

REVISTA DE PSIHOLOGIE

Vol. 71

2025

Nr. 3

SUMAR

STUDII ȘI CERCETĂRI

BEATRICE ADRIANA BALGIU, Exploring the factor structure of the general attitudes towards artificial intelligence scale	151
CLARA TURTURESCU, VIOLETA ROTARESCU, CRISTIAN OPARIUC-DAN, A dual mediation model of depression and anxiety: The indirect effects of socioeconomic status through negative automatic thoughts and personality traits.....	169
ANA DRAGU, Relația dintre calitatea vieții și psihopatologia părinților copiilor cu TSA.....	181
CRISTIAN CONSTANTIN, CAMELIA POPA, ELISABETA NIȚĂ, CELINA NIȚU, GABRIELA PETRESCU, GEORGETA PREDA, Afectivitatea negativă la preadolescenți și adolescenți și predictorii ei contextuali.....	195

ABORDĂRI TEORETICE ȘI PRACTIC-APLICATIVE

RODICA GHIMPU, Dimensiuni psihosociale ale rezilienței în oncologie: intervenții și perspective clinice	205
---	-----

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(JOURNAL OF PSYCHOLOGY)

Vol. 71

2025

No. 3

CONTENTS

STUDIES AND RESEARCHES

BEATRICE ADRIANA BALGIU, Exploring the factor structure of the general attitudes towards artificial intelligence scale	151
CLARA TURTURESCU, VIOLETA ROTARESCU, CRISTIAN OPARIUC-DAN, A dual mediation model of depression and anxiety: The indirect effects of socioeconomic status through negative automatic thoughts and personality traits.....	169
ANA DRAGU, The relationship between quality of life and psychopathology of parents of children with ASD.....	181
CRISTIAN CONSTANTIN, CAMELIA POPA, ELISABETA NIȚĂ, CELINA NIȚU, GABRIELA PETRESCU, GEORGETA PREDA, Negative affectivity in pre-adolescents and adolescents and its contextual predictors.....	195

THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES

RODICA GHIMPU, Psychosocial dimensions of resilience in oncology: Interventions and clinical perspectives.....	205
--	-----

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(REVUE DE PSYCHOLOGIE)

Vol. 71

2025

No. 3

SOMMAIRE

ÉTUDES ET RECHERCHES

BEATRICE ADRIANA BALGIU, Exploring the factor structure of the general attitudes towards artificial intelligence scale	151
CLARA TURTURESCU, VIOLETA ROTARESCU, CRISTIAN OPARIUC-DAN, A dual mediation model of depression and anxiety: The indirect effects of socioeconomic status through negative automatic thoughts and personality traits.....	169
ANA DRAGU, La relation entre la qualité de vie et la psychopathologie des parents d'enfants TSA	181
CRISTIAN CONSTANTIN, CAMELIA POPA, ELISABETA NIȚĂ, CELINA NIȚU, GABRIELA PETRESCU, GEORGETA PREDA, L'affectivité négative chez les préadolescents et les adolescents et ses facteurs contextuels.....	195

APPROCHES THÉORIQUES ET DÉMARCHES APPLIQUÉES

RODICA GHIMPU, Dimensions psychosociales de la résilience en oncologie: interventions et perspectives cliniques	205
---	-----

EXPLORING THE FACTOR STRUCTURE OF THE GENERAL ATTITUDES TOWARDS ARTIFICIAL INTELLIGENCE SCALE

BEATRICE ADRIANA BALGIU*

National University of Science and Technology Politehnica Bucharest

Abstract

This study aimed to investigate the factorial structure of the General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS) in a sample of Romanian adults (N=480; 220 females; Mean age=28.26). The scale assesses attitudes towards Artificial Intelligence (AI), comprising two factors in the original version: positive and negative attitudes regarding AI. To analyze how the scale is structured, the sample was split into two equal parts: the first part was used for exploratory factor analysis (EFA), and the confirmatory factor analysis (CFA) and multi-group CFA for gender invariance were performed on the second group. McDonald's omega and Cronbach's alpha coefficients were calculated to assess the internal consistency of the scale. The results indicate that, unlike the original two-factor structure, the Romanian version comprises three factors: two reflecting positive attitudes (perceived benefits of AI and superiority of AI over Human Intelligence) and one representing negative attitudes. Internal consistency was high, with α and ω values ranging between 0.742 and 0.890. In addition, discriminant validity was confirmed using heterotrait monotrait ratio (HTMT). The three-factor version of the GAAIS is a valid and reliable instrument for assessing attitudes towards AI in Romanian populations and can be used to analyze attitudes towards AI in different domains.

Cuvinte-cheie: inteligența artificială, atitudini, beneficii, superioritatea percepută a AI, structura factorială, validare.

Keywords: artificial intelligence, attitudes, benefits, perceived AI superiority, factorial structure, validation.

1. INTRODUCTION

A broad definition of AI describes it as a technology capable of performing tasks and activities that would be commonly considered typical of human cognition and reasoning (Triberti, 2024). AI systems can imitate, match, and even surpass human cognitive tasks in specific fields (Dwivedi *et al.*, 2023). The progress of artificial intelligence-based technologies has led to their dominance in most sectors of economic and social life, including education, healthcare, public administration, and business (Huang *et al.*, 2023; Mah and Grass, 2024). The benefits of these technologies are considerable, as AI helps automate repetitive and complex tasks,

* National University of Science and Technology Politehnica Bucharest, Department of Career and Educational Training, Splaiul Independenței, 313, București, RO-060042, E-mail: beatrice.balgiu@upb.ro.

thereby improving efficiency and quality of work. For example, 91% of sales employees believe that automation has improved their work-life balance and increased job satisfaction (Perryman, 2024). Artificial Intelligence is expected to enhance productivity, generate new opportunities, minimize human error, address complex problems, and automate repetitive tasks (Hartwig, 2021). Strategic AI alignment ensures sustainable growth and competitive advantages (Gupta *et al.*, 2024).

However, many companies face barriers to implementing AI in organisations due to negative employee attitudes (Lichtenthaler, 2020; Arslan *et al.*, 2022). These resistances in adopting AI arise from fears related to the loss of professional autonomy (Jussupow *et al.*, 2021), lack of trust in technology, scepticism regarding the accuracy of AI algorithms, and the culture of resistance within organisations (Deloitte Report, 2024), fear of loss of control (Monod *et al.*, 2024), and technological complexity (Vrontis *et al.*, 2022). In summary, AI resistance incorporates employee fears, inefficiencies, and aversions to AI (Golgeci *et al.*, 2025). In addition, it should be noted that organisations often face issues related to the quality, availability, and access to data that are vital for AI systems to function effectively. Moreover, data protection regulations and the lack of coherent legislative frameworks – frequently encountered in the context of the novelty of the phenomenon – further complicate the management and sharing of data essential for the functioning of AI algorithms (Radhakrishnan *et al.*, 2022).

With the adoption of the National Strategy for Artificial Intelligence 2024–2027, Romania has set ambitious goals: driving economic growth, enhancing social well-being, strengthening national security, and accelerating digital transformation. Despite these intentions, the strategy has yet to reveal a tangible impact on practical research. At the same time, more and more Romanian organisations are turning to AI-based solutions – not only to streamline operations and improve decision-making in business (Iuga and Brad, 2022), but also to enhance public administration services (Androniceanu, 2024) and to advance diagnostics and treatment planning in healthcare (Fitzek, 2024), among other areas.

Moreover, there is a need to understand how different populations perceive and interact with AI. A correct assessment of the attitudes and values of different groups towards the involvement of AI in their professional domains would contribute to a better acceptance of AI-based technologies. In this regard, General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale was developed to measure individuals' attitudes towards AI in different contexts (Schepman and Rodaway, 2020, 2022). Since people's adoption or resistance to AI can be influenced by cultural differences in the acceptability of the technology, we aimed to adapt the GAAIS in the Romanian context. In the absence of culturally validated instruments in Romania, the present study aims to contribute to this endeavour through a comprehensive and scientific assessment framework. The choice of the GAAIS in the validation study is based on the fact that it reflects essential dimensions such as interest, concerns and willingness to accept AI in everyday life. Given the purpose of our study, to

understand favourable perceptions and psychological barriers to AI adoption, this scale provides a comprehensive and validated framework to capture individual perceptions of AI. On the other hand, it is considered that attitudes towards AI should be assessed regularly, given the rapid development of these technologies and their profound impact on society (Schepman and Rodway, 2020).

2. GENERAL ATTITUDES TOWARDS ARTIFICIAL INTELLIGENCE SCALE

The General Attitudes Towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS) was developed to assess individuals' perceptions of artificial intelligence (AI) from cognitive, affective, and behavioral perspectives. According to the authors, the construction of the GAAIS is based on an empirical-inductive approach through which the items were formulated starting from recurring themes identified in academic literature and public discourse (Schepman and Rodway, 2020). This strategy for constructing the instrument reflects the authors' intent to draw on both general sets of positive (e.g., efficiency, superiority of repetitive tasks, economic benefit) and negative (e.g., surveillance, loss of control, the presence of errors) attitudes. Thus, GAAIS offers an inclusive framework for studying attitudes towards AI across varied environments, without restricting interpretation to any deterministic theory framework.

The scale comprises two factors: positive and negative attitudes respectively (Schepman and Rodway, 2020, 2022). The positive attitudes factor captures perceptions of the social and personal benefits of AI, preferences for AI use in various contexts (e.g., routine transactions), and emotional responses (e.g., AI is exciting, impressive, or enhances well-being). In contrast, the negative attitudes factor is dominated by emotional aspects (e.g., AI is sinister, dangerous, creates discomfort, suffering, etc.) and includes unrealistic opinions on the use of AI (AI is unethical, prone to errors, takes over control, espionage, etc.).

In the validation studies, the GAAIS has been shown to have convergent validity with all scales from the Technology Readiness Index (Lam *et al.*, 2008), which measures readiness for consumer technologies, and with the Corporate Distrust Scale (Adams *et al.*, 2010), which measures distrust towards corporations. Regarding the personality traits in the Big Five model, some studies have found that positive GAAIS correlates negatively with extraversion, meaning that introverted people have more positive attitudes towards AI than extraverts (Schepman and Rodway, 2023). Other studies have found that negative attitudes toward AI correlate with extraversion, emotional stability, agreeableness, and openness (Kaya *et al.*, 2024). In different studies, the scale has demonstrated good internal consistency: Cronbach's alpha 0.88 for Positive GAAIS and 0.83 for Negative GAAIS, 0.87 for the entire scale (Schepman and Rodway, 2020), between 0.82 and 0.88 (Schepman and Rodway, 2023), 0.82 for the Positive GAAIS and 0.84 for the Negative GAAIS in the Turkish cultural model (Kaya *et al.*, 2024). The scale, validated for

the Turkish language in the general population using a convenience sample, also showed a two-dimensional structure and good psychometric properties (Kaya *et al.*, 2024).

Although this research provides promising evidence regarding the reliability and validity of the GAAIS, further studies are needed to investigate the scale's performance in various cultural contexts and on diverse samples. Drawing on existing literature, the present study hypothesizes that: 1) the scale will preserve its two-factor structure and 2) exhibit good internal consistency in the Romanian cultural setting.

3. METHOD

3.1. CULTURAL AND LINGUISTIC ADAPTATION OF THE SCALE

The cross-cultural adaptation of the General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS) into Romanian followed the methodological process in accordance with established international guidelines for instrument translation and validation (Gudmundson, 2009). The original scale was independently translated into Romanian by two bilingual translators with expertise in psychology and academic English. A preliminary Romanian version was then produced by synthesizing these two translations. A third independent bilingual translator then performed a back-translation while being blinded to the scale's initial version. The purpose of this step was to confirm that the translated content matched the items' original meaning. Small changes were made to ensure that some AI-related terms and concepts were understood in the context of Romanian culture and technology. Subsequently, a convenience sample of 16 students participated in a pilot study to assess face validity, comprehensibility, and clarity. Additional changes were made in response to feedback from the pilot participants, especially to improve the fluency of the Romanian version and simplify some phrases. None of the items were removed or reworded.

3.2. PROCEDURE AND PARTICIPANTS

Data were collected through a cross-sectional study conducted between December 21, 2024, and, March 15, 2025, using a convenience sample of the general adult population. The data collection was facilitated via an online survey developed using Google Forms, which included GAAIS along with a brief sociodemographic questionnaire. A commonly accepted criterion for factor analysis is to have a sample size of at least 10 participants per item and a minimum of 200 participants in total, to ensure stable psychometric results (International Test Commission, 2017). To increase the statistical power of the analyses, it is generally recommended to recruit more participants when possible. In total, 500 people were invited to participate and 480 completed questionnaires were ultimately returned,

achieving a robust sample size. The sampling technique used was the snowball sampling method, a non-probability sampling technique that offers the advantages of providing access to hard-to-reach populations, reducing data collection costs and time, and increasing response rates, and was chosen because it allows access to different categories of employees (Ting *et al.*, 2025). The time required to complete the questionnaire was estimated at 5–6 minutes. In the introduction to the questionnaire, an informative text was presented detailing the purpose of the study, informing participants of confidentiality and the absence of risks, and mentioning the lack of rewards for participation. According to Schepman and Rodway's (2020) recommendation, the text defining AI was added to the preamble of the questionnaire: „We are interested in your attitudes towards artificial intelligence. By artificial intelligence, we refer to devices that can perform tasks that would usually require human intelligence. Please note that these can be computers, robots, or other hardware devices, possibly augmented with sensors or cameras, etc.” Participants were recruited from social media (WhatsApp) and an undergraduate psychology course at a technical university.

3.3. MEASURES

1. General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS) (Schepman and Rodway, 2020) consists of 20 items, 12 of which measure positive attitudes towards AI (e.g., There are many beneficial applications of Artificial Intelligence). The next eight items measured negative attitudes towards AI (e.g., I think Artificial Intelligence is dangerous). Items are rated on a scale from 1 – *strongly disagree* to 5 – *strongly agree* for subscale 1 (positive) with reversed scoring for items in subscale 2 (negative). Higher scores on the positive subscale indicate pro-AI attitudes, and higher scores (before reversal) on the negative subscale indicate anti-AI attitudes. As recommended by the scale authors, items were presented in a randomized order to prevent the detection of content patterns and reduce response bias.

2. Questionnaire to collect sociodemographic data: (i) age; (ii) gender; (iii) education; (iv) experience in using digital technologies; (v) residence and work environment (urban/rural); (vi) work sector (public/private/freelancer); (vii) field of activity; (viii) geographical region.

3.4. DATA ANALYSIS

The construct validity of the scale was tested through exploratory factor analysis (EFA) to identify the latent structure of the scale in the context of the first cultural validation and confirmatory factor analysis (CFA) for its verification. Thus, the general sample was divided into two relatively equal sub-samples: the first one (N=238) was used for EFA and the second (N=242) for CFA. For EFA a maximum-likelihood extraction method with direct varimax rotation was used. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's test were used to examine whether the

participant-to-item ratio and sample size were appropriate for EFA (Hair *et al.*, 2019). In the case of CFA (maximum-likelihood estimation method), in order to determine the statistical fit of the model, we used the coefficients χ^2 (chi-square), df (degrees of freedom), χ^2/df (criterion chi-squared/df), CFI (comparative fit index), TLI (Tucker-Lewis index), RMSEA (root mean squared error of approximation), SRMR (standardized root mean square residual), and AIC (Akaike's Information Criterion). For these indices, we considered the following cut-off level: the value of χ^2/df is acceptable if it is <3 (Schermelleh-Engel *et al.*, 2003). CFI, GFI, and TLI values close to 0.90 or greater are acceptable to good (Schumacher and Lomax, 2016). RMSEA and SRMR have good values if they are almost 0.06 (Brown, 2015); AIC, used to compare the models of measuring CFA, deems the model with the lowest value of the AIC indicator to be statistically adequate (Schermelleh-Engel *et al.*, 2003). Invariance criteria imply insignificant changes in absolute fit indices: ΔCFI and $\Delta\text{RMSEA} < 0.010$ (Nouredine *et al.*, 2025). The reliability was examined using Cronbach's alpha and McDonald's omega, considered to be good when they are ≥ 0.70 (De Vellis and Thorpe, 2021). We calculated the scale's composite reliability (CR) on the factor loading and convergent validity on the Average Variance Extracted (AVE). The minimum AVE level is 0.50 (Hair *et al.*, 2019), while for CR it is 0.70 (Chin, 2010). Discriminant validity was calculated using a robust Heterotrait monotrait ratio (HTMT). A lower AIC indicates a better fit. All data were analyzed using JASP 0.19.1.0 (Amsterdam University, Amsterdam, The Netherlands).

4. RESULTS

4.1. SOCIODEMOGRAPHIC ANALYSIS OF THE SAMPLE

The analyzed group consisted of 480 participants, of which 260 (54%) are men and 220 (46%) are women, with an average age of $M=28.26$ ($SD=11.99$). In terms of the environment in which they work, 95.6% of the participants work in urban areas, while 4.4% work in rural areas. In terms of educational level, 78.95% of the respondents have university degrees, 18.75% have postgraduate studies (master's and/or doctoral), and 2.29% have high school education. Among these, 27.08% work in the public sector, 39.37% come from the private sector, 11.5% are freelancers, and 25% are students. Experience in using technology varies considerably, from 0–5 years (12.3%) to over 15 years (31.4%). The geographical area from which most respondents come is Bucharest-Ilfov (68.2%), followed by participants from the South-East (10.7%), South Muntenia (7.7%) and 13.4% from other regions of the country. The field of activity varies: most are from I.T. (13.54%), medical (7.5%), entrepreneurship (3.75%), education (8.33%), banking (4.37%), telecommunications (6.25%), automotive industry (5.62%), research (2.5%), marketing (1.66%), hospitality (1.87%), pharmacies (3.33%), and public administration (6.25%).

plus a percentage that falls into other fields of activity (10.03%). A group of first and second-year students (25%) has been added.

4.2. FACTORIAL STRUCTURE

4.2.1. Exploratory factor analysis

Exploratory factor analysis (EFA) revealed a three-factor structure underlying the scale. The factorability of the correlation matrix was supported by a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy of 0.892, which exceeds the minimum requirement of 0.50, suggesting that the sample size was suitable for factor analysis. Additionally, Bartlett's test of sphericity was statistically significant, $\chi^2(190)=2189.689$, $p<0.001$ confirming that the correlation matrix is appropriate for factor analysis.

A principal component analysis with varimax rotation identified three components, which together accounted for 56.83% of the total variance explained by the scale. The first factor includes seven items with factor loadings between 0.618 and 0.849 (variance 32.947%), the second factor consists of 4 items with factor loadings between 0.633 and 0.741 (variance 6.901%), and the third factor includes 8 items with factor loadings between 0.579 and 0.749 (variance 14.295%). The scree plot analysis supported a three-dimensional factorial solution (Figure 1).

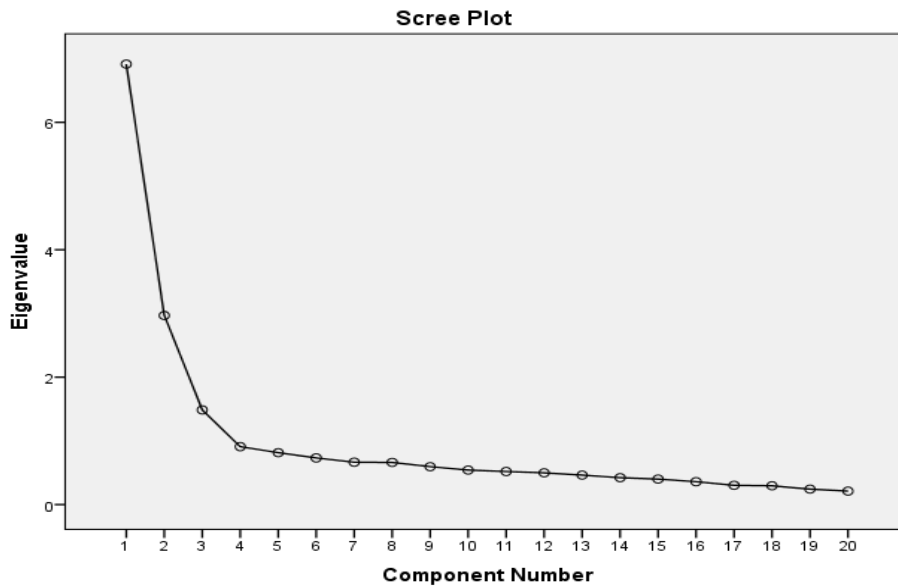


Figure no. 1. Scree Plot of GAAIS.

All factors contained items with loadings greater than 0.40 (Tabachnik and Fidell, 2013) (Table no. 1).

