterapiei de grup de către participantele la această formă de psihoterapie.

În studiul nostru, impactul cel mai puternic l-a avut factorul 2 (*Relațiile și climatul în grup*), cu o pondere în preferințe de 78,57 la încheierea terapiei (după opt luni de întâlniri de grup) și de 83,29, la patru luni după ce grupul nu s-a mai întâlnit. În ambele momente, factorul este supraestimat față de valoarea așteptată de 75,165. Se poate afirma că grupul de psihoterapie din cercetarea noastră a realizat o bună coeziune de grup.

**În ce privește cea de a doua abordare a psihoterapiei**, ca element semnificativ în tratamentul bolnavului oncologic, am optat pentru o metodă mai puțin obișnuită în România:

*meditația qigong*, ca intervenție individuală în gestionarea echilibrului psihofiziologic al organismului, o „haină veche” de câteva mii de ani, conform medicinei tradiționale chineze (MTC). Cel puțin în bazele de date studiate nu am găsit niciun articol scris de un autor român care să trateze această temă. De altfel, ideea de a produce efecte psihofiziologice prin meditație este mai puțin abordată pe plan mondial, deși studii riguroase și meta-analize de mare amploare sugerează că meditația (nu neaparat qigong) poate fi un instrument prețios în producerea și menținerea homeostaziei (fie a individului sănătos, fie a celui bolnav).

*Primul studiu* din abordarea individuală a psihoterapiei, analiza sistematică a literaturii în ce privește efectele fiziologice ale meditației qigong, a evidențiat o relație extrem de pozitivă între meditația qigong static și diferite efecte psihofiziologice. Deloc lipsit de importanță, succesul acestui tip de terapie, având costuri reduse, poate justifica studii mai ample privind populații cu diferite condiții medicale.

*Studiul al doilea* reprezintă un cvasiexperiment fără grup de control, cu pretest și dublu posttest. Studiul și-a propus să descopere în ce măsură meditația, ca metodă psihoterapeutică, îmbunătățește calitatea vieții supraviețuitoarelor de cancer mamar, calitatea vieții fiind operaționalizată prin câțiva parametri psihofiziologici, preconizați să fie îmbunătățiți prin meditație: *anxietatea*, *percepția bolii* și *dorința sexuală* (în context diadic), nivelul *cortizolului seric* (ca indicator al nivelului de stres care afectează funcționarea sistemului imunitar), *reacția electrodermală* (ca indicator al nivelului de relaxare mentală, cu răsunet în dezactivarea/ diminuarea reacției în axul HPA), *temperatura palmelor* (ca indicator al circulației sangvine periferice), *saturația de oxigen* din sânge (ca indicator al capacității plămânilor de a asigura oxigenul

necesar funcționării normale a organismului) și *tensiunea arterială* ca indicator al stării generale de sănătate. Măsurarea parametrilor psihofiziologici s-a desfășurat în trei momente: la începerea cercetării, la o lună de la acest moment, timp în care participantele au practicat meditația zilnic și la trei luni de la al doilea moment, timp în care s-a sistat practicarea exercițiului de meditație.

Rezultatele cercetării suțin ipoteza că meditația bazată pe scenariul metaforic *Orbita Microcosmică* are efecte benefice asupra calității vieții, la toți parametrii psihofiziologici măsurați, iar acest efect se menține la valori peste medie ( $r > 0,30$ ) și la trei luni de la încetarea practicării exercițiului de meditație. Remarcăm efectul foarte puternic pe care îl are meditația asupra dorinței sexuale. Acest lucru vine în consonanță cu concepția MTC care afirmă că energia care „circulă” fără blocaje prin corp conduce și la îmbunătățirea funcționării sexuale. În termeni calitativi și într-o exprimare eufemistică ce aparține unei participante (M.K., 62 ani), meditația *Orbita Microcosmică* le-a readus practicantelor „cheful de viață”.

Ca o concluzie generală la acest studiu, meditația *Orbita Microcosmică* este o metodă redutabilă, care poate fi considerată într-un program de îngrijiri post-intervenție (chirurgicală sau chimio- ori radioterapică), împreună cu medicația convențională (acolo unde este cazul), aspect susținut și de rezultatele altor studii asemănătoare anterioare: de exemplu, Guo *et al.* (2008), concluzionează în studiul său că *medicația împreună cu meditația* dau rezultate mai favorabile pentru bolile cardiovasculare, superioare efectelor terapiei medicamentoase singure (de altfel, două dintre participante au redus medicația la jumătate, în urma consultării medicului curant, la două săptămâni de practică a meditației, după o istorie medicală de cel puțin 10 ani în care medicația a fost

maximă, iar efectele acesteia asupra valorilor tensiunii arteriale, minime).

