



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALĂ DOCTORALĂ DE PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII PSIHOLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC

REZUMAT AL TEZEI DE DOCTORAT
ANXIETATEA DE MOARTE CA FACTOR TRANSDIAGNOSTIC ÎN PSIROPATOLOGIE

AUTOR: drd. ELISA DUMITRU

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: prof. univ. dr. DANIEL DAVID

Cluj-Napoca
2025

RECUNOAȘTERE

Într-un fel, mi-a fost mai greu să scriu această secțiune a tezei decât teza în sine deoarece îmi doresc să îmi exprim recunoștința, dar cuvintele nu par îndeajuns. Această teză este rezultatul unui efort considerabil din partea mea, dar poartă amprenta multor persoane, cărora vreau să le mulțumesc.

Aș dori să-mi exprim recunoștința față de prof. univ. dr. Daniel David, pentru coordonarea acestei lucrări și pentru toate oportunitățile pe care mi le-a oferit. Faptul că intrarea mea în acest program doctoral a fost încurajată și aprobată de dumneavoastră a fost unul dintre cele mai importante momente ale carierei mele și mi-a permis să ajung în acest punct. În continuare, aș dori să îi mulțumesc dnei prof. univ. dr. Ioana Cristea pentru că a considerat munca mea ca fiind demnă de colaborare. Îți mulțumesc că m-ai învățat ce înseamnă cercetarea bună și cum efortul consecvent este cel care face diferența. De asemenea, aș dori să mulțumesc comisiei de îndrumare, membrilor Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapie din cadrul Universității Babeș-Bolyai și colegilor din cadrul Școlii Doctorale pentru observațiile pertinente, răspunsurile la întrebările mele și sprijinul acordat.

Vreau să mulțumesc fiecăruia dintre prietenii mei, de aproape și de departe, pentru bunătatea și încurajările voastre. Vă mulțumesc și pentru că ați știut când să nu mă întrebați.

Vreau să îi mulțumesc în mod special dnei lect. univ. dr. Roxana Oltean. 5 ani este o perioadă îndelungată. Nu m-ai dezamăgit nici măcar o dată. Îți mulțumesc pentru sprijinul neclintit, pentru că ai crezut în mine mai mult decât am crezut eu, pentru că ți-ai împărtășit resursele cu mine și pentru mentorat. Acest program doctoral a fost dificil. Fără tine, ar fi fost extrem de dificil.

În cele din urmă, vreau să le mulțumesc părinților mei. Fără voi ar fi fost imposibil. Vă mulțumesc pentru sprijinul vostru necondiționat, pentru toate rugăciunile voastre și pentru toate sacrificiile făcute. Mulțumesc că mi-ați susținut alegerile și mi-ați oferit tot ce aveam nevoie. Îi mulțumesc lui Dumnezeu pentru voi, pentru tot harul Său și pentru toate binecuvântările Sale.

Note.

(1) Prin prezenta se atestă de către Elisa Dumitru că:

- (a) Teza cuprinde munca de cercetare originală a lui Elisa Dumitru (autor) în vederea obținerii titlului de doctor;
- (b) Părți ale tezei au fost deja publicate, în curs de publicare sau trimise spre publicare; în teză au fost incluse citatele corespunzătoare pentru aceste publicații. Alți coautori au fost incluși în publicații, dacă au contribuit la expunerea textului publicat, la interpretarea datelor etc. (contribuția lor a fost clar explicată în notele de subsol ale tezei);
- (c) Teza a fost redactată în conformitate cu standardele de redactare academică (de exemplu, în text au fost făcute recunoașteri și citări științifice adecvate de către autorul tezei). Întregul text al tezei și rezumatul acesteia a fost redactat de Elisa Dumitru care își asumă întreaga responsabilitate pentru scrierea academică; de asemenea:
 - A fost utilizat un software pentru verificarea scrierii academice (a se vedea la <http://www.plagiarismdetector.com/>); teza a trecut testul critic;
 - O copie a setului de date de cercetare/bazei de date a fost livrată la departament/școala doctorală.
 - *(electronic) Semnătura pentru certificarea notelor: Doctorand Elisa Dumitru*

CAPITOLUL I. INTRODUCERE	4
1.1 Fundamente Teoretice și Analiza Literaturii de Specialitate.....	4
1.1.1 Modele Teoretice ale Anxietății de Moarte.....	4
1.1.2. Instrumente de Măsurare a Anxietății de Moarte.....	5
1.1.3 Anxietatea de Moarte în Psihopatologie.....	6
1.1.4 Anxietatea de Moarte în Contexte Clinice și Legate de Sănătate	8
1.1.5 Anxietatea de Moarte în Meta-analize	8
1.1.6 Implicații Clinice și Abordări Terapeutice	8
1.1.7 Anxietatea de Moarte într-o Abordare Transdiagnostică.....	9
CAPITOLUL II. OBIECTIVE ȘI METODOLOGIE GENERALĂ	10
3.1. Studiul 1: O Meta-analiză a Asocierii Anxietății de Moarte cu Distresul Psihologic și Psihopatologia.....	11
3.1.1. Introducere	11
3.1.2. Rezultate	12
3.1.3. Discuții	14
3.1.4. Metode.....	15
3.2. Studiul 2: Adaptarea în Română a Scalei Anxietății, Credițelor și Comportamentelor Legate de Moarte	18
3.2.1. Introducere	18
3.2.2. Metode	18
3.2.3. Rezultate	20
3.2.4. Discuții	21
3.3. Studiul 3: Explorarea Legăturii dintre Neuroticism, Depresie și Anxietate: Rolul Mediator al Anxietății de Moarte.....	23
3.3.1. Introducere	23
3.3.2. Metode	24
3.3.3. Rezultate	25
3.3.4. Discuții	25
3.4. Studiul 4: De la Frică la Sens: un Studiu Pilot Bazat pe ACT Privind Anxietatea de Moarte, Depresia și Anxietate	26
3.4.1. Introducere	26
3.4.2. Metode.....	27
3.4.3. Rezultate	29
3.4.4. Discuții	30
CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII.....	31
4.1. Concluzii generale	31
4.2. Implicații ale prezentei lucrări.....	32
4.2.1. Implicații teoretice.....	32
4.2.2. Implicații metodologice	32
4.2.3. Implicații clinice.....	33
REFERINȚE	34

Anxietatea de moarte, înțeleasă pe larg ca aprehensiune atunci când cineva se gândește la moarte sau la procesul de a muri (Farley, 2018), constituie una dintre cele mai comune experiențe umane dată fiind universalitatea sa. Întrucât moartea este inevitabilă și întrucât oamenii înțeleg această inevitabilitate, ea se intră în conflict cu unul dintre cele mai puternice impulsuri, care este dorința de a trăi și de a supraviețui (Becker, 1973). Această neconcordanță, între ceea ce oamenii își doresc și ceea ce se întâmplă în mod ineluctabil, conduce la o formă specifică de suferință, și anume anxietatea de moarte. Anxietatea de moarte este un construct multidimensional, deoarece include componente afective, cognitive și comportamentale (Lehto & Stein, 2009). În plus, teama de moarte poate include teama de procesul morții, teama de ceea ce se întâmplă după moarte, teama de moarte prematură, teama pentru alte persoane semnificative (Hoelter, 1979) etc., dar întotdeauna atinge aspecte referitoare la moarte. Deși anxietatea de moarte a fost considerată mult timp un aspect fundamental al suferinței umane (James, 1902; Yalom, 2008), cercetarea formală asupra acestui construct specific a început în domeniul sociologic, cu lucrările lui Ernest Becker (1973). Cercetările lui Becker au fost apoi preluate de psihologia socială în cercetările lui Greenberg, Pyszczynski și Solomon (1986), unde autorii au pus bazele teoriei *Terror Management* (TMT), care afirmă că moartea este văzută ca o amenințare dominantă și provoacă astfel anxietate de moarte, care este apoi gestionată prin mecanisme de coping. Sprijinul empiric pentru această teorie abundă (Burke, Martens & Faucher, 2010), dar și criticile și dovezile contrare (Klein et al., 2022). Patruzeci de ani de cercetare privind anxietatea de moarte au produs dovezi convingătoare și stimulante, încurajând continuarea cercetărilor pentru a stabili rolul pe care anxietatea de moarte îl joacă în viața de zi cu zi.