Table no 1
Exploratory factor analysis of GAAIS (N=238)

Items	Factors		
	1	2	3
1. I am interested in using artificially intelligent systems in my daily life.	0.794	0.139	0.180
2. There are many beneficial applications of Artificial Intelligence.	0.849	0.067	0.074
3. Artificial Intelligence is exciting.	0.774	0.230	0.084
4. Artificial Intelligence can provide new economic opportunities for this country.	0.732	0.244	0.103
5. I would like to use Artificial Intelligence in my own job.	0.662	0.300	0.174
6. An artificially intelligent agent would be better than an employee in many routine jobs.	0.276	0.721	0.071
7. I am impressed by what Artificial Intelligence can do.	0.660	0.358	0.008
8. Artificial Intelligence can have positive impacts on people's wellbeing.	0.618	0.449	0.198
9. Artificially intelligent systems can help people feel happier.	0.370	0.655	0.123
10. Artificially intelligent systems can perform better than humans.	0.164	0.761	0.113
11. Much of society will benefit from a future full of Artificial Intelligence.	0.405	0.503	0.074
12. For routine transactions, I would rather interact with an artificially intelligent system than with a human.	0.215	0.633	0.097
13. I think Artificial Intelligence is dangerous.	0.142	0.230	0.598
14. Organisations use Artificial Intelligence unethically.	-0.063	0.218	0.579
15. I find Artificial Intelligence sinister.	0.296	-0.028	0.749
16. Artificial Intelligence is used to spy on people.	-0.003	-0.048	0.725
17. I shiver with discomfort when I think about future uses of Artificial Intelligence.	0.245	-0.086	0.767
18. Artificial Intelligence might take control of people.	0.180	-0.003	0.743
19. I think artificially intelligent systems make many errors.	-0.075	0.372	0.602
20. People like me will suffer if Artificial Intelligence is used more and more.	0.095	0.209	0.687

As item 11 is cross-loading, which indicates conceptual ambiguity. According to a recommendation by Comrey and Lee (2013), items that had loadings ≥ 0.33 on more than one factor should be omitted. Consequently, we decided to eliminate this item with cross-loading. The analysis of the factors split from the original factor of positive attitudes indicates that the first factor focuses on the benefits offered by AI, and the second factor on the superiority of AI compared to human intelligence. Factor 3 remained unchanged, and comprised all items related to negative attitudes.

Consequently, the first factor was named perceived benefits of AI, the second was the superiority of AI compared to human intelligence, and the third, was negative attitudes towards AI.

4.2.2. Confirmatory factor analysis

To verify the dimensional structure of the GAAIS scale identified in the exploratory factor analysis (EFA), we conducted a confirmatory factor analysis (CFA) on a second sample (N=242). The assumption of multivariate normality was violated, as the distributions of scores were not normal, indicating substantial skewness (30.382) and kurtosis (456.482), with a critical ratio of 22.306. As a result, a robust estimation method by bootstrapping (2000 subsamples) was used. Three structural models for the GAAIS were tested: a unifactorial model, a bifactorial model (positive and negative attitudes) and a trifactorial model, resulting from the EFA analysis. Based on the AIC criterion, the three-factor model demonstrated the best fit to the data. The goodness-of-fit indices for the three-factorial model are: $\chi^2=310.003$; $df=140$; $\chi^2/df=2.214$; CFI=0.953; TLI=0.984; RMSEA=0.051 [90%CI: 0.043-0.058]; SRMR=0.051; $p<0.001$. The three-factor model provides a significantly better fit and adequate theoretical interpretability (Table no 2).

Table no 2

Goodness-of-fit indices of the alternative models in CFA (N=242)

Models	χ^2	df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA [90%CI]	SRMR	AIC
M1: one factor	1429.571	170	8.409	0.666	0.626	0.125 [0.119-0.131]	0.115	28076.019
M2: two-factors	612.438	169	3.623	0.882	0.868	0.074 [0.008-0.080]	0.058	27260.886
M2: three-factors	310.003	140	2.214	0.953	0.984	0.051 [0.043-0.058]	0.051	25595.489

The factor loading for the first extracted factor is between 0.666 (item 8 – Artificial Intelligence can have positive impacts on people’s wellbeing) and 0.779 (item 2 – There are many beneficial applications of Artificial Intelligence). Factor 2 has a factor loading between 0.471 (item 12 – For routine transactions, I would rather interact with an artificially intelligent system than with a human) and 0.772 (item 6 – An artificially intelligent agent would be better than an employee in many routine jobs), and factor 3 regarding negative attitudes has a factor loading between 0.310 (item 19 – I think artificially intelligent systems make many errors) and 0.792 (item 16 – Artificial Intelligence is used to spy on people). In conclusion, Hypothesis 1, which predicted a two-dimensional structure of the scale (positive and negative attitudes), is not supported by the data obtained from EFA and CFA.

4.3. GENDER INVARIANCE

Next, gender invariance was performed for the respective group. The values of the scores for ΔCFI and $\Delta RMSEA$ are below the critical thresholds of 0.010, which suggests that invariance can be accepted. The model fit indices were all within an acceptable range, with all ΔCFI and $\Delta RMSEA$ values less than 0.010 and 0.015, respectively, suggesting a stable and comparable factorial structure across genders (Table no 3).

Table no 3

The gender invariance for GAAIS

Models	Indices					Comparative Fit Indices	
	χ^2	df	χ^2/df	CFI	RMSEA	ΔCFI	$\Delta RMSEA$
Configural	472.293	282	1.67	0.944	0.055 [0.046-0.061]	–	–
Metric	482381	298	1.61	0.946	0.052 [0.044-0.061]	-0.002	0.003
Scalar	503660	314	1.60	0.944	0.052 [0.043-0.060]	0.000	0.000
Strict	555649	341	1.62	0.937	0.053 [0.044-0.061]	0.007	0.003

4.4. DESCRIPTIVE ANALYSIS

The descriptive statistics of the items are presented in Table 4. The highest mean scores are for items 2 ($M=4.043$; $SD=0.98$) and 7 ($M=4.016$; $SD=1.04$).

The distributions of the responses do not suggest major deviations from normality. Regarding the corrected item-total correlation, all items are above the recommended minimum value of 0.40 (Wang, 2003) except for item 19 (0.389) which is a borderline value and may require revision. Alpha if an item is deleted has values between 0.680 and 0.875, confirming good internal consistency.

4.5. GENDER DIFFERENCES

Gender differences are not the main focus of the study. In line with previous studies, we found that male respondents are more likely to express positive attitudes towards AI compared to females (Sinderman *et al.*, 2021; Park and Woo, 2022; Méndez-Suárez *et al.*, 2024). Table no 5 reveals that the perception of the benefits of AI is similar between genders.

The perception of the superiority of AI (vs. human intelligence) is higher in males than in females, which may reflect a more technophilic attitude or a greater trust in the power of technology. Negative attitudes (e.g., fear, distrust, anxiety) are present in both groups in a balanced way.

Table no 4

The descriptive statistics of the items

Items	M	SD	Min.-Max.	Skewness	Kurtosis	α if item deleted	Corrected item-total correlation
1	3.583	1.14	1-5	-0.468	-0.439	0.868	0.720
2	4.043	0.98	1-5	-0.928	0.461	0.866	0.750
3	3.659	1.09	1-5	-0.453	-0.457	0.868	0.718
4	3.759	1.10	1-5	-0.698	-0.112	0.874	0.668
5	3.497	1.28	1-5	-0.507	-0.801	0.875	0.675
6	2.679	1.26	1-5	0.322	-0.880	0.657	0.577
7	4.016	1.04	1-5	-0.988	0.546	0.881	0.608
8	3.374	1.08	1-5	-0.181	-0.526	0.875	0.661
9	2.891	1.24	1-5	0.084	-0.907	0.686	0.527

Table no 4 (continued)

Items	M	SD	Min.-Max.	Skewness	Kurtosis	α if item deleted	Corrected item-total correlation
10	2.782	1.18	1-5	0.138	-0.735	0.680	0.539
12	2.686	1.30	1-5	0.256	-1.013	0.705	0.510
13	2.989	1.24	1-5	-0.019	-0.879	0.816	0.474
14	2.882	1.07	1-5	-0.028	-0.366	0.820	0.441
15	3.186	1.28	1-5	-0.088	-0.998	0.791	0.659
16	3.083	1.26	1-5	0.029	-0.952	0.802	0.578
17	3.338	1.36	1-5	-0.275	-1.064	0.795	0.627
18	3.167	1.35	1-5	-0.072	-1.175	0.794	0.634
19	2.786	1.11	1-5	0.073	-0.606	0.826	0.389
20	3.062	1.25	1-5	-0.036	-0.936	0.802	0.583

Note: M-Mean; SD-Standard deviation; item 11 has been removed

Table no 5

Gender differences

Variables	males		females		t	p
	M	SD	M	SD		
Positive attitudes (benefits)	3.75	0.89	3.66	0.82	1.165	0.245
Positive attitudes (superiority)	2.88	0.98	2.65	0.92	2.784	0.006
Negative attitudes	3.53	0.96	3.46	0.95	0.827	0.409

4.6. RELIABILITY

All three factors highlight good internal consistency, with α and ω values above 0.742, which confirms Hypothesis 2 with predicted good internal consistency. Inter-item correlations were within acceptable ranges, supporting item homogeneity without indicating significant redundancy (Table no 6).

Table no 6

Internal consistency, averages, standard deviations and correlations

Factors	M*	SD	α [95%CI]	ω [95%CI]	Range interitem correlation
F1	3.705	0.858	0.889[0.873-0.903]	0.890[0.875-0.905]	0.425-0.669
F2	2.759	0.940	0.742 [0.701-0.777]	0.742[0.705-0.780]	0.383-0.475
F3	3.499	0.958	0.826[0.802-0.848]	0.833[0.810-0.855]	0.260-0.595

*The total score obtained for every scale was divided by the number of scale items

4.7. CONVERGENT AND DISCRIMINANT VALIDITY

The results regarding the convergent validity indicate satisfactory values for all three factors: the composite reliability (CR) coefficient exceeds the recommended threshold of 0.70, and the average variance extracted (AVE) is acceptable, even if marginal in the case of factor 1. According to Malhotra and Dash (2011), an AVE

value below 0.50 is not necessarily a major problem if the CR is >0.70). The discriminant validity, assessed by HTMT, was also confirmed, with all values being below the conservative threshold of 0.85. These results support the adequacy of the factorial structure and the conceptual distinction between the dimensions of the adapted scale (Table no 7).

Table no 7

Convergent and discriminant validity

Factors	CR	AVE	Heterotrait-monotrait ratio		
			1	2	3
F1	0.831	0.497	-		
F2	0.825	0.551	0.756	-	
F3	0.921	0.627	0.373	0.301	-

5. DISCUSSION

The main purpose of this study was the structural and psychometric validation of the Romanian-adapted version of the General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS). To ensure the validity of the responses, the standard cross-cultural adaptation was employed, including translation and back-translation by bilingual expert translators, comprehensibility assessment through a pilot study, as well as the clear and neutral formulation of items. In addition, a mixed presentation of both positive and negative items was adopted to reduce response bias and enhance content validity. EFA and CFA established construct validity, and convergent and discriminant validity were also statistically confirmed by the CR, AVE, and HTMT coefficients, which were also within the specified limits (Hair *et al.*, 2019).

The use of both EFA and CFA provided comprehensive empirical support for the scale's three-factorial structure. Unlike previous studies that identified a bi-dimensional structure (Schepman and Rodway, 2020, 2022; Kaya *et al.*, 2024), the present study highlights a three-dimensional structure. In the present study, the factor corresponding to positive attitudes was split into two subfactors, one focused on the benefits of AI, and the other on the adoption of AI due to its superiority over human intelligence. This factor includes 4 items (items 6, 9, 10, 12). The identification of this distinct factor related to the benefits of AI aligns with the Technology Acceptance Model (Davis *et al.*, 1989; Aldraiweesh and Alturki, 2025), which posits that perceived usefulness is fundamental to developing favorable attitudes toward technology adoption. When users believe that AI will enhance their performance or provide significant benefits, they are more likely to develop favorable attitudes towards its adoption. The third factor, corresponding to negative attitudes, remains unchanged from the original structure in terms of the items included. Item 11 (Much of society will benefit from a future full of Artificial Intelligence) was eliminated. This decision is justified by its significant loading on several factors, thus affecting dimensional clarity. In two other previous validations, item 11 obtained

moderate factor loading (0.49 – Schepman and Rodway, 2020) and 0.50 (Kaya *et al.*, 2024) in comparison to the other items. However, in another context, the respective item has a factor loading of 0.836 (Schepman and Rodway, 2022). Also, in the original study (Schepman and Rodway, 2020), items 9 (Artificially intelligent systems can help people feel happier) and 10 (Artificially intelligent systems can perform better than humans) have moderate factor loadings (0.494). In the case of EFA, the items' factor loadings are higher than the values obtained in previous studies by Schepman and Rodway (2022) and Kaya *et al.* (2024). In comparison, the loading values in previous studies range between 0.47–0.78 for positive attitudes and 0.41–0.76 for negative ones, which confirms the general consistency of the structure (Schepman and Rodway, 2022). For the Turkish version, the estimates are 0.40–0.71 for positive GAAIS and 0.41–0.72 for negative GAAIS (Kaya *et al.*, 2024). Another item whose potential needs to be reviewed is item 19 due to the marginally corrected item-total correlation.

In the process of testing gender invariance, all indicators (Δ CFI and Δ RMSEA) were below the critical thresholds (<0.01), supporting the configural, metric, scalar and strict equivalence of the scale across genders. Thus, the factorial structure is robust and comparable across the analysed subgroups.

High scores for items such as „Artificial Intelligence can provide new economic opportunities for this country” ($M=3.759$, $SD=1.10$) suggest a positive perception of AI regarding its role in improving work efficiency. The presence of negative attitudes (e.g., „Artificial Intelligence might take control of people”) indicates the existence of fears regarding loss of control and the ethics of AI use in organisations. This ambivalence regarding AI suggests that it is perceived simultaneously as a facilitator of progress, but also as a source of vulnerability.

The results obtained support both the internal consistency and the convergent and discriminant validity of the three factors identified in the present study: positive attitudes towards the benefits of AI (F1), perception of AI superiority (F2) and negative attitudes (F3). The internal reliability analysis indicated high values of the α and ω coefficients for all three factors, ranging between 0.742 and 0.890, which demonstrates a good internal consistency of the scale. In particular, the factor capturing positive attitudes towards the benefits of AI recorded the highest mean scores and high-reliability coefficients, suggesting a clear and homogeneous representation of this dimension.

Convergent validity was supported by CR and AVE values, which were above the minimum recommended thresholds ($CR>0.70$; $AVE>0.50$). Discriminant validity was confirmed by HTMT values, all below 0.85, indicating adequate differentiation between the three dimensions.

Regarding gender differences, only the factor „perception of AI superiority” yielded significantly higher scores among men, suggesting greater openness to AI. This result is in line with other research (Zawacki-Richter *et al.*, 2019; Kovačević and Demić, 2024), which identified that men have a higher interest in emerging technologies, even if the level of knowledge and general attitudes remain similar

between genders. Along the same lines, other studies have demonstrated more accepting attitudes in men than in women in the general adult population (Park and Woo, 2022). However, some studies have indicated that, among university students, there was no statistically significant difference in attitudes toward AI between males and females (Haja and Gahir, 2024; Vo and Nguyen, 2024), suggesting that these attitudes, for students, actually depend on their experience with artificial intelligence (Sun and Zhou, 2024).

Limitations of the study: One limitation is that concurrent validity was not assessed. It would have been important to associate the GAAIS with other instruments that measure motivations, attitudes, and values toward AI. Future research could consider associating the GAAIS with other scales assessing attitudes toward AI, such as the five-item Attitude Towards Artificial Intelligence (ATAI) scale, which comprises negatively associated factors assessing (1) acceptance and (2) fear of artificial intelligence (Sinderman *et al.*, 2021). It can also be correlated with motivation scales of using AI (e.g., the Questionnaire of AI Use Motives – QAIUM; Yurt and Kasarci, 2024). Such associations may contribute to understanding how attitudes toward AI influence technology acceptance in educational, occupational, or clinical contexts. It would also be useful in the future to investigate criterion validity by correlating GAAIS scores with concrete behaviors related to AI use (e.g., frequency of use of chatbots, AI-based educational platforms, or medically assisted diagnostic tools). This approach would allow for a better understanding of how stated attitudes translate into actual behaviors. Also, it is important to further explore how specific categories of tasks (e.g., creative, repetitive, interpersonal) affect people's acceptance or rejection of AI, as this may have significant implications for technology integration across various domains. Additionally, stability over time was not experimentally verified for the current study through test-retest validity. Future longitudinal studies are recommended to assess the stability of responses over time, especially considering how rapidly AI technologies are evolving and how easily public opinion can fluctuate. The factor structure is robustly supported by psychometric analyses, especially EFA and CFA, although the design precludes any conclusion of causality or temporal stability. Also as a future direction, replication of the study with other samples of respondents is required. Finally, we also mention the need for qualitative research to deepen the nuances of the factor of „superiority of AI over human intelligence” in the Romanian context.

6. CONCLUSIONS

According to the comprehensive content and construct validity results obtained, the three factors GAAIS is a valid instrument for Romanian adults. The finding of three factors instead of two suggests that the structure of attitudes toward AI is more complex than previously thought. Thus, the original model may require conceptual reassessment, especially in cultural contexts different from the one in which it was developed. Second, the role of perceived AI superiority as a distinct

dimension requires some discussion. This dimension highlights a more radical line of thinking that deserves investigation as a potential predictor of automatic technology adoption behaviors or even uncritical trust in AI. The differences from previous validation studies of the GAAIS in the UK and Turkey highlight the fact that perceptions of AI are culturally influenced, and the validation of the GAAIS in other languages must take these nuances into account. The result obtained allows us to conclude that the scale can be used to assess the readiness of employees to work with AI systems, and to personalize familiarization interventions with new technologies. GAAIS can provide indications of how open employees are and what reservations and fears they have about adopting AI. In education, the instrument can support the assessment of the openness of students or teachers to the integration of AI in the teaching process. In organisations, the study's findings can inform the design of more user-friendly and acceptable AI interfaces. By understanding the factors that drive positive and negative attitudes, designers can create systems that enhance user experience and foster trust. Emphasis should be placed on clearly communicating the benefits of AI and designing systems that promote a sense of user control, thereby alleviating anxieties about perceived AI dominance. Further research could investigate how attitudes toward AI vary across application domains and task types, providing insights into optimizing AI integration in specific contexts. A more comprehensive picture of the barriers and facilitators to AI adoption in various fields, especially in education and research, would also include the ethical dimension of AI usage. Therefore, we propose the use of validated tools (for example, the AI Assessment Scale developed by Perkins *et al.*, 2023) or the development of subscales that explicitly evaluate perceptions and ethical concerns regarding AI, in line with ethical integration policies from universities (Dabis and Csáki, 2024) and the ethical perceptions of students (Mumtaz *et al.*, 2024). The integration of subscales that evaluate aspects such as privacy and data protection, algorithm transparency, responsible AI use, or decision-making autonomy could provide more complex results and useful guidelines regarding the adoption and rejection of AI in different fields.

Received: 5.06.2025

REFERENCES

1. ADAMS, J. E., HIGHHOUSE, S., ZICKAR, M. J., *Understanding general distrust of corporations*, Corporate Reputation Review, **13**, 1, 2010, p. 38–51. <https://doi.org/10.1057/crr.2010.6>
2. ALDRAIWEESH, A.A., ALTURKI, U., *The Influence of Social Support Theory on AI Acceptance: Examining Educational Support and Perceived Usefulness using SEM analysis*, IEE Access, **13**, 2025, p. 18366–18385. DOI 10.1109/ACCESS.2025.3534099
3. ANDRONICEANU, A., *Generative artificial intelligence, present and perspectives in public administration*, Administrație și Management Public, **43**, 2024, p. 105–119. <https://doi.org/10.24818/amp/2024.43-06>

4. ARSLAN, A., COOPER, C., KHAN, Z., GOLGECI, I., ALI, I., *Artificial intelligence and human workers interaction at team level: a conceptual assessment of the challenges and potential HRM strategies*, International Journal of Manpower, **43**, 1, 2022, p. 75–88. <https://doi.org/10.1108/IJM-01-2021-0052>
5. BROWN, T.A., *Confirmatory factor analysis for applied research*, 2nd ed., New York, The Guilford Press, 2015.
6. COMREY, A.L., LEE, H.B., *A first course in factor analysis*, 2nd ed., New York, Psychology Press, 2013. <https://doi.org/10.4324/9781315827506>
7. CHIN W.W., *How to write up and report PLS analyses* in ESPOSITO VINZI, V., CHIN, W., HENSELER, J., WANG, H. (eds.), *Handbook of Partial Least Squares*, Berlin, Springer, 2010, p. 655–690.
8. DABIS, A., CSÁKI, C., *AI and ethics: Investigating the first policy responses of higher education institutions to the challenge of generative AI*, Humanities and Social Sciences Communications, **11**, 2024, 1006. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03526-z>
9. DAVIS, F.D., BAGOZZI, R.P., WARSHAW, P.R., *User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models*, Management Science, **35**, 8, 1989, p. 982–1003.
10. DELOITTE REPORT, *The State of Generative AI in the Enterprise*, 2024, <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/consulting/articles/state-of-generative-ai-in-enterprise.html>
11. De VELLIS, R., THORPE, C., *Scale development: Theory and applications*, Sage Publications, Thousand Oaks, 2021.
12. DWIVEDI, Y.K., SHARMA, A., RANA, N.P., GIANNAKIS, M., GOEL, P., et al., *Evolution of artificial intelligence research in technological forecasting and social change: Research topics, trends, and future directions*, Technological Forecasting and Social Change, **192**, 2023, 122579. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2023.122579>
13. FITZEK, S., *Ethical challenges and transformative potential: examining the impact of artificial intelligence on patient care, data security, and the healthcare workforce in Romania*, Journal of Community Positive Practices, **1**, 2024, p. 59–85. DOI: <https://doi.org/10.35782/JCPP.2024.1.04>
14. GOLGECI, I., RITALA, P., ARSLAN, A., MCKENNA, B., ALI, I., *Confronting and alleviating AI resistance in the workplace: An integrative review and a process framework*, Human Resource Management Review, **35**, 2, 2025, 101075. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2024.101075>
15. GUDMUNDSSON, E., *Guidelines for translating and adapting psychological instruments*, Nordic Psychology, **61**, 2009, p. 29–45. <http://dx.doi.org/10.1027/1901-2276.61.2.29>
16. GUPTA, R.D., BISWAS, D., RONTY, A.P., KAPALI, S., KHAN S.M., *Empowering digital transformation: the strategic role of Artificial Intelligence in enterprise innovation*, European Journal of Theoretical and Applied Sciences, **2**, 6, 2024, p. 210–218. [https://doi.org/10.59324/ejtas.2024.2\(6\).16](https://doi.org/10.59324/ejtas.2024.2(6).16)
17. HAIR, J.F., BLACK, W.C., BABIN, B.J., ANDERSON, R.E., *Multivariate data analysis*, 8th ed. Essex: Pearson Education Limited, 2019.
18. HUANG, A.Y., LU, O.H., YANG, S.J., *Effects of artificial Intelligence–Enabled personalized recommendations on learners’ learning engagement, motivation, and outcomes in a flipped classroom*, Computers & Education, **194**, 2023, 104684, <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2022.104684>
19. HARTWIG, B., *Benefits of Artificial Intelligence*. Hackr.io. 2021, Retrieved at: <https://hackr.io/blog/benefits-ofartificial-intelligence> (accessed on 12 April 2024).
20. INTERNATIONAL TEST COMMISSION, *The ITC guidelines for translating and adapting tests (Second edition)*, 2017, Retrieved at: https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
21. IUGA, M., BRAD, S., *Adoption of artificial intelligence in Romania: Innovative policies to overpass vulnerabilities with TRIZ and deep-thinking tools*, In: NOWAK, R., CHRZĄSZCZ, J., BRAD, S. (eds.), *Systematic Innovation Partnerships with Artificial Intelligence and Information Technology*. TFC 2022. IFIP Advances in Information and Communication Technology, **655**, Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-17288-5_26
22. JUSSUPOW, E., SPOHRER, K., HEINZL, A., GAWLITZA, J., *Augmenting medical diagnosis decisions? An investigation into physicians’ decision-making process with artificial intelligence*, Information Systems Journal, **32**, 3, 2012, p. 394–432. <https://doi.org/10.1287/isre.2020.0980>

