

CALITATEA VIEȚII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ONCOLOGICE ȘI PATOLOGIE DEPRESIV-ANXIOASĂ COMORBIDĂ

ADRIANA MIHAELA DAVID
SORINA NĂSTASE

Articolul de față prezintă calitatea vieții la pacienții cu afecțiuni neoplazice și comorbidități depresiv-anxioase, din perspectivă bio-psiho-socio-spirituală. Folosind observații personale nesistematice, este subliniat impactul pe care componenta psihologică îl are asupra evaluării calității vieții. Este trecut în revistă dublul determinism dintre patologia somatică și cea psihică, cu sublinierea interferențelor depresiei și anxietății asupra calității vieții și sunt descrise modalitățile de îmbunătățire a calității vieții la pacienții cu afecțiuni oncologice și tulburări depresive sau anxioase comorbide.

Cuvinte-cheie: calitatea vieții, depresie, anxietate, afecțiuni oncologice.

CONCEPTUALIZAREA CALITĂȚII VIEȚII DIN PERSPECTIVĂ PSIHOLICĂ ȘI ÎN RELAȚIE CU STAREA DE SĂNĂTATE

Calitatea vieții este un concept holist. El oferă o perspectivă integratoare asupra vieții oamenilor și a societății în care aceștia trăiesc (Măginean și Precupețu, coord., 2008).

Katsching prezintă o conceptualizare a calității vieții polarizată în trei domenii: **subiectiv psihologic** (care include o componentă cognitivă și una afectivă), **nivel de funcționare socio-economică** și **factori contextuali fizici**, pe care îi rezumă în condiții de viață. Ultimele două le consideră ca dimensiuni sociale ce se polarizează în dimensiunea psihologică (1998).

Actualmente se acordă o atenție din ce în ce mai sporită aspectelor spirituale și existențiale, sensului pe care pacientul îl acordă existenței umane, descriind astfel dimensiunea **spirituală** a calității vieții.

Adresele de contact ale autorilor: Adriana Mihaela David, Spitalul Universitar de Urgență-București, departamentul Psihiatrie de legătură, Str. Splaiul Independenței, nr. 169, sector 5, cod 050098, București, e-mail: adidav2002@yahoo.com; Sorina Năstase, Hyperclinica MedLife Băneasa, șos. București-Ploiești, nr.10, e-mail: sorinanastase@gmail.com.

PERSPECTIVA PSIHOLAGICĂ A CALITĂȚII VIEȚII

Calitatea vieții este un concept multidimensional cuprinzând înțelegerea dezvoltării indivizilor în cadrul comunităților, precum și întinderea până la care procesele psihologice sunt influențate de factori de mediu și de semnificația pentru om a vieții sale, rezultat al evaluării globale, din punctul de vedere al persoanei umane, a propriei vieți (Dissart, 2000).

Calitatea vieții este un concept evaluativ, fiind rezultanta raportării condițiilor de viață și a activităților care compun viața umană, la necesitățile, valorile, aspirațiile umane. Se referă atât la evaluarea globală a vieții (cât de satisfăcătoare este viața pe care diferitele persoane, grupuri sociale, colectivități o duc), cât și la evaluarea diferitelor condiții sau sfere ale vieții: calitatea mediului ambiant, calitatea umană a muncii, calitatea relațiilor interpersonale, calitatea vieții de familie.

Procesele psihologice stau la baza conceptualizării calității vieții, fiind implicate în evaluări și în raportarea rezultatelor acestor evaluări la propriile nevoi, așteptări și valori. Calitatea vieții se referă atât la condițiile obiective în care viața umană se constituie, cât și la modul subiectiv în care fiecare își evaluează propria sa viață – starea de satisfacție, fericire, împlinire. Perspectiva psihologică a calității vieții se referă la percepțiile, evaluările și strategiile pe care individul le aplică în situația în care se află, privind în principal latura subiectivă, în timp ce în perspectiva sociologico-politică, interesul cade, în primul rând, pe determinarea factorilor obiectivi care sunt responsabili de variația calității vieții și a strategiilor social-politice de acțiune, în vederea sporirii acesteia.

Diferențierea între elementele obiective și cele subiective ale calității vieții este uneori dificil de trasat. Dificultățile distincției țin de probleme metodologice ale măsurării, dat fiind că stările afective și distorsiunile cognitive duc la evaluări variate ale aceleiași situații obiective (Katschnig, 1998).

Starea de „bine subiectiv” nu se rezumă la o trăire afectivă. Intră în joc și o evaluare, un factor cognitiv, de apreciere. În cazurile de „distorsiune cognitivă”, cum sunt cele din depresia prelungită, scăderea calității vieții poate deriva din această modificare de optică. Factorul cognitiv este foarte important atunci când se cere o evaluare pe termen lung, când se întreabă despre mulțumirea globală în raport cu vârsta, sau când e atinsă problema fericirii. Înțelegerea cognitivă a calității vieții, după opinia profesorului Mircea Lăzărescu, arată faptul că unii oameni – chiar dacă au trecut prin episoade de boală – pot fi optimiști încrezători în ei înșiși, proactivi, și include aceste caracteristici la capitolul predispoziției genetico-dispoziționale a caracterului (Lăzărescu, 1999).

CALITATEA VIEȚII ÎN RELAȚIE CU SĂNĂTATEA ȘI CALITATEA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, calitatea vieții este definită ca fiind percepția de către oameni a poziției lor în viață, în relație cu scopurile lor și cu sistemul de valori pe care ei l-au acceptat și încorporat în perspectiva deciziilor

pe care le iau. Prin calitatea vieții, în medicină se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană. Prin această formulare se are în vedere un concept ceva mai specific, și anume **calitatea vieții în relație cu sănătatea**, care reprezintă statusul sănătății subiective (perspectiva pacientului asupra sănătății) și impactul pe care îl are această percepție asupra capacităților lui de viață. Ca și concept, calitatea vieții în relație cu sănătatea încorporează atât aspecte pozitive, cât și negative ale sănătății fizice, psihice, sociale.

Evaluarea calității vieții, pe lângă criteriile clinice obiective, a devenit necesară în momentul în care s-a pus problema eficacității intervențiilor medicale în cazul bolilor cronice sau incurabile, în care se poate obține doar o ameliorare temporară, iar scopul îngrijirii este de a face viața pacientului mai confortabilă. Scopul îngrijirii și al tratamentului este de a prelungi viața și de a adăuga calitate acesteia. Calitatea vieții, privită ca rezultat al îngrijirilor medicale, redirecționează punctul de vedere al cercetătorului de la rezultate cum sunt supraviețuirea după intervenție, rata complicațiilor, indicatori fizici și biochimici, spre impactul bolii și al tratamentului asupra stării fizice și emoționale și asupra stilului de viață al pacientului. Din perspectiva evoluției cazurilor critice, adesea este dificil să se mai facă trimitere la dimensiunea subiectivă, la stare de well-being, happiness etc. (Funch și Marshal, 1983).

Calitatea vieții în relație cu sănătatea depinde, direct proporțional, de **calitatea îngrijirilor de sănătate**, un concept care se referă la calitatea profesională a serviciilor de sănătate (standardele de bună practică), calitatea din punctul de vedere al clientului (satisfația pacientului) și managementul calității totale, care se referă la eficiența utilizării resurselor în cadrul limitelor stabilite.