*Studiul al treilea* și-a propus să descopere în ce măsură variabilele placebo *crediința în terapeut* și *crediința în remediu (meditație)* influențează efectele meditației asupra parametrilor psihofiziologici avuți în vedere de studiul empiric (prezentat anterior).

Am presupus, în acest studiu, că variabilele placebo *crediința în terapeut* și *crediința în terapie* (meditația Orbita Microcosmică) vor influența calitatea vieții participantelor, în sensul că cele care au declarat o încredere totală în terapeut și în terapie vor atinge o calitate a vieții semnificativ mai bună decât cele cu o încredere mai scăzută în terapeut, în urma practicării exercițiilor de meditație. Analiza datelor obținute în cercetare, a produs o serie de rezultate, unele dintre ele susținând ipoteza studiului, altele nu. Astfel, numai în cazul reacției electrodermale și în cazul dorinței sexuale, analiza statistică indică o influență a variabilelor placebo. Mai mult, în cazul dorinței sexuale, *numai crediința în terapeut* este indicată ca având influență. În cazul celorlalți parametri psihofiziologici, variabilele placebo nu exercită influență semnificativă.

Concluzia care se desprinde din analiza datelor, este că îmbunătățirile indicatorilor de calitate a vieții luați în studiu *se poate datora* exercițiului de meditație, așa cum susține MTC.

Explicația pentru aceste rezultate nu este atât de „ezoterică” precum pare, raportându-ne la MTC. Pentru că exprimarea „ezoterică” „minte comandă energia, iar energia acționează asupra trupului” (cu varianta „energia merge acolo unde merge și mintea”) își găsește echivalentul în *teoria psihoneuroimunologiei*, prezentată în capitolul III al lucrării noastre. Constatăm o suprapunere perfectă a celor două teorii,

numai că exprimarea MTC este mai concisă și metaforică. Mai mult, cercetările occidentale relativ recente la care am făcut referire anterior, privind mecanismele prin care meditația produce modificări în funcționarea axei HPA susțin cu rezultate obiective teoria MTC.

### Concluzii

Demersul nostru științific conduce la o concluzie simplă și clară, pe care o exprimăm și o susținem fără echivoc: **psihoterapia poate fi un element important al tratamentului bolnavului oncologic**. Studiile pe care le-am întreprins au presupus metodologie, instrumente, măsurători și analize acceptate de lumea științifică, atât de către psihologi, cât și de medici.

Atât punerea în scenă a psihoterapiei de grup, cât și demersul curativ pe care îl antrenează exercițiul de meditație pot constitui separat sau împreună, o modalitate, un program de abordare a îngrijirilor acordate bolnavului oncologic, după intervenția medicală sau chiar înainte de aceasta sau combinat: și înainte, și după.

Însă formula potrivită pentru a implementa un astfel de program nu presupune desfășurarea activităților ce le incumbă intervențiile psihoterapeutice pe teritoriul unui spital. Aici, „stăpâni” sunt medicul și personalul medical de asistență, iar toate speranțele pacienților se îndreaptă, firesc, spre aceste parsoane. Nu este loc de „vrăji” sau „de dat cu părerea”. Diagnosticile clare și medicațiile precise reprezintă norma în acest spațiu. Interesant este că, odată ieșiți din atmosfera încorsetantă a spitalului, bolnavii aleargă și după „vrăji”, și după „alte păreri”, în speranța că vor găsi remediul-minune care să le curme suferința și să le prelungească viața. Aici intră în scenă ceea ce se cunoaște acum sub numele *medicină integrativă*, cu varianta *medicină complementară și alternativă*,

o sumă de practici menite să ajute pacientul, dar care este privită (deseori justificat) cu condescendență de lumea medicală.

Ceea ce propunem noi se subscrie medicinei integrative, dar având ca sprijin teorii și modele teoretice verificate empiric, pentru că ceea ce se reproșează îndeobște abordărilor complementare sau alternative este lipsa sau puținătatea studiilor empirice desfășurate după modelul medical (Miron *et al.*, 2016).

### **Limite ale cercetării**

Una dintre limitele de primă importanță este dată de „puterea” studiilor întreprinse (Sava, 2013). Niciunul dintre studii nu este un experiment randomizat, ci cel mult un cvasiexperiment cu lot de control și măsurători pretest-posttest. Loturile au fost de conveniență (de comoditate), constituite pe bază de voluntariat și nu prin randomizare.

O altă limită o reprezintă mărimea loturilor, în ambele tipuri de studii. Numărul participanților a fost cu puțin peste 30. Este adevărat că pentru studii clinice se acceptă și volume mai mici ale loturilor, dar, pentru impunerea unui model, în special pentru lumea medicală, este necesară respectarea regulilor de constituire a eșantioanelor de cercetare.