23. KOVAČEVIĆ A., DEMIĆ E., *The Impact of Gender, Seniority, Knowledge, and Interest on Attitudes to Artificial Intelligence*, in IEEE Access, 12, 2024, p. 129765–129775. doi: 10.1109/ACCESS.2024.3454801.
24. LAM, S. Y., CHIANG, J., PARASURAMAN, A., *The effects of the dimensions of technology readiness on technology acceptance: An empirical analysis*, Journal of Interactive Marketing, 22, 4, 2008, p. 19–39. <https://doi.org/10.1002/dir.20119>
25. LICHTENTHALER, U., *Extremes of acceptance: employee attitudes toward artificial intelligence*, Journal of Business Strategy, 41, 5, 2020, p. 39–45. <https://doi.org/10.1108/JBS-12-2018-0204>
26. MAH, D.K., GROß, N., *Artificial intelligence in higher education: exploring faculty use, self-efficacy, distinct profiles, and professional development needs*, International Journal of Educational Technology in Higher Education, 21, 58, 2024. <https://doi.org/10.1186/s41239-024-00490-1>
27. MALHOTRA, N.K., DASH, S., *Marketing research an applied orientation*, London, Pearson Publishing, 2011.
28. MÉNDEZ-SUÁREZ, M., DELBELLO, L., DE VEGA DE UNCETA, A., ORTEGA LARREA, A.L., *Factors affecting consumers' attitudes towards Artificial Intelligence*, Journal of Promotion Management, 30, 7, 2024, p. 1141–1158. <https://doi.org/10.1080/10496491.2024.2367203>
29. MUMTAZ, S., CARMICHAEL, J., WEISS, M., NIMON-PETERS, A., *Ethical use of artificial intelligence-based tools in higher education: are future business leaders ready?*, Education and Information Technology, 30, 2025, p. 7293–7319. <https://doi.org/10.1007/s10639-024-13099-8>
30. NOUREDDINE, D., MALAEB, S., EL KHATIB, M., DABBOUS, M., SAKR, F., ALI, A.M., *et al.*, *Psychometric properties of an Arabic translation of the 13-item short mood and feelings questionnaire- parent version (SMFQ-P) to screen for depression in children*, BMC Psychiatry, 25, 1, 2025, 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06433-4>
31. PARK, J., WOO, S.E., *Who likes artificial intelligence? Personality predictors of attitudes toward artificial intelligence*, The Journal of Psychology, 156, 1, 2022, p. 68–94. <https://doi.org/10.1080/00223980.2021.2012109>
32. PERKINS, M., FURZE, L., ROE, J., MACVAUGH, J., *The Artificial Intelligence Assessment Scale (AIAS): A framework for ethical integration of generative AI in educational assessment*, Journal of University Teaching and Learning Practice, 21, 6, 2024. <https://doi.org/10.53761/q3azde36>
33. PERRYMAN, D., *Embracing AI in the Workplace*, 2024, Retrieved at: <https://news.hr.ncsu.edu/2024/07/embracing-ai-in-the-workplace/>
34. RADHAKRISHNAN, J., GUPTA, S., PRASHAR, S., *Understanding organisations' Artificial Intelligence journey: A qualitative approach*, Pacific Asia Journal of the Association for Information Systems, 14, 6, 2022, p. 43–77. DOI: 10.17705/1pais.14602
35. SCHEPMAN, A., RODWAY, P., *Initial validation of the general attitudes towards Artificial Intelligence Scale*, Computers in Human Behavior Reports, 1, 2020, 100014. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2020.100014>
36. SCHEPMAN, A., RODWAY, P., *The General Attitudes towards Artificial Intelligence Scale (GAAIS): Confirmatory validation and associations with personality, corporate distrust, and general trust*, International Journal of Human–Computer Interaction, 2022, p. 1–18. <https://doi.org/10.1080/10447318.2022.2085400>
37. SCHERMELLEH-ENGEL, K., MOOSBRUGGER, H., MÜLLER, H., *Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures*, MPR-Online, 8, 2003, p.23–74. Retrieved at https://www.stats.ox.ac.uk/~snijders/mpr_Schermelleh.pdf
38. SCHUMACKER, R.E., LOMAX, R.G., *A beginner's guide to structural equation modeling*, 4th Ed., New York, Taylor & Francis, 2016.
39. SINDERMANN, C., SHA, P., ZHOU, M., WERNICKE, J., SCHMITT, H.S., LI, M., *et al.*, *Assessing the attitude towards artificial intelligence: Introduction of a short measure in German, Chinese, and English language*, Künstliche Intelligenz, 35, 2021, p. 109–118, <https://doi.org/10.1007/s13218-020-00689-0>

40. STRATEGIA NAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL INTELIGENȚEI ARTIFICIALE 2024–2027 [National Strategy in the Field of Artificial Intelligence 2024–2027], Retrieved at: <https://www.adr.gov.ro/wp-content/uploads/2024/03/Strategie-Inteligenta-Artificiala-22012024-1.pdf>
41. SUN, L., ZHOU, L., *Generative artificial intelligence attitude analysis of undergraduate students and their precise improvement strategies: A differential analysis of multifactorial influences*, Education and Information Technology, 2024. <https://doi.org/10.1007/s10639-024-13236-3>
42. TABACHNICK, B.G., FIDELL, L.S., *Using multivariate statistics*, 6th ed. Boston, Pearson, 2013.
43. TING, H., MEMON, M.A., THURASAMY, R., CHEAH, J.H., *Snowball sampling: A review and guidelines for survey research*, Asian Journal of Business Research, **15**, 1, 2025. <https://doi.org/10.14707/ajbr.250186>
44. TRIBERTI, S., DI FUCCIO, R., SCUOTTO, C., MARSICO, E., LIMONE, P., „Better than my professor?” *How to develop artificial intelligence tools for higher education*, Frontiers in Artificial Intelligence, 7, 2024, 329605. <https://doi.org/10.3389/frai.2024.1329605>
45. VO, A., NGUYEN, H., *Generative artificial intelligence and ChatGPT in language learning: EFL students' perceptions of technology acceptance*, Journal of University Teaching and Learning Practice, **21**, 6, 2024, p. 199–218. <https://doi.org/10.53761/fr1rkj58>
46. VRONTIS, D., CHRISTOFI, M., PEREIRA, V., TARBA, S., MAKRIDES, A., TRICHINA, E., *Artificial intelligence, robotics, advanced technologies and human resource management: A systematic review*, The International Journal of Human Resource Management, **32**, 6, 2022, p. 1237–1266.
47. WANG, Y.S., *Assessment of learner satisfaction with asynchronous electronic learning systems*, Information & Management, **41**, 1, 2003, p. 75–86. [https://doi.org/10.1016/S0378-7206\(03\)00028-4](https://doi.org/10.1016/S0378-7206(03)00028-4)
48. YURT, E., KASARCI, I., *A questionnaire of Artificial Intelligence use motives: A contribution to investigating the connection between AI and motivation*, International Journal of Technology in Education (IJTE), **7**, 2, 2024, p. 308–325. <https://doi.org/10.46328/ijte.72>
49. ZAWACKI-RICHTER, O., MARÍN, V.I., BOND, M., GOUVERNEUR, F., *Systematic review of research on artificial intelligence applications in higher education – where are the educators?*, International Journal of Educational Technology in Higher Education, **16**, 2019, 39. <https://doi.org/10.1186/s41239-019-0171-0>

REZUMAT

Studiul prezent urmărește explorarea structurii factoriale a Scalei Atitudinilor Generale privind Inteligența Artificială (GAAIS) aplicată unui eșantion de adulți români (N=480; 220 de femei; vârsta medie=28.26). Scala evaluează atitudinile față de inteligența artificială (IA), cuprinzând doi factori în versiunea originală: atitudini pozitive și negative privind inteligența artificială. Pentru a analiza modul în care este structurată scala, eșantionul a fost împărțit în două subeșantioane: unul utilizat pentru analiza factorială exploratorie (EFA), iar celălalt pentru analiza factorială confirmatorie (CFA) și analiza multigrup, în vederea testării invarianței de gen. Coeficienții omega McDonald și alfa Cronbach au fost calculați pentru a evalua consistența internă. Rezultatele indică faptul că, în contrast cu structura originală bifactorială, versiunea în limba română evidențiază o structura trifactorială: doi factori care reflectă atitudinile pozitive (beneficii percepute ale IA și superioritatea IA asupra inteligenței umane) și un factor reprezentând atitudinile negative. Consistența internă a fost ridicată, cu valori ale coeficienților α și ω cuprinse între 0,742 și 0,890. De asemenea, validitatea discriminantă a fost susținută prin raportul heterotrait-monotrait (HTMT). Versiunea cu trei factori a GAAIS este un instrument valid și de încredere pentru evaluarea atitudinilor față de IA în cazul populației adulte din România, cu potențial de aplicare în diverse domenii de cercetare.

A DUAL MEDIATION MODEL OF DEPRESSION AND ANXIETY: THE INDIRECT EFFECTS OF SOCIOECONOMIC STATUS THROUGH NEGATIVE AUTOMATIC THOUGHTS AND PERSONALITY TRAITS

CLARA TURTURESCU*, VIOLETA ROTARESCU, CRISTIAN OPARIUC-DAN
University of Bucharest, Doctoral School in Psychology and Education Sciences

Abstract

Socioeconomic status (SES) has an impact on human functioning, quality of life and health. Studies show that low SES and persistent mental illness are linked. Globally, 8% of people have a disability from depression and anxiety. SES is an indicator usually measured through income, education, and occupation. Dysfunctional personality is characterised by rigid traits that are associated with psychological distress. Negative automatic thoughts (NATs) and cognitive schemas shape our interpretation of situations, leading to poor coping strategies.

The study examined how socioeconomic status indirectly affects depression and anxiety through dysfunctional personality and negative automatic thoughts. The results showed that maladaptive personality significantly mediated the relationship between SES and anxiety and depression symptoms, with a negative indirect effect. Although negative automatic thoughts showed a marginal indirect effect, the result was not statistically significant indicating weaker support for its role in the mediation. These results underscore the importance of addressing mental health issues within socioeconomically disadvantaged groups, with interventions targeting both cognitive distortions and dysfunctional personality traits potentially improving mental health outcomes.

Cuvinte-cheie: model depresie – anxietate, statut socioeconomic, gânduri automate negative, trăsături disfuncționale de personalitate, mediere dublă.

Keywords: depression – anxiety model, socioeconomic status, negative automatic thoughts, dysfunctional personality traits, dual mediation.

1. INTRODUCTION

Socioeconomic status (SES) has an impact on human functioning, both mental and physical (Kraft and Kraft, 2021). A person's social standing affects access to resources such as knowledge and wealth, which can help one cope with stressful situations (Kirkbride *et al.*, 2024).

Globally, 8% of individuals experience disability due to depression and anxiety (Ridley *et al.*, 2020). The World Health Organization (WHO) reported a depression prevalence rate of 4.4% in Europe, though this statistic may vary (Strohmaier *et al.*, 2024).

* Doctoral student, Doctoral School in Psychology and Education Sciences, University of Bucharest, Romania, Șoseaua Panduri 90, Bucharest, Romania; E-mail: clara.turturescu@drd.unibuc.ro

Numerous studies have established a bidirectional relationship between low SES and persistent mental illness (Marchi *et al.*, 2024). SES is an indicator usually measured through income, education, and occupation (Xu *et al.*, 2024). Personality traits play an important role in the relationship between socioeconomic status and mental health problems (Jokela and Keltikangas-Järvinen, 2011). Personality traits are predictors for health-related quality of life (Pereira-Morales *et al.*, 2018). Depression impacts quality of life, increases economic burden, and raises the risk of suicidality (Jokela and Keltikangas-Järvinen, 2011). In a comparison study between low-income and non-low-income populations regarding the psychological distress showed that individuals from disadvantaged environments are more likely to experience psychological distress (Caron and Liu, 2011).

A multi-cohort study highlighted the crucial role of health policies and healthcare practices in addressing psychological health issues within social environments, emphasizing the need for early interventions to reduce health inequalities (Kivimäki *et al.*, 2020). The study showed that low socioeconomic status was linked to a higher risk of 18 out of 56 health conditions (Kivimäki *et al.*, 2020).

A systematic review emphasized the importance of indicators such as education, employment and material circumstances for increasing occupational social class (Fryers *et al.*, 2003).

Recent decades of research have examined the correlation between personality traits and quality of life, demonstrating that personality traits act as a determinant of quality of life (Habibi *et al.*, 2025).

Meta-analytic findings indicate that current preventive interventions have the potential to reduce the prevalence of depressive disorders by 25% (Klein *et al.*, 2011).

Maladaptive personality is characterised by rigid traits that are associated with psychological distress (Ireland *et al.*, 2006). Maladaptive personality traits are considered stable throughout an individual's lifespan. Behaviour, affect and cognition are expressions of personality facets.

The literature review highlights the strong link between emotional distress and maladaptive cognitive content, such as dysfunctional attitudes and negative automatic thoughts (Geiger *et al.*, 2013).

According to Beck's theory of affects disorder, negative automatic thoughts (NATs) and underlying cognitive schemas influence how situations are interpreted, resulting in maladaptive coping strategies (Batmaz *et al.*, 2015).

To the best of our knowledge, this study is the first to investigate personality traits and NAT as mediators in the relationship between SES and symptoms of depression and anxiety; while prior research has established a direct link between SES and depression, none have explored these mediating mechanisms together.

Our study aimed to provide further understanding of the relationship between SES and the anxiety-depression symptoms through two related mediators: dysfunctional personality and NAT. We believe that these findings could have a significant impact by improving psychoeducation interventions for large populations.

2. METHODS

2.1. DESIGN

The study was pre-registered on 26.02.2025 (AsPredicted #214832). Data was collected between March 2025 and April 2025 using an online form (www.questionpro.com).

The analysis of the model was conducted using a cross-sectional design of data collection. A total of 147 participants completed the self-report questionnaires. Participants were eligible if they were at least 18 years old. Those who did not fully complete the self-report questionnaire were excluded from the analysis.

We conducted a mediation analysis using Andrew F. Hayes' PROCESS macro (version 4.2) for SPSS Statistics for Windows, version 25 (Hayes, 2022) to examine the indirect effects of socioeconomic status (SES) on depression and anxiety symptoms (DASS-21) through two mediators. Model 4 was specified to test the mediation pathways.

The independent variable (X) was SES total score (SES_T), and the dependent variable (Y) was the combined depression and anxiety symptoms score from the DASS-21. Two mediators were included simultaneously to test their mediating roles: dysfunctional personality (PID_T) and negative automatic thoughts (ATQ_T) (see Figure no. 1).

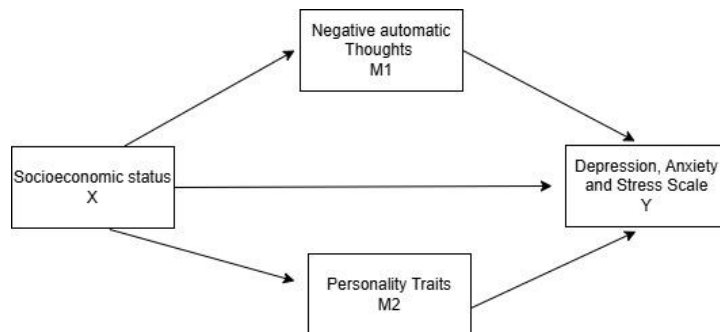


Figure no. 1. Conceptual model

2.2. INFORMED CONSENT PROCESS

The informed consent form indicated that participation was voluntary, and the participants could withdraw from the study at any time. The time required to answer the questions was 10–15 minutes.

2.3. DEVELOPMENT AND PRE-TESTING

All the materials used for data collection were first translated from English to Romanian and then back from Romanian to English (back – translation method) by two separate teams of two professional translators. Agreements across items were discussed to preserve the content validity of the original instruments.

2.4. RECRUITMENT PROCESS

Participants were informed that their data would be confidential, anonymous, and used only for research. The questionnaire was promoted both online – via social media on Facebook and Instagram – and offline through local community groups.

2.5. SURVEY ADMINISTRATION

Questionnaires were created with QuestionPro Forms, and participation was voluntary without incentives.

2.6. PARTICIPANTS

The sample consisted of 147 participants. Of these, 118 (80.3%) identified as female and 29 (19.7%) as male. Participants' educational attainment ranged from lower secondary to postgraduate education. Specifically, 4.8% had completed only gymnasium or vocational school (score = 3), 27.2% had a high school education (score = 4), 8.8% had completed post-secondary non-university programs (score = 5), 45.6% held a university degree (score = 6), and 13.6% had postgraduate education (score = 7). These categories reflect the structure of the Romanian education system, aligned with the scoring system of the Revised Kuppusswamy Scale. Occupational status was measured using a 7-level classification adapted from the Revised Kuppusswamy Scale and tailored to the Romanian context. Most participants (38.1%) reported occupations requiring higher education (score = 6). Additionally, 25.9% were unemployed, retired, or receiving social assistance (score = 1), 13.6% were skilled workers (score = 3), 15.0% worked as technicians, foremen, assistants, or administrative staff (score = 5), and 3.4% were experts, entrepreneurs, or freelancers with higher education (score = 10). Smaller proportions included highly skilled workers (2.0%; score = 4) and unskilled workers (2.0%; score = 2).

Participants reported their current monthly household income (net) using predefined income range. The most frequently reported income levels were between 2,400 and 4,000 RON (24.3%) and 4,000 to 5,600 RON (22.9%). A smaller proportion of participants reported household incomes above 8,800 RON, with 20.1% earning between 8,800 and 10,400 RON and 9.0% earning more than 10,400 RON. Only 12.5% of the sample reported incomes below 2,400 RON. Household income scores ranged from 1 to 12, reflecting increasing economic standing. Income data were missing for three participants (2.0%).

2.7. MEASURES

Depression – Anxiety. To assess depression and anxiety the DASS - 21 (Lovibond and Lovibond, 2011) was used, an instrument with 21 items such as: “I found it hard to wind down” or “was aware of dryness of my mouth”. Answers were given on a 4 - point scale, with high values indicating high levels of negative emotional states. The scale has strong internal consistency (Cronbach's $\alpha = .80$, 95% CI [.80, .86]) (da Silva *et al.*, 2016).

Negative automatic thoughts. Many researchers have intended to assess automatic thoughts in the past, and in 1980, Hollon and Kendall developed the ATQ (Gökdağ and Kaçar-Başaran, 2014). The scale contains a number of 15 items (items like “I’m no good” or “I feel so helpless”) that received answers on an ordinal scale from 1 (not at all) and 5 (all the time), with high scores indicating a high level of negative thoughts, and the internal consistency of the scale being very good Cronbach’s $\alpha = .97$, 95% CI [.97, .99]) (Netemeyer and Williamson Donald A, 2024).

Socioeconomic status. A wide range of outcomes over the life span can be predicted reliably and consistently using SES, including physical and mental health (*Education and Socioeconomic Status Factsheet, n.d.*). SES was assessed using a scoring ranging from 3 to 29, indicating low to high SES. We measured SES indicators taking into consideration the Revised Kuppaswamy Scale (Majumder, 2021), with adjustments to reflect the Romanian context, including the use of participants’ own occupation rather than that of the head of the household.