Calitatea serviciilor de sănătate reprezintă componenta valorică, frecvent subtilă, care însoțește și, totodată, asigură performanța în domeniu, prin cunoașterea și depășirea așteptărilor pacienților în relația cu îngrijirile de sănătate solicitate.

DUBLUL DETERMINISM DINTRE PATOLOGIA SOMATICĂ ȘI FACTORII PSIHOLOGICI

De sute de ani, medicii au fost conștienți că factorii psihologici influențează dezvoltarea și prognosticul bolilor somatice. Confirmarea științifică a acestor intuiții clinice s-a acumulat rapid. Psihoimunologia a documentat faptul că stresul și depresia pot torpila imunocompetența. În cazul patologiei oncologice, există din ce în ce mai multe dovezi în literatura de specialitate care atestă faptul că durata de supraviețuire, calitatea vieții și însuși prognosticul bolii depind de echilibrul psihic al pacienților și că procesele psihologice pot modula activitatea tumorală (Garland, 1999).

Tulburările din spectrul depresiv și anumite stiluri maladaptative de a face față dificultăților, precum și lipsa suportului social par a reduce ratele de supraviețuire (Funch, 1983). Depresia are un rol demonstrat ca factor predictiv al mortalității

la pacienții cu cancer, după transplantul de celule stem, cu o rată a mortalității cu aproximativ trei ani mai mare față de pacienții fără depresie (Prieto, 2005).

Unele studii au demonstrat asocierea dintre tipul de comportament C („represiv”) cu patologia oncologică, fără a determina dacă acest tip de comportament este o consecință a patologiei oncologice sau un factor premergător instalării acestei patologii. Tipul de comportament C se caracterizează prin atitudine răbdătoare, capacitatea de a accepta constrângeri, înclinația spre reflecție, supunere, conciliere, evitare a conflictelor, dependență de opiniile și aprobarea celorlalți. E asociat cu factori de prognostic negativ în afecțiunile proliferative oncologice și în cele cu substrat imunitar. Este caracterizat prin mecanisme de apărare puternice, incapacitate de verbalizare și de recunoaștere a emoțiilor, în special a celor negative, cu precădere a supărării și printr-un complex de reacții negative secundare, precum autodeprecieri, sentimente de neputință și de pierdere a controlului. Relația tipului C cu cancerul este văzută de unii autori (Bruchon-Schweitzer) ca fiind nu cauzală, ci în sens invers (tipul C fiind secundar bolii). Alți autori (Contrada) găsesc o relație între acest tip psihocomportamental și o disfuncție a sistemului imunitar (în special celulele „natural killer” NK), indusă de activarea cronică a axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian și având ca rezultat final apariția unor infecții cronice, dar și a unor neoplazii (Mitrofan, 2009).

Fawzy și colaboratorii au realizat o trecere în revistă a studiilor referitoare la pacienții oncologici care au primit intervenții psihologice, evaluând ratele de supraviețuire ale acestora (1995). Au urmărit cele mai frecvent utilizate tipuri de intervenții psihologice: psihoeducația, antrenamentul comportamental, psihoterapia individuală și intervențiile de grup, subliniind impactul pozitiv al acestora asupra sănătății psihice și fizice. Mecanismele biologice care stau la baza corelației pozitive între ratele de supraviețuire și stările psihice echilibrate nu au fost încă elucidate. Psihoneuroimunologia susține faptul că stările de stres, precum depresia sau anxietatea, sunt corelate cu disfuncții ale sistemului imun, oglindite printr-o mai mare frecvență a răcelilor și o creștere a titrurilor virusului herpetic și Epstein-Barr.

Mogotsi și colaboratorii au trecut în revistă aproximativ 100 de studii din perioada anilor 1980–2000, care au urmărit calitatea vieții la pacienții cu tulburări de anxietate, demonstrând asocierea acestor tulburări cu scăderea calității vieții (2000).

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

posibilității administrării pe scară largă, comparativ cu psihoterapia, a cărei administrare depinde de posibilitatea (disponibilități financiare, de timp, precum și anumite particularități cognitive) de a apela la un psihoterapeut.

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

CALITATEA VIEȚII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ONCOLOGICE ȘI TULBURĂRI DEPRESIVE COMORBIDE

Cercetările actuale cu privire la impactul depresiei asupra sănătății merg dincolo de simpla estimare a prevalenței, a severității simptomelor și a complicațiilor, și includ studii care încearcă să stabilească modul în care depresia influențează calitatea vieții persoanelor afectate. Evaluarea calității vieții la pacienții cu patologie oncologică și depresie poate dezvălui diferențe între grupurile de pacienți cu depresie și cele de control, modificări ale scorului de calitate a vieții, pe măsură ce tratamentul își face efectul și poate furniza informații suplimentare cu privire la îmbunătățirea funcționării psihosociale, care poate avea un ritm diferit față de ameliorările celorlalte simptome depresive. Când depresia și boala neoplazică coexistă, depresia poate fi o complicație a bolii somatice, un factor de agravare a evoluției acesteia sau o coincidență.

Simptomele depresiv-anxioase influențează în sens negativ calitatea vieții pacienților cu patologie oncologică, atât prin impactul simptomatologiei propriu-zise asupra funcționalității socioocupationale, cât și prin impactul psihologic al diagnosticului de cancer. Pacienții cu patologie oncologică au rate mai mari de tulburări depresive și anxioase, comparativ cu populația generală. Impactul psihologic al diagnosticului de cancer poate fi caracterizat de lipsă de speranță, idei de culpabilitate, frică de moarte, de dependență, de modificarea imaginii personale, de scăderea sprijinului social, și de disconfort și durere în stadiile finale ale bolii (McDaniel, 1995).

Depresia poate să crească riscul de cancer, complică evoluția oncologică și chiar poate grăbi progresia bolii (Bukberg, 1984). În plus, depresia poate scădea aderența la tratamentul medical și este asociată cu alterarea funcționalității și cu scăderea calității vieții (Weitzner, 1997). Factorii care sunt asociați cu o mai mare prevalență a depresiei sunt durerea, dizabilitatea fizică și stadiile mai avansate ale cancerului (Blazer, 1994).

Aproximativ jumătate din pacienții diagnosticați cu cancer întrunesc criteriile pentru un diagnostic psihiatric, cele mai frecvente fiind tulburarea de adaptare, cu simptome depresive și anxioase, tulburarea depresivă și anxietatea (Derogatis, 1983). Aproape 90% din tulburările psihiatrice observate la pacienții cu cancer sunt

manifestări ale bolii sau reacții la tratament sau la diagnostic. Gândurile automat negative și amintirile unor evenimente de viață stresante, mai ales legate de cancer, complică și intensifică simptomele anxioase și depresive la pacienții cu cancer (Brewin, 1998).