Cu toate acestea, rolul anxietății de moarte în cercetarea psihopatologică a fost luat în considerare doar în ultimii ani, studiile începând să investigheze anxietatea de moarte nu doar din punct de vedere cultural și comportamental, ci și din punct de vedere clinic, punând întrebări cu privire la modul în care anxietatea de moarte ar putea fi legată de mai multe tulburări psihologice. Această cercetare relevă o relație complexă între anxietatea de moarte și psihopatologie, o analiză sistematică de referință arătând că anxietatea de moarte este asociată cu simptome de fobii specifice, tulburare de panică, anxietate socială, agorafobie, tulburări depresive, tulburare obsesiv-compulsivă (OCD) și tulburare de stres post-traumatic (PTSD) (Iverach et al., 2014). Pe baza studiilor transversale și experimentale incluse, autorii emit ipoteza că anxietatea de moarte poate juca un rol transdiagnostic în dezvoltarea și menținerea mai multor tulburări mintale. Alte cercetări transversale au arătat că, în cazul a două sute de participanți cu un diagnostic curent (e.g., tulburare de anxietate generalizată, tulburare depresivă majoră, OCD, tulburare de panică, PTSD) din Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale (5th ed.; DSM-5; Asociația Americană de Psihiatrie; APA, 2013), anxietatea de moarte a fost asociată semnificativ din punct de vedere statistic cu psihopatologia, inclusiv numărul de diagnostice pe parcursul vieții, medicamente, spitalizări anterioare, evaluări clinice ale suferinței, depresie, anxietate și stres, chiar și după controlul neuroticismului (Menzies, Sharpe & Dar-Nimrod, 2019). În același studiu, s-au observat corelații pozitive puternice (coeficientul Pearson's r variind de la 0.60 la 0.82) între anxietatea de moarte și severitatea simptomelor (Menzies et al., 2019). Datele longitudinale, deși mai rare, susțin aceste constatări, deoarece un studiu longitudinal a arătat că anxietatea de moarte măsurată la un moment inițial prezis simptomele de suferință somatică, paranoia, depresie, anxietate și PTSD măsurate după o lună (Waite et al., 2022). Într-un alt studiu longitudinal, anxietatea de moarte a fost asociată prospectiv cu depresia și calitatea redusă a vieții la pacienții diagnosticați cu boala Huntington (Sokol et al., 2023).

Deoarece anxietatea de moarte este atât de strâns legată de psihopatologie, aceasta a devenit o țintă în studiile de intervenție. Au fost investigate protocoalele de tratament și eficiența lor în reducerea anxietății de moarte, unele forme de terapii fiind mai eficiente decât altele. Într-o meta-analiză care a inclus cincisprezece studii controlate randomizate care au investigat intervenții precum desensibilizarea (i.e., *in vivo* și sistematică), educația privind moartea, strategii de relaxare, gestionarea stresului, terapia rațional-emoțională și comportamentală și logoterapia, rezultatele au arătat că aceste intervenții conduc la ameliorări ale anxietății de moarte și că terapiile cognitiv-comportamentale (CBT) sunt cele mai eficiente (Menzies et al., 2018). Cu toate acestea, calitatea scăzută a studiilor împiedică orice interpretare semnificativă a rezultatelor și ridică nevoia urgentă de modele de studiu mai riguroase pentru a reduce erorile metodologice.

Rezultatele empirice actuale și implicațiile indică necesitatea de a investiga în continuare anxietatea de moarte și de a stabili rolul acesteia în psihopatologia umană.

1.1 Fundamente Teoretice și Analiza Literaturii de Specialitate

Anxietatea de moarte a fost definită atât în termeni largi, cât și în termeni restrânși, dar toate definițiile au în comun conceptele de moarte și aprehensiune. De exemplu, în 1996, Tomer și Eliason afirmă că anxietatea de moarte este "o reacție emoțională negativă alimentată de anticiparea unei stări în care sinele nu există", reflectând scrierile lui Becker (1973), care a susținut că abilitatea exclusiv umană de a anticipa viitorul și de a imagina ceea ce nu există este cea care ne predispune să simțim anxietatea de moarte. Farley (2018) oferă o definiție mai simplă și susține că anxietatea de moarte "este un sentiment de teamă, de îngrijorare sau de solitudine (anxietate) atunci când ne gândim la procesul de a muri sau de a înceta să mai fim". Malinauskaite et al. (2017) propun o definiție similară și afirmă că anxietatea de moarte poate fi "un sentiment de nesiguranță sau frică legat de moarte, ... adesea însoțit de strategii de coping centrate pe evitare". Dadfar și Lester (2017) aduc în atenție o distincție importantă și susțin că anxietatea de moarte este "o teamă de moarte a propriei persoane, precum și teama de moarte a altora". Astfel, deși definițiile variază, toate se referă la teama și neliniștea resimțite în jurul ideii de moarte.

1.1.1 Modele Teoretice ale Anxietății de Moarte

Cercetarea anxietății de moarte a început formal cu cercetările sociologice ale lui Becker (1973), care a susținut că progresul uman a fost facilitat de inteligența și capacitatea noastră de a gândi în simboluri și concepte abstracte, precum și de capacitatea de a

anticipează viitorul, creând un creier capabil de a prevedea evenimente care nu s-au întâmplat încă. Aceasta înseamnă că structurile cognitive superioare ne permit să înțelegem inevitabilitatea morții și că, într-o zi, fiecare dintre noi va muri. Becker mai susține că, dacă cineva s-ar gândi în mod constant la acest lucru, ar trăi într-o stare constantă de teroare, astfel încât ființele umane au adoptat anumite mecanisme pentru a face față anxietății provocate de anticiparea morții. El propune stima de sine și apartenența culturală, exprimate ca viziuni culturale împărtășite, ca amortizoare împotriva amenințării finale, teoretizând că majoritatea eforturilor noastre zilnice sunt menite să țină în frâu anxietatea de moarte. În încercarea de a explica nevoia de stimă de sine și căutarea zelosă a acesteia, precum și motivul pentru care oamenii au tendința de a intra în conflict cu grupurile exterioare, premisele lui Becker au fost preluate și, pe baza lucrărilor sale, Greenberg et al. (1986) au construit teoria *Terror Management* (TMT). Această teorie afirmă că anxietatea de moarte este resimțită în mod constant, dar ținută la distanță prin mecanisme de apărare, cum ar fi viziunile culturale împărtășite, care oferă permanență, structură și semnificație, și stima de sine, care este stimulată prin aderarea la aceste viziuni culturale. În plus, în conformitate cu modelul procesului dual al TMT (Pyszczynski, Greenberg și Solomon, 1999), oamenii folosesc atât mecanisme de apărare distale, cât și proximale. Mecanismele de apărare distale sunt utilizate atunci când gândurile de moarte sunt mai degrabă subconștiente, în timp ce mecanismele de apărare proximale sunt angajate atunci când gândurile legate de moarte intră în conștiință. Conștientizarea propriei morți este descrisă în literatura de specialitate drept saliența mortalității (Greenberg et al., 1994) și se referă la nivelul de accesibilitate al gândurilor legate de moarte. Această paradigmă experimentală joacă un rol crucial în TMT și se bazează pe ideea că, dacă eforturile de a suprima moartea din conștiință sunt fundamentul comportamentelor umane, atunci amorsarea morții va duce la creșterea încercărilor de apărare împotriva morții, manifestată printr-o aderență mai mare la viziunile culturale comune asupra lumii și prin căutarea stimei de sine.