Un aspect important îl constituie obiectivitatea autoraportărilor realizate de participantele la studiile cercetării empirice din această teză. Răspunsurile lor nu sunt dincolo de orice îndoială. Este posibil ca entuziasmul, precum și dezirabilitatea socială a răspunsurilor (aspecte firești ale firii umane, de altfel) să fi afectat validitatea concluziilor cercetării. La polul opus al acestei dimensiuni, entuziasmul, se află, bineînțeles, scepticismul manifestat de unele participante (și acesta, bineînțeles, tot firesc) care, dincolo de dușul rece pe care l-am primit ca cercetător (eu însumi cu entuziasmul meu),

a adus un echilibru cercetării și a întregit „portretul” firesc al unei comunități (grupul de psihoterapie).

Pe de altă parte, este dificil de realizat o cercetare aflată complet sub semnul obiectivității, „rece” din punct de vedere afectiv, într-o populație care are nevoie de atenție, suport, apreciere și căldură umană mai mult decât oricine și mai mult decât oricând.

În concluzie, este de dorit o repunere în scenă a cercetărilor întreprinse, cu mai multă grijă la constituirea eșantioanelor și cu mai mulți participanți.

De asemenea, în ceea ce privește efectele psihofiziologice ale meditației, s-ar putea lua în considerație și alți parametri, indicatori ai calității vieții în relație cu sănătatea. De exemplu, ritmul cardiac, considerat a fi un indicator mai fidel și mai stabil al stării de sănătate decât tensiunea arterială. Glicemia poate fi un bun indicator pentru eficiența meditației, aceasta fiind, parțial, în corelație cu cortizolul secretat de glandele suprarenale, aflate în axa HPA a mecanismului psihoneuroimunologic.

În fine, un studiu mai bine planificat și construit s-ar putea apleca mai atent asupra dimensiunii *sensul vieții*, ca indicator suprem al unei calități superioare a vieții, al unei înțelegeri autentice și profunde a propriei existențe și al fericirii.

## Bibliografie selectivă

- Alfano, C.M. & Rowland J. (2006). Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer Journal*, 12, 432–443.
- Alimujiang, A., Wiensh, A., Boss, J. (2019) Association Between Life Purpose and Mortality Among US Adults Older Than 50 Years, in *JAMA Netw Open* 2019; 2(5): e 194270
- Antoni, M. et al. (2006) The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms în *Nat Rev Cancer*. 2006 Mar; 6(3): 240–248.
- Ashida, S., Palmquist, A. E. L., Basen-Engquist, K., Singletary, S. E. & Koehly, L. M. (2009). Changes in female support network systems and adaptation after breast cancer diagnosis: differences between older and younger patients. *The Gerontologist*, 49(4), 549–59. doi:10.1093/geront/gnp048
- Azar, B. (2001) A new take on psychoneuroimmunology. Research pointing to a circuit linking the immune system and brain connects illness, stress, mood and thought in a whole new way în *Monitor on Psychology*, Vol 32, No. 11
- Barabasz, A., Watkins, J., (2011) Tehnici de hipnoterapie, Iași, Polirom
- Baumeister, R.F. (2011) Sensuri ale vieții, Cluj, ASCR
- Benedetti, F. (2009) Placebo Effects: Undersatnding the Mechanisms in Health and Disease. Oxford: Oxford University Press.
- Benson H., Klipper MZ. (2014) The Relaxation Response. New York: William Morrow and Co.
- Black DS, Slavich GM. Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2016;1373(1):13-24.
- Bloch, S., Crouch, E. (2002) Therapeutic Factors in Group Psychotherapy, New York, Oxford University Press, 99-103
- Bloom, J., R., Peterson, D., M. & Kang, S., H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16(8), 691–706.



- Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, Crespi CM, Winston D, Arevalo J, Ma J, Cole SW, Ganz PA. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015; 121(8):1231-40.
- Braboszcz, C., Delorme, A., 2011. Lost in thoughts: neural markers of low alertness during mind wandering. *Neuroimage* 54, 3040–3047.
- Brandmeyer T, Delorme A, Wahbeh H. The neuroscience of meditation: classification, phenomenology, correlates, and mechanisms. *Progress in brain research*. 2019; 244:1-29.
- Brandmeyer, T., Arnaud Delorme, A., Wahbeh, H. (2019) The neuroscience of meditation: classification, phenomenology, correlates, and mechanisms in *Progress in Brain Research*, Volume 244, ISSN 0079-6123, <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2018.10.020> © 2019 Elsevier B.V.
- Broadbent, E. *et al.* (2006) The Brief Illness Perception Questionnaire in *Journal of Psychosomatic Research* 60 (2006) 631 – 637
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D. & Smith, D. M. (2003) Providing Social Support May Be More Beneficial than Receiving It: Results from a Prospective Study of Mortality. *Psychological Science*, 14, 320–327.
- [Burlingame](#), G.M., [Johnson](#), J., [Fuhriman](#), A. (2001) Cohesion in group psychotherapy in [Psychotherapy Theory Research & Practice](#) 38(4):373-379. DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.373 accesat în 23.12.2018 pe [https://www.researchgate.net/publication/232508813\\_Cohesion\\_in\\_group\\_psychotherapy](https://www.researchgate.net/publication/232508813_Cohesion_in_group_psychotherapy)
- Burwell, S.R, Case, L.D. & Kaelin C, (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol*, 24, 2815–2821.
- Carasevici, E. *et al.* (1999) *Imunologie. Curs pentru studentii anului 2 medicină*, Iași
- Cartwright, D., Zander , A. (eds.) (1962) *Group Dynamics: Researchs and Theory* , Evanson, 111; Row, Peterson, 74

- Cassileth BR, Deng G. Complementary and alternative therapies for cancer. *The oncologist*. 2004; 9(1):80-9.
- Castellar, J. I., Fernandes, C. A., & Tosta, C. E. (2014). Beneficial effects of pranic meditation on the mental health and quality of life of breast cancer survivors. *Integrative cancer therapies*, 13(4), 341-350.
- Chuin, C.L., Choo, Y.C. (2011) Age, Gender, and Religiosity as Related to Death Anxiety in *Sunway Academic Journal* 6
- Classen, C. *et al.* (2001) Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients with metastatic Breast Cancer: A Randomized Clinical Intervention Trial in *Archive of General Psychiatry* 58: 494-501
- Collins MP, Dunn LF. The effects of meditation and visual imagery on an immune system disorder: Dermatomyositis. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 2005;11(2):275-84.
- Couser, T. G. (1997). *Recovering Bodies*: (p. 314). London: The University of Wisconsin Press
- Dafinoiu, I. (2007) *Elemente de psihoterapie integrativă*, Iași, Polirom
- Dafinoiu, I., Vargha, J-L. (2005) *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*, Iași, Polirom
- Dafinoiu, I., Vargha, J-L. (2007) *Hipnoza clinică. Tehnici de inducție. Strategii terapeutice*, Iași, Polirom
- Dahl, C.J., Lutz, A., Davidson, R.J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends Cogn. Sci.* 19, 515–523.
- Davanger, S., Ellingsen, Ø., Holen, A., Hugdahl, K., 2010. Meditation-specific prefrontal cortical activation during acem meditation: an fMRI study. *Percept. Mot. Skills* 111 (1), 291–306.
- Dawson ME, Schell AM, Filion DL. The electrodermal system. *Handbook of psychophysiology*. 2007; 2:200-23.
- de la Torre-Luque, Alejandro; Gambará, Hilda; López, Escarlata; Cruzado, Juan Antonio (2016) Psychological treatments to improve quality of life incancer contexts: A meta-analysis in *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2016) 16, p. 211-219

- De Loof A. The cell's self-generated “electrome”: The biophysical essence of the immaterial dimension of Life?. *Communicative & integrative biology*. 2016; 9(5):e1197446.
- Dell, Helen (2006). Observations from a Ploughman în *Nature*, April 2006, p.7 pe [www.nature.com/milestones/cancer\\_accesat\\_în\\_07.07.2016](http://www.nature.com/milestones/cancer_accesat_în_07.07.2016)
- Dies, R. (1992) Models of Group Therapy: Sifting Through Confusion, *International Journal of Group Psychotherapy* 42: 1-17
- Fidler, I.J. (2003) The pathogenesis of cancer metastasis: the 'seed and soil' hypothesis revisited în *Nature Reviews Cancer* 3, 453-458 (June 2003)
- Filimon, D.V. (2012) Contribuții la explorarea electrofiziologică, termografică și histochimică a zonelor de acupunctură, teză de doctorat.
- Fonagy, P. *et al.* (1993) The Roles of Mental Representations and mental Processes in Therapeutic Actions, in *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48: 9-48
- Foucault, M. (2000) *Boala mentală și psihologia*, Timișoara, Editura Amarcord
- Fox, K.C., Dixon, M.L., Nijeboer, S., et al., 2016. Functional neuroanatomy of meditation: a review and meta-analysis of 78 functional neuroimaging investigations. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 65, 208–228.
- Frank, A. (1995). *The Wounded Storyteller*. London: The University of Chicago. doi:ISBN 139780226259932
- Frankl, V. (2018) *Strigătul neauzit pentru sensul vieții*, București, Meteor Publishing
- Ganz, P.A, Rowland, J.H, Desmond, K. & Meyerowitz, B.E. (1998). Life after breast cancer: understanding women’s health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol*, 16, 501–14.
- Goodwyn, E.D. (2018) *Simboluri vindecătoare în psihoterapie*, București, Ed. Trei
- Gracely, R.H. *et al.* (1985) Clinicians’ expectations influence placebo analgesia in *Lancet* 1:43.

