

## Implicațiile factorilor psihologici în declanșarea cancerului mamar

**Loreta Magdalena Popa**  
**Drd. UMF, psiholog, psihoterapeut**

***Abstract:** Researchers have identified things that can increase the risk of breast cancer. But it's not clear why some people who have no risk factors develop cancer, yet other people with risk factors never do. It's likely that breast cancer is caused by a complex combination of the genetic makeup and environment.*

*It is appreciated that about 5-10% of adults cancers are due to genetical causes. Genetical predisposition is responsible for approximately 10% of breast cancers and for 5-10% of breast neoplasms, according to various authors.*

*The strategies based on the inhibition of cancer breast cell initiation suffers of lack of informations regarding critical initiation factors of breast carcinogenesis and difficulty to identify the moment of exposures.*

*Because the transition tumour process, including the promotion, is having place on a long time period, there is a large opening of the opportunenesses for the successful application of the strategies intended towards this, comparing to the strategies which prevent the initiation.*

*Counselling in the diagnosis crises moment, of a crucial meaning, could have good results regarding the development of this crises moment, even potential psychotherapeutical effects beyond this event limits.*

*Studies show that during the diagnosis phase, the communication quality with the environment influences decisively the mental state of the breast cancer patients. The conservatory intervention management necessitates the cooperation between various professionals.*

*Recuperation actions for the breast cancer patients have as an object the improving of life quality during the survival period.*

*Breast cancer patients survival is a process of life cycle progress, beginning from the diagnosis and so on, on the whole following period, coping with the cancer stress.*

**Keywords:** cancer; genetical predisposition; risk factors; endocrine glands factors; prevention; intervention; recuperation.

**Acest studiu vizează investigații constatativ-experimentale cu privire la cauzele apariției cancerului mamar și efectele acestuia în plan psihic și comportamental**

### 1. Ipoteza de lucru. Obiective și scop

**Această lucrare vizează cauze și efecte în plan fizic și psihic, vulnerabilitatea personală la dezvoltarea cancerului și tulburărilor psihiatrice de impact.**

#### **Studiu clinic**

Studiul a fost efectuat în secția oncologie a spitalului Filantropia din București și la centrul I.O.B, pe un lot de 100 de subiecți (femei).

Acesta constă în **analiza cauzalității ce conduce spre diagnosticul de cancer și a evoluției tulburărilor anxiogene generate**, din perspectiva clinică și a nivelului de funcționalitate socio-

profesională și familială, într-un studiu prospectiv desfășurat pe o perioadă de 2 ani, luând ca moment de referință prima internare.

**Scopul** acestui studiu este de a verifica cu privire la legătura dintre stresul psihic și cancerul mamar, modul și nivelul în care acesta afectează organismul și viața în sine.

### **Obiectivele:**

1. prin cercetarea efectuată mi-am propus să urmăresc ca prin anamneza detaliată, atât din punct de vedere fiziologic cât și psihologic, precum și prin aplicarea unor baterii de teste pacienților instituționalizați, **stabilirea cauzelor psihologice care determină dereglarea sistemului psihic și implicit a celui imunitar**, ce contribuie la apariția cancerului mamar, precum și demonstrarea interrelaționării dintre aceste două aspecte.
2. Raportul concret dintre procentajul cauzelor psihologice versus cele ereditare sau fiziologice.
3. Constatări privind aportul terapiei suportive asupra bolnavilor de cancer mamar (măsura în care aceasta poate influența sistemul de coping cu boala și implicit prelungirea duratei de viață).
4. Analiza caracteristicilor și frecvenței depresiei/atacurilor de panică/anxietății la pacienții cu comorbidități somatice și modul cum acestea influențează recunoașterea și evoluția bolii.

De asemenea, factorii sociali și psihologici care pot determina dereglarea sistemului imunitar și apariția cancerului, au fost detaliați pe larg în lucrare.

**Ipoteza:** poate fi stresul la originea cancerului? În ce măsură poate afecta acesta starea mintală și fizică a omului?

Am plecat de la premisa că există o legătură între cauzalitatea apariției cancerului și stresul psihic. Aceasta ipoteză stă la baza ideii că diferitele traume care apar de-a lungul vieții, pot lăsa amprente mai mult sau mai puțin importante asupra organismului în totalitatea lui, iar acest lucru se poate concretiza într-o multitudine de boli și dereglări, printre care și cancerul mamar.

## **1. Material și metode.**

### **a. Lotul de bolnavi luați în studiu**

#### **Alegerea lotului de bolnavi**

În vederea atingerii obiectivelor acestei lucrări a fost investigat un lot de 100 de pacienți (femei) ai secției de tratamente oncologice pentru afecțiuni genitale din cadrul spitalului Filantropia, precum și din cadrul I.O.B.

Subiecții au fost selectați dintre pacienții internați sau aflați în tratament ambulator, în perioada 2008-2009.

S-a urmărit alcătuirea unui lot de bolnavi ale căror diagnostice să cuprindă fenomenul cancerului mamar, de la apariție la dezvoltare și tratament aplicat, cu toată gama de efecte cauzatoare de disconfort fizic și psihic.

Lotul de pacienți este cuprins între vârstele de 29 și 82 ani, aceasta presupunând o **medie de vârstă de 55.5 ani**, cu o **abatere standard de 37.47**.

Procentul cel mai ridicat care indică și frecvența bolii pe perioade de vârstă, îl reprezintă populația situată în grupa de vârstă **50-60 ani**.

S-a asigurat reprezentativitatea eșantionului de 100 de subiecți, atât printr-un procent semnificativ al fiecărei decade de vârstă, cât și prin eterogenitatea nivelelor de școlarizare și a pregătirii profesionale, importantă în modul de abordare și prevenție.

Astfel, 17 % - aveau pregătire universitară finalizată

27% - liceu

21% - 8 clase +/- școală profesională sau cursuri de calificare

1% - maxim 4 clase, etc

Analiza distribuției pe diferite grupe de vârstă relevă două aspecte caracteristice:

- O creștere proporțională cu vârsta;
- O creștere până la o anumită vârstă, urmată de o scădere a frecvenței bolii la femeile cu vârstă înaintată.

**Tabel.1**

Departajarea pe grupe de vârstă	Procentaj
20-30	1%
30-40	2%
40-50	19%
<b>50-60</b>	<b>36%</b>
60-70	23%
70-82	19%

### ***b. Diagnostic și tratament. Bateria de teste aplicate***

Subiecții au fost investigați printr-o serie de metode: teste obiective, teste de personalitate (privind predispoziția spre anxietate), chestionare etc.

Evaluarea cazurilor s-a realizat pe baza următoarelor instrumente:

- a. **Interviu** (anamneza) pentru culegerea datelor socio-demografice, istoricul familial de boli, respectiv antecedente heredo-colaterale și personale, precum și a aspectelor clinico-evolutive din perioada anterioară internării;
- b. **Interviul structurat pentru tulburări anxioase** – reprezentat prin teste de specialitate privind anxietatea, predispoziția spre atacuri de panică și personalitate anxioasă, depresia. Am folosit în acest scop testul de personalitate Cattell ;
- c. **Chestionar** adaptat privind evaluarea tipurilor de evenimente de viață și frecvența acestora;
- d. **Scale de dispoziție**: de *anxietate* Hamilton ( HAMA), de *depresie* Burns (BDC), de măsurare a intensității *atacului de panică*;
- e. **Chestionar** propus de autor, pentru aprecierea nivelului de funcționalitate socio-profesională și familială.