Având în vedere faptul că aprecierea calității vieții ține cont, în primul rând, de subiectivitatea pacientului, este de așteptat ca persoanele cu depresie să raporteze scoruri mai nefavorabile ale calității vieții, prin însăși prisma cognițiilor specifice depresiei, care presupune gânduri negative referitoare la sine, la cei din jur și la viitor. În afară de caracteristicile propriu-zise ale episodului depresiv, care pot influența percepția calității vieții, din cauza afectelor de tristețe, anhedonie, a cognițiilor negative mai sus menționate și a comportamentelor, caracterizate prin lipsă de implicare, de inițiativă, retragere socială și ocupațională, lipsa energiei, este bine să fie luate în calcul și trăsăturile care definesc personalitatea pacienților. Acestea se întind pe un spectru larg: de la un sentiment scăzut al coerenței, pesimism constituțional, o stimă de sine precară sau oscilantă, până la trăsături depresive ale personalității, tulburare de personalitate depresivă (comorbiditate de Axă II) sau chiar distimie (comorbiditate de Axă I). Toate aceste trăsături predispun la o evaluare mai sumbră a calității propriei vieți, comparativ cu persoane care, din punct de vedere obiectiv, au condiții similare de trai, inclusiv prezența unei afecțiuni cronice, alta decât depresia. Starea de bine subiectiv este cu atât mai alterată cu cât depresia este mai severă. Pacienții depresivi prezintă, adesea, scoruri mici la scala de bine subiectiv, chiar dacă au o funcționare socioprofesională bună, condiții contextuale și de suport bune. Depresia cronică se asociază cu deficiențe importante în rolul parental, în activitățile gospodărești, la muncă și în activitățile educaționale, de instruire și sociale. Studiile au arătat faptul că persoanele care suferă de depresie au o reducere a calității vieții care poate fi atribuită direct tulburării afective și că dimensiunea acestei reduceri este direct proporțională cu severitatea depresiei (Demyttenaere, 2002). Chiar și depresia subsindromală are un impact asupra calității vieții (Barros, 2007). Cei mai mulți autori notează o prevalență mai mare a depresiei la pacienții cu cancer care suferă de malnutriție și scădere marcată în greutate.

Evaluarea depresiei la pacienții cu cancer este dificilă, datorită limitelor incerte și arbitrare între formele nonpatologice subclinice și clinice de depresie. Trebuie diferențiată depresia primară, de tulburările mai puțin severe de adaptare la boala neoplazică, și simptomele depresive, de manifestările induse de boala somatică. Această din urmă diferențiere este dificil de făcut, având în vedere că există o bază reală pentru sentimentele de tristețe și inadecvare, și pentru faptul că anumite simptome, cum ar fi anorexia, fatigabilitatea sau scăderea elanului vital pot fi rezultatul direct al neoplaziei.

Nu se știe exact dacă depresia secundară bolilor somatice a apărut ca urmare a dizabilității sociale sau demoralizării antrenate de aceste boli, sau dacă însuși procesul fiziopatologic al bolii de bază nu interferează cu mecanismele neurobiologice generatoare de depresie. Stările de tristețe, descurajare, disperare, ca și cele de reacție negativă situațională, nemulțumire existențială sunt frecvent

întâlnite în patologia oncologică, dar fără a îndeplini în totalitate criteriile diagnostice pentru tulburarea depresivă.

Riscul suicidar este același cu cel din populația generală, deși studiile nu cuprind pacienți în stadii avansate de boală. Creșterea riscului suicidar se poate datora stadiului avansat de boală, delirului, durerii dificil de controlat, depresiei, tulburărilor psihiatrice preexistente, lipsei suportului socioeconomic (Montgomery, 1998).

Depresia ar putea fi cea mai precoce manifestare a cancerului, chiar înainte de apariția disconfortului și dizabilităților bolii. Un mecanism etiologic propus este ipoteza că anticorpii formați de sistemul imunitar împotriva proteinelor eliberate de celulele neoplazice ar putea bloca receptorii serotoninergici, pe baza reactivității încrucișate. Alte mecanisme care concură la depresia secundară cancerului cuprind: metastazele cerebrale, infecțiile sistemului central nervos, agenții chimioterapici, tulburările de alimentație și cașexia neoplazică (Brown, 1982). Alte mecanisme implicate includ tulburările metabolice (hipercolesterolemia, hipercalcemia) și endocrine (parathormonul, vasopresina) și efectul substanțelor psihoactive (metionin-enkefalina) (Cassano, 1987).

Studiile asupra neoplasmelor cerebrale au găsit o rată mai mare a depresiei și anxietății în neoplasmelor supratentoriale și de lob frontal și temporal (McDaniel, 1995). De asemenea, în metastazele cerebrale date de neoplasmelor pulmonare, gastrointestinale, renale și mamare, proporția depresiei este importantă (Drapiewski, 1944).

În ceea ce privește chimioterapia din neoplazii, studiile asupra vincristinei și asparaginazei au arătat că pot apărea tulburări depresive în primele luni de tratament. În cazul acestor pacienți, și tratamentele cu interferon și steroizii pot determina depresie, tulburări cognitive, dezorientare, confuzie, halucinații vizuale.

Probleme de diagnostic se pun în cazul depresiei preexistente cancerului, unele simptome comune ambelor afecțiuni fiind de mică valoare pentru diagnosticul diferențial (scăderea apetitului alimentar, oboseala, pierderea în greutate). Diagnosticul tulburării depresive trebuie să rămână psihologic și nu somatic: anhedonia, disforia, sentimente de lipsă de fericire, idei de autoculpabilizare, idei suicidare.

Depresia secundară din afecțiunile neoplazice se manifestă prin dispoziție depresivă persistentă, declarată atât de pacient, cât și de anturaj. Pacienții sunt lipsiți de elan vital, de sentimentul de siguranță și de speranță, au regrete pentru faptul că s-au îmbolnăvit și nu mai au posibilitatea de a face lucrurile pe care le puteau face înainte. Plânsul este frecvent întâlnit la pacienți. Pierderea interesului pentru activități anterior plăcute are loc mai ales la începutul afecțiunii, când confruntarea cu diagnosticul îi dezarmează, determinându-i de multe ori să renunțe la obișnuința de a urmări emisiuni la televizor sau radio, de a lucra manual sau de a citi. Unii dintre ei nu mai fac față sarcinilor de serviciu, iar alții abandonează activitățile casnic-gospodărești.

Alături de dispoziția depresivă este întâlnită anxietatea, cu manifestări somatice și psihice, exprimate prin sentimente de nesiguranță, spaimă, legate de boala oncologică. Sunt întâlnite frica de apariția dizabilităților care creează dependență de ceilalți, teama de schimbarea aspectului exterior (prin căderea părului, scăderea masivă în greutate), teama de moarte iminentă și subită, teama că

boala se poate agrava brusc și iremediabil, teama că nu-și va putea controla durerile. Alte simptome care însoțesc afecțiunea neoplazică sunt: insomnia, hipocondria, indecizia și lentoarea ideativă, tulburările de atenție și memorie, pierderea autostimei și autoaprecierii, lipsa de speranță, neajutorarea.

Toate simptomele descrise prezintă fluctuații pe parcursul etapelor afecțiunii neoplazice. Dacă la debut poate predomina neîncrederea în diagnosticul comunicat sau anxietatea marcată la aflarea lui, pe parcurs, în funcție de răspunsul la chimioterapie și de existența unei evoluții favorabile, starea psihică se poate îmbunătăți cu reparația speranței, cu creșterea tonusului vital și reparația planurilor de viitor.