Personality traits. We used Personality Inventory for DSM – 5 (PID – 5 – BF), a 25 – item self-report questionnaire designed to maladaptive personality traits. It measures five domains: Negative Affect, Detachment, Antagonism, Disinhibition, Psychoticism (Miller *et al.*, 2022). The scale contains 25 items, items like “I feel like I act totally on impulse.” or “I fear being alone in life more than anything else.” (Research Central, n.d.). PID – 5 items are scored on a four – point scale ranging from 0 – Very False or Often False to 3 – Very True or Often True (Miller *et al.*, 2022). Higher average scores indicate greater dysfunction in a specific personality trait facet or domain (Research Central, n.d.). Cronbach’s alpha values were $>.70$ for all PID-5 facet scales and greater than $.90$ for all PID-5 domain scales (“*Reliability and Validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) Request PDF,*” 2025)

3. RESULTS

3.1. PRELIMINARY DESCRIPTIVE ANALYSIS

Descriptive statistics were calculated for the components of the socioeconomic status (SES) measure: education, occupation, and household income. The education score had a mean of 5.36 (SD = 1.16), with scores ranging from 3 to 7. The occupation score had a mean of 4.16 (SD = 2.34), ranging from 1 to 10. Household income scores ranged from 1 to 12, with a mean of 4.84 (SD = 3.84). Skewness values ranged from -0.39 (education) to 0.84 (household income), and kurtosis values ranged from -1.04 to -0.58 , indicating slight non-normality across variables (see Table no.1).

Table no. 1

Descriptive Statistics for Socioeconomic Status indicators

Variable	N	M	SD	Median	Mode	Min	Max	Skewness	Kurtosis
Education	147	5.36	1.16	6.00	6	3	7	-0.39	-1.04
Occupation	147	4.16	2.34	5.00	6	1	10	0.05	-0.58
Household Income	144	4.84	3.84	3.00	2	1	12	0.84	-1.01

Note. SES = Socioeconomic status. Three cases had missing data for household income (N = 144). M = Mean; SD = Standard deviation.

The descriptive statistics of the key variables in this study (SES, DASS – 21, PID_T, and ATQ_T) indicate a range of distributions. The variables show slight positive skewness and platykurtic distributions, with more participants reporting average to low scores and fewer reporting extreme values. These patterns are typical for psychological measures, where there are more individuals in the middle ranges and fewer with very high or low scores (see Table no. 2).

Table no. 2

Descriptive Statistics for key variables

Variable	N	Min	Max	Mean	Std. Dev.	Skewness	Std. Error	Kurtosis	Std. Error
SES	144	6.00	29.00	14.37	5.79	0.414	0.202	-0.816	0.401
DASS -21	147	40.00	154.00	81.10	27.40	0.645	0.200	-0.425	0.397
PID_T	147	28.00	82.00	49.78	12.23	0.500	0.200	-0.366	0.397
ATQ_T	147	15.00	68.00	35.29	14.04	0.398	0.200	-0.842	0.397

Note: SES = Socioeconomic Status Total Score; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scale, 21 items; PID_T = Personality Inventory for DSM -5; ATQ_T = Negative Automatic Thoughts Scale.

3.2. MODEL ANALYSIS

A dual mediation analysis (see Tabel no. 2) was conducted using PROCESS Model 4 (Hayes, 2022) to examine whether the relationship between depression and anxiety symptoms (DASS-21) and socioeconomic status (SES) was mediated by maladaptive personality (PID_T) and negative automatic thoughts (ATQ_T).

The total effect of DASS-21 on SES was statistically significant, $b = -0.0517$, $SE = 0.0173$, $t(142) = -2.99$, $p = .0033$, indicating that higher levels of depression and anxiety were associated with lower socioeconomic status. However, the direct effect of DASS-21 on SES_T after accounting for the mediators was not significant, $b = 0.0249$, $SE = 0.0296$, $t(140) = 0.84$, $p = .4015$, suggesting full mediation (see Table no. 3).

Table no. 3
Mediation Analysis Results

Path	Effect	SE	t	p	95% CI Lower	95% CI Upper
Total Effect	-0.0517	0.0173	-2.986	0.0033	-0.0859	-0.0175
Direct Effect	0.0249	0.0296	0.8415	0.4015	-0.0337	0.0835
Total Indirect	-0.0766	0.028			-0.1346	-0.0243
PID_T	-0.0384	0.0141			-0.0664	-0.0101
ATQ_T	-0.0382	0.0263			-0.0934	0.0115

Note. SE = standard error; CI = confidence interval. Significant indirect effects are determined by bootstrap confidence intervals that do not include zero.

The total indirect effect was statistically significant, $b = -0.0766$, $\text{BootSE} = 0.0280$, 95% CI $[-0.1346, -0.0243]$ suggesting that depression and anxiety symptoms indirectly affect SES through the mediators. Specifically (see Table no. 4):

– A significant indirect effect was found through PID_T ($b = -0.0384$, 95% CI $[-0.0664, -0.0101]$) indicating that dysfunctional personality traits mediated the relationship between depression and anxiety symptoms and SES.

– The indirect effect through ATQ_T was not statistically significant ($b = -0.0382$, 95% CI $[-0.0934, 0.0115]$), as the confidence interval included zero. Although the confidence interval included zero at the upper bound, this suggests a marginal effect of negative automatic thoughts in mediating the relationship between anxiety – depression and SES.

Table no. 4
Bootstrap Confidence Intervals for Indirect Effects

Indirect Pathway	Bootstrapped Effect (b)	Boot SE	95% Boot CI (Lower)	95% Boot CI (Upper)
Total Indirect Effect	-0.0766	0.0280	-0.1346	-0.0243
Indirect Effect - PID_T	-0.0384	0.0141	-0.0664	-0.0101
Indirect Effect - ATQ_T	-0.0382	0.0263	-0.0934	0.0115

The model explained a significant portion of the variance in SES ($R^2 = 0.1435$, $F(3, 140) = 7.8210$, $p = .0001$). The model's predictors (DASS-21, PID_T, and ATQ_T) significantly contributed to explaining SES, with dysfunctional personality showing a significant negative effect ($b = -0.1364$, $\text{SE} = 0.0507$, $t = -2.6898$, $p = .0080$). In contrast, negative automatic thoughts did not reach statistical significance ($b = -0.0906$, $\text{SE} = 0.0601$, $t = -1.5075$, $p = .1339$).

These results suggest that SES influence depression and anxiety symptoms indirectly, primarily through dysfunctional personality traits. Negative automatic thoughts also played a role in this relationship, though its effect was weaker and less consistent.

4. DISCUSSION

The current study tested a dual mediation model examining the indirect effects of depression and anxiety on SES through two mediators: dysfunctional personality and negative automatic thoughts. The results showed that maladaptive personality significantly mediated the relationship between SES and anxiety and depression symptoms, with a negative indirect effect. Although negative automatic thoughts also exhibited a marginal indirect effect, the confidence interval for this effect included zero, suggesting weaker evidence for its role in the mediation.

Previous research papers have shown that socioeconomic status plays a significant role in predicting anxiety and depression symptoms (Azizabadi *et al.*, 2022). Families with low SES face multiple forms of deprivation and experience a greater number of stressors related to finances, social relationships, employment, and health issues compared to those with high SES (Reiss *et al.*, 2019). Socioeconomic status (SES) and personality are intertwined. Lower SES is often associated with a higher risk of maladaptive personality traits (Jonassaint *et al.*, 2011). Negative automatic thoughts mediate the relationship between personality traits (as neuroticism) and depression, based on previous data (Du *et al.*, 2015). Low SES is associated with a higher risk of depression (Jespersen *et al.*, 2023).

Our study supports the cognitive-behavioral model, which posits that negative thinking patterns (like those found in automatic thoughts) and dysfunctional personality traits can influence emotional regulation and behavior, thus shaping life outcomes.

The findings suggest that dysfunctional personality traits may play a more central role than negative automatic thoughts in explaining the relationship between mental health and SES, providing insights into which traits or behaviors might be targeted in interventions to improve psychological distress outcomes and quality of life.

4.1 LIMITATIONS AND FUTURE DIRECTIONS

This study has cross-sectional design. Additionally, the reliance on self-report measures, such as the PID-DSM-5, DASS-21 and ATQ-15, may introduce response biases. Future research would benefit from a longitudinal approach and more diverse samples to confirm and expand upon these results.

4.2. PRACTICAL IMPLICATIONS

Mental health interventions (as Brief Cognitive – Behavioral Therapy and psychoeducation – A Provider’s Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy) targeting both dysfunctional personality traits and negative automatic thoughts could help reduce the negative impact of depression, anxiety and, on individuals’ socioeconomic status, potentially improving overall life outcomes.

5. CONCLUSIONS

This study highlights the significant impact of SES on psychological distress. The findings suggest that lower SES is associated with higher levels of depression and anxiety, with dysfunctional personality traits serving as a key mediator in this relationship. Negative automatic thoughts also play a role, although their effect is weaker and more marginal. Implementing evidence-based approaches, such as cognitive-behavioral therapy, may help reduce mental health disparities linked to socioeconomic inequality. These findings emphasize the importance of developing public policies that prioritize mental health prevention and intervention strategies within socioeconomically disadvantaged communities. Future research should build upon these results by investigating the long-term effects of SES on mental health, incorporating the five maladaptive personality domains, cognitive schemas, and irrational beliefs, and including more diverse populations to strengthen the generalizability of these findings.

6. DECLARATIONS

The research was conducted following the Helsinki Declaration guidelines and the ethical requirements of the Ethical Committee of the University of Bucharest to which the authors are affiliated (document No. 101/19.12.2021).

Received: 31.05.2025

REFERENCES

1. AZIZABADI, Z., AMINISANI, N., EMAMIAN, M.H., *Socioeconomic inequality in depression and anxiety and its determinants in Iranian older adults*. BMC Psychiatry, **22**, 761, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04433-w>
2. BATMAZ, S., AHMET YUNCU, O., KOCBIYIK, S., *Assessing Negative Automatic Thoughts: Psychometric Properties of the Turkish Version of the Cognition Checklist*. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, **9**, 4, 2015. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-3444>
3. CARON, J., LIU, A., *Factors Associated with Psychological Distress in the Canadian Population: A Comparison of Low-Income and Non-Low-Income Sub-Groups*, Community Mental Health Journal, **47**, 3, 2011, p. 2011318–330. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9306-4>

4. DA SILVA, H.A., DOS PASSOS, M.H.P., DE OLIVEIRA, V.M.A., PALMEIRA, A.C., PITANGUI, A.C.R., DE ARAÚJO, R.C., *Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21: Is it valid for Brazilian adolescents? Einstein*, **14**, 4, 2016, p. 486–493. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3732>
5. DU, X., LUO, W., SHEN, Y., WEI, D., XIE, P., ZHANG, J., ZHANG, Q., QIU, J., *Brain structure associated with automatic thoughts predicted depression symptoms in healthy individuals. Psychiatry Research: Neuroimaging*, **232**, 3, 2015, p. 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2015.03.002>
6. EDUCATION AND SOCIOECONOMIC STATUS FACTSHEET. (N.D.). <https://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/education> Retrieved March 20, 2025, from <https://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/education>
7. FRYERS, T., MELZER, D., JENKINS, R., *Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence*, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **38**, 5, 2003, p. 229–237. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>
8. GEIGER, P.J., PETERS, J.R., SAUER-ZAVALA, S.E., BAER, R.A., *Relationships among maladaptive cognitive content, dysfunctional cognitive processes, and borderline personality features. Journal of Personality Disorders*, **27**, 4, 2013, p. 457–464. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_097
9. GÖKDAĞ, C., KAÇAR-BAŞARAN, S., *An Assessment of the Validity and Reliability of the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) in Depressive and Control Group*, 2014.
10. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/276761224_An_Assessment_of_the_VValidity_and_Reliability_of_the_Automatic_Thoughts_Questionnaire_ATQ_in_Depressive_and_Control_Group
11. HABIBI, D., PARSAEI, R., ROOHAFZA, H., FEIZI, A. *Personality traits and quality of life: A cross-sectional study in a middle-aged Iranian general population. Health and Quality of Life Outcomes*, **23**, 1, 2025, p. 13. <https://doi.org/10.1186/s12955-025-02344-4>
12. HAYES, A. F. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: Third Edition: A Regression-Based Approach*. Guilford Press., 2022. https://www.guilford.com/books/Introduction-to-Mediation-Moderation-and-Conditional-Process-Analysis/Andrew-Hayes/9781462549030?srsltid=AfmBOopVCdE_lfWSZSRDO5_N6jFSA3pZOmz3ZAHLnYYGFWI13kjVjjDE
13. IRELAND, J.L., BROWN, S.L., BALLARINI, S., *Maladaptive personality traits, coping styles and psychological distress: A study of adult male prisoners. Personality and Individual Differences*, **41**, 3, 2006, p. 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.03.002>
14. JESPERSEN, A., MADDEN, R., WHALLEY, H.C., REYNOLDS, R., LAWRIE, S.M., MCINTOSH, A.M., IVESON, M., *Socioeconomic Status and Depression – A Systematic Review*, 2023, <https://doi.org/10.1101/2023.12.04.23299380>
15. JOKELA, M., KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L. *The association between low socioeconomic status and depressive symptoms depends on temperament and personality traits. Personality and Individual Differences*, **51**, 3, 2011, p. 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.004>
16. JONASSAINT, C.R., SIEGLER, I.C., BAREFOOT, J.C., EDWARDS, C.L., WILLIAMS, R.B., *Low Life Course Socioeconomic Status (SES) is Associated with Negative NEO PI-R Personality Patterns. International Journal of Behavioral Medicine*, **18**, 1, 2011, p. 13–21. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9069-x>
17. KIRKBRIDE, J.B., ANGLIN, D.M., COLMAN, I., DYKXHOORN, J., JONES, P.B., PATALAY, P., PITMAN, A., SONESON, E., STEARE, T., WRIGHT, T., GRIFFITHS, S.L., *The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry*, **23**, 1, 2024, p. 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
18. KIVIMÄKI, M., BATTY, G.D., PENTTI, J., SHIPLEY, M.J., SIPILÄ, P.N., NYBERG, S.T., SUOMINEN, S.B., OKSANEN, T., STENHOLM, S., VIRTANEN, M., MARMOT, M.G., SINGH-MANOUX, A., BRUNNER, E.J., LINDBOHRM, J.V., FERRIE, J.E., VAHTERA, J. *Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health*

- conditions in adulthood: A multi-cohort study. *The Lancet. Public Health*, 5, 3, 2020 p.140–149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
19. KLEIN, D.N., KOTOV, R., BUFFERD, S.J., *Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence*, Annual Review of Clinical Psychology, 7, 2011, p. 269–295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
 20. KRAFT, P., KRAFT, B., *Explaining socioeconomic disparities in health behaviours: A review of biopsychological pathways involving stress and inflammation*, Neuroscience Biobehavioral Reviews, 127, 2021, p. 689–708. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.05.019>
 21. LOVIBOND, S.H., LOVIBOND, P.F., *Depression Anxiety Stress Scales*, 2011, <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
 22. MAJUMDER, S., *Socioeconomic status scales: Revised Kuppaswamy, BG Prasad, and Udai Pareekh's scale updated for 2021*, Journal of Family Medicine and Primary Care, 10, 11, 2021 p. 3964–3967. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_600_21
 23. MARCHI, M., ALKEMA, A., XIA, C., THIO, C.H.L., CHEN, L.-Y., SCHALKWIJK, W., GALEAZZI, G.M., FERRARI, S., PINGANI, L., KWEON, H., EVANS-LACKO, S., DAVID HILL, W., BOKS, M.P., *Investigating the impact of poverty on mental illness in the UK Biobank using Mendelian randomization*, Nature Human Behaviour, 8, 9, 2024, p. 1771–1783. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01919-3>
 24. MILLER, J.D., BAGBY, R.M., HOPWOOD, C.J., SIMMS, L.J., LYNAM, D.R., *Normative data for PID-5 domains, facets, and personality disorder composites from a representative sample and comparison to community and clinical samples*, Personality Disorders, 13, 5, 2022, p. 536–541. <https://doi.org/10.1037/per0000548>
 25. NETEMEYER RICHARD G., WILLIAMSON DONALD A., *Psychometric Properties of Shortened Versions of the Automatic Thoughts Questionnaire*, 2024. <https://doi.org/10.1177/0013164402062001008>
 26. PEREIRA-MORALES, A.J., ADAN, A., LOPEZ-LEON, S., FORERO, D.A., *Personality traits and health-related quality of life: The mediator role of coping strategies and psychological distress*, Annals of General Psychiatry, 17, 1, 2018, p. 25. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0196-0>
 27. REISS, F., MEYROSE, A.-K., OTTO, C., LAMPERT, T., KLASSEN, F., RAVENS-SIEBERER, U., *Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study*. PLoS ONE, 14, 3, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
 28. RELIABILITY AND VALIDITY OF THE PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5 (PID-5) REQUEST PDF. (2025). <https://doi.org/10.1177/1073191113504984>
 29. RESEARCH CENTRAL. (N.D.). Retrieved May 26, 2025, from <https://researchcentral.ro/detalii.php?id=433>
 30. RIDLEY, M., RAO, G., SCHILBACH, F., PATEL, V., *Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms*, Science, 370, 6522, 2020. <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
 31. STROHMAIER, S., PILLAI, M., WEITZER, J., HAN, E., ZENK, L., BIRMANN, B.M., BERTAU, M., CANIGLIA, G., LAUBICHLER, M.D., STEINER, G., SCHERNHAMMER, E.S., *The Relationship between Big Five Personality Traits and Depression in the German-Speaking D-A-CH Region Including an Investigation of Potential Moderators and Mediators*, European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 14, 8, 2024. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14080144>
 32. XU, Q., LI, H., ZHU, D., *Socioeconomic status, personality, and major mental disorders: A bidirectional Mendelian randomization study*, Schizophrenia, 10, 1, 2024, p. 1–7. <https://doi.org/10.1038/s41537-024-00471-3>

REZUMAT

Statutul socioeconomic (SSE) este un predictor pentru funcționalitatea individului, calitatea vieții și sănătății. Studiile arată că SSE scăzut și tulburările mintale sunt corelate. La nivel mondial, 8% dintre oameni suferă de dizabilitate, cauzată de depresie și anxietate. Indicatorul SSE este măsurat prin venit, educație și ocupație. Personalitatea disfuncțională este caracterizată prin trăsături accentuate ce sunt asociate cu stresul psihologic. Gândurile automate negative (GAN) și schemele cognitive modelează percepția asupra mediului. Studiul de față, a analizat modul în care statutul socioeconomic influențează indirect depresia și anxietatea prin intermediul personalității disfuncționale și al gândurilor automate negative. Rezultatele au arătat că personalitatea dezadaptativă mediază semnificativ statistic relația dintre SSE și simptomele de anxietate și depresie, cu un efect indirect negativ. Deși gândurile automate negative au arătat un efect indirect marginal, rezultatul nu a fost semnificativ statistic, indicând o influență mai scăzută asupra variabilelor studiate. Rezultatele subliniază importanța adresării problemelor de sănătate mintală prin politici publice în mediile vulnerabile. În vederea îmbunătățirii calității vieții a persoanelor din medii dezavantajate este necesară utilizarea unor metode științifice, cum ar fi intervențiile cognitiv-comportamentale și psihoeducația.

RELAȚIA DINTRE CALITATEA VIEȚII ȘI PSIHOLOGIA PĂRINȚILOR COPIILOR CU TSA

ANA DRAGU*

Centrul de Resurse și Referință în Autism „Micul Prinț” Bistrița

Abstract

The quality of life of parents of children with autism spectrum disorders (ASD) is a topic of interest, given the significant impact these disorders have on the entire family. This study included 84 parents of children with ASD, using the PEDSQL-FIM quality of life scale, the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ; Zimmerman, Ciucă, & Albu, 2010), and an empirical questionnaire for demographic and clinical factors. Statistical analysis revealed significant correlations between parental psychopathology and various dimensions of quality of life. Depressive disorders, post-traumatic stress disorder, and anxiety disorders had the greatest negative impact on parents' quality of life.

Cuvinte-cheie: tulburări din spectrul autist, părinți, psihopatologie, calitatea vieții.

Keywords: autism spectrum disorders, parents, psychopathology, quality of life.

1. INTRODUCERE

Părinții copiilor cu TSA raportează niveluri mai mari de stres decât părinții copiilor neurotipici și cei ai copiilor cu alte dizabilități, cum ar fi sindromul Down, paralizia cerebrală și dizabilitatea intelectuală (Hayes și Watson, 2013). Având în vedere stresul mai înalt, ei ar putea fi mai expuși riscului de tulburări psihologice decât părinții copiilor cu dezvoltare obișnuită.

Creșterea psihopatologiei părinților a fost asociată cu: o funcționare parentală mai scăzută (Zerach, Greene, Ein-Dor și Solomon, 2012), un nivel de conflictualitate mai crescut (Ruscio, Weathers, King și King, 2002), o severitate mai mare a problemelor comportamentale ale copiilor (Baker, Seltzer și Greenberg, 2011; Ekas și Whitman, 2010; Firat, Diler, Avci și Seydaoglu, 2002; Machado Junior, Celestino, Serra, Caron și Pondé, 2016), precum și cu aplicarea unor regimuri severe de disciplină (Cohen, Hien și Batchelder, 2008).

Meta-analizele despre părinții copiilor cu TSA s-au concentrat pe: stresul parental (Bonis, 2016; Cachia, Anderson și Moore, 2016; Balcells-Balcells *et al.*, 2019; Corcoran, Berry și Hill, 2015; Critchley *et al.*, 2021), calitatea vieții

* Centrul de Resurse și Referință în Autism „Micul Prinț” Bistrița, Bd. Independenței nr. 79, Bistrița, E-mail: anadragu@gmail.com

(Vasilopoulou și Nisbet, 2016) și impactul social aferent problematicii TSA (Saini *et al.*, 2015). A existat doar o singură meta-analiză care a explorat tulburările psihiatrice ale părinților copiilor cu TSA (Yirmiya și Shaked, 2005).