### **Tratament psihologic de scurtă durată aplicat**

***Terapia propriu-zisă.***

S-a procedat la :

- Terapie suportivă de tip observare-ascultare-empatizare/întărire/ redimensionare / restructurare ideativă / distragere
- Sugestiologie bazată pe imagerie și relaxare
- Terapie psiho-educatională
- Gândire pozitivă aplicată

**Terapia aplicată**

În toate cazurile am utilizat **metoda observației clinice** cât se poate de riguros, nu numai pe termen scurt cât și pe termen lung, observând evoluția sau involuția la fiecare întâlnire. De asemenea, terapiile alese au fost administrate în funcție de necesitățile fiecărei paciente, de strea lor în momentul intervenției cât și de disponibilitatea lor.

**Psihoterapie suportivă****Scop:**

- ameliorare pe termen lung
- obținerea unor modificări utile pacientului
- stoparea deteriorărilor
- ajutorarea pacientului să ducă o existență aproape normală, în ciuda problemei pe care o are
- reducerea stărilor afective negative asociate simptomului (anxietate, depresie, demoralizare, atac de panică)
- suport real în depășirea impactului bolii

**Strategii**

1. învățarea subiectului să recunoască simptomele datorate unor stări emoționale reprimite;
2. identificarea stărilor afective ca atare;
3. deprinderea pacientului de a-și manifesta deschis emoțiile;
4. învățarea subiectului să comunice celorlalți ceea ce simte;
5. reorganizarea timpului și priorităților;
6. informare;
7. activarea unor deprinderi care să permită distragerea atenției.

***1. Suport psihologic pentru managementul durerii***

Manifestat prin:

- Ascultare empatică, empatizare;
- Terapie de relaxare (cu teme pentru acasă);
- Distragerea atenției;
- Imagerie ghidată sau nu;

## 2. Terapie pe bază de sugestii

Au fost utilizate sugestii ca: “sânii se însănătoșesc natural când femeia învață să-și schimbe atitudinea față de sine și ceilalți, iertând și mergând mai departe” etc.

### Sugestii de gândire pozitivă , inducție, schimbarea gândurilor negative și întărire a eului aplicate:

Pentru a fi sănătoasă îmi promit :

- să fiu blândă și îngăduitoare cu mine însămi;
- să am grijă de mine și să mă pun întotdeauna pe primul plan;
- să învăș să cer ceea ce îmi doresc de la ceilalți;
- să învăș să refuz dacă nu-mi doresc;
- să îmi fac toate plăcerile și să mă bucur de viață fiindcă merit;
- astăzi este prima zi a restului vieții mele.

## 3. Gândire pozitivă aplicată: s-a aplicat Tehnica de vizualizare Simonton

**Trebuie subliniat faptul că tehnicile de relaxare și inducție a gândirii pozitive au fost aplicate în special pentru cazurile de atac de panică și anxietate, asociate disconfortului psihic datorat bolii.**

Pentru pacientele care urmau tratament ambulator în special, dar și pentru cele internate, am considerat oportună asigurarea continuității terapiei suportive și prin exerciții sub formă de temă pentru acasă, pentru un tonus bun și în special pentru ajutorul în lupta cu boala.

**Evaluarea progresului:** pacienții au devenit capabili să-și observe organismul fără să se mai sperie, evitând astfel declanșarea atacurilor de panică. Au început să privească viața cu mult mai multă ușurință, fapt care a dus la reducerea semnificativă a anxietății, rezultate spectaculoase înregistrându-se și în rândul persoanelor fără formațiune educațională superioară. Exercițiile fizice le-au ajutat să-și descarce tensiunea. Stima de sine și creșterea imaginii de sine au evoluat pozitiv, cu o dispoziție bună și o mai bună înțelegere a lucrurilor precum și acceptarea acestora fără prea multe prejudecăți, critici și gânduri inutile.

## 2. Parametrii urmăriți

În alcătuirea eșantionului au fost luate în considerare următoarele elemente:

- ➔ **Vârsta:** subiecții sunt cuprinși în intervalul de 29-82 ani;
- ➔ **Grad de instrucție școlară:** avându-se în vedere faptul că experiența școlară influențează prevenția, precauția în ceea ce ține de pacient , gradul de înțelegere, aspecte bazate pe accesul la informație și disponibilitatea către aceasta;
- ➔ **Ocupația;**
- ➔ **Viciile/deprinderile negative în ce privește alimentația (grăsimi, tutun, alcool etc);**
- ➔ **Activitatea-gradul de implicare;**
- ➔ **Incidența bolii pe grupe de vârstă;**
- ➔ **Mediu de trai-rural sau urban;**

- *Mod de viață;*
- *Proveniența;*
- *Vârsta primei sarcini;*
- *Număr de copii;*
- *Statusul hormonal și instalarea menarhăi/menopauzei;*
- *Modul de depistare al bolii;*
- *Istoric familial de afecțiuni(cancer): Antecedente personale / Antecedente heredocolaterale;*
- *Gradul/stadiul de boală;*
- *Dieta/regimul de viață;*
- *Statut marital;*
- *Evenimente de viață care ar fi putut contribui la apariția și evoluția bolii (traume psihice).*

### 3. Analiza datelor și interpretarea rezultatelor

Pentru evaluarea rezultatelor, atât clinice cât și cele ale revizuirii sistematice, metoda deducției logice a fost principalul pilon al metodelor de cercetare.

Cazurile clinice au constituit proba practică a corectitudinii concluziilor rezultate din studiu.

#### I. Analiza parametrilor

Structura eșantionului, ținând seama de factorii aleși ca și parametrii ai cercetării, se prezintă astfel:

- distribuția subiecților în funcție de vârsta cronologică și ponderea cancerului mamar în funcție de aceasta:

**Tabel. Distribuția în funcție de vârsta cronologică**

<b>Vârsta (interval)</b>	<b>Procentaj</b>
20-30	1%
<b>30-40</b>	<b>2%</b>
40-50	19%
<b>50-60</b>	<b>36%</b>
60-70	23%
70-82	19%

Se poate observa că 36% din totalul subiecților au vârste situate între 50-60 ani și numai 2% - între 30-40 ani.

**Tabel. Ponderea cancerului mamar în funcție de perioada de vârstă**

Subiecți cu vârsta sub 50 ani	Subiecți cu vârsta peste 50 ani
22%	78%

Din acest tabel reiese faptul că maladia se instalează după vârsta de 50 de ani într-o proporție copleșitoare de 78% din totalul vizat.