- Greer, S., Morris, T. (1975) Psychological Attributes of Women who Develop Breast Cancer: A Controlled Study, în *Journal of Psychosomatic Research*, 19
- Hanahan Douglas, Weinberg Robert A. (2011) Hallmarks of Cancer: The Next Generation în *Cell* 144, March 4, 2011 © 2011 Elsevier Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2011.02.013>
- Harrington, L.; Bristow, R.G.; Hill, P.R. (2005) Introduction to Cancer Biology în Tannok I.F., *The Basic Science of Oncology*, New York, McGraw Medical Publishing Division, 2005: 1-4
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*, New York, NY: Guilford Press.
- Helman C.G. (2001) Placebos and nocebos: The cultural construction of belief. In Peters D (ed). *Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine: Theory Practice and Research*. Churchill-Livingstone, Edinburgh, 2001, pp 3-16 accesat în 17.12.2018 pe <https://issuu.com/3thank/docs/understanding-the-placebo-effect-in-complementary->
- Henz D, Schöllhorn WI. EEG Brain Activity in Dynamic Health Qigong Training: Same Effects for Mental Practice and Physical Training? *Frontiers in psychology*. 2017;8:154.
- Higuchi, Y., Kotani, Y., Higuchi H. Immune changes during Cosmic Orbit Meditation of Qigong. *Journal of International Society of Life Information Science*. 2000;18(2):352-354.
- Holmes, S., Kivlighan, D. (2000) Comparison of Therapeutic Factors in Group and Individual Treatment Process in *Journal of Counseling Psychology* 47: 478-84
- Irwin, M., Vedhara, K. (2005). *Human Psychoneuroimmunology*. Oxford University Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kaiser, K. (2008). The meaning of the survivor identity for women with breast cancer în *Social Science & Medicine* (1982), 67(1), 79–87. doi:10.1016/j.socscimed. 2008.03.036.

- Kang, Y., Gray, J.R., Dovidio, J.F. (2014). The nondiscriminating heart: lovingkindness meditation training decreases implicit intergroup bias. *J. Exp. Psychol. Gen.* 143, 1306.
- Karner-Huțuleac, A. (2014) *Calitatea vieții pacienților cronici*, Cluj-Napoca, Eikon
- Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 16th Edition. McGraw-Hill, 2004
- Kawano K, Kushita KN. The Function of the Brain using EEGs during Induced Meditation. *Journal of International Society of Life Information Science.* 1996;14(1):91-6.
- [Kiecolt-Glaser J.K.](#); [Marucha P.T.](#); [Malarkey W.B.](#); [Mercado A.M.](#); [Glaser R.](#) (1995) Slowing of Wound Healing by Psychological Stress în [Lancet](#). 1995 Nov 4; 346(8984):1194-6 pe <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7475659> accesat în [05.09.2016](#)
- Kiesler, D. (1996) *Contemporary Interpersonal Theory and Research*, New York, Wiley
- Kirsh, I. (1985) Response expectancy as a determinant of experience and behavior in *American Psychologist* 40: 1189-1202
- Kivlighan, D. M., Jr., Multon, K. D., & Brossart, D. F. (1996). Helpful impacts in group counseling: Development of a multidimensional rating system in *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 347-355 accesat în 15.12.2016 pe <http://psycnet.apa.org/record/1996-00458-012>
- Knobf MT, Thompson AS, Fennie K, Erdos D. The effect of a community-based exercise intervention on symptoms and quality of life. *Cancer nursing.* 2014; 37(2):43.
- Koshi, E.B., Short, C.A. (2007) Placebo theory and its implications for research and clinical practice: a review of the recent literature in *Pain Practice* 7: 4-20
- Kral, T.R.A., Schuyler, B.S., Mumford, J.A., Rosenkranz, M.A., Lutz, A., Davidson, R.J., 2018. Impact of short- and long-term mindfulness meditation training on amygdala reactivity to emotional stimuli. *Neuroimage* 181, 301–313.