Un alt simptom frecvent întâlnit este fatigabilitatea, generată de curele repetate de citostatice, repausul prelungit și apariția reacțiilor secundare tratamentului. Pacienții descriu oboseală cronică, însoțită uneori de lipsa interesului pentru mediul înconjurător și activitățile lor obișnuite. Uneori, aceste simptome pot reprezenta o depresie mascată. În alte cazuri, mai ales la pacienții tineri, este prezentă dorința de a munci, dar acest lucru este limitat datorită internărilor frecvente pentru cure repetate de citostatice și reacțiilor adverse apărute în urma lor.

Durerea este un simptom frecvent întâlnit la mulți pacienți. Durerea este nespecifică, localizată în diferite regiuni (durerile osoase, nesistemizate, durerile de spate, greutate în membre și durerile de cap, mai ales în formele cu determinări meningeale). Este cunoscut faptul că durerea generează un nivel înalt de suferință și invaliditate și alterează calitatea vieții. Ea poate fi atât un simptom al depresiei, cât și al bolii neoplazice.

Uneori durerea precede depresia, alteori este exprimarea unei somatizări a depresiei și poate fi semnul singular al unei depresii sau depresia este o cauză majoră de amplificare a durerii. Depresia netratată accentuează percepția acuzelor somatice, mai ales a durerii, precum și disfuncționalitatea consecutivă acestora, duce la neglijarea autoîngrijirii și a aderenței la regimurile medicale, având și efecte fiziologice maladadaptative directe, modulate prin neuronii vegetativi, hipotalamus și efecte imunologice. Mai mult de 50% dintre pacienții cu depresie raportează numai acuze somatice, cel puțin 60% dintre acestea fiind legate de durere.

Prezența durerii afectează negativ recunoașterea și tratamentul depresiei, pacienții atribuind frecvent simptomele fizice dureroase unei afecțiuni somatice și adresându-se, în consecință, diverselor specialități medicale nonpsihiatrice solicitând tratament pentru durere. Depresia subiacentă, mai ales dacă este de intensitate mică sau medie, poate fi nedectată și, în consecință, netratată de către medic. Ca rezultat, acești pacienți sunt la risc de polifarmacie, efecte adverse medicamentoase și dependență narcotică sau benzodiazepinică (Bair, 2003).

Antidepressivele triciclice au fost utilizate în tratamentul depresiei comorbide afecțiunilor oncologice, fiind raportate încă din anul 1960 proprietățile lor antialgice la pacienții cu cancer (Gatchel, 1996). Cu toate că, la doze mari, antidepressivele triciclice sunt asociate cu toxicitatea, la doze mici sunt printre cele mai bine studiate antidepressive ca și adjuvante în analgezie.

Kautio și colaboratorii au cercetat efectele dozelor mici de amitriptilină asupra neuropatiei postchimioterapice și asupra calității vieții, pe un lot de 44 de pacienți, cu vârste cuprinse între 20 și 65 de ani. Aceștia au fost tratați cu amitriptilină timp de opt săptămâni, doza de start fiind de 10 mg de amitriptilină zilnic, care a fost crescută treptat până la 50 mg zilnic, în funcție de tolerabilitate, iar apoi doza a fost menținută stabilă minim patru săptămâni. Pacienții au completat zilnic un jurnal, în care și-au notat intensitatea durerii, a paresteziilor, ameliorarea globală și eventualele efecte adverse și au completat trei scale: pentru intensitatea durerii neuropate, pentru severitatea anxietății și a depresiei și pentru calitatea vieții. Concluzia acestui studiu a fost că amitriptilina în doze mici a avut efect antialgic în neuropatia indusă postchimioterapic, a îmbunătățit calitatea vieții și, în plus, a fost bine tolerată (2008).

Depleția de serotonină și noradrenalină din depresie afectează sistemul modulator al durerii (structurile limbice, celulele „on and off” din substanța gri periapeductală), ceea ce duce la amplificarea semnalelor minore din corp și focusarea atenției și emoției asupra lor. Aceasta explică de ce pacienții cu depresie descriu simptome dureroase multiple și de ce durerea lor este frecvent asociată cu concentrarea atenției asupra acestei acuze și implicare afectivă negativă. Prin creșterea serotoninei și noradrenalinei, antidepresivele duale au efecte pe modularea semnalelor dureroase, prin amplificarea activării neuronilor descendenți inhibitori (King, 1981; Magni, 1987).

Venlafaxina este eficientă în controlul durerii din polineuropatiile consecutive terapiei cancerului de sân. Ea are unele asemănări moleculare și de metabolizare cu tramadolul, analgezic din grupa antagoniștilor opioidelor: ambele substanțe au grupări metilfenil, N,N-demetilamino și hidroxiciclohexil și sunt metabolizate de izoenzima P450 2D6, având metaboliți farmacologic activi obținuți prin desmetilare (Markowitz, 1998).

Theobald și colaboratorii au realizat un studiu pilot care a investigat eficiența mirtazapinei la 20 de pacienți cu cancer, depresie și simptome algice. Dozele de mirtazapină folosite au fost de 15 mg sau de 30 mg, administrate seara, la culcare. A fost evaluat efectul mirtazapinei asupra severității depresiei, intensității durerii, apetitului alimentar, insomniei, greutății corporale și asupra calității generale a vieții, fiind demonstrate îmbunătățiri ale acestor multiple simptome (2002).

A fost studiat și efectul bupropionului, antidepresiv dopaminergic și noradrenergic, la pacienții oncologici, urmărindu-se influența sa asupra calității vieții, depresiei și oboselii. Studiul a cuprins 21 de pacienți cu cancer cu diverse localizări, iar dozele de bupropion, cuprinse între 100 și 300 mg zilnic, au fost titrate pe parcursul a patru săptămâni, în funcție de tolerabilitate. Rezultatele obținute sunt încurajatoare, fiind obținute ameliorări semnificative ale simptomelor depresive și ale calității vieții (Moss, 2006).

Torta și colaboratorii au urmărit efectul duloxetinei la pacienții cu depresie și cancer. Lotul de studiu a cuprins 27 de pacienți, care au primit doze de 60 sau 120 mg de duloxetină pe zi, timp de 12 săptămâni. Au fost constatate ameliorări ale depresiei, anxietății, intensității simptomelor globale, ceea ce recomandă duloxetina

ca un aliat de nădejde în tratamentul depresiei și al anxietății, la pacienții cu afecțiuni oncologice (2011).

Ezitatea de a administra tratament psihotrop acestor pacienți se bazează pe miturile legate de existența depresiei la pacienții cu cancer, considerând-o o reacție psihologică explicabilă. Cea mai frecventă concepție greșită este credința că cei mai mulți pacienți cu boli neoplazice sunt depresivi și că depresia este o tulburare subînțeleasă ca o reacție la circumstanțele pe care le presupune diagnosticul oncologic, deci nu necesită tratament. O altă presupunere falsă ar fi că tratamentul antidepresiv este ineficace sau dăunător acestor pacienți. În cazul pacienților oncologici, care primesc tratament citostatic, sunt preferate ca antidepresive și anxiolitice milnacipranul, duloxetina și tianeptina, datorită interacțiunilor lor minime cu sistemul enzimatic hepatic.