- Distribuția subiecților în funcție de studii:

**Tabel. Distribuția în funcție de studii**

Studii	Procentaj
4 clase	2%
Gimnaziu	21%
10 clase	15%
Școala ajutătoare	1%
Școala profesională	10%
<b>Medii</b>	<b>27%</b>
Școala postliceală	7%
Superioare	17%

Din acest tabel reiese că numărul celor care dezvoltă un cancer mamar variază de la 1% în cazul subiecților cu școala primară efectuată și 27% din cei care au absolvit o școală, respectiv incidența cea mai mare întâlnindu-se în rândul celor cu studii medii.

- Distribuția subiecților în funcție de durata bolii ( de la momentul instalării)

**Tabel. Ponderea duratei bolii de la apariție**

Durata bolii	Procentaj
1 an si sub	14%
2 ani	9%
3 ani	17%
4ani	26%
<b>5 ani</b>	<b>32%</b>
Recidivă postoperatorie	2%
Mortalitate	0%

- Distribuția subiecților în funcție de cauzele psihologice (evenimente de viață), de dietă și regimul de viață care au contribuit la apariția cancerului de sân

Tabel. Cauze psihologice generatoare de cancer

Cauze	Procentaj
<b>Decesul unui apropiat</b>	<b>33%</b>
Divorț	24%
Nivel de trai scăzut	30%
Datorii	18%
Pierderi materiale și financiare majore	21%
Neînțelegeri în căsnicie	12%
Celibat	3%
Depresii	9%
Neîmpliniri	7%
Sterilitate /infertilitate	5%
Pierderi de sarcină	3%
Singurătate	12%
Acuzații și procese juridice	10%
Marginalizare	11%
Anxietate și obsesii	6%
Îmbolnăviri	4%
Handicapuri fizice	2%
Șomaj	10%
Lipsa veniturilor proprii	19%
Lipsa unui sprijin în viață	12%
Lipsa comunicării/inhibiție	26%
Eșecuri dese	20%
Lipsa activității	14%
Stagnare	8%
Suferințe afective nerezolvate	25%
<b>Dezamăgire</b>	<b>31%</b>
Deznădejde	11%
Lipsa unui scop în viață	7%
Mod de viață viciat	13%
Incapacitate de redresare	22%
Faliment	2%
Lipsa unei locuințe	1%

Din acest tabel reiese faptul că motivul principal – respectiv “decesul” unui apropiat , deține ponderea cea mai mare între cauzele presupuse generatoare de îmbolnăvire și care contribuie la apariția cancerului de sân. Este urmat îndeaproape de itemul “dezamăgire” în raportul cu viața, iar pe locul trei aflându-se itemul “lipsa comunicării/inhibiție”, urmat de “suferințe afective nerezolvate”.

De menționat faptul că fiecare item din acest tabel a fost raportat la procentul de 100%.

Tabel. Regim de viață și ponderea deprinderilor ce pot altera starea de sănătate

Consum cafea	Consum alcool	Consum tutun
77%	41%	21%



**Tabel. Dieta și regimul alimentar**

Dieta bazată pe carne roșie	Dieta bazată pe pește și carne albă	Dieta bazată pe vegetale și lactate	Dieta mixtă
25%	14%	9%	52%

- Distribuția în funcție de familia de proveniență și statutul familial

Pe lângă acești factori esențiali ce au fost luați în vedere în alegerea eșantionului pentru surprinderea cât mai multor variabile implicate în structura afectivă a subiecților, a fost luat în considerare încă un element și anume: familia, ca factor socio-afectiv de influență.

Am considerat că rolul familiei este deosebit de important pentru acest studiu în stabilirea stării psihofective premergătoare bolii a subiecților și ca atare, climatul familial dependent de tipul familiei - organizată sau neorganizată – are o influență de multe ori covârșitoare asupra evoluției generale a pacientului. Ca atare, în structura eșantionului a fost introdus și acest aspect, modul lui de prezentare fiind reliefat în tabelul de mai jos:

**Tabel. Tipul familiei de proveniență**

Tipul familiei de proveniență	Procentaj
Familie dezorganizată	39%
Familie organizată	61%

**Tabel. Statutul familial/ partenerial actual**

Statutul familial/partenerial actual	Procentaj
Divorțate	13%
<b>Separate</b>	<b>25%</b>
Necăsătorite	11%
Văduve	7%
Căsătorite	21%
Implicate într-o relație	9%
Singure	14%

- Distribuția subiecților în funcție de mediu, mod de viață și proveniență

**Tabel. Distribuția după mediul de activitate**

Poluat	Nepoluat	Toxic
78%	20%	2%

**Tabel. Distribuția după modul de viață**

Activ	Sedentar
48%	52%

**Tabel. Distribuția după mediul de proveniență**

Mediu rural	Mediu urban
19%	81%

- Distribuția după activitatea actuală și gradul ocupațional

**Tabel. Ponderea subiecților aflați în activitate**

Paciente aflate la pensie	Paciente aflate în câmpul muncii
59%	41%

- Distribuția în funcție de natalitate și statusul hormonal

**Tabel. Vârsta primei sarcini.**

Nulipare	Vârsta primei sarcini			
	Sub 20 ani	Sub 30 ani	Peste 30 ani	Peste 40 ani
6%	14%	57%	21%	2%

Din aceste evidențe reiese faptul că cel mai mare procentaj al nașterilor ca primă sarcină se află în intervalul de vârstă 20-30 ani și că doar 2% din totalul pacientelor au avut prima sarcină la peste 40 de ani.

**Tabel. Ponderea subiecților cu copii**

Subiecți părinți	
Da	Nu
94%	6%

Un fenomen deosebit este vârful de incidență atins la menopauză, așa-zisul “**menopausal-hook**” descris de Clemensen, care consideră că fenomenul se datorează modificărilor hormonale ovariene survenite în menopauză. Majoritatea autorilor afirmă că menopauza mai tardivă se asociază cu un risc de îmbolnăvire care poate să meargă până la dublu.

**Tabel. Apariția cancerului mamar în funcție de instalarea menopauzei**

Cancer se sânn instalat în funcție de momentul apariției menopauzei	
Premenopauză	Postmenopauză
27%	73%

Se constată că la pacientele cu cancer de sân perioada cu ponderea cea mai mare în instalare se află în postmenopauză, respectiv după vârsta de 50 de ani.

**Tabel. Distribuția în funcție de instalarea menarhăi**

Instalarea menstruației	%
Menarha înainte de 12 ani	5%
Menarha după 12 ani	92%
Menarha după 16 ani	3%

- Distribuția în funcție de evoluția bolii**Tabel. Procentajul pacienților cu cancer metastazat**

Procentaj pacienți cu cancer mamar metastazat	
Da	Nu
28%	72%

- Distribuția în funcție de antecedente fiziologice**Tabel. Evidența antecedentelor personale locale**

Antecedente personale în sfera genitală	
Da	Nu
17%	83%

*Antecedente colaterale.*

Literatura semnalează asocierea dintre riscul dezvoltării cancerului mamar și antecedentele heredocolaterale de cancer mamar (la mamă, soră, mătușă etc) (Madigan Mp. Ziegler RG, Benichou J, et al 1987). Majoritatea studiilor stabilesc că aproximativ 6% dintre cazurile apărute înaintea vârstei de 45 ani și în intervalul 45-54 ani sunt legate de antecedente de cancer mamar la rudele de gradul 1. Dacă se iau în considerare și cancerurile cu altă localizare, apărute la rudele de gradul I și II, atunci 13-15% dintre cancerurile mamare apărute înainte de 55 ani au un antecedent familial pozitiv (Thompson WD, 1994, Roses, 2000).