- Langevin HM, Nedergaard M, Howe AK. Cellular control of connective tissue matrix tension. *Journal of cellular biochemistry*. 2013; 114(8):1714-9.
- Laughlin, C, (1990) Ritual and the symbolic function: a summary of biogenetic structural theory in *Journal of Ritual Studies* 4: 15-39
- Lazar, S.W., Bush, G., Gollub, R.L., et al., 2000. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport* 11, 1581–1585.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L. & Devins, G. M. (2008). Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 513–23. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.07.018
- Lee MS, Kang CW, Lim HJ, Lee MS. Effects of Qi training on anxiety and plasma concentrations of cortisol, ACTH, and aldosterone: a randomized placebo controlled pilot study. *Stress and Health*. 2004;20(5):243-8.
- Lee MS, Lee MS, Kim HJ, Moon SR. Qigong reduced blood pressure and catecholamine levels of patients with essential hypertension. *International Journal of Neuroscience*. 2003;113(12):1691-701.
- Leszcz, M., Goodwin, P. (1998) The Rationale and Foundations of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer in *International Journal of Group Psychotherapy* 48
- Leszcz, M., Yalom, I., Norden, M. (1985) The Value of Inpatient Group Psychotherapy and Therapeutic Process: Patients' Perceptions, in *International Journal of Group Psychotherapy* 35
- Leuchter, A. *et al.* (2002) Changes in Brain Function of Depressed Subjects During Treatment with Placebo, in *American Journal of Psychiatry* 159: 122-29
- Leung JC, Liu KP, Fong SS. Effects of qigong training on physical and psychosocial well-being of breast-cancer survivors: a systematic review. *Nursing and Palliative Care*. 2016;2(1):1-7.
- Lieberman, M., Yalom, I., Milles, M. (1979) *Encounter Groups: First Facts*, New York, Basic Books, accesat în 13.12.2018 pe [https://www.jaacap.org/article/S0002-7138\(09\)61324-8/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0002-7138(09)61324-8/pdf)

- Litscher G, Wenzel G, Niederwieser G, Schwarz G. Effects of QiGong on brain function. *Neurological Research*. 2001;23(5):501-5.
- Liu GL, Cui RQ, Li GZ, Huang CM. Changes in brainstem and cortical auditory potentials during Qi-Gong meditation. *The American journal of Chinese medicine*. 1990;18:95-103.
- Loh SY, Lee SY, Murray L. Study protocol to investigate the efficacy of participation in Qi-Gong by breast cancer survivors. *Journal of Cancer Therapy*. 2011;2.
- Lonetto, R. și Templer, D.I. (1983). *The nature of death anxiety* în C.D. Spielberger și J.N. Butcher (editori), *Advances in Personality Assessment, Vol. 3, Hillsdale, N.J.*: Lawrence Erlbaum, pp. 14-174.
- Long, F.J.S. (ed.) (1988), *Six Group Therapies*, New York, Springer Science+Business Media
- Lovett, L., Lovett, J. (1991) Group Therapeutic Factors on an Alcohol In-patient Unit in *British Journal of Psychiatry* 159
- Luparello, T.J., Lyons, H.A., Bleecker, E.R., McFadden, E.R. (1968) Influences of suggestions on airway reactivity in asthmatic subjects in *Psychosomatic Medicine* 30: 819-825
- Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., et al. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn. Sci.* 12, 163–169.
- Mackenzie ER, Rakel B, editors. *Complementary and alternative medicine for older adults: A guide to holistic approaches to healthy aging*. Springer Publishing Company; 2006.
- Manna, A., Raffone, A., Perrucci, M.G., et al. (2010). Neural correlates of focused attention and cognitive monitoring in meditation. *Brain Res. Bull.* 82, 46–56.
- Marsh, L. (1935) Group Therapy and Psychiatric Clinic in *Journal of Nervous and Mental Diseases* 82: 381-90
- Matchim Y, Armer JM, Stewart BR. Mindfulness-based stress reduction among breast cancer survivors: a literature review and discussion. *Oncology nursing forum* 2011; 38(2).
- Măirean, C. (2017) Stres traumatic și dezvoltare personală posttraumatică, Iași, Institutul European