Sprijinul empiric pentru TMT provine dintr-o meta-analiză a 164 de studii cu 277 de experimente incluse (Burke et al., 2010), care demonstrează că sarcinile de amorsare a morții produc efecte observabile, cum ar fi creșterea estimărilor de amenințare și a răspunsurilor de evitare a păianjenilor într-un eșantion arahnofob (Strachan et al., 2007) și creșterea timpului petrecut în spălarea mâinilor într-un eșantion diagnosticat cu OCD (Menzies & Dar-Nimrod, 2017; Strachan et al., 2007). În ciuda cercetării experimentale care oferă sprijin pentru această teorie, un studiu preînregistrat de replicare care a implicat 21 de laboratoare din SUA nu a reușit să reproducă predicțiile cheie ale TMT (Klein et al., 2022). Autorii au încercat inițial să abordeze criza de replicare în studiile psihologice, răspunzând la următoarea întrebare: studiile care beneficiază de contribuția și consultarea autorilor originali au ca rezultat niveluri mai ridicate de replicare decât studiile care au fost implementate de cercetători independenți? Pentru a testa această ipoteză, autorii au ales TMT și au instruit jumătate dintre cele 21 de laboratoare să pună în aplicare Studiul 1 din Greenberg et al. (1994) pe cont propriu, folosind informațiile disponibile în articolul publicat. Cealaltă jumătate a avut acces suplimentar la autorii originali și a fost supusă unui proces de feedback de-a lungul implementării studiului. Datele colectate de la peste 2.200 de participanți au arătat că niciunul dintre laboratoare nu a reușit să reproducă rezultatele studiului. Până la sfârșitul efortului de cercetare, nu au existat diferențe între laboratoarele care au beneficiat de contribuția experților și cele fără contribuția experților, deoarece niciun laborator nu a reușit să reproducă cu succes efectul de saliență a mortalității identificat anterior. Astfel, sprijinul pentru această teorie pare controversat, aruncând o umbră de îndoială asupra veridicității sale. O altă întrebare importantă pentru această teorie este dacă gândurile legate de mortalitate sunt singura și adevărata cauză a răspunsurilor de apărare observate (Fiedler, Kutzner & Krueger, 2012), unii autori susținând că răspunsuri similare pot fi observate prin amorsarea altor stimuli. De exemplu, a le reaminti participanților de o sarcină incompletă induce căutarea stimei de sine, dorința de ordine și chiar o deplasare spre atitudini conservatoare (Wicklund & Braun, 1987). Această problemă afectează alte teorii similare, cum ar fi teoriile relaționale, care afirmă că oamenii au instincte și nevoi gregare înnăscute (Bowlby, 1969). Deoarece moartea este văzută ca o separare imuabilă, ea apare ca o amenințare pentru aceste nevoi de afiliere. Cu toate acestea, teoriile relaționale nu reușesc să explice de ce amenințarea abstractă de percepție a propriei neputințe provoacă răspunsuri similare cu cele declanșate de gândurile legate de moarte (Randles, Proulx & Heine, 2011). O altă teorie de apărare, Modelul de Menținere a Sensului (Heine, Proulx & Vohs, 2006), afirmă că oamenii își doresc sens și coerență sub forma relațiilor așteptate între reprezentările mentale, moartea constituind o încălcare a acestui sens. Cu toate acestea, urmând premisele modelului de menținere a sensului, s-ar putea argumenta că o așteptare încălcată care s-a încheiat cu un rezultat benefic ar duce la răspunsuri de apărare sub forma căutării stimei de sine sau a unei aderențe mai puternice la valorile culturale, nereușind să justifice de ce oamenii sunt extatici și bucuroși atunci când rezultatele sunt nesperate. Potrivit lui Hart (2014), aceste teorii trebuie să răspundă dacă moartea poate fi considerată viermele din centrul existenței (James, 1902) și dacă defensivitatea reflectă un proces singular sau numeroase altele.

Pe scurt, deși mai multe teorii încearcă să explice modul în care anxietatea de moarte ar putea fi responsabilă de percepții și experiențe și modul în care aceasta poate exercita o influență asupra comportamentului uman, toate acestea au limitări și deficiențe, atât teoretice, cât și metodologice. Cu toate acestea, aceste teorii împărtășesc ideea că moartea reprezintă o amenințare emoțională salientă pentru majoritatea oamenilor, ceea ce duce la cogniții și emoții negative și la activarea unor mecanisme de coping mai mult sau mai puțin adaptative (Hart, 2014). Deși nu fac predicții specifice cu privire la psihopatologia în sine, toate implică faptul că anxietatea de moarte conduce la o suferință care poate deveni puternică și pervazivă și este adesea menționată ca o dificultate atunci când se solicită tratament (Angst et al., 2010).

1.1.2. Instrumente de Măsurare a Anxietății de Moarte

Există mai multe instrumente de măsurare a anxietății de moarte, dar cea mai utilizată (Zucalla et al., 2022) este de departe scala Templer a Anxietății de Moarte (DAS; Templer, 1970), chiar dacă nu există niciun motiv specific care să justifice utilizarea sa în detrimentul altor instrumente de măsurare a anxietății de moarte. DAS oferă un scor global al anxietății de moarte, iar itemii primesc de obicei răspuns pe o scală Likert cu 5 puncte. Exemple de itemi sunt: "Îmi este frică să mor într-un mod dureros", "A vedea un cadavru este înfrigorant pentru mine" și "Mă gândesc adesea la cât de scurtă este viața de fapt".

Un alt instrument utilizat în mod frecvent este scala revizuită Collett-Lester a fricii de moarte (CLFDS-R; Lester, 1990) cu

patru subscale care măsoară anxietatea de moarte și anxietatea de a muri, pentru sine, respective pentru ceilalți.

Scala Multidimensională de a Fricii de Moarte (MFODS; Hoelter, 1979) are opt factori, și anume frica de procesul morții, frica de morți, frica de a fi distrus, frica pentru ceilalți, frica de necunoscut, frica de moarte conștientă, frica pentru corp după moarte și frica de moarte prematură.

Un instrument de măsurare a anxietății de moarte recent creat este cel propus de Menzies, Sharpe și Dar-Nimrod (2022), Scala Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte, (*Death Anxiety Beliefs and Behaviors Scale*; DABBS), care este fundamentată pe teoria bazată pe dovezi CBT, deoarece analizează emoțiile disfuncționale, convingerile dezadaptative și comportamentele de evitare legate de moarte. Scala propune de asemenea, un scor prag de > 55, astfel încât scorurile peste acest prag sugerează niveluri relevante din punct de vedere clinic ale anxietății de moarte. În cel de-al doilea studiu al tezei, ne propunem să traducem și să validăm această scală în limba română.

Având în vedere multitudinea de instrumente de măsurare ale anxietății de moarte, Zuccala et al. (2022) au încercat să le sintetizeze sistematic și să evalueze dovezile privind proprietățile lor psihometrice. Autorii au inclus 89 de studii care au analizat 21 de scale de autoevaluare a anxietății de moarte și le-au evaluat utilizând instrumentul propus de Terwee et al. (2007), care evaluează instrumentele pe baza conținutului lor, validității de criteriu și de construct, consistenței interne, reproductibilității, detecției răspunsului, efectelor minime și maxime și a interpretabilității. Rezultatele au arătat că niciunul dintre instrumente nu a demonstrat adecvare pe toate criteriile de calitate evaluate. În urma acestei sinteze, DAS s-a dovedit a avea cele mai multe dovezi care susțin fidelitatea și validitatea sa, oferind un argument convingător pentru utilizarea sa în studiile viitoare. Cu toate acestea, CLFDS-R a primit cel mai bun scor pentru detecția răspunsului, indicând faptul că acest instrument este capabil să detecteze schimbări importante din punct de vedere clinic în urma unei intervenții (Terwee et al., 2007). Acest lucru evidențiază faptul că utilitatea unei măsuri nu poate fi determinată numai pe baza scorurilor evaluării și un alt factor care ar trebui luat în considerare atunci când se alege un instrument este faptul că diferite măsuri pot fi relevante pentru diferite scopuri.

Măsurarea anxietății de moarte ar trebui să țină cont de faptul că este un concept multidimensional (Lehto & Stein, 2009), care ar putea fi limitat prin utilizarea unor măsuri unidimensionale, cum ar fi DAS. Deși CLFDS-R și MFODS conțin mai multe subscale care evaluează diferite fațete ale anxietății de moarte, proprietățile lor psihometrice sunt slabe sau chiar absente (Zuccala et al., 2022) și, alegând să se concentreze pe anumite aspecte ale anxietății de moarte, acestea pot neglija alte aspecte. De exemplu, CLFD-R include o subscală privind teama de moartea altora, dar nicio întrebare nu vizează viața de apoi. Dincolo de necesitatea unei evaluări multidimensionale, există probleme critice în ceea ce privește proprietățile psihometrice ale instrumentelor utilizate în prezent pentru a evalua anxietatea de moarte, cu atât mai mult cu cât nu există niciun instrument actual care să reprezinte standardul de aur.

Cu toate acestea, există argumentul conform căruia instrumentele de tip autoevaluare ar putea fi inadecvate pentru a evalua anxietatea de moarte. Principala ipoteză a teoriilor precum TMT se referă la impactul inconștient pe care anxietatea de moarte îl are asupra oamenilor care nu poate fi capturat prin instrumente de autoevaluare. Cu toate acestea, având în vedere statutul actual controversat al TMT care explică anxietatea de moarte, este neclar dacă sarcinile comportamentale ar fi mai utile decât autoevaluarea.

1.1.3 Anxietatea de Moarte în Psihopatologie

Rolul anxietății de moarte în psihopatologie și legătura sa cu tulburările psihologice au fost cercetate în anumite modele, în condiții diferite, în populații clinice și generale. Deși majoritatea datelor sunt transversale, acestea relevă o dinamică complexă și sinuoasă.