De asemenea, o femeie cu antecedente familiale pozitive are un risc mai mare de a dezvolta cancer mamar bilateral metacron decât o femeie fără antecedente familiale de cancer mamar.

Tabelul de mai jos conferă riscul relativ conferit de instalarea cancerului mamar în funcție de antecedentele heredocolaterale, concretizat în studiul efectuat.

**Tabel. Procentaj antecedente heredocolaterale**

Antecedente heredocolaterale	
Da	Nu
5%	95%

- Distribuția în funcție de modalitățile de depistare a bolii**Tabel. Modalități de depistare a bolii**

Mod de depistare a bolii	%
<b>Autopalpare</b>	82%
Control clinic de specialitate	4%
Mamografie de control sau alte tehnici imagistice	11%
Examen medical pentru alte afecțiuni	3%
<b>Total</b>	100%

## II. Rezultatele și corelarea testelor

### 1. Analiza datelor și interpretarea rezultatelor

Precum se poate observa, **anxietatea** este prezentă la majoritatea subiecților examinați.

S-a constatat că există o **corelație între intensitatea mare a anxietății și prezența unor probleme în cadrul familiei**, a unor relații neadecvate între parteneri.

Se poate concluziona că prezența și intensitatea anxietății este determinată atât de factorii interni cât și de factorii externi sociali.

Sursa de stres poate fi normală (atunci când nu este interpretată ca tulburare de anxietate) și poate reprezenta o dereglare atunci când este asociată unei anxietăți cu valoare ridicată.

Proporția în care este prezent sau absent **stresul** este prezentată în **tabelul** următor:

2.

	Procentaj
Absența stresului	21%
<b>Prezența stresului</b>	<b>79%</b>

3.

Specificul factorilor cauzali ai stresului și distribuția acestora în cadrul lotului sunt prezentate în tabelul de mai jos:

FACTORII CAUZATORI AI STRESULUI	PROCENTAJ
Lipsa de apreciere	13%
Restricții	10%
Refulări reprimite	20%
Incapacitate de a controla evenimentele	21%
<b>Dezamăgiri, deziluzii emoționale</b>	<b>26%</b>
Lipsa de afecțiune și de prieteni	9%

Nr. crt	Tipul tulburării afective	Procentaj
1.	<b>agitație/neliniște</b>	14%
2.	<b>impulsivitate</b>	13%
3.	<b>depresie/deprimare</b>	<b>26%</b>
4.	<b>negativism</b>	10%
5.	<b>inhibiție afectivă</b>	12%
6.	<b>sentimentul de inferioritate</b>	8%
7.	<b>sentimentul inutilității</b>	17%

Precum se poate observa, un procent semnificativ din subiecții testați manifestă **depresie/deprimare** (26%), **agitație/neliniște** (14%), iar **sentimentul inutilității** survine în procentaj de 17%.

Tabelul de mai sus mai pune în evidență și faptul că 13% din subiecții examinați se caracterizează prin **impulsivitate**. Aceasta poate fi explicată prin capacitatea redusă de control a propriilor reacții, prin posibilitățile limitate de prevedere a consecințelor acestor manifestări, prin aprecierea inadecvată a situațiilor.

## Corelatii teste

S-a administrat câte un chestionar obiectiv fiecărui subiect, care să ateste și să verifice ipoteza de la care am plecat și anume că evenimentele de viață, în speță cele negative, pot influența cursul firesc al vieții și sănătății psihice și fiziologice umane.

Așa cum am observat la capitolul referent, s-a constatat că evenimentele cu ponderea cea mai mare în acest sens se referă la decesul unui apropiat (22%) precum și la destrămarea unui mariaj/căsnicii (20%). De asemenea, s-a concluzionat că 80% dintre evenimentele stresante de viață preced în timp cele mai timpurii manifestări ale bolii.

Din distribuția parametrilor rezultați din interviu s-a constatat de asemenea, că 33% dintre subiecți relatează despre decesul unui apropiat survenit înainte de apariția simptomelor de boală; 30% dintre aceștia vorbesc despre un nivel de trai scăzut; 24% dintre pacienți invocă divorțul sau separarea de partenerul de viață ca și precursor al bolii iar 31% demonstrează și recunosc ca și factor negativ, posibil “deschizător de drumuri” instalării unei maladii, dezamăgirea.

În ceea ce privește personalitatea și predispoziția către anxietate, am văzut în testul Cattel că prevalează gradul de anxietate la nivel mijlociu la 39% dintre subiecți, iar dintre factorii premergători stării de anxietate, 42% corespund propensiunii spre culpabilitate de unde derivă și anxietatea de nesiguranță.

Scala de anxietate Hamilton-HAMA prezintă simptomele organice ale anxietății, unde ponderea cea mai mare o reprezintă cele cardiovasculare în procent de 66% (de unde se face legătura cu existența atacurilor de panică), 64% prezintă tensiune nervoasă și 57% simptome genitourinare, ca efect concret al alterării stării de sănătate.

Gradul de depresie posttraumatică a fost testat prin scala de măsurare a depresiei Burns și s-a constatat existența depresiei la nivel moderat la 38% dintre subiecți. Menționăm că gradul de depresie moderată se clasifică pe locul 4 din 5 criterii, simptomele relevând constanța și gravitatea tulburării. De altfel, cel mai întâlnit tip de tulburare afectivă care survine o dată cu instalarea bolii, se constată a fi depresia/deprimarea în proporție de 26% dintre subiecți.

Atacul de panică a fost măsurat prin scala de măsurare a intensității acestei tulburări și s-a observat că 28% dintre cei vizați prezintă anxietate ușoară, iar un atac de panică major datorat efectelor impactului bolii, schimbării și dezechilibrului survenit, s-a constatat la 11% dintre aceștia.

Chestionarul privind nivelul de funcționalitate socio-profesională și familială relevă un grad de funcționalitate mediu afectată regăsită la 36% dintre participanții la studiu. Dintre criteriile de referință rezultă că 21% dintre subiecți prezintă alterarea sentimentelor și a controlului emoțional și fizic.

## Rezultate și discuții

a. caracteristicile **socio-demografice** ale lotului format din 100 paciente sunt:

### *1. repartitia pe grade vârstă*

Grade de vârstă	Număr pacienți implicați	Media	%
20-30	1	25	1%
30-40	2	35	2%
40-50	19	45	19%
<b>50-60</b>	<b>36</b>	<b>55</b>	<b>36%</b>
60-70	23	65	23%
70-82	19	76	19%

Din analiza precedentă rezultă că prevalența cea mai mare a cancerului mamar este cuprinsă între 50-60 ani cu un procentaj de 36%. Vârsta medie la intrarea în studiu este: 25 ani

2. **statutul marital** : predomină categoriile de căsătorii: ( 21%). Celelalte categorii au o reprezentare redusă: separați 25%; 13% – divorțați, necăsătoriți 11%, implicați într-o relație 9%, singuri 14%.