CALITATEA VIEȚII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ONCOLOGICE ȘI TULBURĂRI ANXIOASE COMORBIDE

Anxietatea este un simptom unanim declarat de pacienții diagnosticați cu neoplazii, mai ales în faza de debut. Cuprinde atât **anxietatea somatică**, evidențiată prin simptome abdominale, tremurături ale extremităților, tremor perceput în tot corpul, transpirații, cât și **anxietatea psihică**, exprimată prin sentimente de nesiguranță, spaimă resimțită când se discută despre boală, teama de a fi desfigurat și neacceptat de ceilalți, teama de evoluția imprevizibilă a bolii, de imposibilitatea de a controla durerile, frica de dependență și de sfârșitul inevitabil.

Se pot întâlni toate categoriile tulburărilor de anxietate, dar cu predilecție au fost evidențiate tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea de panică și tulburarea obsesivo-compulsivă. Una din cele mai frecvente tulburări psihice asociate afecțiunii neoplazice este tulburarea mixtă depresiv-anxioasă, care însumează simptomele depresive celor de anxietate.

După Elisabeth Kubler Ross, răspunsul emoțional al pacienților oncologici urmează o evoluție sinusoidală, în funcție de timpul scurs de la aflarea diagnosticului: inițial, imobilitate afectivă, urmată de negare și furie, ulterior se trece la faza de negociere, care poate fi urmată de experimentarea depresiei, a perioadei de adaptare la noua situație și în final, de acceptare a situației existențiale, cu tot ceea ce implică afecțiunea oncologică, tratamentul și evoluția ei imprevizibilă (1985). Etapele descrise sunt distincte și antrenează din partea bolnavilor cu astfel de afecțiuni un efort afectiv dublat de cel cognitiv pentru adaptarea la noua situație de viață, la noile schimbări aduse de boala însăși și de tratamentele urmate.

De aici se ridică necesitatea diagnosticării timpurii a tulburărilor psihice secundare afecțiunii neoplazice, pentru tratarea lor farmacologică și psihoterapeutică, în vederea îmbunătățirii evoluției afecțiunii de bază, câștigându-se astfel, la această categorie de bolnavi, un interval de supraviețuire în care calitatea vieții lor să fie satisfăcătoare sau chiar bună.

INSTRUMENTE DE EVALUARE A CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ONCOLOGICE

SCL-90-R (Symptom Checklist Revised – Inventarul Simptomelor Revizuit, cu 90 de itemi, Derogatis, 1983) este cel mai frecvent utilizat chestionar pentru măsurarea calității vieții la pacienții cu afecțiuni somatice, fără a fi însă specific persoanelor cu afecțiuni neoplazice. Are nouă scale ale simptomelor primare: somatizarea, tulburările obsesiv-compulsive, anxietatea, depresia, sensibilitatea interpersonală, ostilitatea, fobiile, psihoticismul, ideea paranoidă. Cu cât scorurile sunt mai mari, cu atât este mai scăzută calitatea vieții persoanei respective.

Instrumentele specifice de măsurare a calității vieții pentru pacienții cu afecțiuni neoplazice

Rotterdam Symptom Checklist (Inventarul de Simptome *Rotterdam*, autoare principală Johanna de Haess, 1990) are 39 de itemi și trei subscale: scala suferinței produsă de cancer (cu 22 de itemi), scala suferinței psihice generată de cancer (cu opt itemi), scala activităților cotidiene (cu opt itemi). Acest inventar de simptome realizează o apreciere generală a stării de sănătate pe o scală de la 1 (foarte slabă) la 7 (excelentă). Cu cât scorurile sunt mai mari la primele două scale, starea de sănătate este mai gravă. La scala activităților zilnice și la scala aprecierii generale, scorurile mari indică o funcționalitate mai bună a pacientului.

EORTC QOL-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life C 30, Aaronson et al., 1993, 1996), destinat evaluării pacienților cu neoplazii, este compus din 30 de itemi, care explorează 15 domenii: funcționalitatea fizică (cinci itemi), funcționalitatea psihică (patru itemi), funcționalitatea cognitivă (doi itemi), funcționalitatea socială (doi itemi), starea generală a sănătății pacientului (doi itemi), oboseala, greața și voma, durerea (doi itemi). Cele 15 scale se grupează pe categorii: scale funcționale, scale ale simptomelor, scale cu un singur item și scala stării generale a sănătății. La scalele funcționale și la scala de sănătate generală scorurile mai ridicate indică o mai bună calitate a vieții, iar la scalele de simptome și cele cu un singur item scorurile mai ridicate indică o calitate mai scăzută a vieții pacienților. Se calculează scoruri individuale pe fiecare scală.

STRATEGII DE MODIFICARE A FACTORILOR BIOLOGICI, PSIHOLOGICI, SOCIOECONOMICI ȘI SPIRITUALI, ÎN SCOPUL CREȘTERII CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ONCOLOGICE ȘI COMORBIDITATE DEPRESIV-ANXIOASĂ

Factorii biologici sunt clasificați în cei asupra cărora putem interveni prin tratament (depresia, anxietatea, patologia oncologică) și cei constituționali (determinismul genetic). În cazul pacienților cu neoplazii, care primesc tratament

citostatic, sunt preferate ca antidepresive și anxiolitice milnacipranul, duloxetine și tianeptina, datorită interacțiunilor lor minime cu sistemul enzimatic hepatic, însă există cercetări *in vivo* care susțin faptul că antidepresivele serotoninergice ar putea avea potențial anticancerigen.

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei sunt considerați prima linie de tratament atât pentru depresia, cât și pentru anxietatea întâlnite în leucemia acută. Există anumite dovezi care sprijină faptul că aceste antidepresive ar avea și proprietăți anticanceroase.

Unele studii recente sprijină ipoteza conform căreia inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) ar avea capacitatea să omoare limfocitele B de origine malignă din limfomul Burkitt și, drept urmare, au fost propuse ca o nouă abordare terapeutică în tratamentul limfomului și al leucemiei. S-a încercat diferențierea căilor de semnalizare care stau la baza acestui efect al ISRS, în funcție de tipul de celule a căror apoptoză o determină, dar mecanismul care stă la baza acestui efect nu este limitat la o linie celulară specifică și este dependent de concentrațiile micromolare, fără a avea legătură cu efectul de inhibare a recaptării serotoninei, care are loc la concentrații nanomolare (Scuster, 2007).

După părerea unei alte echipe de cercetători, acest efect antitumoral al inhibitorilor recaptării serotoninei și noradrenalinei este unul specific asupra celulelor tumorale în limfomul Burkitt și nu și asupra celulelor sangvine normale, fără a avea vreo legătură demonstrabilă cu inhibarea recaptării monoaminergice (Cloonan, 2010).

Efectele citotoxice ale antidepresivelor serotoninergice asupra celulelor tumorale au fost studiate *in vitro* și au inclus atât inhibarea proliferării, cât și inducerea apoptozei, demonstrată prin scăderea încorporării timidinei și creșterea activității enzimatice a 3-caspazei, precum și o scădere în expresia proto-oncogenelor Bcl-2. Mecanismul complet nu este încă pe deplin elucidat. Atunci când sunt combinate cu chimioterapia, sertralina (în concentrația de 7,5 microM) a îmbunătățit semnificativ efectele vincristinei și doxorubicinei, sugerând faptul că antidepresivele ISRS au un potențial de chemosensibilizare a celulelor canceroase la regimurile chimioterapice (Amit, 2009).