1.1.3.1. Anxietatea de moarte și tulburările de anxietate

Anxietatea de moarte este legată în special de tulburările de anxietate și se consideră că agravează răspunsurile anxioase în persoanele anxioase (Arndt et al., 2005; Strachan et al., 2007). De exemplu, într-o serie de studii experimentale, Strachan et al. (2007) au constatat că amorsarea morții a crescut răspunsurile anxioase la persoanele cu arahnofobie, dar nu și la persoanele non-arahnofobe. Autorii au susținut că reacția exagerată poate fi înțeleasă dacă păianjenul este văzut ca o amenințare la adresa vieții. O altă tulburare anxioasă care se prezintă cu o frică pregnantă de moarte este tulburarea de panică (Furer & Walker, 2008; Randall, 2001; Starcevic, 2007; Torres & Crepaldi, 2002). Unul dintre criteriile de diagnostic pentru atacul de panică, atât în DSM-5 (APA, 2013), cât și în Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor și Problemelor de Sănătate Asociate (ed. a 11-a; ICD-11; Organizația Mondială a Sănătății; WHO, 2004) este teama de moarte. Într-un studiu care a inclus pacienți cu tulburare de panică, pacienți cu anxietate socială și participanți de control, pacienții cu tulburare de panică au raportat o anxietate de moarte semnificativ mai mare decât celelalte două grupuri (Furer et al., 1997). În plus, jumătate dintre pacienții cu tulburare de panică îndeplineau criteriile pentru ipohondrie, iar acești pacienți au raportat niveluri mai ridicate de anxietate de moarte decât pacienții cu tulburare de panică care nu erau ipohondri (Furer et al., 1997). Dovezi care susțin acest fenomen provin dintr-un studiu similar, în care paciențele diagnosticate cu tulburări de panică au raportat niveluri mai ridicate de anxietate de moarte decât paciențele diagnosticate cu tulburare depresivă majoră (Radanovic-Grguric et al., 2004). În plus, 71% dintre paciențele cu depresie majoră îndeplineau, de asemenea, criteriile pentru tulburarea de panică, iar 50% dintre paciențele cu tulburare de panică îndeplineau criteriile pentru tulburări depresive majore, atrăgând atenția asupra ratei ridicate de comorbiditate între tulburări și asupra rolului pe care anxietatea de moarte îl poate juca în simptomatologie. Având în vedere că teama de moarte este un aspect atât de central al atacurilor de panică și al tulburării de panică, dovezile indică necesitatea de a o include în protocolul de tratament, concentrându-se pe evaluări realiste ale amenințărilor corporale, scanare funcțională a corpului și atitudini adaptative față de sănătate, boală și moarte (Starcevic, 2007). Deși asocierea dintre anxietatea de moarte și spectrul tulburărilor anxioase poate fi explicată prin fenomene precum suprapunerea simptomelor conexe, viitoare studii experimentale și longitudinale ar putea determina dacă există un efect cauzal implicat, precum și care este direcția efectului. În prezent, deși se presupune că anxietatea de moarte este factorul cauzal, datele empirice sunt limitate și controversate, nepermițând concluzii certe. Din punct de vedere

fenomenologic, diferite tipuri de anxietate se pot exprima în mod similar (Walser, 1985), astfel încât studiile viitoare trebuie să clarifice dacă acestea sunt similare în esența lor sau dacă sunt forme distincte de anxietate și, dacă sunt distincte, este anxietatea de moarte sursa tuturor anxietăților?

1.1.3.2. Anxietatea de moarte și tulburarea obsesiv-compulsivă

Clasificată inițial ca o tulburare de anxietate (Stein et al., 2010), tulburarea obsesiv-compulsivă (OCD) este acum considerată parte a unei categorii distincte, chiar dacă se caracterizează prin niveluri ridicate de anxietate (APA, 2013). Asocierea dintre OCD și anxietatea de moarte beneficiază de date empirice mai credibile. Într-o serie de studii experimentale, în urma unei sarcini de inducere a salienței morții, s-a constatat că participanții cu scoruri ridicate de spălare compulsivă a mâinilor au petrecut mai mult timp spălându-se pe mâini și au folosit mai multe prosoape de hârtie pentru a-și usca mâinile decât participanții cu scoruri scăzute de spălare compulsivă a mâinilor (Strachan et al., 2007). Având în vedere că multe preocupări obsesiv-compulsive se referă la moarte sau mortalitate, fie personal, fie față de alții, acest rezultat sugerează că anxietatea de moarte exacerbează comportamentele compulsive. Autorii propun că gândurile legate de moarte ar putea fi un factor general în OCD, explicând nevoia de a elimina germeii și bolile, care sunt văzute ca o amenințare la adresa vieții (Strachan et al., 2007). Un alt studiu experimental oferă sprijin, găsind rezultate similare în cazul OCD cu obsesii de contaminare (Jones & Menzies, 1997). Persoanele care au participat la o sarcină de laborator au fost rugate să își introducă mâinile într-un vas care conținea pământ, resturi alimentare și păr de animale și să evalueze severitatea anticipată a îmbolnăvirii pe o scală de la 0 ("niciun simptom") la 100 ("moarte"). S-a constatat că persoanele cu un nivel ridicat de compulsie în ceea ce privește spălarea mâinilor au acordat evaluări semnificativ mai mari, așteptându-se la consecințe mult mai grave asupra sănătății, ceea ce indică faptul că estimările probabilității unor boli care pun viața în pericol sunt cele care determină comportamentele de spălare (Jones & Menzies, 1997).

1.1.3.3. Anxietatea de moarte și tulburarea de stres posttraumatic

Evenimentele traumatice pot acționa ca amorse pentru moarte, deoarece acestea implică adesea incidente care pun viața în pericol (APA, 2013). Dacă nivelurile de anxietate de moarte cresc în urma unor astfel de evenimente, se presupune că acestea conduc la instalarea simptomelor PTSD (Chung et al., 2005). Sprijinul pentru această ipoteză este în principal corelațional, deoarece un studiu efectuat în contextul unui război civil a constatat că persoanele cu simptome mai intense de PTSD au raportat mai multe simptome de traumă după inducerea salienței mortalității decât persoanele cu simptome mai reduse de PTSD (Chatard et al., 2012). În plus, autorii au constatat că participanții cu PTSD ridicat au raportat o accesibilitate sporită a gândurilor imediate de moarte după sarcina experimentală, indicând o apărare afectată împotriva anxietății de moarte. Rezultatele oferă sprijin empiric pentru TMT, deoarece se consideră că mecanismele de apărare proximale și distale sunt declanșate după amorsarea morții pentru a reduce nivelurile de anxietate de moarte (Pyszczynski et al., 1999). Dacă aceste mecanisme de apărare sunt perturbate, atunci individul rămâne vulnerabil în fața amenințărilor existențiale, favorizând apariția suferinței și a psihopatologiei. Astfel, rezultatele propun o interacțiune complexă a PTSD cu anxietatea de moarte care servește atât ca factor cauzal, cât și ca factor de întreținere. Alte studii au replicat rezultatele în eșantioane diverse. Într-un eșantion de veterani și civili cu leziuni ale măduvei spinării, s-a constatat că anxietatea de moarte prezice în mod semnificativ reacțiile de stres posttraumatic, iar o conștientizare mai mare a morții prezice simptomele de retrăire, evitare și supraactivare (Martz, 2004). În mod similar, anxietatea de moarte s-a dovedit a fi semnificativ asociată cu severitatea simptomelor PTSD într-un eșantion de persoane diagnosticate cu HIV (Safren, Gershunsky & Hendriksen., 2003).

1.1.3.4. Anxietatea de moarte și tulburările depresive

Tulburările depresive sunt legate în particular de moarte, de lipsa de sens și de disperarea existențială (Ghaemi, 2007). În general, studiile raportează niveluri mai ridicate de anxietate față de moarte în cazul persoanelor depresive. De exemplu, într-un eșantion de pacienți depresivi, scorurile mai severe ale depresiei au fost asociate cu o anxietate de moarte mai mare (Öngider, Özişik & Eyüboğlu, 2013). Öztürk, Çiçek și Eren (2023) au constatat că pacienții diagnosticați cu schizofrenie au raportat niveluri semnificativ mai ridicate de anxietate de moarte decât participanții de control și că severitatea simptomelor lor depresive și psihotice a fost legată de nivelurile de anxietate de moarte. Într-un studiu privind mamele postpartum în timpul pandemiei COVID-19, analiza de regresie multiplă ierarhică a indicat că anxietatea de moarte, alături de anxietatea de sănătate și anxietatea de coronavirus, a prezis simptomele depresiei postpartum, subliniind rolul intensificator al anxietății de moarte în această tulburare (Andrei, Webb & Enea, 2023).