Procentajul cel mai semnificativ de luat în considerare în apariția cancerului mamar poate fi cel de 25% , aparținând segmentului de pacienți separați.

3. **nivel instructiv**: distribuția pacienților diagnosticați cu tulburare anxioasă și atac de panică **la impact** este: studii medii – ( 27%); studii postliceale și universitare 24% => predomină pacienții cu studii medii și liceale, astfel că educația este un factor important în aprecierea prevalenței anxietății și atacului de panică. Frecvența acestora este de aproape 4 ori mai mare în cazul subiecților cu studii medii și liceale, în comparație cu cei cu studii postliceale și universitare. Nivelul educațional se pare a fi mai important în apariția tulburărilor de anxietate și panică decât standing-ul socio-economic sau veniturile anuale ale subiectului.
4. **statutul profesional**: majoritatea pacientelor (59%) în perioada intrării în studiu erau fără ocupație sau pensionare iar în activitate profesională doar 41% .
5. **domiciliul**: din cei 100 de subiecți, 81% locuiau în mediu urban, 19% locuiau în mediu rural => prevalența mai mare în mediu urban.
6. **istoric familial**. Stabilirea istoricului familial în cazul subiecților diagnosticați cu cancer de sân este importantă, deoarece subliniază rolul terenului, deci al determinismului predominant biologic, în geneza acestora. La cazuistica studiată, istoricul familial pozitiv pentru boală a fost 5% în cazul rudelor de grad I. Restul pacientelor prezintă îmbolnăvire datorată **patologiei afective** , a viciilor (alcool, tutun) , traumelor etc:

**Tabel. Relația dintre riscul de cancer mamar și antecedente personale sau heredocolaterale**

Cauzalitate	%
Cancer mamar corelat cu AHC	5
Cancer mamar corelat cu AP	17
Cancer mamar fără antecedente familiale sau personale	78

**Tabel. Proportia dezvoltării tulburărilor psihologice posttraumatice**

Tulburare	Procentaj
Depresie	38%
Anxietate	39%
Atac de panica	28%

**Vârsta prioritar studiată**

**Pacientele studiate au fost împărțite pe două loturi:** lotul pacientelor cu cancer mamar provenit din cauze strict personale – de natură fiziologică și ereditate, iar un al doilea lot format din pacientele al căror cancer s-a datorat majoritar traumelor psihice suferite.

Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a fost 55.5 ani .

Lotul pacientelor cu cancer mamar dobândit sau predispuse genetic și confirmat histopatologic însumează 5% din totalul subiecților studiați, în timp ce lotul pacientelor cu cancer provenit din alte cauze însumează un procentaj de 95%.

Media de vârstă a pacientelor cu cancer mamar fără AHC și AP variază între 29-82 ani, media generală de vârstă fiind 55.5 ani, deviația standard 37.4 ani. Valoarea mediană a vârstei în acest lot este 55 ani.

Media de vârstă a pacientelor cu cancer mamar cu AP și AHC este 59 ani și variază între 51 și 67 ani. Deviația standard este 11.31, iar valoarea mediană este 59ani.

Prelucrarea statistică prin efectuarea testului T demonstrează existența unei diferențe statistice între valorile vârstei medii ale celor două loturi. Rezultă de aici **P value = 2.589941**, unde 95.0% intervalul de confidență al diferenței între vârstele medii 12.0012 +/- 4.36078

**In ceea ce privește antecedentele familiale de cancer mamar , există o diferență vizibilă în favoarea afecțiunilor benigne. Calculul statistic făcut pe baza observației fișelor medicale arată un procentaj nesemnificativ statistic.**

**Dif(B-M)= 6.39 cu o eroare standard ( SE) = 5.38, unde CI = - 4.15 la +16.93 =>**  
**p = 0.24**

### *Nuliparitatea*

Așa cum am specificat deja pe parcursul lucrării, ponderea nuliparității în lotul studiat este de 6%, comparativ cu pacientele ce au dus la capăt cel puțin o sarcină. In concluzie, nuliparitatea nu constituie neapărat un factor decisiv în instalarea unui cancer mamar fără concursul altor factori care ar putea contribui la declanșarea bolii, cum ar fi menarha survenită sub 12 ani, menopauza instalată la peste 50 ani, un status hormonal precar, respectiv un aport estrogenic consistent față de aportul de progesteron, etc.

### *Vârsta primei sarcini*

Din datele culese reiese faptul ca vârsta majoritară a primei sarcini se află între 20 și 30 de ani cu o majoritate de 57% dintre subiecții vizați. La 22% dintre paciente- vârsta primei sarcini s-a situat în perioada dintre 30 și 49 ani, iar 14% au născut prima dată înainte de 20 de ani. După vârsta de 40 de ani, nu se constată nașteri în lotul studiat.

### *Cancerul mamar în funcție de vârsta instalării menopauzei*

Din procentajul rezultat al acestui paramentru, constatăm că 73% dintre bolnave dezvoltă un cancer mamar după instalarea menopauzei, cu preponderență după 50 ani. Pacientele care au dezvoltat cancer mamar înainte de instalarea menopauzei se află în procent de 27% și se datorează în general, unor efecte ce țin de AHC, AP și într-o măsură mai scăzută de traumele psihice, constatându-se astfel că efectele evenimentelor de viață își lasă amprenta în spectrul fiziologic, în special după 50 de ani.

## Rezultate – semnificație clinică. Aspecte biologice

Pentru a avea o imagine generală asupra componentelor ce induc instalarea cancerului s-au analizat în paralel, atât aspectele psihologice cât și cele biologice, premergătoare îmbolnăvirii, astfel: au fost urmăriți parametrii biologici, motiv pentru care s-a aplicat testul de diagnostic biologic în cancer, vizând aspecte precum anemia, VSH-ul, scăderea ponderală, nivelul leucocitelor etc.