- [McDonald](#), Green Paige; [O'Connell](#), Mary; Lutgendorf, [Susan K.](#) (2013) Psychoneuroimmunology and cancer: A decade of discovery, paradigm shifts, and methodological innovations in [Brain Behav Immun. 2013 Mar; 30\(0\): S1–S9](#). Published online 2013 Jan 16. doi: [10.1016/j.bbi.2013.01.003](#)
- McKenzie, H., Crouch, M. (2004). Discordant Feelings in the Lifeworld of Cancer Survivors în *Journal of the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8(2), 139–157.
- McNamara, P. (2009) *The Neuroscience of Religious Experience*, Cambridge University Press
- Mendoza, M.E.; Capafons, A.; Gralow, J.R.; Syrjala, K.L.; Suarez-Rodriguez, J.M.; Fann, J.R.; Jensen, M.P. (2016) Randomized Controlled Trial of the Valencia Model of Waking Hypnosis Plus CBT for Pain, Fatigue, and Sleep Management in Patients with Cancer and in Cancer Survivors în *Psycho-Oncology*, 2016; 1.7
- Mihăescu, Grigore (2003) *Imunologie și imunochimie*, Universitatea București, pe <http://ebooks.unibuc.ro/biologie/mihaescu/3.htm#41>, accesat în 01.07.2016
- Miron, L. *et al.* (2008) *Terapia oncologică. Opțiuni bazate pe dovezi*, Iași, Institutul European
- Miron, L. *et al.* (2016) *Oncologie generală*, Iași, Ed. Gr.T. Popa UMF Iași
- Mitchell, S. (1993) *Hope and Dread in Psychoanalysis*, New York, Basic Books
- Moerman, D. (2002) *Meaning, Medicine and the Placebo Effect*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*. 2015;4(1):1.
- Murray, P. (1996) Recovery, Inc., as an Adjunct to Treatment in an Era of Managed Care, in *Psychiatric Services* 47: 1378-81
- Myers JS. Review complementary and integrative interventions for cancer-related cognitive changes. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2015; 2(4):215.



- Nagai Y, Critchley HD, Featherstone E, Trimble MR, Dolan RJ. Activity in ventromedial prefrontal cortex covaries with sympathetic skin conductance level: a physiological account of a “default mode” of brain function. *Neuroimage*. 2004; 22(1)
- Ng BH, Tsang HW. Psychophysiological outcomes of health qigong for chronic conditions: a systematic review. *Psychophysiology*. 2009;46(2):257-69.
- Ott, U. (2003). The role of absorption for the study of yoga. *J. Medit. Medit. Res.* 3, 21–26.
- Palmer, B. V., Walsh, G. A, McKinna, J. A. & Greening, W. P. (1980). Adjuvant chemotherapy for breast cancer: side effects and quality of life. *British Medical Journal*, 281(6255), 1594–7.
- Partridge, A. H.; Burstein, H. J.; Winer, E. P. (2001) Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer in *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 02115(30), 135–42.
- Pekala, R.J., Wenger, C.F., Levine, R.L., 1985. Individual differences in phenomenological experience: states of consciousness as a function of absorption. *J. Pers. Soc. Psychol.*48, 125.
- Peng CK, Henry IC, Mietus JE, Hausdorff JM, Khalsa G, Benson H, Goldberger AL. Heart rate dynamics during three forms of meditation. *International journal of cardiology*. 2004;95(1):19-27.
- Petrie, K.J., Jago, L.A., Devcich, D.A. (2007) The role of illness perceptions in patients with medical conditions in *Curr Opin Psychiatry* 20:163–167. Lippincott Williams & Wilkins
- Prochaska, J., Norcross, J. (1983) *Contemporary Psychotherapists: A National Survey of Characteristics, Practices, Orientations, and Attitudes*, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20: 171-83
- Richardson P. Placebos: their effectiveness and modes of action. *Health Psychology*. Boston: Springer. 1989; 34-56.
- Ritter C, Aldridge D. (2001) Qigong Yangsheng as a therapeutic approach for the treatment of essential hypertension in comparison with a western muscle relaxation therapy: a randomised, controlled pilot study. *Chin Med.*;16:48-63.

- Roarck, A., Sharah, H. (1989) Factors Related to Group Cohesiveness in Small Group Behavior 20: 62-69 accesat în 24.12.2018 pe <https://files.eric.ed.gov/>
- Rohkamm, R. (2005) *Atlas de poche de neurologie*, Paris, Flammarion Medecine-Sciences
- Rupprecht R, Wodarz N, Kornhuber J, Schmitz B, Wild K, Braner HU, Müller OA, Riederer P. In vivo and in vitro effects of glucocorticoids on lymphocyte proliferation in man: relationship to glucocorticoid receptors. *Neuropsychobiology*. 1990; 24(2)
- Salzberg, S. (2011). Mindfulness and loving-kindness. *Contemp. Buddhism* 12, 177–182.
- Sammarco, A. (2009). Quality of Life of Breast Cancer Survivors: A Comparative Study of Age Cohorts. *Cancer Nursing*, 32(5), 347–356.
- Sanal, [Madhusudana Girija \(2014\)](#) A Simpler Definition of Cancer, pe PubMed Commons, accesat în 02.07.2016
- Sancier KM. (1996) Medical applications of qigong. *Alternative therapies in healthand medicine.*;2:40-6.
- Sartre, J.P. (2014) Ființa și neantul: eseu de ontologie fenomenologică, Pitești, Paralela 45
- Schag, C., Ganz, P., Polinsky, M., Fred, C., Hirje, K. & Petersen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11
- Schwarzer R, Schulz U. Berlin social support scales (BSSS). 2000; 6.
- Selye, H. (1984). *Știința și viața*, București, Editura Politică
- Shapiro, A.K., Shapiro, E. (1997) *The Powerful placebo: From Ancient Peiest to Modern Physician*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Shin YI, Lee MS. (2005) Qitherapy (external qigong) for chronic fatigue syndrome: case studies. *The American journal of Chinese medicine*. 2005;33(01):139-41.
- [Spector, I.P.](#), [Carey, M.P.](#), [Steinberg, L.](#) (1996) The Sexual Desire Inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability in [Journal of Sex and Marital Therapy](#) 22(3):175-90 February 1996, DOI: [10.1080/00926239608414655](https://doi.org/10.1080/00926239608414655)