Din studii a mai reieșit că părinții care au copii cu TSA prezintă un stres parental mare (Nikmat *et al.*, 2008), anxietate (Athari *et al.*, 2013), simptome depresive (Lajiness-O'Neill și Menard, 2008) și, în general, o sănătate mintală mai proastă (Kim *et al.*, 2016), ceea ce le afectează negativ adaptarea la viața de zi cu zi, în comparație cu părinții copiilor fără TSA. Mai puține studii au raportat că părinții copiilor diagnosticați cu TSA au o calitate mai scăzută a vieții, rate mai mari ale depresiei, stres și mai mult pesimism cu privire la viitor decât părinții copiilor neurotipici și ai celor cu alte tulburări de dezvoltare.

Parentingul însuși constituie, în general, o sursă de stres pentru părinți (Deater-Deckard, 2004), însă copiii cu afecțiuni medicale severe sau dizabilități cronice intensifică acest stres (Bouma și Schweitzer 1990), predispunând la creșterea psihopatologiei părinților.

O meta-analiză realizată de Schnabel *et al.* (2020), pe 9208 de părinți ai copiilor cu TSA, a găsit următoarea prevalență a patologiei: 31% – cu tulburare depresivă, 33% – cu tulburare anxioasă, 10% – cu tulburare obsesiv-compulsivă, 4% – cu tulburări de personalitate, 2% – cu tulburări de consum de alcool și substanțe și 1% – cu psihoze/schizofrenie. Autorii au sugerat că este nevoie de cercetări aprofundate în această direcție.

Relația dintre starea de sănătate mintală a copiilor și cea a părinților este, fără îndoială, una tranzacțională. Copiii cu TSA pot prezenta interacțiuni sociale anormale, abilități de comunicare reduse, comportamente aberante și interese restrictive și repetitive (American Psychiatric Association, 2013). Este posibil ca aceste simptome ale copiilor să fie mult mai solicitante pentru părinți și să conducă la scăderea calității vieții acestora (Hayes și Watson, 2013; Lu *et al.*, 2015; Mugno, Ruta, D'Arrigo și Mazzone, 2007).

Studiile anterioare au evidențiat, deci, că părinții copiilor cu TSA prezintă un nivel ridicat de stres și dificultăți emoționale. Cu toate acestea, au fost puține cercetări care au examinat în mod sistematic impactul specific al diferitelor tulburări psihice asupra calității vieții părinților, demers întreprins în acest studiu.

2. OBIECTIV ȘI IPOTEZE

Obiectivul studiului transversal a fost examinarea modului în care psihopatologia părinților influențează calitatea vieții părinților copiilor și tinerilor cu tulburări din spectrul autist (TSA) din România.

S-au formulat următoarele ipoteze:

H1: Se preconizează că simptomele de tulburare depresivă majoră la părinți au un impact negativ asupra calității vieții acestora;

H2: Se estimează că simptomele de anxietate generalizată la părinți vor fi asociate cu o reducere a calității vieții;

H3: Este probabil ca părinții cu simptome psihiatrice accentuate să aibă scoruri mai scăzute la măsurătorile calității vieții;

H4: Este de așteptat ca un scor total ridicat de psihopatologie să fie asociat cu o calitate a vieții mai scăzută la părinții copiilor cu TSA.

3. PARTICIPANȚI, MATERIALE ȘI METODE

Studiul a inclus 84 de părinți ai copiilor cu TSA, 69 de gen feminin, respectiv 15 de gen masculin, beneficiari ai serviciilor oferite de Centrul de Resurse și Referință în Autism „Micul Prinț” Bistrița și de centrele altor ONG-uri. Ei și-au exprimat în scris acordul pentru participare. Inițial, lotul părinților a fost mai numeros, dar cei care au completat inadecvat sau incomplet chestionarele au fost excluși. Completarea chestionarelor a fost asistată de un cercetător, pentru a clarifica orice neînțelegeri și a asigura acuratețea răspunsurilor.

Tabelul nr. 1

Caracteristici demografice ale participanților la studiu

Variabila de interes	Număr de participanți
Categoria de vârstă	
20–30 de ani	2
30–40 de ani	24
40–50 de ani	44
50–60 de ani	14
Nivel educațional	
Studii superioare	55
Nivel gimnazial	4
Nivel liceal și/sau postliceal	25
Statut economic	
Ridicat	69
Foarte ridicat	4
Scăzut	11

Majoritatea (N=70) erau căsătoriți la momentul includerii în studiu, în vreme ce 14 dintre ei erau necăsătoriți sau divorțați. În ceea ce privește copiii participanților, 25 au fost fete, iar 59 băieți (raport F:B = 2,36:1). Vârsta lor actuală a fost anormal distribuită ($p_{\text{Shapiro-Wilk}}=0,003$), cuprinsă între 4 și 26 de ani, cu o mediană de 12 ($\pm 5,973$) ani. Mediana vârstei la momentul diagnosticului a fost de 3 ($\pm 3,919$) ani, cu un interval de 1–22 ani, iar pentru numărul săptămânal al orelor de psihoterapie s-a înregistrat o mediană de 12 ($\pm 13,849$) ore, cu un interval de 0–48 ore/săptămână. Părinții a 38 dintre copii au indicat că aceștia erau heterosexuali sau autoagresivi, în vreme ce 46 nu au raportat astfel de probleme. Dintre comorbiditățile asociate TSA, ADHD a fost cea mai frecventă (n=40; 47,6%), urmată de deficitul cognitiv (n=28; 33,3%), epilepsie și dislalie (fiecare cu n=7; 8,3%), tulburările anxioase (n=3; 3,6%), respectiv tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările psihotice (fiecare cu n=2; 2,4%).

În această cercetare au fost utilizate chestionarul de calitate a vieții PedsQL™ – Family Impact Module (PedsQL™ – FIM), cu proprietăți psihometrice bune pe eșantionul de pretestare de 108 subiecți (Popa, Dragu, Niță, Rada, 2025), ca și în cercetările realizate de Niță și Popa (2023) pe părinții pacienților oncologici, și Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ), potrivit pentru *screeningul*/diagnosticul tulburărilor psihiatrice și evaluarea severității lor.

4. STATISTICA DESCRIPTIVĂ

Analiza primară a rezultatelor la PedsQL™ – FIM a relevat că scorurile cele mai mici au fost înregistrate pe scalele *Activități zilnice* și *Îngrijorare*. Rezultatele cele mai bune au fost pe scalele *Funcționare cognitivă* și *Relații familiale* (Tabelul nr. 2, Figura nr. 1).

Tabelul nr. 2

Medii și deviații standard ale subscalelor PedsQL-FIM (N=84)

Dimensiune	Medie	Deviație standard	Interval
Funcționare fizică	51,389	24,342	0–95,833
Funcționare emoțională	52,083	26,889	0–100
Funcționare socială	52,083	26,576	0–100
Funcționare cognitivă	66,369	23,864	0–100
Comunicare	59,821	26,642	0–100
Îngrijorare	39,643	23,679	0–90
Activități zilnice	37,401	30,543	0–100
Relații familiale	65,357	27,744	0–100
Scor mediu (total)	53,018	21,355	4,167–90,313
HRQL – Calitatea vieții	55,446	21,817	0–98,750
Scorul funcționării familiale	54,874	25,698	0–96,875

Rezultatele la PDSQ – Tabelele nr. 3 și 4 au indicat cele mai mari frecvențe pentru: tulburarea de stres posttraumatic (40,48%), tulburarea depresivă majoră (30,95%), tulburarea de anxietate generalizată (25%) și tulburarea de somatizare (22,61%). Cu cea mai mică prevalență au fost abuzul/dependența de medicamente (5,95%) și abuzul/dependența de alcool (9,52%). Circa 64,28% dintre participanți (54 de părinți) au îndeplinit criteriile pentru una/mai multe tulburări psihice comorbide, în timp ce 35,72% (30 de părinți) nu au îndeplinit criteriile pentru nicio tulburare.

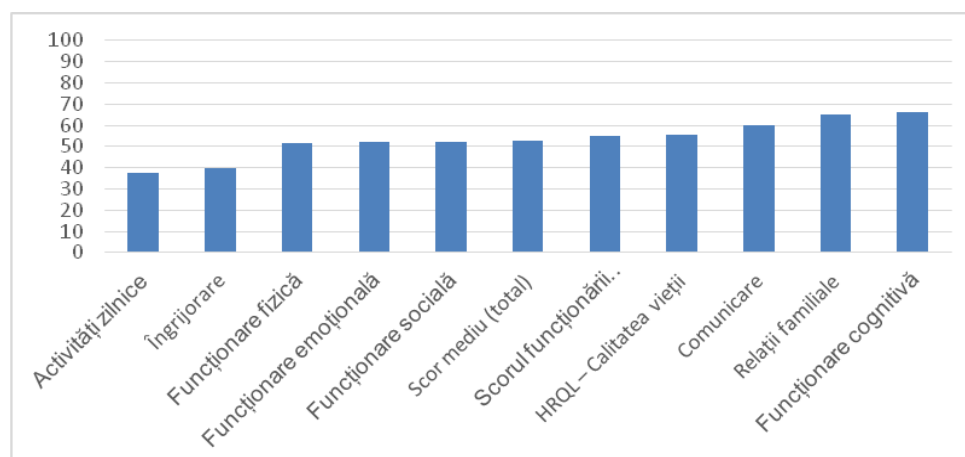


Figura nr. 1. Reprezentarea grafică a scorurilor medii PedsQL™ – FIM.

Tabelul nr. 3

Mediile și deviațiile standard la scalele PDSQ (N=84)

Tulburare	Media	Abaterea standard
Tulburare depresivă majoră	5,250	4,509
Tulburare de anxietate generalizată	4,202	3,600
Tulburare de stres posttraumatic	4,155	4,763
Fobie socială	2,250	3,570
Bulimie/Alimentație compulsivă	1,833	2,692
Tulburare de panică	1,429	2,376
Tulburare obsesiv-compulsivă	0,964	1,675
Tulburare de somatizare	0,929	1,259
Agorafobie	0,798	1,919
Ipohondrie	0,500	1,187
Tulburări psihotice	0,321	0,679
Abuz/dependență de alcool	0,286	0,976
Abuz/dependență de medicamente	0,190	0,570
TOTAL	23,107	20,855

Notă: Fiecare scală are un număr diferit de itemi; nu pot rezulta comparații între scale pe baza punctajelor brute.

Media pe întreg eșantionul pentru tulburările prevalente a fost cuprinsă între $0,190 \pm 0,570$ de puncte pentru abuzul/dependența de medicamente și $5,250 \pm 4,509$ de puncte pentru tulburarea depresivă majoră.

Tabelul nr. 4

Numărul și procentul părinților care depășesc scorurile punctelor de secțiune aferente scalelor PDSQ

Tulburare	Nr. părinților care îndeplinesc criteriile	Procentul părinților care îndeplinesc criteriile
Tulburare depresivă majoră	26	30,95%
Tulburare de stres posttraumatic	34	40,48%
Bulimie/alimentație compulsivă	15	17,86%
Tulburare obsesiv-compulsivă	16	19,05%
Tulburare de panică	13	15,48%
Tulburări psihotice	18	21,42%
Agorafobie	9	10,71%
Fobie socială	19	22,61%
Abuz/dependență de alcool	8	9,52%
Abuz/dependență de medicamente	5	5,95%
Tulburare de anxietate generalizată	21	25,00%
Tulburare de somatizare	19	22,61%
Ipohondrie	11	13,10%

5. CORELAȚII ÎNTRE PSIROPATOLOGIA PARENTALĂ ȘI CALITATEA VIEȚII

Au fost analizate asocierile dintre tulburările psihiatrice măsurate cu PDSQ și indicatorii/scalele de calitate a vieții din PedsQL™ – FIM (Figura nr. 2).

Funcționarea fizică s-a asociat negativ, prin corelații puternice, cu: scorul total al psihopatologiei ($r = -0,600$; $p < 0,001$), depresia majoră ($r = -0,571$; $p < 0,001$), tulburările de somatizare ($r = -0,536$; $p < 0,001$), anxietatea generalizată ($r = -0,517$; $p < 0,001$). *Funcționarea emoțională* s-a asociat semnificativ negativ, puternic, cu scorul total al psihopatologiei ($r = -0,624$; $p < 0,001$), depresia majoră ($r = -0,611$; $p < 0,001$) și cu anxietatea generalizată ($r = -0,657$; $p < 0,001$). *Funcționarea socială* s-a asociat semnificativ negativ moderat cu: psihopatologia totală ($r = -0,531$; $p < 0,001$), depresia majoră ($r = -0,571$; $p < 0,001$), anxietatea generalizată ($r = 0,481$; $p < 0,001$) și tulburarea de panică ($r = -0,428$; $p < 0,001$). *Funcționarea cognitivă* s-a asociat negativ înalt cu psihopatologia totală ($r = -0,704$; $p < 0,001$), tulburarea depresivă majoră ($r = -0,615$; $p < 0,001$) și tulburarea de anxietate generalizată ($r = -0,612$; $p < 0,001$). *Comunicarea* a prezentat corelații moderate cu: scorul total al psihopatologiei ($r = -0,540$; $p < 0,001$), tulburarea depresivă majoră ($r = -0,571$; $p < 0,001$), anxietatea generalizată ($r = -0,461$; $p < 0,001$), PTSD ($r = -0,439$; $p < 0,001$), fobia socială ($r = -0,403$; $p < 0,001$). *Îngrijirea* s-a asociat negativ semnificativ moderat cu scorul total al psihopatologiei ($r = -0,441$; $p < 0,001$), tulburarea depresivă majoră ($r = -0,476$; $p < 0,001$), tulburarea de anxietate generalizată ($r = -0,453$; $p < 0,001$). *Activitățile zilnice* s-au asociat înalt cu scorul total al psihopatologiei ($r = -0,621$; $p < 0,001$), tulburarea depresivă majoră ($r = -0,637$; $p < 0,001$). *Relațiile familiale* s-au asociat negativ înalt cu scorul total al psihopatologiei ($r = -0,627$; $p < 0,001$).

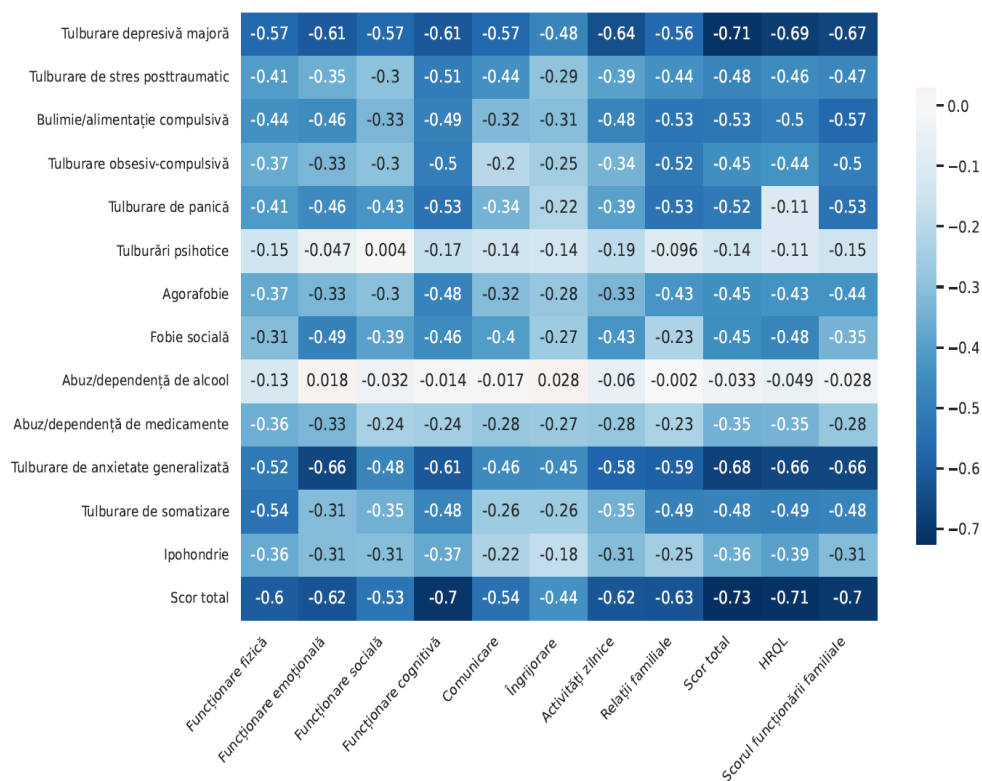


Figura nr. 2. Asocieri interdimensionale: psihopatologie și dimensiunile calității vieții.

6. DISCUȚII

Rezultatele studiului au confirmat pe acest eșantion românesc dovezile de cercetare internaționale, potrivit cărora părinții copiilor cu TSA se confruntă cu niveluri clinice ridicate ale unor tulburări psihice precum anxietatea și depresia, care le scad calitatea generală a vieții (Al-Farsi *et al.*, 2016; Alkhateeb *et al.*, 2022; Bitsika *et al.*, 2013). Nivelurile crescute ale psihopatologiei parentale s-au asociat, totodată, nu doar cu scăderea calității vieții, ci și cu așteptări mai reduse pentru copiii diagnosticați cu TSA (Thomas *et al.*, 2018), împiedicând realizarea potențialului maxim al acestora, ceea ce a indicat că psihopatologia parentală trebuie să fie o țintă a furnizorilor de servicii care lucrează cu familiile acestor copii.

Circa 64,28% dintre părinții participanți la studiu au îndeplinit criteriile pentru una sau mai multe tulburări psihice comorbide, din care cele mai frecvente au fost: tulburarea de stres posttraumatic (40,48%), tulburarea depresivă majoră (30,95%) și tulburarea de anxietate generalizată (25%). Aceste tulburări au stabilit corelații negative cu scorul general al calității vieții, semnificând un impact major asupra funcționării zilnice și asupra relațiilor familiale ale acestor oameni. Părinții

au prezentat comorbidități frecvente, ceea ce poate agrava simptomele și complica interpretarea individuală a fiecărei tulburări. Un număr semnificativ de părinți au îndeplinit criteriile pentru două sau mai multe tulburări simultan, ceea ce sugerează o povară psihologică complexă și accentuată în acest grup.

Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) a fost cea mai răspândită în eșantion, afectând 40,48% dintre părinți și a stabilit asocieri negative semnificative cu toate scalele de calitate a vieții, printre cei mai mari coeficienți de corelație fiind cei cu: îngrijorarea, funcționarea socială și activitățile zilnice. PTSD se manifestă prin simptome severe de anxietate, flashbackuri și prin evitarea situațiilor care amintesc de trauma inițială. În acest caz, PTSD poate fi asociată cu trauma legată de diagnosticul și tratamentul TSA (terapia comportamentală este greu de gestionat emoțional de către părinți) și cu stresul repetat cauzat de comportamentele dezadaptative ale copilului.

Stewart *et al.* (2020) au constatat că părinții copiilor cu TSA și cu comportamente provocatoare au un risc crescut de a dezvolta PTSD, cu o simptomatologie influențată de aceste comportamente provocatoare – s-a sugerat că managementul comportamentelor în cauză poate reduce simptomele PTSD ale părinților. Și alți cercetători au obținut o prevalență înaltă a PTSD la părinții copiilor cu tulburare de spectru autist (TSA). Magaña, Li și Miranda (2019) au găsit că 1 din 5 părinți ai copiilor cu TSA experimentează simptome de stres posttraumatic. Conform autorilor citați, 18,6% dintre părinții copiilor cu TSA au îndeplinit criteriile pentru un diagnostic provizoriu de PTSD, fiind de trei ori mai predispuși să sufere de PTSD, comparativ cu părinții copiilor fără TSA. Un alt studiu a sugerat că sprijinul social și intervențiile psihologice pot fi cruciale în ameliorarea simptomelor PTSD în rândul părinților (Hallford *et al.*, 2020).

Depresia majoră, identificată la 30,95% dintre părinți, a corelat negativ semnificativ, în unanimitate, cu toți indicatorii de calitate a vieții. Printre cei mai mari coeficienți de corelație s-au regăsit cei cu îngrijorarea, funcționarea fizică și funcționarea socială.

Depresia s-a evidențiat ca una dintre cele mai comune tulburări psihice în numeroase grupuri de părinți ai copiilor cu TSA. Ekas, Lickenbrock și Whitman (2010) au demonstrat că acești părinți se confruntă cu dificultăți în menținerea relațiilor sociale și în gestionarea stresului zilnic, ceea ce le scade calitatea vieții. Depresia lor poate fi influențată de: stresul economic, lipsa suportului social și provocările zilnice în îngrijirea copilului, potrivit unui studiu realizat în China și citat de BMC Public Health (Zhou *et al.*, 2020). Cercetările citate au mai indicat că depresia afectează nu doar sănătatea mintală, ci și sănătatea fizică a părinților, contribuind la probleme precum durerea cronică și oboseala.

Mediile și deviațiile standard pentru diferitele dimensiuni ale PedsQL™ – FIM au arătat o scădere semnificativă a funcționării emoționale ($260,417 \pm 134,445$) și sociale ($208,333 \pm 106,302$), ceea ce a sugerat că părinții depresivi au dificultăți majore în gestionarea relațiilor și în menținerea unui echilibru emoțional. Intervențiile

psihologice și suportul continuu, pentru a-i ajuta să gestioneze simptomele depresiei și să-și îmbunătățească calitatea vieții, apar astfel ca ținte de îngrijire de prim rang.

Anxietatea generalizată a fost prezentă la 25% dintre cei investigați și s-a asociat negativ semnificativ, în unanimitate, prin corelații înalte și moderat-înalte, cu toți indicatorii de calitate a vieții. Alte studii au arătat că anxietatea generalizată, în fapt o îngrijorare excesivă și persistentă determinată de hiperactivarea sistemului de răspuns la stres, interferează cu abilitățile cognitive și cu sarcinile zilnice (Arnsten, 2009). Ea activează constant axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenală, determină eliberarea cortizolului și a altor hormoni de stres și afectează structurile cerebrale implicate în cogniție, precum hipocampusul și cortexul prefrontal – astfel apar dificultățile de concentrare și de memorie sau probleme de somn. La rândul lor, emoțiile negative intense, frecvent asociate cu anxietatea, afectează memoria de lucru și capacitatea de a menține atenția în sarcini specifice (Bishop, 2009). În plus, persoanele anxioase tind să evite situațiile care le provoacă stres, generând, în timp, dificultăți practice de gestionare a sarcinilor cognitive complexe și scăderi de abilități cognitive (Mogg și Bradley, 2016).