Tabel . factors associated with a severe outcome ( multiple logistic regression)

Tabel. cancerul ca și cauză de pierdere în greutate involuntară: regresie logistică multiplă

Variable	Coefficient	Standard error	P-value	Odd-ratio	Upper 95% confidence interval	Lower 95% confidence interval
Age>62years	1.150	0.249	0.000004	3.157	1.937	5.146
Hemoglobin<10g/dl	0.921	0.294	0.002	2.512	1.412	3.935
VSH>29mm/h	0.861	0.260	0.001	2.366	1.423	3.935

Tabel . Rezultate procentaj total subiecți

VARIABILA	%
Hemoglobina <10g/dl	73
Leucocite >10 <sup>10/l</sup>	54
VSH >20	81

## Concluzii generale

*Cancerul mamar este un neoplasm prevalent, cu impact psihologic major. El constituie o experiență de viață serioasă pentru orice femeie, la care cele cu robustețe psihică reușesc să se adapteze în general bine, fără să dezvolte tulburări psihice majore. Procedeele chirurgicale conservatoare, tot mai frecvent utilizate astfel, pe lângă beneficiul adus pacientei prin reducerea timpului de recuperare fizică postoperatorie, diminuează semnificativ efectele pe care le are mastectomia asupra propriei imagini corporale a pacientei.*

*In ceea ce privește însă calitatea vieții sub aspect psihosocial a femeilor operate conservator, studiile nu au relevat o îmbunătățire substanțială.*

*La impactul emoțional al diagnosticului de cancer, se adaugă o nouă greutate în seama pacientelor, dată de îngrijorările, temerile, dilemele privind alegerea tipului de operație și teama, frica de reapariția bolii.*

*In prezent, termenului de calitate a vieții i se acordă o mai mare specificitate, iar evaluarea acesteia se realizează în legătură cu nevoile și sistemul personal de valori al pacienților.*

## Concluzii obiective



Am plecat în elaborarea acestei lucrări de la impresia că în acest domeniu există prea multe aproximări, prea mult subiectivism, iar psihologul este efectiv dezarmat în fața cererii tot mai crescânde de suport, care la rândul său poate fi discutabil în condițiile oferite din România.

Din cele prezentate pe parcursul materialului de față, a reieșit o **concluzie** deosebit de importantă: faptul că **în cancerul de sân nu prevalează antecedentele personale sau ereditare**, așa cum ne-am fi așteptat, îmbolnăvirea și declanșarea dovedindu-se ca având cauze diverse, în general de ordin psihologic, într-o măsură mai mică legate de antecedentele heredocolaterale și în ultima instanță, de traumatismele fizice propriu-zise.

Aspectul cel mai important vizat al lucrării a fost atât cercetarea apariției simptomelor și debutului bolii precum și circumstanțele favorizante, cât și aportul factorului **stres** în cauzalitate, instalare și dispersie.

Punctul de plecare al lucrării de față l-a constituit presupunerea că maladia (cancerul de sân) poate apărea ca și consecință a diferitelor forme de stres și a nivelului de acțiune și percepție a acestuia, aceasta manifestându-se printr-o serie de tulburări emoționale, relaționale, comportamentale datorate, așa cum am specificat mai sus, circumstanțelor și evenimentelor, mai mult sau mai puțin traumatizante, de viață. S-a acționat în sensul punerii în evidență a celor mai semnificative evenimente de viață și tulburări afective ale subiecților cât și a consecințelor acestora în plan organic.

Din analiza și corelarea rezultatelor obținute la probele aplicate, s-a constatat că marea majoritate a subiecților prezintă tulburări de afectivitate atât ante cât și post impactul diagnosticului, însă acestea apar în mod diferit în cadrul lotului după frecvența, natura și intensitatea lor.

Ca atare, frecvența dereglărilor afective nu este aceeași pentru tot eșantionul studiat. Anumite tulburări, precum anxietatea, atacul de panică sau depresia apar cu o frecvență extrem de mare după impactul cu boala și conștientizarea acesteia, întâlnindu-se la marea majoritate a subiecților examinați (aprox.70%), iar emotivitatea și instabilitatea la aproximativ 25% din cazuri.

Alte tulburări (agitația, impulsivitatea, negativismul) au o frecvență mai redusă, fiind prezente aleator la jumătate din pacienți, constându-se și dereglări ale afectivității cu o frecvență mică (indiferență afectivă, sentimente de inferioritate și inutilitate).

Intensitatea tulburărilor afective apare ca având un caracter preponderent la majoritatea subiecților. Profunzimea acestor tulburări variază în funcție de factorii interni, cum ar fi vârsta subiecților, gradul de dezvoltare intelectuală, particularități psihice individuale, dar și de factori externi: absența sau prezența unui climat familial propice, a unor condiții sociale corespunzătoare, traume psihice grave și repetate. Insuficienta dezvoltare cognitivă, motivațională, volitivă are efecte negative asupra maturității generale a personalității acestora și implicit, asupra afectivității lor, ceea ce conduce la diferențe de percepție a situațiilor traumatizante și implicit la toleranța față de stres.

Prezența acestei mari varietăți de tulburări afective confirmă un aspect al ipotezei de la care am plecat și anume că stresul, în complexitatea lui, determină apariția unor dezechilibre în plan afectiv, cu consecințe majore în plan organic și fiziologic.

Consecințele stresului se manifestă prin capacitatea redusă a coping-ului cu evenimentele de viață traumatizante dar și predispoziția către îmbolnăvire, incapacitatea subiecților de a-și controla reacțiile emoționale, de a avea o conduită adecvată la situațiile cu care vin în contact, de a rezista în fața circumstanțelor cu caracter psihotraumatizant și, nu în ultimul rând, capacitatea de a conștientiza, accepta și controla pozitiv situațiile neprevăzute, cum este cea a apariției cancerului mamar.

Este clar faptul că o gândire pozitivă, o capacitate de focusare pe problemă și puterea de redresare psihică individuală conduc spre o recuperare mai rapidă și mai bună, spre reabilitare, cu rezultate pozitive, fără pericolul de recidivă sau deteriorare fizică, implicit moarte.

În consecință, **Psihicul** este cel care generează **Puterea** de a interveni în reglarea organismului și sistemului de percepție a vieții.

Apariția unor dezechilibre în sfera afectivă are influențe directe în planul fizic dar și în plan comportamental, ducând la dezvoltarea unor conduite dezadaptate.

Afectivitatea așa cum se dezvoltă ea din copilărie, constituie un element hotărâtor în viața psihică a adultului de mai târziu – implicit fizic (cu rezonanță în plan fizic) întrucât apariția unor dereglări în sfera afectivă are consecințe deosebit de grave asupra celorlalte procese psihice, ducând la instalarea unui al doilea handicap: transferul problemelor de ordin psihoafectiv în sfera fiziologică.

Am constatat la un număr foarte mare de subiecți existența carențelor afective, puse pe seama lipsei de afecțiune din partea familiei, a problemelor intrafamiliale, a tensiunilor și a atitudinii în general, a refulării și frustrării în anumite aspecte ale vieții, a incapacității de redresare în urma traumelor psihice și a managementului psihologic precar în situații de criza existențială.

Desele insuccese de care au parte subiecții, reprezintă o cauză a tulburărilor afective ale acestora, cu consecințe în primul rând asupra eficienței activităților și rezultatelor obținute, iar în al doilea rând are loc implicarea la nivel somatoform, cu consecințele de rigoare.

Este extrem de important să nu se pună accent, în demersul recuperator, doar pe corectarea tulburărilor de ordin fizic.

Este indicată adoptarea unor tehnici și metode de terapie, cu aportul indiscutabil al subiectului în cauză, rolul principal al acestora constând în înlăturarea anxietății, negativismului, a stărilor psihice conflictuale, a sentimentelor de inferioritate, a restructurării gândirii în sens pozitiv cu consecințe benefice în plan psihic.

Toate acestea trebuie realizate în vederea adaptării individului la situațiile de viață, întrucât este recunoscut rolul afectivității în procesul general al stării de bine și al modului de coping cu viața.