1.1.3.5. Anxietatea de moarte și tulburările de alimentație

În cazul tulburărilor de alimentație, datele sunt limitate, deoarece puține studii au investigat această relație. În general, studiile raportează niveluri mai ridicate de anxietate de moarte în cazul femeilor diagnosticate cu tulburări de alimentație (Giles, 1995). O serie recentă de experimente a utilizat o sarcină de inducere a salienței mortalității pentru a investiga dacă amorsarea morții duce la simptome mai severe ale tulburărilor de alimentație (Forrester, Sharpe & Menzies, 2024). Rezultatele au fost mixte, deoarece în primul studiu, într-un eșantion de studenți, participanții din grupul experimental (i.e., amorsat cu moartea) nu au ales porții mai mici de alimente și nu au fost semnificativ mai nemulțumiți de aspectul lor actual decât participanții din grupul de control (i.e., amorsat cu dureri dentare). Cu toate acestea, în cel de-al doilea studiu, într-un eșantion clinic (i.e., participanți care au raportat niveluri relevante din punct de vedere clinic ale simptomelor de tulburări de alimentație) de 154 de participanți, sarcinile experimentale de saliență a mortalității au dus la creșterea nemulțumirii față de aspectul actual și la alegerea unor porții mai mici de alimente bogate în grăsimi. Aceste rezultate sugerează că anxietatea de moarte poate juca un rol parțial în tulburările alimentare, dar subliniază, de asemenea, nevoia de eșantioane clinice.

1.1.4 Anxietatea de Moarte în Contexte Clinice și Legate de Sănătate

Pe baza ipotezelor TMT, un diagnostic medical ar putea acționa ca un memento al morții, exercitând un efect de amorsare a salienței mortalității, ducând la creșterea nivelului de anxietate de moarte (Juhl & Routledge, 2016). Această ipoteză a fost susținută în numeroase studii, deoarece Turan și Polat (2024) au constatat că anxietatea de moarte a crescut liniar cu percepția bolii într-un eșantion de pacienți cu cancer gastrointestinal avansat. Într-un studiu cu persoane grav bolnave și rudele acestora, cele mai ridicate niveluri de anxietate de moarte au fost raportate de rude, urmate de pacienții cu cancer, iar cele mai scăzute de grupul de control sănătos (Anvar, Javadpour & Zadeh, 2012), subliniind nu numai temerile legate de moarte și de a muri pentru sine, ci și pentru cei apropiați. Într-un alt studiu care a comparat pacienți cu infarct miocardic, pacienți cu cancer și participanți de control, s-au constatat rezultate contradictorii (Şahan et al., 2018). Pacienții cu infarct miocardic au raportat cele mai ridicate niveluri de anxietate de moarte, urmați de participanții de control, cu pacienții cu cancer raportând cel mai scăzut nivel de anxietate de moarte (Sahan et al., 2018). Explicațiile oferite de autori sugerează obișnuința cu diagnosticul de cancer sau negarea diagnosticului. Cu toate acestea, stadiile de cancer nu au fost specificate, ceea ce reprezintă o limită importantă, având în vedere că ratele de supraviețuire variază foarte mult între tipurile și stadiile de cancer (Yang et al., 2020). În plus, eșantionul a fost mic (i.e., $N = 60$ de participanți pe grup), sursa de recrutare a voluntarilor sănătoși pentru grupul de control nu a fost indicată și variabilele confundate relevante pentru ipoteze (e.g., gen, vârstă, sprijin social etc.) nu au fost analizate. O relație similară a fost găsită de Gibbs și Achterberg-Lawlis (1978), unde participanții sănătoși au raportat niveluri semnificativ mai ridicate de anxietate de moarte decât pacienții cu cancer, și de Dougherty, Templar și Brown (1987) în studiul lor longitudinal, care au constatat că pacienții cu cancer au raportat o anxietate de moarte semnificativ mai scăzută decât subiecții de control, iar pacienții artritici au avut cea mai mare anxietate de moarte. Cu toate acestea, autorii au utilizat scala DAS care are itemul "Nu mă tem în mod deosebit de cancer", care a fost exclus pentru toți subiecții, ridicând întrebări cu privire la validitatea rezultatelor, având în vedere că instrumentul nu a fost utilizat așa cum a fost prevăzut. În mod interesant, autorii au evaluat negarea bolii întrebând participanții "Cât de gravă este boala dumneavoastră?" și "Cum v-ați evalua sănătatea fizică în acest moment?", observând că au existat puține dovezi de negare a propriei boli la pacienții cu cancer, dar observând o asociere pozitivă între negare și anxietatea de moarte (Dougherty et al., 1986). Se pare că negarea a avut un rol protectiv împotriva anxietății de moarte, oferind suport modest teoriei TMT. Cu toate acestea, acest rezultat este încă o dată observat de Emanuel et al. (2023), unde pacienții cu cancer care s-au descris ca fiind în stare gravă și în fază terminală au avut scoruri mai mici de anxietate de moarte decât pacienții cu cancer care s-au descris ca fiind în stare gravă, dar nu în fază terminală. Deși acest model în care cazurile medicale terminale și grave prezintă niveluri mai scăzute de anxietate de moarte decât diagnosticele mai ușoare este interesant și poate fi explicat prin habituare sau negare (Sahan et al., 2018), este semnificativ faptul că observăm în mod constant niveluri mai ridicate de anxietate de moarte atunci când o afecțiune medicală este prezentă decât atunci când este absentă.

1.1.5 Anxietatea de Moarte în Meta-analize

Anxietatea de moarte a fost investigată și în meta-analize, oferind o perspectivă largă. De exemplu, într-o meta-analiză a 22 de studii privind pacienții cu cancer, Soleimani et al. (2020) au constatat că nivelurile de anxietate de moarte au fost moderate și influențate de factori precum tipul de cancer, genul și starea civilă. În mod specific, studiile care au analizat anxietatea de moarte în pacientele cu cancer de sân au raportat niveluri mai ridicate de anxietate de moarte în comparație cu alte tipuri de cancer. Acest rezultat nu este surprinzător, deoarece autorii au constatat, de asemenea, că studiile care au inclus numai participanți de sex feminin au raportat, de asemenea, o anxietate de moarte mai mare comparativ cu eșantioanele mixte care au inclus și bărbați. Într-o altă meta-analiză a 18 studii care au inclus pacienți diagnosticați cu HIV/SIDA, a existat un efect mic până la moderat al statutului de diagnostic HIV/SIDA asupra anxietății de moarte, iar această relație a fost moderată de timpul trecut de la diagnostic, în sensul că pe măsură a trecut timpul de la diagnostic, cu atât scădeau nivelurile de anxietate de moarte (Miller, Lee & Henderson, 2012). Autorii au identificat, de asemenea, o asociere moderată spre mare între anxietatea de moarte și simptomele psihologice (e.g., anxietate, depresie și alte simptome/generale). O altă meta-analiză care a inclus 52 de studii a evidențiat câteva corelații ale anxietății de moarte la pacienții cu cancer și a constatat că anxietatea de moarte corelează pozitiv și semnificativ cu povara simptomelor, nivelurile de anxietate și depresie, temerile legate de recurența cancerului și suferința psihologică (Li et al., 2024). Pe de altă parte, anxietatea de moarte a fost corelată negativ cu stima de sine, bunăstarea spirituală, sensul vieții, calitatea vieții și reziliența. O meta-analiză a nouă studii COVID-19 a constatat că anxietatea de moarte a fost ridicată în timpul pandemiei și a variat în funcție de frica de COVID-19, gen și ocupație, lucrătorii din domeniul sănătății înregistrând niveluri deosebit de ridicate de anxietate de moarte (Özgüç, Serin & Tanriverdi, 2024).