Datele din eșantionul românesc au arătat o abatere standard ridicată în ceea ce privește îngrijorarea ($198,214 \pm 118,397$), indicând o variabilitate mare în modul în care părinții gestionează stresul zilnic.

Tulburarea de somatizare, identificată la 22,61% dintre părinții copiilor cu TSA, a fost definită ca o preocupare excesivă față de simptomele fizice, fără cauză medicală identificabilă (DSM V). Aceasta poate avea un impact semnificativ asupra calității vieții, afectând atât funcționarea fizică, cât și pe cea psihosocială. Părinții care somatizează au o gamă largă de simptome fizice, inclusiv dureri cronice, oboseală și disconfort general, care le pot afecta capacitatea de a-și îndeplini sarcinile zilnice și de a se angaja în activități sociale și familiale.

Cohrs *et al.* (2007) au demonstrat că părinții copiilor cu TSA, cu simptome de somatizare, experimentează niveluri ridicate de stres și dificultăți emoționale – ei se află practic într-un cerc vicios de suferință fizică și psihică. Intervențiile menite să le reducă stresul, prin terapie cognitiv-comportamentală și de grup, au un impact pozitiv asupra reducerii simptomelor somatice.

Tulburările psihotice, identificate la 21,42% dintre părinții copiilor cu TSA, au părut neobișnuite la prima vedere. Scorurile ridicate nu au reflectat neapărat prezența unei psihoze clasice, cum ar fi schizofrenia, ci mai degrabă au indicat unele simptome psihotice izolate sau a unor trăsături dizarmonice de personalitate, frecvent întâlnite în acest grup.

Simptomele de derealizare, paranoia sau percepțiile neobișnuite apar frecvent în contextele de stres extrem sau în tulburările de anxietate severă. King și Bearman (2011) au demonstrat că părinții copiilor cu TSA pot prezenta simptome psihotice din cauza stresului cronic și a experiențelor traumatice legate de îngrijirea copiilor. O altă cercetare a indicat că trăsăturile schizotipale și comportamentele neobișnuite pot fi frecvente în rândul părinților copiilor cu TSA și pot fi confundate cu tulburările psihotice clasice (Lainhart *et al.*, 2002).

CU PRIVIRE LA IMPACTUL PSIROPATOLOGIEI ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII

Asocierile dintre subscalele PedsQL™ – FIM și tulburările psihice identificate prin PDSQ au arătat următoarele:

- Comunicarea a corelat semnificativ negativ cu scorul total al psihopatologiei și cu depresia majoră ($r = -0,571$, $p < 0,001$), sugerând că depresia ar putea fi unul dintre cei mai importanți factori care contribuie la afectarea calității vieții părinților copiilor cu TSA;

- Funcționarea fizică și funcționarea emoțională au fost, de asemenea, afectate negativ de depresie, existând o corelație puternică între prezența depresiei și deteriorarea calității vieții în aceste domenii. De exemplu, depresia a corelat negativ cu funcționarea emoțională ($r = -0,611$, $p < 0,001$) și cu funcționarea fizică ($r = -0,571$, $p < 0,001$);

- Funcționarea socială a fost afectată semnificativ de tulburarea de stres posttraumatic, cu o corelație negativă ($r = -0,297$, $p = 0,006$), indicând că părinții cu stres posttraumatic au dificultăți majore în menținerea relațiilor sociale și în participarea la activități sociale;

- Îngrijorarea și activitățile zilnice au corelat semnificativ cu bulimia/alimentația compulsivă ($r = -0,309$, $p = 0,004$ și respectiv $r = -0,480$, $p < 0,001$), indicând că aceste tulburări alimentare au un impact major asupra gestionării îngrijorărilor zilnice și a capacității de a desfășura activități cotidiane;

- Funcționarea cognitivă a fost puternic afectată de tulburarea de anxietate generalizată, înregistrându-se o corelație negativă între ele ($r = -0,612$, $p < 0,001$). Anxietatea persistentă și excesivă generează dificultăți semnificative în procesele cognitive, afectând concentrarea și memoria.

7. CONCLUZII

Obiectivul acestui studiu, și anume examinarea modului în care psihopatologia influențează calitatea vieții părinților copiilor și tinerilor cu tulburări din spectrul autist (TSA) din România, a fost atins. S-au evidențiat asocieri semnificative între tulburările psihice ale părinților, măsurate cu PDSQ și dimensiunile calității vieții, evaluate cu PedsQL™ – FIM.

De asemenea, s-au confirmat toate ipotezele avansate, cu privire la psihopatologia părinților și la ceilalți factori care afectează negativ calitatea vieții.

În lumina rezultatelor obținute, intervențiile psihologice și suportul dedicat părinților copiilor cu TSA devin imperative. Este vital să se implementeze și în România strategii de abordare a nevoilor complexe ale părinților copiilor cu TSA, printre care nevoia de tratament a patologiei lor psihiatrice.

Studiile internaționale au demonstrat că părinții copiilor cu TSA ar trebui să aibă acces la servicii de sănătate mintală care să includă: terapie cognitiv-comportamentală (CBT), care le îmbunătățește funcționarea zilnică (Ekas *et al.*, 2010); terapie de acceptare și angajament (Hayes *et al.*, 2006); terapii de gestionare a stresului (*mindfulness*) și suport psihologic continuu (Linehan, 2014; Broomley

et al., 2004). Totodată, cercetătorii au demonstrat că grupurile de suport pentru acești părinți, care le oferă sprijin emoțional, le scad psihopatologia și le cresc calitatea vieții (Hallford *et al.*, 2020).

Printre limitele studiului propriu s-au numărat: natura transversală a datelor, care nu a permis stabilirea unei relații cauzale între tulburările psihice ale părinților și calitatea vieții acestora; eșantionul mic, care a limitat generalizarea rezultatelor la întreaga populație de părinți ai copiilor cu TSA și autoraportarea simptomelor, care ar fi putut introduce un anumit grad de subiectivitate și bias în datele colectate (există tendința de a minimaliza simptomele).

Studiul s-a bazat pe un eșantion relativ mic de părinți, ceea ce limitează generalizabilitatea rezultatelor. În plus, majoritatea participanților au fost recrutați din centre de TSA cu resurse specifice, ceea ce poate introduce un bias de selecție. Utilizarea chestionarelor de autoraportare poate introduce, la rândul ei, biasuri legate de percepția subiectivă a părinților asupra propriilor probleme și asupra calității vieții. De asemenea, părinții își pot sub- sau supraestima severitatea simptomelor psihopatologice.

De asemenea, studiul nu a inclus un grup de control format din părinți ai copiilor neurotipici sau ai copiilor cu alte tulburări de dezvoltare, ceea ce ar fi permis o comparație mai clară a impactului specific al TSA asupra calității vieții părinților.

O altă limită vizează prudența interpretării datelor privind tulburările psihiatrice găsite în eșantion. Astfel, acestea trebuie confirmate prin diagnostic clinic, pentru a nu le supraestima sau subestima. Screeningul printr-un chestionar precum PDSQ este primul pas în identificarea posibilelor tulburări psihice, dar nu poate înlocui un diagnostic clinic complet. Așadar, ratele de prevalență găsite sunt indicative și necesită confirmare medicală.

Primit în redacție la: 5.07.2025

BIBLIOGRAFIE

1. AL-FARSI, O.A., AL-SHARBATI, M.M., AL-FARSI, Y.M., AL-SHAFAEE, M.S., BROOKS, D.R., & WALY, M., *Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: A case-control study*, Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12, 2016, p. 1943–1951.
2. ALKHATEEB, J.M., HADIDI, M.S., & ALKHATEEB, A.J., *Research in autism spectrum disorders in Arab countries: A systematic review*, Research in Autism Spectrum Disorders, 7, 1, 2022, p. 1–8.
3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
4. ARNSTEN, A.F.T., *Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function*, Nature Reviews Neuroscience, 10, 6, 2009, p. 410–422.
5. ATHARI, P., GHAEDI, L., & MOHD KOSNIN, A.B., *Mothers' depression and stress, severity of autism among children and family income*, International Journal of Psychological Research, 6, 2, 2013, p. 98–106.

6. BAKER, J.K., SELTZER, M.M., & GREENBERG, J.S., *Longitudinal effects of adaptability on Behaviour problems and maternal depression in families of adolescents with ASD*, Journal of Family Psychology, 25, 2011, p. 601–609.
7. BISHOP, S.J., *Trait anxiety and impoverished prefrontal control of attention*, Nature Neuroscience, 12, 1, 2009, p. 92–98.
8. BITSIKA, V., SHARPLEY, C.F., & BELL, R., *The buffering effect of resilience upon stress, anxiety, and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder*, Journal of Developmental and Physical Disabilities, 25, 5, 2013, p. 533–543.
9. BONIS, S., *Stress and parents of children with ASD: A review of literature*, Issues in Mental Health Nursing, 37, 2016, p. 153–163.
10. BOUMA, R., & SCHWEITZER, R., *The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis*, Journal of Clinical Psychology, 46, 1990, p. 722–730.
11. CACHIA, R.L., ANDERSON, A., & MOORE, D.W., *Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review*, Journal of Child and Family Studies, 25, 1, 2016, p. 1–14.
12. COHEN, L.R., HIEN, D.A., & BATCHELDER, S., *The impact of cumulative maternal trauma on diagnosis on parenting behavior*, Child Maltreatment, 13, 2008, p. 27–38.
13. COHRS, J.C., CHRISTIE, D.J., WHITE, M.L., & DAS, C., *Stress and somatization in parents of children with autism spectrum disorder*, Journal of Psychosomatic Research, 62, 1, 2007, p. 11–19. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.07.009.
14. CORCORAN, J., BERRY, A., & HILL, S., *The lived experience of US parents of children with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-synthesis*, Journal of Intellectual Disabilities, 19, 2015, p. 356–366.
15. CRITCHLEY, H.D., ROWE, A., STOTT, J., & HARMER, C.J., *Psychological therapies for parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review*. Health Technology Assessment, 25, 28, 2021, p. 1–216.
16. DEATER-DECKARD, K., *Parenting stress*, New Haven, CT: Yale University Press, 2004.
17. EKAS, N.V., LICKENBROCK, D.M., & WHITMAN, T.L., *Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 40, 10, 2010, p. 1274–1284.
18. FIRAT, S., DILER, R.S., AVCI, A., & SEYDAOGLU, G., *Comparison of psychopathology in the mothers of autistic and mentally retarded children*, Journal of Korean Medical Science, 17, 2002, p. 679–685.
19. HALLFORD, D.J., MELLOR, D., CUMMINS, R.A., & MCCABE, M.P., *Predictors of PTSD symptoms in parents of children with autism spectrum disorder: The role of family functioning, social support, and coping strategies*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 50, 2, 2020, p. 1–14.
20. HALLFORD, D.J., STEWART, M., SCHNABEL, A., MCGILLIVRAY, J.A., FORBES, D., FOSTER, M., SHANDLEY, K., GARDAM, M., & AUSTIN, D.W., *Challenging child behaviours positively predict symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of children with Autism Spectrum Disorder and Rare Diseases*, Research in Autism Spectrum Disorders, 69, 2020, p. 101468.
21. HAYES, S.A., & WATSON, S.L., *The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 43, 3, 2013, p. 629–642.
22. KIM, N.V., EKAS, R., & HOCK, K., *Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder*, Research in Autism Spectrum Disorders, 26, 2016, p. 80–90.
23. KING, M.D., & BEARMAN, P.S., *Diagnostic change and the increased prevalence of autism*, International Journal of Epidemiology, 38, 5, 2011, p. 1224–1234.

24. LAINHART, J.E., FOLSTEIN, S.E., & ANDERSON, G.M., *The overlap of autism and schizophrenia: Prevalence and familial transmission*, Journal of Autism and Developmental Disorders, **32**, 2, 2002, p. 77–90. doi:10.1023/A:1014864027746.
25. LAJINESS-O'NEILL, R., & MENARD, P., *An autistic spectrum subtype revealed through familial psychopathology coupled with cognition in ASD*, Journal of Autism and Developmental Disorders, **38**, 5, 2008, p. 982–987.
26. LINEHAN, M.M., *DBT skills training manual* (2nd ed.), Guilford Publications, 2014.
27. LU, M., YANG, G., SKORA, E., WANG, G., CAI, Y., SUN, Q., & LI, W., *Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder*, Research in Autism Spectrum Disorders, **17**, 2015, p. 70–77.
28. MACHADO JUNIOR, S.B., CELESTINO, M.I., SERRA, J.P., CARON, J., & PONDÉ, M.P., *Risk and protective factors for symptoms of anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder*, Developmental Neurorehabilitation, **19**, 2016, p. 146–153.
29. MAGAÑA, S., LI, G., & MIRANDA, E., *Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among parents of children with autism spectrum disorder: A population-based study*, Science Direct, 2019. doi:10.1016/j.jad.2019.02.026.
30. MOGG, K., & BRADLEY, B.P., *Anxiety and attention to threat: Cognitive mechanisms and treatment with attention bias modification*, Behaviour Research and Therapy, **87**, 2016, p. 76–108.
31. MUGNO, D., RUTA, L., D'ARRIGO, V.G., & MAZZONE, L., *Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder*, Health and Quality of Life Outcomes, **5**, 2007, p. 22.
32. NIKMAT, A.W., AHMAD, M., OON, N., & RAZALI, S., *Stress and psychological wellbeing among mparents of children with autism spectrum disorder*, ASEAN Journal of Psychiatry, **9**, 2, 2008, p. 65–72.
33. NIȚĂ, E., POPA, C., *Psiho-oncologie pediatrică*, Editura Academiei Române, 2023.
34. POPA, C., DRAGU, A., NIȚĂ, E., RADA, C., *The first step in validating the Pedsql™ – family impact module questionnaire in Romania. the quality of life of parents with children with autistic spectrum disorder*, Anthropological Researches and Studies, **15**, 2025, p. 199–210, ISSN 2360-3445; ISSN-L 2360-3445
35. RUSCIO, A.M., WEATHERS, F.W., KING, L.A., & KING, D.W., *Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing*, Journal of Traumatic Stress, **15**, 2002, p. 351–357.
36. SAINI, M., STODDART, K.P., GIBSON, M., MORRIS, R., BARRETT, D., MUSKAT, B., ... & ZWAIGENBAUM, L., *Couple relationships among parents of children and adolescents with autism spectrum disorder: Findings from a scoping review of the literature*, Research in Autism Spectrum Disorders, **17**, 2015, 142–157.
37. SCHNABEL, A., YOUSSEF, G.J., HALLFORD, D.J., HARTLEY, E.J., MCGILLIVRAY, J.A., STEWART, M., ... & AUSTIN, D.W. (2020). Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. Autism, **24**, **1**, p. 26–40. doi: 10.1177/1362361319844636
38. STEWART, M., SCHNABEL, A., MCGILLIVRAY, J.A., FORBES, D., FOSTER, M., SHANDLEY, K., GARDAM, M., & AUSTIN, D.W., *Parental stress, coping, and child challenging behaviors: A review of research on ASD and Rare Diseases*, Journal of Autism and Developmental Disorders, **50**, 12, 2020, p. 4261–4273.
39. THOMAS, P.A., KING, J.S., MENDELSON, J.L., & NELSON-GRAY, R.O., *Parental psychopathology and expectations for the futures of children with autism spectrum disorder*, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 2018. doi:10.1111/jar.12337.
40. VASILOPOULOU, E., & NISBET, J., *The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review*, Research in Autism Spectrum Disorders, **23**, 2016, p. 36–49.
41. YIRMIYA, N., & SHAKED, M., *Psychiatric disorders in parents of children with autism: A meta analysis*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, **46**, 2005, p. 69–83.

42. ZERACH, G., GREENE, T., EIN-DOR, T., & SOLOMON, Z., *The contribution of parental functioning and PTSD to psychopathology symptoms among offspring of war veterans*, Journal of Psychiatric Research, **46**, 5, 2012, p. 688–695. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.015>
43. ZHOU, X., HETRICK, S.E., CUIJPERS, P., QIN, B., BARTH, J., WHITTINGTON, C.J.... & XIE, P., *Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis*, BMC Public Health, **20**, 1, 2020, p. 920. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08960-5>

REZUMAT

Calitatea vieții părinților copiilor cu tulburări din spectrul autist (TSA) este un subiect de interes, având în vedere impactul semnificativ pe care aceste tulburări îl au asupra întregii familii. În acest studiu au fost incluși 84 de părinți ai copiilor cu TSA, folosind scala de calitate a vieții PedsQL™ – FIM, chestionarul de screening pentru tulburări psihiatrice PDSQ (Zimmerman, Ciucă și Albu, 2010) și un chestionar empiric pentru factori demografici și clinici. Analiza statistică a relevat corelații semnificative între psihopatologia parentală și diverse dimensiuni ale calității vieții. Tulburările depresive, tulburarea de șoc posttraumatic și tulburările anxioase au avut cel mai mare impact negativ asupra calității vieții părinților.

AFECTIVITATEA NEGATIVĂ LA PREADOLESCENȚI ȘI ADOLESCENȚI ȘI PREDICTORII EI CONTEXTUALI

CRISTIAN CONSTANTIN*, CAMELIA POPA, ELISABETA NIȚĂ, CELINA NIȚU,
GABRIELA PETRESCU, GEORGETA PREDA
Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru”

Abstract

This survey investigated the life issues of a sample of preadolescents and adolescents from small urban and rural areas (N = 407); 238 preadolescents and 169 adolescents, as well as their depressive symptoms. Data were collected on dimensions of negative affectivity and its possible contextual predictors, age, gender, negative life experiences (e.g. violence, family and extended family conflict), and socio-family status (parental divorce, material deprivation). In the context of the rising prevalence of depressive symptoms among young people (WHO, 2021), a deep understanding of the structure of these symptoms and the context in which they manifest is needed in order to guide the development of valid psychometric tools and to carry out effective interventions.

Cuvinte-cheie: adolescenți, preadolescenți, probleme de viață, afectivitate negativă, depresie.

Keywords: adolescents, preadolescents, life challenges, negative affectivity, depression.

INTRODUCERE

Depresia este una dintre cele mai frecvente tulburări de sănătate mintală în rândul copiilor și adolescenților, cu un impact negativ semnificativ asupra dezvoltării emoționale, sociale și academice (National Healthcare Quality and Disparities Report, 2022; Beirão *et al.*, 2020). Perioadele de preadolescență și de adolescență sunt marcate de o vulnerabilitate crescută în fața simptomelor depresive, generate de schimbările hormonale, presiunile sociale și stresul academic (Pfeifer & Allen, 2021; Costello *et al.*, 2006).

Cu privire la factorii contextuali ai afectivității negative, cercetătorii au demonstrat că există o relație negativă între violența familială și reușita școlară a copiilor, ca și între divorț și reușită. Copiii dezvoltă simptome depresive – frică, pierdere și retragere, furie și rușine (Dumitriu și Popa, 2025). Uneori se consideră

* Școala de Studii Avansate a Academiei Române, Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru”, Calea Victoriei 125, 010071, Sector 1, București, România, E-mail: cristian.constantin@crisact.ro

în mod nejustificat responsabili pentru destrămarea familiei, se confruntă cu conflicte de loialitate. Le sunt afectate echilibrul emoțional, interacțiunile sociale, comportamentul în ansamblul lui, ceea ce duce la scăderea performanțelor școlare. La copiii cu probleme familiale au fost identificate: excese de furie, agresivitate și dificultăți în relațiile cu colegii și cu profesorii, instabilitate comportamentală generală, izolare și tristețe. Lipsa unor modele dezirabile de relaționare sau copierea comportamentelor părinților agresori/conflictuali și perpetuarea lor în viața adultă sunt frecvente (Popa, 2013; Popa *et al.*, 2013).

Violența din familie prezice comportamentele violente ale adolescenților din propriile relații și perpetuează nefericirea transgenerațională. Adolescenții, aflați la o vârstă critică, resimt foarte puternic conflictualitatea, presiunea și schimbările din familie și dezvoltă sentimente de vinovăție, frică, tristețe, agresivitate, izolare, frustrare, după caz, precum și temeri semnificative de singurătate și de eșec al propriei vieți. Performanța școlară le este semnificativ afectată (Dumitriu și Popa, 2025).

Sondajul, ale cărui rezultate vor fi prezentate în continuare, reprezintă o primă parte a cercetării pe tema depresiei preadolescenților și a adolescenților, realizată în cadrul proiectului „Nu ești singur – You are not alone!”, finanțat de Administrația Fondului Cultural Național și CrisACT, care a cuprins ateliere de psihologie și de teatru pentru elevii din comunitățile defavorizate. Obiectivul acestui sondaj a constat în cunoașterea preliminară a grupului de 407 tineri, în vederea evaluării lui ulterioare cu Scala de evaluare a tulburărilor din adolescență forma scurtă (APS-SF) (Reynolds, 2012) și în surprinderea unor aspecte diferențiatore între diverse subloturi (cu violență în familie/fără violență în familie; cu părinți divorțați/fără părinți divorțați; cu probleme financiare/fără probleme financiare etc.).