Factori psihologici. Starea psihologică a pacienților cu cancer este corelată cu fazele bolii: se constată o scădere a ratelor de depresie și anxietate, atunci când pacienții sunt în fazele de remisie și o creștere a acestora în cazul recăderilor.

Trăsăturile imunogene de personalitate au un rol favorabil asupra evoluției leucemiei acute. Umorul, optimismul, reziliența, memorizarea experiențelor pozitive anterioare, sugestibilitatea pozitivă, locusul de control intern (asumarea responsabilității pentru monitorizarea primelor simptome ale unui nou episod, aderența la tratamentul medicamentos) sunt factori care pot fi cultivați, prin **psihoeucație**, în scopul determinării unei evoluții cât mai favorabile a bolii de fond – leucemia acută. Toate aceste trăsături imunogene sunt factori de protecție împotriva depresiei și a anxietății.

Strategiile de a face față dificultăților pot fi factori importanți care influențează calitatea vieții și depresia, și pot fi învățate de către pacienții cu leucemie acută (van Laarhoven, 2010). Mecanismele de *coping* sunt o serie de strategii conștiente de ajustare (cognitive și comportamentale) elaborate de individ pentru a face tolerabilă tensiunea interioară (stresul psihic) indusă de o situație care depășește resursele personale, inclusiv situația de a suferi de leucemie acută, cu tot cortegiul de implicații psihologice ale unui astfel de diagnostic. Strategiile de „ieșire din impas” (*coping*) depind de mijloacele de dotare ale individului (ereditare și achiziționate), ca și de natura situației cu rol de agent stresor – în cazul de față, aceasta nefiind limitată strict la diagnosticul de leucemie acută în sine, ci și la reacțiile celor din rețeaua socială de sprijin. În ceea ce privește consecințele de ordin practice pentru evitarea sau diminuarea stresului, conduitele de coping ar putea fi selecționate, fie voluntar (în cazul unei cunoașteri corespunzătoare, și al unei voințe și motivații puternice), fie cu ajutorul psihoterapeutului (Iamandescu, 2003).

Sentimentul de coerență se referă la atitudinea de bază a unei persoane, care o ajută să prelucreze în mod pozitiv stresorii cu care se confruntă. Cu cât o persoană are un sentiment de coerență mai accentuat, cu atât este mai probabil să aibă o calitate a vieții satisfăcătoare, chiar și în circumstanțele în care suferă de depresie sau de anxietate comorbide unei leucemii acute. Sentimentul de coerență are trei componente: capacitatea de înțelegere, capacitatea de a face față problemelor și existența unui rost, a unei semnificații. Capacitatea de înțelegere se referă la faptul că stimulii externi sau interni întâlniți pe parcursul vieții sunt considerați explicabili și predictibili. O persoană care se confruntă cu diagnosticul de leucemie acută poate trage concluzia că viața nu este nici explicabilă, nici predictibilă, generalizând situația de boală asupra celorlalte domenii ale vieții. Capacitatea de a face față problemelor se referă la convingerea persoanei de a putea rezolva eventualele dificultăți care pot apărea, fie prin mijloace proprii, fie apelând la resurse externe. În cazul pacienților cu leucemie acută, cel mai frecvent aceștia pot apela la personalul medical (în scopul tratamentului și sprijinului psihologic) și la rețeaua de suport social, care, în cazul unui astfel de diagnostic, poate fi instabilă. Multe persoane nu știu cum să se raporteze emoțional la o persoană care suferă de leucemie acută, ajungându-se astfel în situația de evitare verbală sau situațională, până la izolare. Prezența unei persoane al cărei deces este predictibil într-o perioadă relativ scurtă de timp poate crea anxietăți profunde, legate de instinctul de conservare. Dacă această sursă de disconfort nu este identificată și explicată, persoanele din jurul pacientului pot să se îndepărteze de acesta, din cauza disconfortului emoțional propriu pe care îl resimt. Existența unui rost, a unei semnificații este o „caracteristică esențialmente cognitivă, ce exprimă modul persoanei de a percepe, judeca și interpreta lumea și pe sine” (Antonovsky, 1987). Se referă la faptul că sarcinile de zi cu zi sunt considerate a avea un sens, un scop, deci implicarea în rezolvarea lor este justificată. După Antonovsky, un om marcat de un puternic sentiment de coerență reacționează la cerințe identificându-le ca provocări și activându-și resursele de rezistență. Un sentiment de coerență slab

dezvoltat duce dimpotrivă la perceperea cerințelor ca pe o suprasolicitare. Cu cât este mai dezvoltat simțul coerenței, cu atât mai mare este posibilitatea de a depăși stressorii cu succes și cu efecte pozitive asupra sănătății (Ben Amar, 2004). În cazul persoanelor care suferă de afecțiuni neoplazice, este important ca atunci când se discută sensul și semnificația bolii să fie excluse culpabilizarea legată de un anumit stil comportamental premergător diagnosticului. Mulți dintre pacienții cu cancer se simt vinovați că „nu au gândit corect” și au incertitudinea de a fi avut o contribuție în declanșarea bolii. Informațiile din mass-media sunt contradictorii, și pe un fond depresiv-anxios secundar aflării diagnosticului, acești pacienți sunt mai susceptibili la posibilele idei de autoculpabilizare.

Terapia cognitiv-comportamentală include strategii de management al stresului și de rezolvare a problemelor, tehnici de relaxare, grupuri de întraajutorare, intervenții specifice pentru unele din simptomele secundare chimioterapiei, precum și monitorizarea gândurilor și comportamentelor și modificarea acestora, în sensul de a deveni mai adaptative (Thase, 2001). **Educația pacienților cu patologii neoplazice** include, de obicei, informații despre afecțiunea oncologică, managementul simptomelor și/sau discutarea opțiunilor terapeutice și pot fi utilizate materiale informative tipărite, video sau alte materiale educaționale (Lindström, 2006).

Factorii socioeconomici. Suportul social este definit ca ansamblul relațiilor interpersonale ale unui individ care îi procură acestuia o legătură afectivă pozitivă: suport emoțional (simpatie, prietenie, dragoste, consolare etc.), un ajutor practic (suport material financiar, instrumental), informații și evaluări referitoare la situația amenințătoare: suport informațional. Unii autori includ aici și stima celor din jur (Matlin). Suportul social poate fi acordat de familie, colegi, prieteni, dar și de instituții, precum biserica sau diverse forme de protecție socială. Suportul social joacă un rol protectiv în calea agenților stresori care predispun la depresie și anxietate (Dobson, 2001).