1.1.6 Implicații Clinice și Abordări Terapeutice

Având în vedere rolul propus în psihopatologie, anxietatea de moarte a început să fie testată în cadrul intervențiilor psihologice. Printre intervențiile investigate, putem observa educația privind moartea (Dadfar et al., 2016; Göriş et al., 2017; Kim et al., 2016; Miles, 1980), tehnici de expunere sub formă de desensibilizare sistematică de grup *in vivo* (Bohart & Bergland, 1978) și în imaginar (Peal, Handal & Gilner 1982), psihoterapie individuală manualizată pentru pacienții cu cancer (Lo et al., 2019), strategii de relaxare (Rasmussen et al., 1998) și logoterapie (Zuchlke & Watkins, 1977). Pe baza unei analize sistematice și a unei meta-analize a a 15 studii, rezultatele au arătat că intervențiile conduc la îmbunătățiri generale ale anxietății de moarte și că intervențiile CBT sunt cele mai eficiente în reducerea anxietății de moarte (Menzies et al., 2018). Cu toate acestea, calitatea studiilor controlate randomizate incluse a fost în mare parte scăzută, subliniind necesitatea unor studii mai riguroase. O meta-analiză de rețea a 15 studii controlate randomizate susține această constatare, deoarece intervenția cea mai eficientă în reducerea anxietății de moarte a fost Terapia Rațional-Emotivă de îngrijire paliativă (Lu et al., 2024). O analiză sistematică a intervențiilor existențiale pentru anxietatea de moarte la pacienții cu cancer terminal a inclus nouă studii în analiză, cinci dintre acestea fiind studii controlate randomizate (Grossman et al., 2018). Intervențiile existențiale au fost analizate pe baza conținutului lor, iar acestea s-au axat în principal pe teme precum sensul, demnitatea, relațiile și bunăstarea spirituală.

În general, intervențiile au urmat domeniile specificate de Murata & Morita (2006) atunci când a fost implementat un proiect la nivel național, care a implicat 26 de membri în comisii și 100 de recenzori multidisciplinari cu scopul de a stabili un cadru conceptual acceptat atunci când se lucrează cu suferința existențială și spirituală a pacienților paliativi. La sfârșitul efortului, modelul a prezentat șapte categorii propuse pentru a fi studiate în viitor: relațiile, controlul, continuitatea sinelui, povara pentru alții, generativitatea, anxietatea de moarte și speranța. Cu toate acestea, meta-analiza (Grossman et al., 2018) a constatat rezultate modeste, cu îmbunătățiri în principal în ceea ce privește bunăstarea spirituală și distresul existențial. O altă meta-analiză care a inclus șaisprezece studii cu 1262 de pacienți a indicat că CBT, îngrijirea bazată pe spiritualitate și intervențiile educaționale pentru anxietatea de moarte reușesc să reducă nivelurile de anxietate de moarte la pacienții cu boli cronice (Gulbahar-Eren et al., 2023).

În timp ce aceste studii și meta-analize prezintă rezultate interesante cu privire la eficacitatea intervențiilor psihologice în anxietatea de moarte, este important de remarcat faptul că un număr considerabil de studii sunt afectate de erori și bias-uri care interferează cu interpretarea semnificativă a rezultatelor. Limitele și punctele slabe diminuează validitatea și fidelitatea datelor, împiedicând generalizarea rezultatelor și solicitând proiectare mai riguroasă a cercetărilor, studii cu suficientă putere statistică și un control mai bun al rezultatelor studiului.

1.1.7 Anxietatea de Moarte într-o Abordare Transdiagnostică

Anxietatea de moarte, un sentiment de teamă legat de moarte (Malinauskaite et al., 2017), a fost propusă ca un construct transdiagnostic în psihopatologie, cu ipoteza că aceasta joacă un rol causal în apariția și menținerea tulburărilor psihologice. Taxonomiile nosologice actuale, cum ar fi DSM-5 (APA, 2013) și ICD-11 (OMS, 2019) oferă o abordare distinctă a tulburărilor psihice, descriind simptome care apar adesea împreună și etichetându-le ca fiind o tulburare specifică. În timp ce acest sistem a condus și a avansat teoria, cercetarea și practica, a fost de asemenea criticat pentru ignorarea ratelor ridicate de comorbiditate, a prezentărilor clinice eterogene în cadrul diagnosticului categoric (e.g., din cauza criteriilor politetice, două persoane cu același diagnostic categorial pot prezenta simptome complet diferite) și a simptomelor comune subiacente între aceste tulburări (Brown et al., 2001; Kendler et al., 1992; Kotov et al., 2017). Abordarea transdiagnostică se abate de la această cale și își propune să exploreze factorii etiologici și de întreținere comuni în cadrul tulburărilor mintale (Dagleish et al., 2020). Dovezile taxometrice susțin ideea că psihopatologia este dimensională, existând mai degrabă pe un continuum de severitate decât prezentându-se la un prag exact care permite apoi un diagnostic. O abordare transdiagnostică a psihopatologiei evidențiază simptomele și manifestările care apar în toate categoriile de diagnostic. Astfel de factori transdiagnostici constituie vulnerabilități la dezvoltarea tulburărilor psihologice și contribuie la menținerea acestora, amplificând gravitatea simptomelor. De exemplu, perfecționismul (Egan et al., 2011; Sassaroli et al., 2008; Lo & Abbott, 2013), ruminația (Abbott & Rapee, 2004; Kim et al., 2012; McEvoy et al., 2013; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011), neuroticismul (Barlow, Curreri & Woodard, 2021), evitarea comportamentală (Dozois, Seeds & Collins, 2009), afectarea pozitivă scăzută (Barlow & Kennedy, 2016), lipsa de control percepută (Gallagher, Naragon-Gainey, & Brown, 2014), intoleranța la incertitudine (Mahoney & McEvoy, 2012), gândirea negativă repetitivă (Moulds & McEvoy, 2025) și ideile magice (Einstein & Menzies, 2006) au fost toate investigate și explorate ca posibili factori transdiagnostici implicați în tulburări precum tulburările de anxietate, depresia, OCD și tulburările de alimentație. Astfel, o abordare intervențională transdiagnostică este mult mai cuprinzătoare decât accentul obișnuit pus pe tulburări distincte și separate (Dozois et al., 2009) și promite ameliorarea generală a simptomelor și prevenirea acestora indiferent de prezentarea clinică (Abbott & Rapee, 2004; Dudley, Kuyken & Padesky, 2011; Egan et al., 2011; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). Prin urmare, interesul pentru factorii transdiagnostici în psihopatologie provine din potențialul pe care îl au și din modul cuprinzător de abordare a simptomelor clinice.

Pentru a evidenția necesitatea de a ieși din sistemul categorial, (Menzies et al., 2024) a investigat efectul ușii rotative care descrie tendința persoanelor de a se prezenta cu un set de simptome pentru care primesc tratament, dar de a reveni mai târziu cu un alt set și tip de simptome. Acesta nu este un concept nou (Kotov et al., 2017), iar modelele teoretice precum modelul de taxonomie ierarhică a psihopatologiei (HiTOP; Kotov et al., 2017) pot oferi un cadru pentru aceste situații. Dacă am privi la grupuri de simptome în loc să privim la tulburări categorice, atunci modelul HiTOP ar putea explica de ce un individ ar putea prezenta o tulburare și ulterior o alta. În meta-analiza lor, Menzies et al. (2024) au abordat acest fenomen și, pe baza a 27 de studii, s-a stabilit că rata tulburărilor de-a lungul vieții este aproape dublă (de 1,84 ori) față de rata tulburărilor actuale. O altă constatare interesantă este că tulburările de anxietate tind să preceadă alte diagnostice, favorizând instalarea tulburărilor de dispoziție și de abuz de substanțe. Tulburarea de panică a fost excepția, deoarece s-a observat că apare ca o consecință a altor tulburări anxioase. Având în vedere aceste rezultate, se poate emite ipoteza că există unul sau mai mulți factori comuni pentru majoritatea tulburărilor psihologice, iar identificarea acestor factori ar oferi o nouă abordare a diagnosticului și tratamentului. Totodată, modelul categorial al tulburărilor psihologice conduce la fragmentarea conceptelor psihologice. Într-un comentariu, Anvari et al. (2025) identifică numărul tot mai mare de constructe și măsuri, datele sugerând că 79% dintre acestea nu sunt reutilizate de mai mult de două ori (Anvari et al., 2024; Elson et al., 2023). Această tendință de a crea tot mai multe constructe este facilitată, printre altele, de abordarea categorială. Acceptând existența unor tulburări psihologice distincte, presupunem simptome distincte și factori cauzali distincți. De exemplu, Fried et al. (2022) demonstrează că există peste 280 de instrumente pentru măsurarea depresiei, multe dintre acestea evaluând simptome diferite. Prin urmare, Anvari et al. (2025) solicită defragmentarea psihologiei prin reorientarea cercetării fundamentale către rafinarea constructelor și măsurilor existente. O abordare dimensională și transdiagnostică ar adopta principiul parcimoniei prin izolarea simptomelor mai degrabă decât a tulburărilor și prin încercarea de a găsi factori comuni responsabili de apariția, menținerea și exacerbarea simptomelor.

1.2. Relevanța și Impactul Cercetării

Deoarece moartea este o experiență universală, interesul pentru anxietatea de moarte ca experiență psihologică este evident.