Echilibrarea afectivă a personalității pacientului afectat constituie în fond, compensarea esențială a deficitului său, în planul adaptării și integrării sociale.

Din aspectul practic al cercetării și din studiile de caz efectuate pe bază de discuție, observație și testare – concluzia la care a ajuns dincolo de cifre și statistică, este ca majoritatea subiecților suportă în plan organic, consecințele incapacității controlului emoțional. Incapacitatea gestionării stresului afectează latura psihică, cu transpunere în cea fizică, afectând sistemele fiziologice de reglare proprii organismului.

Concluzia personală în urma acestei cercetări este că incidența cancerului mamar este prioritar mai mare la subiecții supuși stresului psihic prelungit care acționează în plan organic, spre deosebire de cauze ereditare, antecedente personale sau heredocolaterale.

De asemenea, tulburările de ordin psihic care apar la impactul cu boala, au o incidență crescută la persoanele care prezentau deja un statut psihologic labil, cea mai mare parte dintre aceștia dezvoltând atacuri de panică, insomnii, comportament anxios și nu în ultimul rând, depresie.

Surprinzător este faptul că subiecții proveniți din medii rurale sau sociale cu nivel de trai mai scăzut, au “întâmpinat” boala în mod normal, acceptat ca pe o consecință a vieții înșiși sau logică a comportamentului lor inadecvat în ce privește aspecte precum regimul de viață, gestionarea dependențelor vicioase, statutului social și financiar precar și abia în ultimul rând, atribuind boala cauzelor emoționale.

Putem concluziona că din studiul întreprins **se confirmă** ipoteza și obiectivele inițiale, respectiv demonstrarea legăturii dintre cauzele de ordin psihologic și efectele lor în plan fiziologic.

Se confirmă ipoteza conform căreia factorii care influențează apariția și instalarea cancerului mamar dețin un procent copleșitor de 80% față de alte cauze care pot determina dereglări de gen în organism.

Se confirmă astfel ipoteza conform căreia ar exista o legătură între stres și consecințele acestuia în plan fiziologic, respectiv cancer mamar.

***In concluzie, se certifică și prin acest studiu, cercetările anterioare conform cărora emoțiile negative care afectează viața, somatizează în plan organic, manifestându-se prin boli sau dereglări care conduc iremediabil, înspre scăderea probabilității de existență.***

## Bibliografie

- 1) ABDUL, H.H – *Cancerul de sân: considerații clinice și terapeutice*, București, 1992, TD
- 2) AMERICAN CENTER SOCIETY – *Cancer facts and figures*, Atlanta, 2000
- 3) ANGHEL R, IONESCU D.M, SANDRU A- *Cancerul glandei mamare*, ed. Medicală națională, 2002
- 4) ANGHEL, G – *Cancerul de sân: considerații clinice și terapeutice*, București, 2008, TD
- 5) ARTIMON, L – *Modalități de tratament multimodal ale cancerului mamar*, București ,1999, TD
- 6) BABA A.I., GIURGEA R – *Stresul, adaptare și patologie*, Ed. Academiei Române
- 7) BALABAN A.T, GALAȚEANU I., GEORGESCU G – *The first congress in positive psychology*, 2009/ iunie
- 8) BALANESCU I, ANGHEL R – *Cancerul sânelui* – Ed. Celsius, București, 1997
- 9) BALANESCU I, ANGHEL R – *Elemente de oncologie generală* – Ed. Medicală, București, 1999
- 10) BĂLĂNESCU, I – *Principiile și metodele diagnostice în boala canceroasă*- IMF, 1986
- 11) BANCU V.E- *Patologie chirurgicală*, ed. Didactică și pedagogică, Buc, 1983
- 12) BARA A, - *Nitrozomirele, factori cancerigeni de mediu*, ed.Oncologia, 1974
- 13) BASSETT, L – *From panic to power*, Harper Perennial, 1997
- 14) BENIESH-MELNIK M, BUTEL J, - *Oncogenic viruses in: the molecular biology of cancer*, academic press, 1974
- 15) BERBECAR, GHE – *Implicații endocrine în cadrul tratamentului complex al tumorilor sânelui.* , 1999, TD
- 16) BLIDARU AL, VOINEA S, BORDEA C- *Cancerul glandei mamare*- 2004
- 17) BOLSTAD, R – *Resolve: A new model of therapy*, Crown House, 2002
- 18) BORDEA, C.I- *Factori de agresivitate în cancerul glandei mamare*, 2005, TD
- 19) C.MÂRȘU PĂUN – *Cum faci față – Tita Chiper de vorbă cu Coralia Mârșu*.
- 20) CASPER, R.C. – *Women's health: hormones, emotions and behaviour*.
- 21) CHIRILUTA I. – *Cancerologie generală*- Ed. Medicală, 1984
- 22) CIALDINI, ET AL. – *Influence, The Psychology of Persuasion*, New York: Quill, 1993
- 23) CIOFLAN, E.H – *Aportul histerectomiei la investigarea modificărilor endometrului la pacientele tratate cu modulatori selectivi de receptori estrogenici prin cancerul de sân*, București ,2007, TD
- 24) CLAYSEN D, - *Nutrition and experimental carcinogenesis: a review; cancer research*, 1975
- 25) CONSTANTIN, P – *Reconstrucția de sân după mastectomie*, 2002, TD
- 26) DELAHAYE MARIE-CLAUDE – *Cartea femeii* – ed. Teora, 1998
- 27) DRAGOMIR, G – *Tendințe moderne în tratamentul complex al cancerului de sân*, 2006, TD
- 28) DUMITRASCU , D– *Medicina psihosomatică* – București Ed.Medicală, București , 1970
- 29) FALLOWFIELD LJ, HALL A, MAGUIRE GP, BAUM M. - *Psychological outcomes of different treatment policies in women with breast cancer outside a clinical trial*. Br Med J 1990