În planul suportului social, oferta informațională – manifestată sub forma unei propagande active (școală, mass-media) în favoarea conduitelor salutogenetice – poate constitui un factor care crește calitatea vieții la persoanele cu depresie sau anxietate comorbide neoplazicilor, și poate avea un rol în prevenția secundară (de exemplu, în acele cazuri care apelează la alcool sau alimentare excesivă pe post de antidepresiv sau anxiolitic). Suportul socioeconomic influențează calitatea vieții la persoanele cu depresie și anxietate comorbide cancerului, deoarece cei care beneficiază de acest suport pot avea mai ușor acces la tratamentul medical atunci când acesta este necesar (inclusiv la psihoeducația oferită de personalul medical), pot avea o dietă mai sănătoasă și pot efectua exerciții fizice într-un cadru organizat. Suportul social este un sprijin extrem de util și pentru depășirea evenimentelor de viață stresante și poate fi unul din factorii care contribuie la augmentarea stimei de sine. Mediul social suportiv echilibrează sistemul cardio-vascular, scade tensiunea arterială și hormonii de stres și poate chiar să îmbunătățească imunofuncționarea, toate acestea contribuind la o mai bună calitate a vieții la persoanele cu depresie și/ sau anxietate comorbide patologiei oncologice.

Stigmatizarea patologiei psihiatrice și a celei oncologice poate duce la scăderea demonstrată a complianței la tratament a pacientului, care se înscrie într-un cerc vicios: fiecare nouă recădere (de exemplu, în cazul schizofreniei sau al depresiei psihotice) accentuând stigma din partea anturajului.

Factorii spirituali. În strânsă legătură cu factorii psihologici sunt cei spirituali, care reflectă căutarea personală a sensului și scopului vieții, căutare a adevărului transcendent, care poate include comuniunea cu ceilalți, cu natura sau cu divinul. Este un concept mai larg decât religia, aceasta fiind doar una dintre fațetele spiritualității.

Religia impune o serie de comportamente salutogenetice, constituie o sursă lăuntrică de rezistență față de depresie și anxietate, un factor de creștere a calității vieții la persoanele depresiv-anxioase. Rolul religiei în salutogeneză constă în suport moral în lupta împotriva anxietății și a depresiei, duce la o remisiune mai rapidă, recomandările de viață susținute de comunitățile religioase susținând stilul de viață salutogenetic (Beechmam, 1992).

DISCUȚII ȘI CONCLUZII

În trecut, cele mai multe studii științifice din psihiatrie se concentrau pe reducerea simptomelor. Actualmente, atenția este centrată asupra impactului pe care îl au tulburările psihiatrice și tratamentul lor asupra calității vieții. Este necesară extinderea cercetării și a practicii clinice dincolo de simpla evaluare a dimensiunii simptomelor, iar ținta tratamentului să fie nu numai reducerea simptomelor, ci și îmbunătățirea calității vieții (Krouse, 2003).

Este un fapt de mult remarcat acela că stilul de viață al pacientului cronic cu depresie sau/ și anxietate suferă modificări cauzate de îmbolnăvirea „per se” (disconfortul psihic și somatic), dar și de privațiunile la care acesta este supus prin măsurile igienico-dietetice (evitarea consumului de substanțe psihoactive, precum cafeina, tutunul și alcoolul, care în cazul unora dintre pacienți constituie mici satisfacții ale existenței), cât și prin efectele secundare ale medicației administrate. La toate acestea, în cazul pacienților oncologici, se adaugă impactul asupra personalității fiecăruia, inclusiv prin acceptarea unui nou statut și rol social, acela de „bolnav de cancer”, cu implicații în inserția sa familială și socioprofesională. lezându-i, uneori, aspirațiile și expectanțele (Bourland, 2000).

Practica medicală a demonstrat că există situații frecvente în care evoluția episodului depresiv sau a simptomelor anxioase sunt stopate sau mult diminuate de o medicație psihotropă adecvată și de un complex de măsuri psiho-socio-spirituale eficiente, în timp ce bolnavul se simte tot mai stânjenit în desfășurarea unor activități compatibile cu o stare de sănătate normală. Această situație paradoxală este denumită în literatura americană „going well, feeling bad”. Din acest motiv, aprecierea calității vieții la persoanele cu depresie și/sau anxietate devine necesară atât referitor la simptomele netratate, cât, mai ales, la prețul pe care individul

îl plătește noilor medicamente menite să atenueze sau chiar să amendeze acuzele bolnavului (Freeman, 2001).

Calitatea vieții este un subiect care a devenit din ce în ce mai important în ultimii ani, apreciindu-se că, adesea, măsurile standard ale evoluției simptomatologiei nu evaluează adecvat calitatea vieții pacienților. În prezent, este înțeles din ce în ce mai mult faptul că, pe lângă măsurarea rezultatelor în termenii simptomelor și ai altor aspecte ale funcționării, atunci când se compară diverse abordări, este importantă perspectiva pacienților asupra tratamentului și modului de administrare a acestuia.

BIBLIOGRAFIE

1. Amit, B. H., Gil-Ad, I., Taler, M., Bar, M., Zolokov, A., Weizman, A., *Proapoptotic and chemosensitizing effects of selective serotonin reuptake inhibitors on T cell lymphoma/ leukemia (Jurkat) in vitro*, în "European Neuropsychopharmacology", no. 19(10), 2009, pp. 726–734.
2. Antonovsky, A., *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987.
3. Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., Kroenke, K., *Depression and pain comorbidity*, în "Archives of Internal Medicine", no. 163, 2003, pp. 2433–2445.
4. Barros da Silva Lima, A. F., Pio de Almeida Fleck, M., *Subsyndromal depression: An impact on quality of life?*, în "Journal of Affective Disorders", no. 100(1), 2007, pp. 163–169.
5. Beecham, J. K., Knapp, M. R. J., In: Wing J, Thornicroft G, Brewin C, editors, *Costing psychiatric interventions. Measuring mental health needs*, London, Gaskell, 1992.
6. Ben Amar, M., *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées*, Montréal, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2004.
7. Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M. S., *The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey*, în "American Journal of Psychiatry", no. 151(7), 1994, pp. 979–986.
8. Bourland, S. L., Stanley, M. A., Snyder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M., Swann AC. *Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder*, în "Aging & Mental Health", no. 4(4), 2000, pp. 315–323.
9. Breakey, W. R., *Servicii integrate de sănătate mintală. Psihiatrie comunitară modernă*, București, Editura Fundației PRO, 2001, pp. 181–182.
10. Brewin, C. R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., Dayson, D., *Memory processes and the course of anxiety and depression in cancer patients*, în "Psychological Medicine", no. 28(1), 1998, pp. 219–224.
11. Brown, J. H., Paraskevas, F., *Cancer and depression. Cancer presenting with depressive illness: an autoimmune disease?*, în "British Journal of Psychiatry", no. 141, 1982, pp. 227–232.
12. Bukberg, J., Penman, D., Holland, J. C., *Depression in hospitalized*, în "Psychosomatic Medicine", no. 46, 1984, pp. 199–212.
13. Cassano, G. B., Musetti, L., Perugi, G., *Major depression subcategories: their potentiality for clinical research. Diagnosis and treatment of Depression: Quo vadis?*, EDS. Biziere K, Garattini S, Simon P. Sanofi Group Symposium, Montpellier, France, 1987.
14. Cloonan, S. M., Drozowska, A., Fayne, D., Williams, D. C., *The antidepressants maprotiline and fluoxetine have potent selective antiproliferative effects against Burkitt lymphoma independently of the norepinephrine and serotonin transporters*, în "Leukemia & Lymphoma", no. 51(3), 2010, pp. 523–539.
15. Deller, S. C., *Quality of life in the planning literature*, în "Journal of Planning Literature", no. 15(1) 2000, pp. 135–161.