După cum am prezentat mai sus, cercetarea empirică actuală indică o rețea elaborată de relații între anxietatea de moarte și multiple tulburări și simptome clinice. În plus, anxietatea de moarte este o caracteristică frecventă a majorității tulburărilor psihice și un motiv des invocat pentru solicitarea tratamentului (Angst et al., 2010). În acest fel, anxietatea de moarte poate fi privită ca o vulnerabilitate care poate fi provocată de declanșatorii emoționali din jurul morții. În funcție de context și de alte variabile individuale, anxietatea de moarte ar putea crește vulnerabilitatea la apariția anumitor tulburări, ar putea amplifica severitatea acestora odată ce apar și ar putea contribui la dificultăți în a le gestiona eficient. Astfel, obiectivul general al prezentei teze a fost de a investiga rolul anxietății de moarte în suferință și psihopatologie, concentrându-se pe câștigurile teoretice, precum și pe progresele metodologice și implicațiile practice.

Deși s-a postulat că teama de moarte este "viermele din miez" (James, 1902) și este responsabilă pentru majoritatea suferințelor și angoaselor noastre (Yalom, 2008), datele sunt încă mixte. TMT beneficiază de sprijin empiric vast, dar este de asemenea considerată o teorie controversată având în vedere ultimele dispute (Klein et al., 2022). Deși TMT și teoriile de apărare în general nu fac predicții specifice cu privire la psihopatologie per se, toate susțin că anxietatea de moarte duce la stres, care poate interfera cu funcționalitatea, ducând la dificultăți considerabile (Angst et al., 2010). În plus, confirmarea naturii transdiagnostice a anxietății de moarte ar eleva rolul său printre factorii transdiagnostici stabiliți în tulburările psihologice. Prin propunerea unui nou factor psihologic transdiagnostic, atât teoria, cât și practica pot beneficia, în special atunci când persoanele prezintă niveluri considerabile de anxietate de moarte.

Acesta reprezintă nucleul tezei: dacă anxietatea de moarte este un factor transdiagnostic, atunci intervențiile care vizează anxietatea de moarte ar putea duce la ameliorarea generală a simptomelor, fără a fi nevoie să se utilizeze protocoale individuale specifice pentru fiecare tulburare pe care o persoană o poate prezenta. O abordare dimensională a tulburărilor psihologice se concentrează asupra factorilor etiologici și de menținere comuni în cadrul tulburărilor psihice, iar dacă anxietatea de moarte este unul dintre acești factori, atunci țintirea anxietății de moarte ar preveni și trata simptomele psihopatologice, și ar menține efectele terapeutice pe termen lung, evitând ratele ridicate de recidivă și efectul de ușă rotativă (i.e., persoanele care se recuperează de la un set de simptome și prezintă ulterior un altul; Menzies et al., 2024). O astfel de abordare ar conduce la îmbunătățirea diagnosticului și a efectelor tratamentului, îmbogățind cercetarea actuală și propunând direcții viitoare în ceea ce privește modul de abordare a tulburărilor și a suferinței generale.

Rezumând, această teză contribuie teoretic prin investigarea anxietății de moarte ca factor transdiagnostic în cadrul tulburărilor psihologice, propunând o nouă abordare potențială a tulburărilor psihice și a tratamentului acestora. Prin investigarea magnitudinii relației dintre anxietatea de moarte și psihopatologie într-o abordare meta-analitică, cuprinzătoare, am încercat să clarificăm și să deslușim datele empirice mixte din prezent. În plus, ne-am propus să testăm relația dintre anxietatea de moarte și simptomele de depresie și anxietate. În mod specific, am urmărit să explorăm rolul anxietății de moarte într-un model de mediere atunci când luăm în considerare un factor transdiagnostic stability, și anume neuroticismul, în manifestările acestor simptome. Din punct de vedere metodologic, acordăm credibilitate cercetării anxietății de moarte prin încercarea de a valida un instrument de măsurare a anxietății de moarte care va permite o măsurare fidelă a nivelurilor de anxietate de moarte, promovând o practică de cercetare acurată. În cele din urmă, din punct de vedere practic, am examinat eficacitatea unui protocol nou dezvoltat bazat pe terapie prin acceptare și angajament (*Acceptance and Commitment Therapy*; ACT) în reducerea anxietății de moarte și am investigat dacă schimbările în nivelurile de anxietate de moarte sunt cele care conduc la schimbări în simptomele de depresie și anxietate.

CAPITOLUL II. OBIECTIVE ȘI METODOLOGIE GENERALĂ

Obiectivul general al prezentei teze este de a investiga rolul anxietății de moarte în psihopatologia umană. Anxietatea de moarte este asociată în mod constant cu suferința și simptomele psihologice, dar nu este încă clar dacă anxietatea de moarte joacă un rol causal în manifestarea mai multor tulburări psihologice. În acest scop, am trasat patru obiective principale la nivel teoretic, metodologic și practic.

În primul rând, ne-am propus să analizăm asocierea dintre anxietatea de moarte, distres și psihopatologie. Deși știm că există o corelație între aceste variabile, rezultatele privind valența, amploarea și semnificația statistică a asociațiilor sunt mixte, iar rolul general al variabilelor moderatoare este încă necunoscut. Am efectuat o meta-analiză a 129 de studii care evaluează corelația (Pearson's r) dintre anxietatea de moarte și suferința psihologică și simptomele tulburărilor psihice. Pentru a explica eterogenitatea probabilă, ne-am propus să investigăm rolul a patru moderatori: (1) tipul de eșantion, (2) diagnosticul medical, (3) instrumental de măsurare a anxietății de moarte și (4) procentul de femei din eșantionul studiului. În plus, am evaluat calitatea studiilor incluse și am analizat dovezile pentru efectul studiilor mici. Această meta-analiză a servit la orientarea următoarelor studiilor, pe baza efectului general observat și a direcțiilor viitoare stabilite prin revizuirea literaturii.

În al doilea rând, având în vedere că discursul și cercetarea empirică privind anxietatea de moarte se pot dovedi inutile în absența unor măsuri psihometrice solide, ne-am propus să traducem și să validăm Scala Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte (DABBS; Menzies et al., 2022). Scala de 18 itemi a fost dezvoltată într-un cadru cognitiv-comportamental, deoarece evaluează anxietatea de moarte, cognițiile dezadaptative pe care le-ar putea avea cineva despre moarte și comportamentele pe care le-ar putea angaja atunci când se gândește la moarte. Aceasta a fost dezvoltată pe eșantioane australiene și britanice și are un prag stabilit de > 55 , ceea ce înseamnă că nivelurile de anxietate de moarte peste acest scor sunt considerate relevante din punct de vedere clinic. Am urmat procedurile stabilite de traducere și am urmărit să reproducem structura factorială (e.g., "Afecte", "Credințe" și "Comportamente") într-un eșantion românesc utilizând analize exploratorii și confirmatorii. De asemenea, au fost evaluate forme multiple de validitate și fidelitate.

În al treilea rând, am investigat dacă anxietatea de moarte mediază relația dintre neuroticism și simptomele de depresie și anxietate, evaluând valoarea sa explicativă suplimentară dincolo de neuroticism într-un eșantion din populație generală.

În al patrulea și ultimul rând, obiectivul final a fost dezvoltarea și evaluarea eficacității unei intervenții bazate pe terapie prin acceptare și angajament (ACT) în reducerea nivelurilor de anxietate de moarte într-un eșantion clinic relevant cu simptome de depresie

și anxietate. În acest scop, am efectuat un studiu pilot randomizat controlat cu placebo în care am comparat un protocol ACT nou dezvoltat ("From Fear to Purpose") cu o condiție placebo de control al atenției. În plus, pentru a evalua rolul transdiagnostic al anxietății de moarte, am examinat dacă modificările în anxietatea de moarte conduc la modificări ale simptomelor de depresie și anxietate.

Pentru a aborda întrebarea principală a tezei - rolul anxietății de moarte în psihopatologie - aducem progrese teoretice, metodologice și practice. Meta-analiza noastră a oferit o imagine de ansamblu cuprinzătoare a datelor empirice privind anxietatea de moarte, cuantificând asocierea acesteia cu psihopatologia și identificând potențiale mecanisme subiacente. Am consolidat constatările noastre prin traducerea și validarea unei măsuri de anxietate de moarte în limba română, asigurând o evaluare precisă și fidelă. În plus, printr-un model de mediere și un studiu randomizat controlat cu placebo, am stabilit rolul cauzal al anxietății de moarte și am evaluat eficiența direcționării acesteia în terapie, contribuind atât la cercetare, cât și la practica clinică.