- Spiegel, D., Blum, J., Yalom, I. (1981) Group Support for Patients with Metastatic Cancer. A Randomized Prospective Outcome Study, *Archives of general Psychiatry*, 1981, (38), pp. 527-533, [www.researchgate](http://www.researchgate), 01.08.2016
- Spiegel, D., Classen, C. (2000) *Group Therapy for Cancer Patients*, New York: Basic Books
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. (1970) *State-trait anxiety inventory manual*. Mind Garden, Inc.
- Sullivan, H. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, New York, Norton
- Tavakoli, M.A., Ahmadzadeh, B. (2011) Investigation of Validity and Reliability of Templer Death Anxiety Scale in Thought & Behavior in *Clinical Psychology* vol. 6
- Tănase, A., Zbârcea, C.E., Ștefănescu, E. (2018), Îngrijirea bolnavului oncologic, în *Medichub Media*, DOI: 10.26416/FARM.181.2.2018.1682
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004) Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence in *Psychol Inq* 15(1): 1-18
- Tellegen, A., Atkinson, G., 1974. Openness to absorbing and self-altering experiences (“absorption”), a trait related to hypnotic susceptibility. *J. Abnorm. Psychol.* 83, 268.
- Temoshok, L. (1987) Personality, Coping Style, Emotion and Cancer: Towards an Integrative Model, în *Cancer Survival*, 6
- Testa, M., Simonson, D. (1996) Assessment of Quality-of-Life Outcomes in [N Engl J Med](http://N_Engl_J_Med). 1996 Mar 28;334(13):835-40., PMID: 8596551, DOI: [10.1056/NEJM.199603283341306](https://doi.org/10.1056/NEJM.199603283341306)
- Thomas, K.B. (1994) The placebo in general practice in *Lancet* 244:1066-1077.
- Tomasino, B., Fregona, S., Skrap, M., Fabbro, F., 2013. Meditation-related activations are modulated by the practices needed to obtain it and by the expertise: an ALE meta-analysis study. *Front. Hum. Neurosci.* 6, 346.
- Truax, C. (1961) *The Process of Group Therapy: Relationship Between Hypothesized Therapeutic: Conditions and Interpersonal Exploration*, Psychological Monographs 75

- Turliuc, N., Măirean, C. (2014) Psihologia traumei, Iași, Polirom
- Turner-Cobb *et al.* (2001) Psychosocial Effects on Immune Function and Disease Progression in Cancer: Human Studies în Psychoneuroimmunology, Edition: 3rd Edition, Chapter: Volume 2 Chapter 60, Publisher: Academic Press, Editors: R Ader D Felton N Cohen, pp.565-582
- Vago, D.R., Silberswei, D.A. (2012) Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness in *Frontiers in Human Neuroscience*, October 2012, Volume 6, Article 296
- Wall M, Wheeler S. Benefits of the placebo effect in the therapeutic relationship. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 1996 Dec 1;2(6):160-3.
- Wang F, Man JK, Lee EK, Wu T, Benson H, Fricchione GL, Wang W, Yeung A. (2013) The effects of Qigong on anxiety, depression, and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
- Yalom, I. (2010) Psihoterapie existențială, București, Trei
- Yang, E. J.; Kim, S.-W.; Heo, C.-Y.; Lim, J.-Y. (2011) Longitudinal changes in sexual problems related to cancer treatment in Korean breast cancer survivors: a prospective cohort study în *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(7), doi:10.1007/s00520-010-0885-y
- Zeng Y, Luo T, Xie H, Huang M, Cheng AS. (2014) Health benefits of qigong or tai chi for cancer patients: a systematic review and meta-analyses. *Complementary therapies in medicine*. 2014;22(1):173-86.
- Zhang W, Zheng R, Zhang B, Yu W, Shen X. (1993) An observation on flash evoked cortical potentials and Qigong meditation. *The American Journal of Chinese Medicine*.; 21:243-9.