16. Demyttenaere, K., Fruyt, J. D., Huygens, R., *Measuring quality of life in depression*, în "Current Opinion in Psychiatry", no. 15, 2002, pp. 89–92.
17. Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., et al., *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*, în "Journal of the American Medical Association", no. 249, 1983, pp. 751–757.
18. Dissart, J. C., Deller, S. C., *Quality of life in the planning literature*, în "Journal of Planning Literature", no. 15(1) 2000, pp. 135–161.
19. Dobson, K., *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.), New York, The Guilford Press, 2001.
20. Drapiewski, J. F., *Carcinoma of the pancreas: a study of neoplastic invasion of nerves and its possible clinical significance*, în "American Journal of Clinical Pathology", no. 14, 1944, pp. 549–556.
21. Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arudt, L. A., Pasnau, R. O., *Critical review of psychosocial interventions in cancer care*, în "Archives of General Psychiatry", no. 52, 1995, pp. 100–13.
22. Freeman, C., Tyrer, P., *Metode de cercetare în psihiatrie*, București, Editura Fundației PRO & Liga Română pentru Sănătate Mintală, 2001.
23. Funch, D. P., Marshall, J., *The role of stress, social support and age on survival from breast cancer*, în "Journal of Psychosomatic Research", no. 27, 1983, pp. 77–83.
24. Garland, M., Walsch, N., *Neuroimmune mechanism in cancer: implications for psychiatry*, în "Irish Journal of Psychological Medicine", no. 16 (3), 1999, pp. 82–83.
25. Gatchel, R. J., Psychological disorders and chronic pain: cause and effect relationships, în Edited by Gatchel, R. J., Turk, D. C., *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*, New York, Guilford Publications, 1996, pp. 33–52.
26. Iamandescu, I. B., Luban-Plozza B., Stresul psihic – placă turantă a Medicinii Psihosomatice, în Iamandescu, I. B., Luban-Plozza, B., *Dimensiunea psihosocială a practicii medicale*, București, Editura Infomedica, 2003, p. 77
27. Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N., *Quality of life in Mental Disorders*, Hamburg, ed. John Willey & Sons, 1998.
28. Katschnig, H., How Useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry, in Quality of life in Mental Disorders, Hamburg, ed. John Willey & Sons, 1998.
29. Kautio, A. L., Haanpaa, M., Saarto, T., Kalso, E., *Amitriptyline in the treatment of chemotherapy-induced neuropathic symptoms*, în "Journal of Pain and Symptom Management", no. 35(1), 2008, pp. 31–39.
30. King, R. B., *Neuropharmacology of depression, anxiety, and pain*, în "Clinical Neurology and Neurosurgery", no. 28, 1981, pp. 116–136.
31. Krouse, H. J., *Efficacy of video education for patients and caregivers*, în "ORL-Head & Neck Nursing", no. 21(1), 2003, pp. 15–20.
32. Kübler-Ross, E. in Lausanne, *Learning life thanks to the dying. Interview by Brigitte Kocher*, în "Krankenpfl Soins Infirm", no. 78(11), 1985, pp. 77–78.
33. Lăzărescu, M., *Calitatea Vieții în Psihiatrie*, București, Editura InfoMedica, 1999.
34. Lindström, B., Eriksson, M., *Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development*, în "Health Promotion International", no. 21(3), 2006, pp. 238–244.
35. Magni, G., *On the relationship between chronic pain and depression when there is no organic lesion*, în "Pain", no. 31, 1987, pp. 1–21.
36. Markowitz, J. S., Patrick, K. S., *Venlafaxine – tramadol similarities*, în "Medical Hypotheses", no. 51, 1998, pp. 167–168.
37. Mărginean, I., Precupețu, I., (corod.), *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale*, București, Editura Expert, 2008.
38. McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A., Nemeroff, C. B., *Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment*, în "Archives of General Psychiatry", no. 52, 1995, pp. 89–99.
39. Mitrofan, I., *Impactul unor factori de stres asupra personalităților fragile în declanșarea și întreținerea unor boli psihosomatice cu potențial invalidant*, Teză de doctorat, București, UMF, 2009.

40. Mogotsi, M., Kaminer, D., Stein, D., *Quality of Life in the Anxiety Disorders*, in "Harvard Review of Psychiatry", no. 8(6), 2000, pp. 273–282.
41. Moss, E. L., Simpson, J. S., Pelletier, G., Forsyth, P., *An open-label study of the effects of bupropion SR on fatigue, depression and quality of life of mixed-site cancer patients and their partners*, in "Psychooncology", no. 15(3), 2006, p. 259.
42. Prieto, J. M., Atala, J., Blanc, J., Carreras, E., Rovira, M., et al., *Role of Depression As a Predictor of Mortality Among Cancer Patients After Stem-Cell Transplantation*, in "Clinical Oncology", no. 25, 2005, pp. 6063–6071.
43. Sharpe, M., Strong, V., Allen, K., Rush, R. et al., *Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention*, in "British Journal of Cancer", no. 90, 2004, pp. 310–313.
44. Scuster, C., Fernbach, N., Rix, U., Superti-Furga, G., et al., *Selective serotonin reuptake inhibitors – a new modality for the treatment of lymphoma/ leukaemia?*, in "Biochemical Pharmacology", no. 74(9), 2007, pp. 142–143
45. Theobald, D., *An open-label, crossover trial of mirtazapine (15 and 30 mg) in cancer patients with pain and other distressing symptoms*, in "Journal of Pain and Symptom Management", no. 23(5), 2002, pp. 442–447.
46. Thase, M. E., Entsuah, A. R., Rudolph, R. L., *Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors*, in "British Journal of Psychiatry", no. 178, 2001, pp. 234–241
47. Torta, R., Leomburni, P., Borio, R., Castelli, L., *Duloxetine for the treatment of mood disorder in cancer patients: a 12-week case-control clinical trial*, Human Psychology: Clinical and Experimental, vol. 26 (4–5), 2011, pp. 291–299..
48. Van Laarhoven, H. W. M., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K., Verhagen, C., Prins, J. B., *Coping, Quality of Life, Depression, and Hopelessness in Cancer Patients in a Curative and Palliative, End-of-Life Care Setting*, in "Cancer Nursing", no. 34(4), 2010, pp. 302–314.
49. Weitzner, M. A., Meyers, C. A., Stuebing, K. K., Saleeba, A. K., *Relationship between quality of life and mood in long-term survivors of breast cancer treated with mastectomy*, in "Supportive Care in Cancer", no. 5(3), 1997, pp. 241–248.

This paper presents the quality of life in patients with cancer and depression-anxiety comorbidity from bio-psycho-socio-spiritual point of view. The impact of the psychological component on the assessment of the quality of life is outlined, using unsystematic personal observations. The double determinism of somatic and mental pathology, with emphasis on the interference of depression and anxiety with the quality of life is reviewed and strategies about how to improve the quality of life in patients with cancer and comorbid anxiety disorders or depression are described.

Keywords: quality of life, depression, anxiety disorders, oncology.

Primit: 27.06.2011

Acceptat: 21.12.2011

Redactori: Ioan Mărginean, Manuela Sofia Stănculescu