Itemii chestionarului administrat au vizat: genul și vârsta participanților; existența unor conflicte în familiile lor de origine și în familiile extinse; tipul familiilor din care proveneau (monoparentală, cu ambii părinți, cu părinți separați sau divorțați); situația financiară; problemele proprii de sănătate, emoțiile resimțite în ultimele luni (răspunsuri libere); ce anume ar dori să se schimbe în viața lor pentru a se simți mai bine (răspunsuri libere) și accesul la consiliere psihologică (dacă au mers sau nu vreodată la psiholog). Pe lângă acest chestionar, participanții au fost solicitați să deseneze un omuleț depresiv ca tehnică expresivă de explorare a simptomatologiei afective, mai exact pentru a le putea estima, prin analiza produselor activității, gradul de cunoaștere a simptomelor fizice, a mimicii și posturii tipic depressive. Pentru elaborarea desenelor, ei au avut la dispoziție 5 minute. Producțiile lor au fost evaluate de patru psihologi. Cercetarea s-a realizat față în față, pe grupuri între 25 și 30 de elevi, pe baza consimțământului informat și a acordului cu școlile din care făceau parte respondenții.

REZULTATELE PENTRU PREADOLESCENȚI

Participanți la sondaj au fost 238 de preadolescenți din mediile mic urban și rural, elevi din județele Dâmbovița și Călărași, cu vârste cuprinse între 12 și 15 ani, dintre care 119 fete (50%) și 119 băieți (50%).

Problemele care îi afectau cel mai puternic pe acești preadolescenți erau: violența/conflictualitatea intrafamilială (23,94%); violența din familia extinsă (23,52%); divorțul, separarea sau decesul unuia dintre părinți (19,32%). Lipsa banilor a fost indicată de 15,96% dintre preadolescenți, iar problemele proprii de sănătate – de 8,82%.

Preadolescenți din medii puternic conflictuale (conflicte între părinți și conflicte cu rudele din familia extinsă) au reprezentat 10,92%, iar cei afectați concomitent de divorț/separare sau decesul părinților și de lipsa banilor – 3,36%.

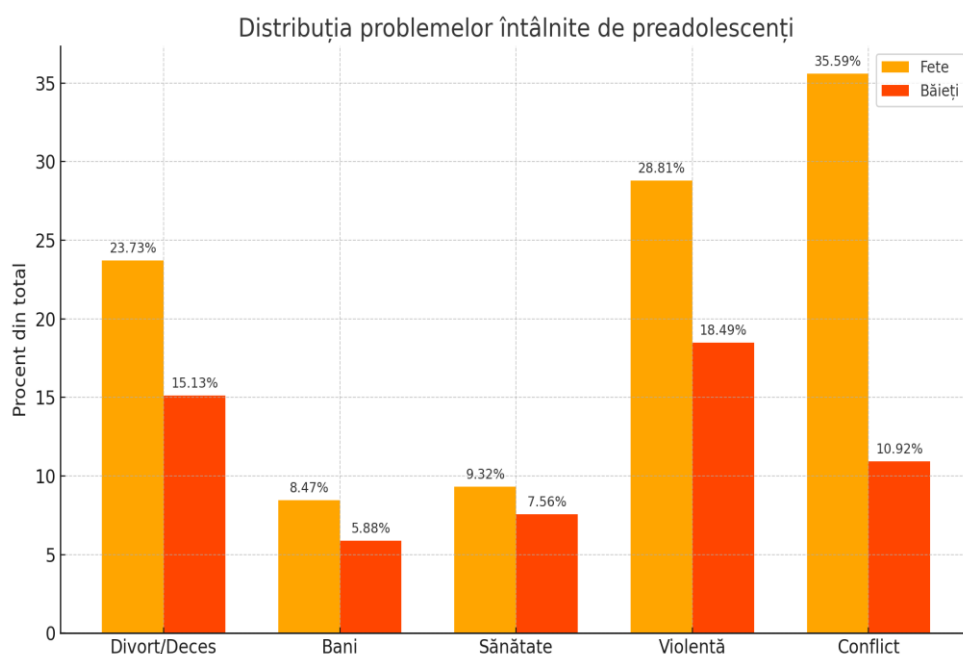


Figura nr. 1

Cu privire la modul în care preadolescenții s-au simțit în ultimele luni, sondajul a relevat că 57,5% dintre alegerile lor au fost *emoții pozitive* (de tipul fericit, bine/foarte bine, puternic, ambițios, încrezător, entuziast), în timp ce 40,7% au fost *emoții negative* (oboseală, stres, tristețe, supărare, lipsă de valoare, vinovăție, inutilitate, dezamăgire, singurătate, percepere a lipsei de înțelegere și de iubire, confuzie, nesiguranță, frică, neputință, lipsa chefului de viață, a speranței și a motivației, blazarea emoțională). Circa 1,8% dintre preadolescenți au evitat să formuleze o alegere clară a emoțiilor resimțite în ultimele luni.

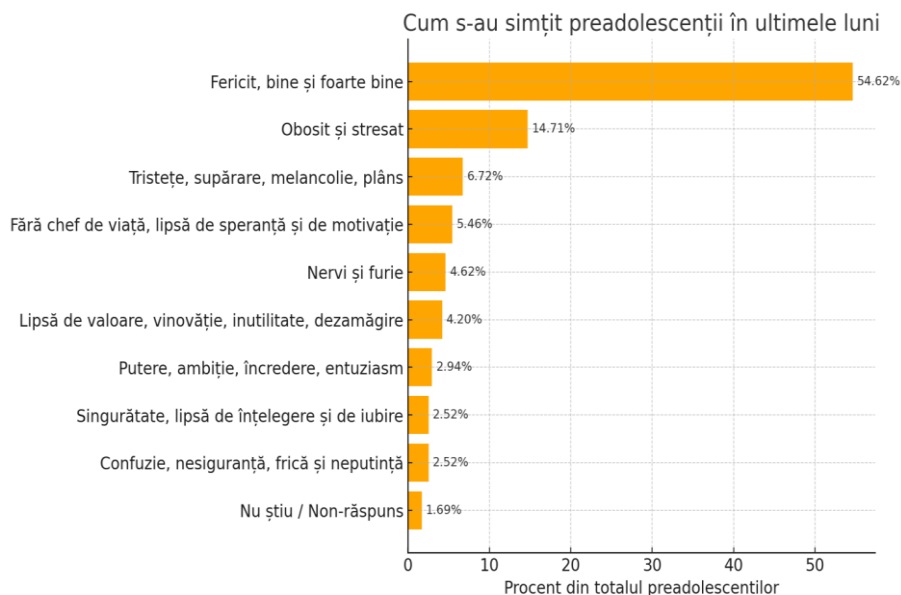


Figura nr. 2

Preadolescenții erau mulțumiți de viața lor în proporție de 23,1%, susținând că este cazul să nu se schimbe nimic din ceea ce trăiau. Aveau un *coping* cognitiv-emoțional dezvoltat, respectiv o bună și realistă capacitate de a face față stresului, precum și direcții clare pentru depășirea stărilor negative cu care se confruntau. Ei indicau, într-o proporție de 16,8% din totalul alegerilor de viitor, *modalități concrete de a gândi și acționa* – să am mai multă încredere în mine, să elimin îngrijorarea și pesimismul, să iau decizii mai bune, să fiu mai îndrăzneț și mai productiv, să renunț la alcool, țigări și jocuri, să stau mai puțin pe telefon; *strategii de echilibrare emoțională* (11,3%) – să nu mai fiu atât de sensibil, să nu mai plâng, să nu mă mai enervez, să devin mai calm și mai energic; *să-mi îndeplinesc visurile* (4,6%) – să iau examenele, să mă afirm, să mă realizez financiar, să călătoresc.

Circa 9,2% dintre alegerile preadolescenților vizau *situația lor familială* (reducerea conflictelor, a scandalurilor/bătăilor, împiedicarea părinților de a divorța, împăcarea părinților, o mai bună comunicare cu părinții, ca și între părinți și copii, să învie părinții/bunicii/unchiul decedați) care, dacă s-ar îmbunătăți, i-ar face mai fericiți.

Necesitatea schimbării propriului comportament interpersonal (6,3%) – să fiu bun cu cine merită, altruist, să comunic mai mult, să nu-i mai las pe ceilalți să mă supere sau să nu mai pun la suflet răutatea unor oameni – era mai slab reflectată, comparativ cu *alegerea schimbării celorlalți* (7,1%).

Unii preadolescenți alegeau să *se schimbe sistemul de învățământ* sau să nu mai meargă la școală pentru a fi mai fericiți (8% din alegeri) – să am mai mult timp liber, să nu conteze notele, să reformez sistemul, să nu mă mai streseze profesorii, să nu mai fiu nevoit să merg la școală, să nu mai fiu discriminat, să am mai puține

ore, să fie mai frumos la școală, să nu mai dăm examene. Alți adolescenți credeau că *îmbunătățirea aspectului lor fizic* (slăbirea, tonifierea corpului, revenirea vederii) i-ar face mai fericiți (5,5%), precum și *să aibă prieteni, iubită/iubit* (2,5%).

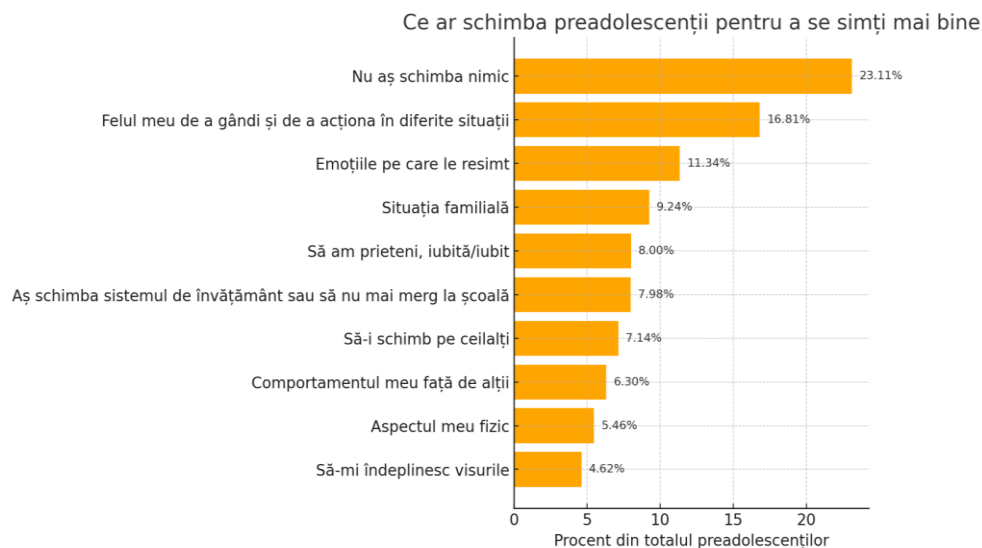


Figura nr. 3

REZULTATELE PENTRU ADOLESCENȚI

La sondaj au participat 169 de adolescenți din mediul mic urban și rural, elevi ai unor licee din județul Dâmbovița, cu vârste cuprinse între 16 și 19 ani, dintre care 120 de fete (71%) și 49 de băieți (29%).

Problemele care îi afectau cel mai puternic pe acești adolescenți erau: *violența din familia extinsă* (40,23%); *violența/conflictualitatea intrafamilială* (38,46%); *divorțul, separarea sau decesul unuia dintre părinți* (26,62%). *Lipsa banilor* era indicată de 18,34% dintre adolescenți, iar *problemele proprii de sănătate* – de 13,6%.

Adolescenții din medii puternic conflictuale (conflicte între părinți și conflicte în familia extinsă) reprezentau 27,81%, iar cei afectați concomitent de divorț, separare sau decesul părinților și de lipsa banilor – 8,87%. Adolescenții cu probleme de sănătate, care trăiau în medii puternic conflictuale, reprezentau 6,5%.

Sondajul a mai relevat că *stările negative* (oboseală, stres, tristețe, supărare, lipsă de valoare, vinovăție, inutilitate, dezamăgire, singurătate, percepere a lipsei de înțelegere și de iubire, confuzie, nesiguranță, frică, neputință, lipsa chefului de viață, a speranței și a motivației, blazarea emoțională) au fost preponderente în trăirile lor – 63,68% din totalul emoțiilor identificate. *Emoțiile pozitive* (m-am simțit bine, foarte bine, fericit, puternic, ambițios, încrezător, entuziast) au reprezentat doar 36,32% din totalul emoțiilor identificate.

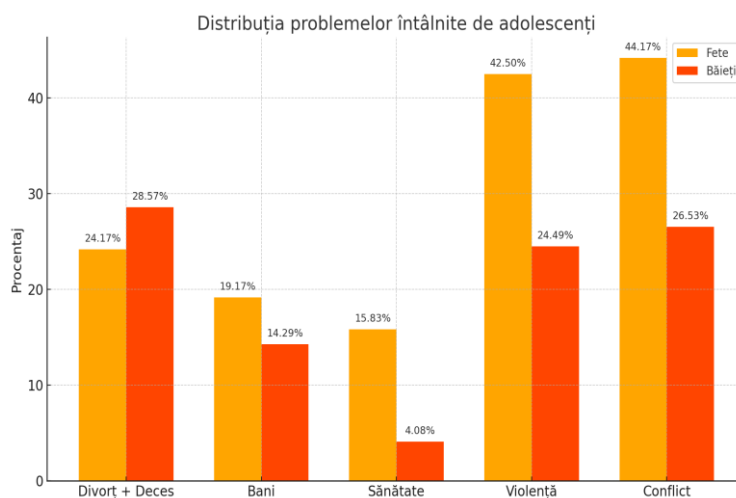


Figura nr. 4

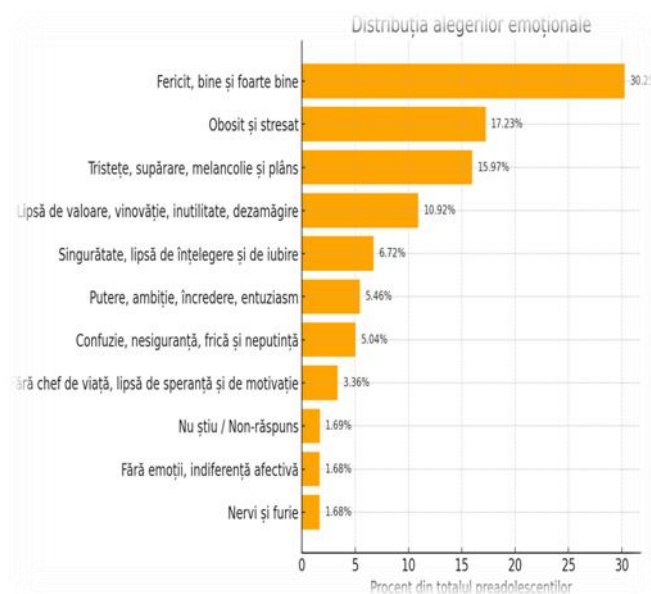


Figura nr. 5

Adolescenții investigați aveau un *coping* cognitiv-emoțional dezvoltat, respectiv o bună și realistă capacitate de a face față stresului, indicând direcții clare pentru depășirea stărilor negative cu care se confruntau. Ei au indicat *modalități concrete de a gândi și acționa* (24,85% din totalul alegerilor pentru viitor) – să am mai multă încredere în mine, să elimin îngrijorarea și pesimismul, să iau decizii mai bune, să fiu mai îndrăzneț și mai productiv, să renunț la alcool, țigări și jocuri; *necesitatea schimbării propriului comportament interpersonal* (16,38%) – să fiu

bun cu cine merită, altruist, să comunic mai mult, să nu-i mai las pe ceilalți să mă supere sau să nu mai pun la suflet răutatea unor oameni; *strategii de echilibrare emoțională* (13,55%) – să nu mai fiu atât de sensibil, să nu mai plâng, să nu mă mai enervez, să devin mai calm și mai energic; *să-mi îndeplinesc visurile* (5,64%) – să fiu independent financiar, să mă afirm, să mă realizez uman și profesional, să obțin un permis auto și să-mi cumpăr o mașină, să călătoresc.

Au existat și adolescenți care considerau că starea lor de bine ar putea crește *dacă s-ar schimba situația lor familială* (8,47% din alegerile pentru viitor) – să se înțeleagă părinții, să revină totul la normal în familia mea, să se întoarcă surorile, tata/mama din străinătate, să nu mai existe certuri, să nu mai fie ai mei bolnavi sau *dacă s-ar schimba sistemul de învățământ* (4,51%) – să nu mai conteze atât de mult notele, să am mai mult timp liber, să nu mă mai streseze profesorii etc. Alți adolescenți credeau că *îmbunătățirea aspectului lor fizic* i-ar face mai fericiți (9,03% din alegerile pentru viitor), precum și *să aibă prieteni, iubită/iubit* (4,51%).

Unii adolescenți alegeau însă să *nu se schimbe nimic din viața pe care o aveau* și pe care o considerau mulțumitoare (11,29%).

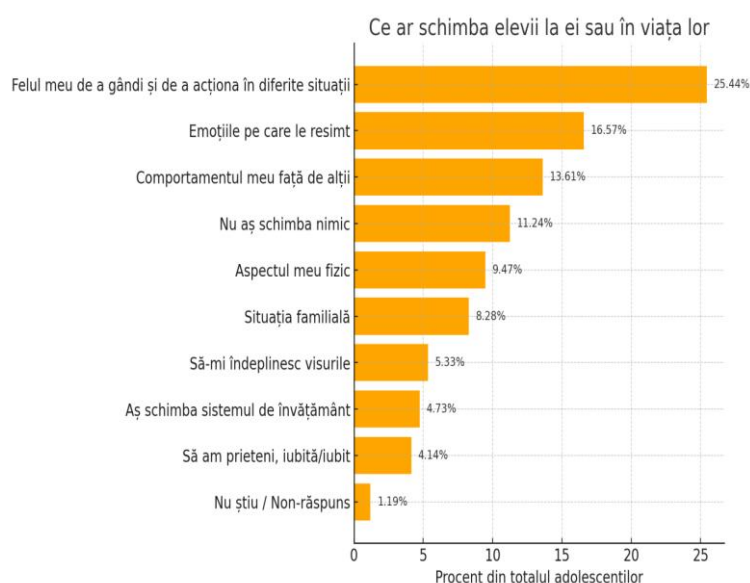


Figura nr. 6

RECUNOAȘTEREA SIMPTOMELOR DEPRESIEI

Adolescenții și preadolescenții participanți în proiectul „*Nu ești singur*” au fost capabili să definească depresia ca o puternică stare de tristețe, care împiedică oamenii în activitățile lor. Totodată, ei și-au recunoscut propriile simptome depresive sau simptomele depresive ale altor persoane. Aceste rezultate au reieșit din analiza producțiilor grafice ale participanților, pe tema „Omulețul depresiv”. În acest sens,

patru psihologi evaluatori au utilizat șapte grile categoriale de analiză, consemnându-se frecvența de apariție a următoarelor aspecte: faciesul depresiv al omulețului (ochi, gură); subponderabilitatea/supraponderabilitatea; poziția corpului; izolarea/singurătatea omulețului; adicțiile asociate omulețului depresiv; redarea grafică a gândirii depresive și ambianța depresivă (camera proprie, în ploaie etc.).

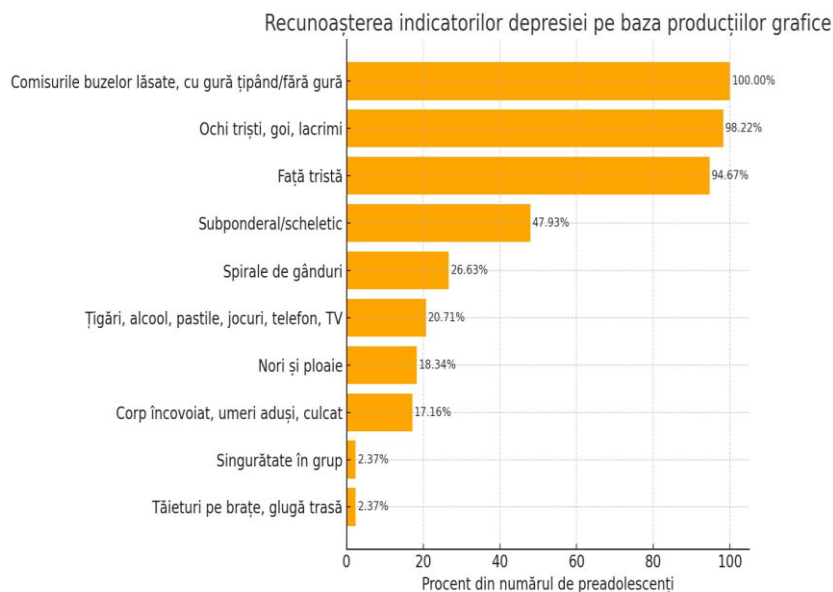


Figura nr. 7

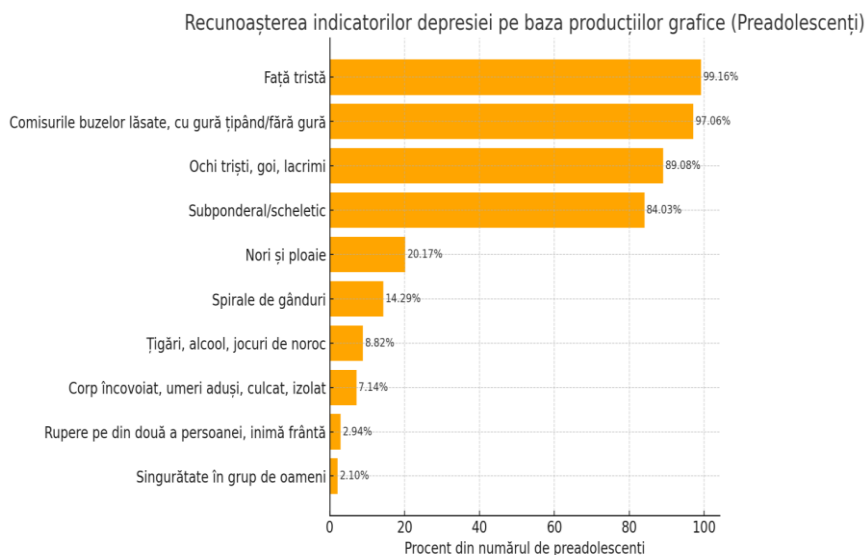


Figura nr. 8

ACCESUL LA CONSILIERE PSIHOLICĂ

În ceea ce privește accesibilitatea serviciilor de consiliere psihologică sau apelarea la astfel de servicii disponibile, doar 23,94% dintre preadolescenți și 30,79% dintre adolescenții participanți la cercetare discutaseră cu un consilier școlar sau cu un psiholog. Fetele solicitaseră mai des servicii de consiliere (32,77% dintre preadolescente și 31,66% dintre adolescente), comparativ cu băieții.