- 30) FALLOWFIELD LJ.- *Psychosocial adjustment after treatment for early breast cancer*. Oncolog 1990
- 31) GHIZELAN N – *Oncologie generală*, ed. Medicală , 1992
- 32) GHIZELAN, N- *Oncologie generală*- Ed. Medicală, București, 1992
- 33) GRATI, S – *Cancer mamar. Aspecte anatomo-clinice și terapeutice*, București, 2004, TD
- 34) HARROCKS, R – *Foundations of psychotherapy; an introduction to individual therapy*, 2005
- 35) HAYFIELD, R – *Homeopathy: a practical guide to everyday healthcare*, 1996
- 36) HEGARTY J. – *Psychologists, doctors and cancer patients*- Biblioteca British Council
- 37) HEGARTY, J – *Psychologists, doctors and cancer patients*, 2000
- 38) HORTON, A – *Indoor tobacco smoke pollution. A major risk factor for both breast and lung cancer?*, ed. Cancer, 1988, London
- 39) IAMANDESCU I.B. – *Corelații psihosomatice în astmul bronșic* - Teză de doctorat, București, 1980
- 40) IAMANDESCU I.B. - *Elemente de psihosomatică generală și aplicată*, București, ed. Infomedica, 1999
- 41) IAMANDESCU I.B. – *Stresul psihic* –București, 2002
- 42) IAMANDESCU I.B. – *Stresul psihic din perspectiva psihologică și psihosomatică*, București
- 43) IAMANDESCU I.B. – *Stresul psihic și bolile interne*, București
- 44) IAMANDESCU I.B.- *Dimensiunile psihologice ale actului chirurgical*, ed.Infomedica, București, 2000
- 45) IAMANDESCU, I.B.- *Psihologia sănătății*, București, 2005
- 46) IAMANDESCU ,I.B – *Psihologie Medicala, Bucuresti*, ed. InfoMedica, 2009
- 47) IBRAHIM MEI FARRA – *Implicațiile unor factori de mediu în etiologia și evoluția cancerului*, București , 2008, TD
- 48) ILIE, M – *Cancerul mamar avansat. Aspecte clinice, evolutive și terapeutice*, București, 2005, TD
- 49) *Inventare multifazice de personalitate* – Institutul de științe ale educației – București, 1996
- 50) IONESCU G – *Psihoterapia*, București, 1990,
- 51) IONESCU, A – *Factori de risc în cancerul mamar*, București ,2004. TD
- 52) IONESCU, D. – *Locul radioterapiei în tratamentul conservator al cancerului mamar*, București , 2004, Teză de doctorat
- 53) IONESCU,A – *Dinamica personalității nevrotice în plan social: studiu socio-psihiatric*, București , 1987, TD
- 54) JACOBSEN PB, ROTH AJ, HOLLAND JC, *Psychological responses to breast surgery*. In; Holland JC, ed.Psycho-Onchology. New York Oxford: Oxford University Press, 1998
- 55) JOSEPH GILBERT - *Clinical psychological tests in psychiatric and medical practice*, Charles C. Thomas, Springfield, IL, USA, 1969
- 56) KHALID, A.M.- *Aspecte citogenetice, histopatologice și markerii tumorali în cancerul familial de sân* București, 2007, TD
- 57) LIGORTĂU, C – *Genetica cancerului de sân*, București ,2005, TD
- 58) LONGHIN, C.A. - *Studiul clinic și fiziopatologic al melanomului malign*, București ,1971, TD
- 59) LOWENFELS, A, ANDERSON, M – *Diet And Cancer*; Cancer, 1977, Philadelphia
- 60) LUBAN, B,- *Boli psihosomatice în practica medicală*, 1990, București
- 61) MANIDACHE, L.G – *Leziuni de graniță ale glandei mamare*, București, 1995, TD
- 62) MARIN, A – *Tulburarea anxioasă generalizată – Aspecte clinice și sociale. Implicații*, București, 2003, TD
- 63) MC GRAW HILL – *Abnormal Psychology* – 1985

- 64) MIȘU PĂUN – *Psihosomatica oncologică: Interferențele dintre factorii psihosociali comportamentali și cancer*, In: Iamandescu I.B., ed. Elemente de psihosomatică generală și aplicată, București, Infomedica, 1999
- 65) MUNTEANU, S - *Valoarea comparativă a mijloacelor de diagnostic și metodelor de depistare precoce a cancerului colului uterin și mamar*, București , 1970, TD
- 66) NITIPIR, C – *Valoarea tratamentului cu HERCEPTIN în cancerul mamar avansat*, București , 2006, TD
- 67) O’CONNOR, J – *The NLP work book*, Thornsons, 1995
- 68) PAPAIOANNOU A.N., - *Etiology of human breast cancer*, Spieger-Verlag, Berlin-Heidelberg- New York, 1974
- 69) PAVEL, M – *Factori de risc ai transformării maligne a tumorilor benigne la sân*, 2005, TD
- 70) PELTECU GH ET AL. – *Tratamentul conservator al cancerului mamar incipient*. Editura Universitară „Carol Davila”, București
- 71) PELTECU, GHE – *Tratamentul chirurgical conservator al cancerului mamar*, 1994, TD
- 72) PELTECU, GHE. – *Tratat de obstetrică-ginecologie*, București, 2004
- 73) PEURIFOY,R – *Anxiety, Phobias and Panic*, Warner books, 1995
- 74) PODEA, D – *Atacul de panică în perspectiva psihopatologică și clinică*, București ,1995, TD
- 75) POPA, M – *Cancerul glandei mamare. Ganglionul santinelă*, București , 2005, TD
- 76) POPA, S – *Implicațiile unor factori de mediu in etiologia și evoluția cancerului*, 2005, TD
- 77) POPESCU, D – *Tendențe actuale în tratamentul cancerului mamar*, București , 2004, TD
- 78) POPESCU, I.GR – *Introducere în semiologia medicală*, București
- 79) RACOVEANU ,N – *Efectul cancerigen al radiațiilor ionizante – radiobiologia*, Ed.Stiințifică, București, 1970
- 80) Registrul National de Cancer, Centrul de Calcul, Statistică sanitară și Documentare Medicală a Ministerului Sănătății, București.
- 81) Registrul national de cancer, Centrul de calcul, statistica sanitară și documentare medicală a ministerului sănătății”, București , Rev.Avantaje, 1997
- 82) ROBINSON, A – *Guide to personal health*, The Pinguin Group, 2002
- 83) ROMILĂ, A – *Psihiatrie*, București, 2004.
- 84) ROSE CHARVET, S – *Words that change Minds*, Kendall-Hunt, 1997
- 85) ROSOIU, I – *Leziuni mamare infraclinice*, 2008, TD
- 86) ROTARU, I- *Anatomia sânelui. Studiu comparativ anatomo- imagistic*, București , 2008, TD
- 87) SAJIN MARIA – *Curs de anatomie patologică* – Ed.Cerma , București, 1999
- 88) SCHIOPU URSULA – *Introducere în psihodiagnostic* – Universitatea București, 1970
- 89) SCHOTTENFELD D – *Alcohol as a cofactor in the etiology of cancer*, Rev.Cancer, 1979
- 90) SCOTT, W – *Dealing with Fear in the Body*, London, 2000
- 91) SERBAN, N – *Citologia și mamografia ca elemente predictive în urmărirea patologiei sânelui* – , București , 2006, TD
- 92) SIMION, O – *Profilaxia cancerului glandei mamare*, București , TD,2006
- 93) SINELNIKOV R.D. – *Atlas of human anatomy – Mir Publishers*, Moscow, 1989
- 94) TEODORESCU EXARCU I, RANGA V. – *Anatomia și fiziologia omului* – București, 2000
- 95) TEODORESCU R- *Scale pentru depresie - Revista română de sănătate mintală nr.5, 96 DSM IV*
- 96) TRIFAN, F – *Tendențe noi în tratamentul complex asociat cancerului de sân*, 2005, TD
- 97) TRIFU, S – *Metodologia etalonării și validării chestionarelor*, 2001, Dizertație
- 98) TUDOSE, F – *Abordare modernă a psihologiei medicale*, Buc, 1998
- 99) VASILIU, T – *Manual de anatomie patologică și clinică*, ed. Universitară, Cluj Napoca, 1939