CONCLUZII

Cunoașterea stării emoționale a populației de elevi preadolescenți și adolescenți din zonele defavorizate, realizată în cadrul unor proiecte precum „Nu ești singur – You are not alone!” (în care elevii au beneficiat de ateliere de psihologie și de teatru), permite intervenții educative și psihologice adaptate pentru reducerea stărilor negative, eliminarea unor dezechilibre emoționale majore și creșterea stării de bine.

În cadrul proiectului s-au formulat mai multe recomandări pentru profesori, respectiv:

- *Toleranță zero pentru violență.* Școala trebuie să se implice, alături de ceilalți actori comunitari care veghează la interesele minorilor (administrație publică, poliție), în reducerea violenței familiale, îndreptată mai ales împotriva femeilor, care destructurează psihologic elevii și le insuflă modele relaționale indezirabile. Școala însăși este datoră să creeze un mediu sigur, lipsit de violență;

- *Ascultare activă.* Profesorii se află în contact cu copiii uneori mai mult decât părinții, de aceea principalele atitudini pe care trebuie să le aibă sunt: comunicarea permanentă cu copiii și cu ambii părinți, ascultarea activă a celor din familiile violente, asigurarea dată celor cu familii destrămate că părinții continuă să-i iubească și să le fie alături, promovarea unor valori prosoziale de relaționare între oameni;

- *Feedback pozitiv pentru realizări.* Eliminarea blocajelor învățării, a celor relaționale și stimularea interesului pentru învățatură îi pot sprijini pe elevii vulnerabili.

Recomandările pentru elevi au fost:

- Nu ești singur! După cum observi, numeroși copii se confruntă cu aceleași probleme familiale ca și tine. Pentru ceea ce se întâmplă acasă (certuri, bătăi, injurii, despărțirea părinților), tu nu porți nicio vină, nu are de ce să îți fie rușine.

- Ai încredere în forțele tale! Și alți copii simt ceea ce simți tu, trec prin situații asemănătoare cu ale tale, însă trebuie să ai încredere în forțele proprii și să-ți croiești o viață mai bună, în care să-i respecti pe ceilalți și să fii respectat.

- Nu tolera și nu răspândi violența! În România, interesul superior al copilului este apărut prin lege, iar școala, poliția și primăria au obligația să te protejeze de violența din familie! Vorbește cu consilierul școlar, cu dirigintele sau cu un profesor apropiat despre violența care te afectează! Nu tolera violența sub nicio formă și nu deveni un agresor împotriva colegilor, a celor dragi sau, mai târziu, asupra propriei tale familii!

În ceea ce privește accesarea serviciilor de consiliere psihologică, trebuie menționat că acestea i-ar putea sprijini pe copiii și pe tinerii cu probleme emoționale și cu situații familiale complicate.

Primit în redacție la: 5.07.2025

BIBLIOGRAFIE

1. BEIRÃO, D., MONTE, H., AMARAL, M. *et al.*, *Depression in adolescence: a review*, Middle East Curr Psychiatry, **27**, 50, 2020. <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00050-z>
2. COSTELLO, E.J., ERKANLI, A., & ANGOLD, A., *Is there an epidemic of child or adolescent depression?* Journal of Child Psychology and Psychiatry, **47**, 12, 2006, p. 1263–1271. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>
3. DUMITRIU, G., POPA, C., *Un copil în două case. Cum protejăm copilul când părinții se despart?*, Iași, Editura Polirom, 2025.
4. 2022 National Healthcare Quality and Disparities Report [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2022 Oct. CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587174/>
5. PFEIFER, J.H., & ALLEN, N.B., *Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence*, Biological psychiatry, **89**, 2, 2021, p. 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002>
6. POPA, C., *Reprezentarea socială a problemelor de viață în rândul adolescenților*, în „Standarde europene pentru programe postdoctorale competitive de formare în domeniul managementului cercetării avansate și expertizei psihiatrice medico-legale”, Editura Timpul, ISBN 978-973-612-495-2 (213 p.), 2013, Iași, p. 69–82.
7. POPA, C., SAUCAN, D.Ș., PREDA, G., IONESCU, B., BOLOHAN, A., TURCU, I., *Problemele de viață ale adolescenților – studiu exploratoriu*, Revista de Psihologie, **59**, 2, 2013, București, Editura Academiei Române, p. 110–123.
8. REYNOLDS, W.M., *Scala de evaluare a tulburărilor din adolescență; forma scurtă APS-SF: manual pentru specialiști*, Adaptarea și standardizarea APS-SF pe populația din România/Bălăj A. (coord.), Albu M., Cluj-Napoca, Editura ASCR, 2012, p.17–20.
9. World Health Organization, *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>, 2021.

REZUMAT

Prezentul sondaj a investigat problemele de viață ale unui eșantion de preadolescenți și adolescenți din mediul mic urban și rural (N = 407); 238 de preadolescenți și 169 de adolescenți, precum și simptomele depresive ale acestora. S-au obținut date cu privire la dimensiunile afectivității negative și la posibii predictorii contextuali ai acestora, respectiv vârsta, genul, experiențele de viață negativă (ex. violența, conflictul familial și din familia extinsă) și statutul socio-familial (divorțul părinților, lipsurile materiale). În contextul creșterii prevalenței simptomelor depresive la tineri (WHO, 2021), este nevoie de o înțelegere profundă a structurii acestor simptome și a contextului în care se manifestă, pentru a ghida dezvoltarea unor instrumente psihometrice valide și a desfășurării intervenției eficiente.

DIMENSIUNI PSIHOSOCIALE ALE REZILIENȚEI ÎN ONCOLOGIE: INTERVENȚII ȘI PERSPECTIVE CLINICE

RODICA GHIMPU*

Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

Abstract

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

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

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

1. INTRODUCERE

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

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

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

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

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

2. ROLUL SUPORTULUI PSIHOLAGIC ÎN PROCESUL DE ADAPTARE

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

Intervențiile psihologice în oncologie sunt diverse și pot fi adaptate în funcție de cerințele specifice ale pacientului. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC): vizează recunoașterea și schimbarea gândurilor și acțiunilor disfuncționale, contribuind la diminuarea anxietății și depresiei (Antoni *et al.*, 2006). *Mindfulness* și tehnici de relaxare: ajută la reducerea tensiunii emoționale, a durerii și la îmbunătățirea calității somnului. Terapia de suport și consilierea psihologică: oferă un spațiu sigur pentru exprimarea emoțiilor și explorarea dificultăților asociate cu boala. Grupurile de suport: creează oportunități de împărtășire a experiențelor și reducerea sentimentului de izolare, întărind sentimentul de apartenență și înțelegere reciprocă. Există numeroase studii care atestă că intervențiile psihologice cresc semnificativ nivelul de reziliență la pacienții oncologici. De exemplu, un program de terapie cognitiv-comportamentală aplicat pacienților cu cancer la sân a dus la creșterea capacității de *coping* și a rezilienței psihologice, reducând în același timp simptomele de anxietate și depresie. Suportul psihologic facilitează accesul la resursele interne ale pacientului (motivație, optimism, autoeficacitate) și la resursele externe (sprijin

familial și social), constituind astfel un mecanism de protecție esențial împotriva efectelor negative ale bolii. Reducerea distresului emoțional: prin validarea emoțiilor și restructurarea cognitivă, sprijinul psihologic contribuie la reducerea anxietății și depresiei (Beck, 2011). Creșterea sentimentului de autoeficacitate: indivizii învață să aibă încredere în capacitatea lor de a face față problemelor (Bandura, 1997). Dezvoltarea abilităților de *coping*: psihoterapia oferă instrumente concrete pentru gestionarea stresului și conflictelor. Crearea unei rețele de sprijin, grupurile terapeutice și relațiile de susținere creează un sentiment de apartenență și siguranță. Comunicarea eficientă și empatică între echipa medicală și pacient este un alt pilon al suportului psihologic, contribuind la reducerea anxietății și la creșterea satisfacției față de tratament (Back *et al.*, 2009). Trainingurile pentru personalul medical privind abilitățile de comunicare și consiliere psihologică sunt recomandate pentru a susține această dimensiune.

3. DIMENSIUNI PSIHOSOCIALE ALE REZILIENȚEI

Vârsta, sexul, starea civilă, nivelul educațional și trăsăturile de personalitate influențează semnificativ nivelul de reziliență. Pacienții cu un stil de *coping* activ, orientat spre rezolvare, dezvoltă strategii funcționale de adaptare. Reziliența psihosocială a pacienților oncologici este influențată puternic de o serie de factori individuali, care determină capacitatea fiecăruia de a face față și de a se adapta la provocările generate de boală. Acești factori țin atât de caracteristicile personale, cât și de strategiile de *coping* și resursele interne ale pacientului. Caracteristicile personale și anumite trăsături de personalitate pot favoriza o reziliență mai mare, cum ar fi optimismul, autoeficacitatea, flexibilitatea cognitivă și o atitudine proactivă față de viață. De exemplu, pacienții cu un nivel ridicat de optimism tind să perceapă dificultățile ca pe provocări temporare, ceea ce le permite să mobilizeze resursele necesare pentru a le depăși (Scheier și Carver, 1992). Autoeficacitatea, adică încrederea în capacitatea proprie de a controla și influența evenimentele, este asociată cu o mai bună gestionare a stresului și o implicare activă în procesul de tratament. Capacitatea de a evalua realist situația, de a planifica și de a implementa strategii adaptative este esențială pentru dezvoltarea rezilienței. Stilurile de *coping problem-focused* (orientate spre rezolvarea problemei) sunt de regulă mai eficiente decât cele *emotion-focused* (orientate spre gestionarea emoțiilor), însă un echilibru flexibil între acestea este ideal. Strategiile de *coping constructive* includ acceptarea situației, căutarea de informații, folosirea umorului, precum și căutarea sprijinului social. În schimb, evitarea sau negarea pot conduce la scăderea rezilienței și la agravarea simptomelor psihologice (Carver, 1997). Resursele interne, cum ar fi speranța, sensul vieții și spiritualitatea, joacă un rol crucial în susținerea rezilienței oncologice. Pacienții care reușesc să găsească un sens sau o semnificație în experiența bolii manifestă o adaptare psihologică mai bună și o capacitate mai mare de a confrunta durerea și suferința. Incitarea pentru intervenție, pentru modificarea

obiceiurilor, este de asemenea un factor individual important, care poate influența direct rezultatele terapeutice (Deci și Ryan, 2000). Recent, cercetările în neurobiologie au evidențiat că anumite diferențe genetice și biologice pot influența capacitatea de reziliență, prin modul în care sistemul nervos central răspunde la stres (Feder *et al.*, 2009). De exemplu, variațiile în sistemul serotoninergic și nivelul de neuroplasticitate pot determina sensibilitatea individului la stresul cronic și abilitatea sa de recuperare.

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

4. TIPURI DE SPRIJIN SOCIAL

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

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

Un sprijin social adecvat este corelat cu niveluri mai scăzute de depresie, anxietate și stres, precum și cu o calitate a vieții superioară. De asemenea, sprijinul social influențează pozitiv aderența la tratament și recuperarea fizică, prin mecanisme fiziologice care reduc răspunsul la stres. Cultura și spiritualitatea sunt dimensiuni

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

5. INTERVENȚII PSIHOsocIALE CENTRATE PE REZILIENȚĂ

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

TCC este recunoscută ca una dintre tehnicile de intervenție psihologică în oncologie, având un grad ridicat de cercetare și eficiență. Această metodă sprijină pacienții în recunoașterea și ajustarea gândurilor distorsionate și negative legate de boală, contribuind la dezvoltarea unor strategii adaptative de gestionare a situației

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

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

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

6. STUDII RELEVANTE

Un studiu realizat de Linden *et al.*, 2012, pe un eșantion de 1872 de pacienți oncologici a demonstrat impactul pozitiv al consilierii psihologice asupra adaptării post-diagnostic. Rezultatele au arătat că intervențiile psihologice au condus la o reducere semnificativă a simptomelor de anxietate și depresie, precum și la o creștere a calității vieții autoraportate (Linden *et al.*, 2012). Chiar și în formate

scurte, de 8–10 sesiuni, intervențiile au avut eficiență ridicată, reflectând un efect protector asupra sănătății mintale a pacienților oncologici.

Într-un studiu longitudinal pe 240 de veterani de război diagnosticați cu PTSD, Southwick și colaboratorii (2014) au evidențiat că participarea la programe de psihoterapie (CBT și grupuri de suport) a dus la o ameliorare semnificativă a simptomelor și la creșterea nivelului de reziliență (Southwick *et al.*, 2014). Scala CD-RISC utilizată în studiu a arătat o creștere statistic semnificativă a scorurilor de reziliență la 6 luni după începerea intervenției. Dray și colaboratorii (2017) au implementat un program școlar de promovare a rezilienței pentru peste 2.000 de adolescenți, cuprinzând activități de consiliere, *mindfulness* și autoreglare emoțională.

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

7. CONCLUZII

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

8. DIRECȚII VIITOARE

Deși cercetările privind reziliența în oncologie au avansat semnificativ, există încă numeroase direcții care necesită aprofundare și dezvoltare: dezvoltarea și validarea unor instrumente specifice de evaluare a rezilienței oncologice, care să țină cont de particularitățile culturale și spirituale ale pacienților, implementarea unor programe integrate de intervenție psihosocială, care să combine metode individuale, de grup și sistemice, adaptate stadiului bolii și profilului pacientului, pentru o eficacitate maximă (Brown *et al.*, 2019). Investigarea impactului tehnologiilor digitale și a intervențiilor online în sprijinul rezilienței psihologice, în special în contextul accesibilității reduse la servicii tradiționale (Andersson și Titov, 2014). Explorarea rolului suportului spiritual și cultural în grupuri diverse, pentru a dezvolta intervenții sensibile la diversitatea etnică și religioasă. Formarea continuă a profesioniștilor din domeniul sănătății privind aspectele psihosociale și culturale ale îngrijirii oncologice, pentru a asigura o abordare empatică și personalizată. Prin aceste direcții, viitorul intervențiilor în oncologie poate asigura o calitate superioară a vieții pacienților, contribuind nu doar la prelungirea supraviețuirii, ci și la menținerea sănătății mintale și a stării generale de bine.

Primit în redacție la: 21.05.2025

BIBLIOGRAFIE

1. ANDERSSON, G., TITOV, N., *Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders*, World Psychiatry, 2014, p. 4–11.
2. ANTONI, M.H., LECHNER, S.C., KAZI, A., WIMBERLY, S.R., SIFRE, T., URCUYO, K.R., PHILLIPS, K., GLUCK, S., & CARVER, C.S. *Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer*, American Journal of Psychiatry, 2006, p. 1791–1797.
3. BACK, A.L., *Communication about cancer near the end of life*, Cancer, 2009, **113**, 7 Suppl, p. 1897–1910.
4. BANDURA, A., *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: Freeman, 1997.
5. BECK, J.S., *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, Guilford Press 2011.
6. BONANNO, G.A., *Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?*, American Psychologist, 2004, p. 20–28.
7. BREITBART, W. *Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer*, Palliative & Supportive Care, 2002, p. 1–10.
8. BRONFENBRENNER, U., *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
9. BROWN, S.M., DOOM, J.R., LECHUGA-PEÑA, S., WATAMURA, S.E., & KOPPELS, T., *The impact of trauma on parenting and child development: A case study of resilience*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, **60**, 1, 2019, p. 122–134.
10. CAMPBELL, J. L., *Institutional change and globalization*, Princeton: Princeton University Press, 2004.

11. CARVER, C.S., *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE*, International Journal of Behavioral Medicine, 1997, p. 92–100.
12. CUTRONA, C.E., & RUSSELL, D.W., *Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching*, În: Social Support: An Interactional View. New York: Wiley, 1990, p. 319–366.
13. DECI, E.L., & RYAN, R.M., *The what and why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*, Psychological Inquiry, 2000, **11**, 4, p. 227–268.
14. DRAY, J., BOWMAN, J., CAMPBELL, E., FREUND, M., HODDER, R.K., WOLFENDEN, L., & WIGGERS, J., *Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting*, Psychology in the Schools, **54**, 1, 2017, p. 3–15.
15. ENGEL, G.L., *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, **196**, 4286, 1977, p. 129–136.
16. FEDER, A., CHARNEY, D.S., & COLLINS, K., *Psychobiology and molecular genetics of resilience*, Nature Reviews Neuroscience, **10**, 6, 2009, p. 446–457.
17. FOLKMAN, S., MOSKOWITZ, J.T. *Positive affect and the other side of coping*, American Psychologist, **55**, 6, 2000, p. 647–654.
18. FOSTER, C., FENLON, D., *Recovery and self-management support following primary cancer treatment*, British Journal of Cancer, **105**, S1, 2011, p. S21–S28.
19. GIVEN, B., SHERWOOD, P., & GIVEN, C.W., *The impact of providing care to persons with cancer on the caregiver's health*, Psycho-Oncology, **10**, 1, 2001, p. 65–75.
20. GREER, J.A., PIPERSON, A., TRAEGER, L., ROBERTSON, R., PESHKIN, B.N., & PEPER, M., *A pilot randomized controlled trial of a brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer*, Psycho-Oncology, **17**, 5, 2008, p. 438–446.
21. KAZAK, A.E., SIMMS, S., & ROURKE, M.T., *Psychosocial assessment as a standard of care in pediatric cancer*, Pediatric Blood & Cancer, **45**, 7, 2005, p. 739–748.
22. LEE, M.K., KIM, S.Y., YOO, H.J., KIM, S.H., KO, H., LEE, J.E., & NAM, S.J., *Spiritual well-being in patients with breast cancer in Korea: A multicenter cohort study*, Psycho-Oncology, **23**, 9, 2014, p. 102–108.
23. LEE, M.K., KIM, S.Y., YUN, Y.H., PARK, H.A., LEE, E.S., & NAM, S.J., *Meaning in life and adjustment to cancer: Mediating effects of spiritual well-being and resilience*, Psycho-Oncology, **27**, 10, 2018, p. 210–218.
24. LEHMAN, D.R., TAYLOR, S.E., KIEFE, C.I., & COHEN, S., *Positive illusions and well-being revisited: Separating fiction from fact*, Psychological Bulletin, **117**, 1, 1995, p. 77–90.
25. LINDEN, W., VODERMAIER, A., MACKENZIE, R., & GREIG, D., *Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age*, Journal of Affective Disorders, **141**, 2–3, 2012, p. 343–351.
26. MACKINLAY, E., TREVITT, C. *Finding meaning in the experience of dementia: The place of spiritual reminiscence work*, London: Jessica Kingsley Publishers, 2010.
27. MASTEN, A.S., *Ordinary magic: Resilience in development*, New York: Guilford Press, 2014.
28. MCDONALD, F.E.J., PATTERSON, P., WHITE, K.J., BUTOW, P., & BELL, M.L., *Resilience in family caregivers of people with cancer: A systematic review*, Supportive Care in Cancer, **25**, 8, 2017, p. 2659–2679.
29. MINUCHIN, S., *Families and family therapy*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974.
30. ROTH, A.J., BATEL-COHEN, D., BINKER, M. *Use of the Distress Thermometer in clinical practice*, Cancer, **85**, 9, 1998, p. 1904–1910.
31. SCHWARTZ, C.E., SPRADLEY, J.C., *The impact of spiritual well-being on quality of life in advanced cancer patients*, Psycho-Oncology, 2007, **16**, 3, p. 242–249.
32. SOUTHWIC, S.M., PIETRZAK, R.H., TSAI, J., & Krystal, J.H., *Resilience: PTSD Research Quarterly*, **25**, 4, 2015, p. 1–10.
33. WILLIAMS, M.J., PENMAN, D., *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*, New York: Guilford Press, 2011.

REZUMAT

Acest articol explorează complexitatea rezilienței psihosociale la pacienții cu cancer, subliniind importanța susținerii mentale în încurajarea ajustării și menținerea calității vieții în cadrul confruntării cu o boală gravă. Sunt analizate fundamentele ipotetice ale rezilienței, precum și componentele personale, sociale și din altă lume care influențează capacitatea de a gestiona stresul oncologic. Diferite tipuri de intervenții psihosociale individuale, de grup și sistemice sunt prezentate în detaliu, subliniindu-se importanța personalizării strategiilor terapeutice și a colaborării multidisciplinare. Articolul sugerează, de asemenea, direcții viitoare de cercetare și intervenție, inclusiv dezvoltarea de instrumente de evaluare specifice, integrarea tehnologiilor digitale și adaptarea la diversitatea culturală. Având o abordare holistică, articolul susține că reziliența și sprijinul psihologic sunt esențiale pentru optimizarea îngrijirii cancerului, oferind pacienților resursele de care au nevoie pentru a-și menține echilibrul emoțional și a se adapta cu succes la provocările bolii.