Astfel, prezenta teză își propune să îmbogățească literatura empirică actuală prin stabilirea naturii transdiagnostice a anxietății de moarte și a rolului său în psihopatologie și prin propunerea unei noi perspective asupra înțelegerii simptomelor tulburării. În plus, ne propunem, de asemenea, să consolidăm modul în care se desfășoară cercetarea anxietății de moarte prin furnizarea unui instrument robust din punct de vedere psihometric, în beneficiul atât al persoanelor care pot experimenta o anxietate de moarte ridicată, cât și al terapeuților care au nevoie de strategii bazate pe dovezi pentru a evalua și urmări simptomele clienților. În plus, miza principală a prezentei teze este una practică și se bazează pe natura transdiagnostică ipotetizată a anxietății de moarte. Dacă anxietatea de moarte se dovedește a avea un rol cauzal în debutul, cursul și evoluția psihopatologiei, atunci abordarea acestei frici specifice ar putea duce la ameliorarea generală a simptomelor, pe termen lung. Prin investigarea eficacității unei intervenții bazate pe ACT pentru reducerea nivelului anxietății de moarte și a simptomelor de depresie și anxietate, ne propunem să oferim o abordare diagnostică mai eficientă și tratamente bazate pe dovezi, în special pentru persoanele cu anxietate de moarte intensă.

CAPITOLUL III. CERCETAREA ORIGINALĂ

3.1. Studiul 1: O Meta-analiză a Asocierii Anxietății de Moarte cu Distresul Psihologic și Psihopatologia¹

3.1.1. Introducere

Anxietatea de moarte, conceptualizată în mod obișnuit ca aprehensiune atunci când cineva se gândește la moarte sau la procesul de a muri (Farley, 2018), a fost mult timp considerată un aspect fundamental al suferinței umane, având în vedere natura sa inevitabilă și universală. O analiză sistematică (Iverach et al., 2014) a studiilor transversale și experimentale a arătat că anxietatea de moarte a fost asociată cu simptome de fobii specifice, tulburare de panică, anxietate socială, agorafobie, tulburări depresive, tulburare obsesiv-compulsivă (OCD) și tulburare de stres post-traumatic (PTSD). Autorii au emis ipoteza că anxietatea de moarte ar putea juca un rol transdiagnostic în dezvoltarea și menținerea mai multor tulburări mintale.

Un număr mare de studii a investigat relația dintre anxietatea de moarte și simptomele tulburărilor psihice sau ale suferinței rezultate din tulburări psihologice sau fizice. Majoritatea acestor studii au fost transversale, cu anxietatea de moarte și simptomele măsurate concomitent. De exemplu, într-un studiu transversal pe 200 de participanți cu un diagnostic actual DSM-5 (APA, 2013) (e.g., tulburare de anxietate generalizată, tulburare depresivă majoră, OCD, tulburare de panică, PTSD), anxietatea de moarte a fost asociată semnificativ din punct de vedere statistic cu psihopatologia, inclusiv numărul de diagnostice pe parcursul vieții, medicamente, spitalizări anterioare, evaluări clinice ale suferinței, depresie, anxietate și stres, chiar și după controlul neuroticismului (Menzies et al., 2019). În plus, s-au observat corelații pozitive puternice (Pearson's r variind de la 0.60 la 0.82) între anxietatea de moarte și severitatea simptomelor (Menzies et al., 2019).

Studiile transversale au indicat, de asemenea, că anxietatea de moarte a fost asociată pozitiv cu suferința psihologică măsurată la pacienții cu hemodializă (Korkut, 2022), severitatea OCD (Chawla, Menzies & Menzies, 2022), depresia și anxietatea (Tang et al., 2021), PTSD (Kira et al., 2021) și frica de COVID-19 (Scriama et al., 2022). De exemplu, un studiu a arătat că persoanele cu anxietate de moarte mai mare experimentează mai multe tulburări înainte de apariția OCD (i.e., anxietate socială, fobii specifice, anxietate de boală și anxietate generalizată), în timp ce persoanele cu anxietate de moarte mai mică sunt mai susceptibile de a dezvolta OCD ca primă tulburare (Menzies et al., 2021). Deși studiile longitudinale au fost mai puține, acestea au raportat, în general, constatări similare. Un studiu a arătat că anxietatea de moarte la momentul inițial a prezis simptomele de suferință somatică, paranoia, depresie, anxietate și PTSD măsurate după o lună (Waite et al., 2022). Într-un alt studiu longitudinal, anxietatea de moarte a fost asociată prospectiv cu depresia și calitatea redusă a vieții la pacienții diagnosticați cu boala Huntington (Sokol et al., 2023).

Diferite teorii au fost propuse pentru a explica modul în care anxietatea de moarte ar putea afecta percepțiile și experiențele, inclusiv psihopatologia și suferința. Deși se bazează pe constructe diferite și adesea vag definite, aceste teorii împărtășesc ideea că moartea reprezintă o amenințare emoțională importantă pentru majoritatea oamenilor, ceea ce duce la cogniții și emoții negative și la activarea unor mecanisme de coping mai mult sau mai puțin adaptative (Hart, 2014). La rândul lor, acești factori cognitivi, emoționali și de coping legați de ideea de moarte ar putea contribui la psihopatologie. De exemplu, una dintre cele mai proeminente teorii, teoria *Terror Management* (TMT; Greenberg et al., 1986), afirmă că moartea este văzută ca o amenințare dominantă și, ca atare, provoacă

¹ Această lucrare a fost publicată: Dumitru, E. P., Cardoș, R. A. I., Milea, I., Gambarota, F., Altoè, G., David, D. O., & Cristea, I. A. (2025). A meta-analysis of the association of death anxiety with psychological distress and psychopathology. *Nature Human Behaviour*, 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41562-025-02115-7>

E.P.D.: conceptualizare, metodologie, analiză formală, investigație, data curation, redactare - proiect original și redactare - revizuire și editare. R.A.I.C.: conceptualizare, metodologie, resurse, conservarea datelor, vizualizare, redactare - proiect original, redactare - revizuire și editare, supraveghere și administrarea proiectului. I.M.: analiză formală, investigație, resurse, conservarea și vizualizarea datelor. F.G.: analiză formală, vizualizare, software și redactare - revizuire și editare. G.A.: analiză formală, redactare-revizuire și editare și supraveghere. D.O.D.: conceptualizare, redactare-revizuire și editare, supraveghere și administrarea proiectului. I.A.C.: metodologie, analiză formală, investigație, conservarea datelor, redactare-revizuire și editare, supraveghere și administrarea proiectului.

anxietate de moarte, care este apoi gestionată prin utilizarea unor mecanisme de coping proximale (atunci când sunt prezente gânduri conștiente de moarte) sau distale (atunci când sunt prezente gânduri inconștiente de moarte). Sprijinul empiric pentru această teorie provine dintr-o meta-analiză (Burke et al., 2010) a 164 de studii cu 277 de experimente incluse, sugerând că sarcinile de amorsare a morții produc efecte observabile, cum ar fi creșterea estimărilor amenințării și a răspunsurilor de evitare a păianjenilor într-un eșantion arahnofob (Strachan et al., 2007) și creșterea timpului petrecut cu spălarea mâinilor într-un eșantion diagnosticat cu OCD (Menzies & Dar-Nimrod, 2017; Strachan et al., 2007). Cu toate acestea, Fiedler et al. (2012) au pus la îndoială presupunerea că gândurile legate de mortalitate sunt cauza acestor răspunsuri. În plus, un studiu preînregistrat de replicare (Klein et al., 2022) care a implicat 21 de laboratoare din SUA nu a reușit să reproducă predicțiile cheie ale TMT. Alte teorii similare, cum ar fi teoriile relaționale, afirmă că oamenii au instincte și nevoi gregare înăscute (Bowlby, 1969), care sunt amenințate de moarte, deoarece aceasta reprezintă separarea finală. Cu toate acestea, teoriile relaționale se străduiesc să explice de ce amenințările abstracte, cum ar fi percepția propriei neputințe, provoacă răspunsuri similare cu cele declanșate de gândurile la moarte (Randles et al., 2011). Modelul de menținere a sensului (Heine et al., 2006) susține că oamenii își doresc sens și coerență sub forma relațiilor așteptate între reprezentările mentale, iar moartea reprezintă o amenințare la adresa acestui sens.

Deși niciuna dintre aceste teorii nu face predicții specifice cu privire la psihopatologie în sine, toate implică faptul că anxietatea de moarte duce la suferință, care, în special dacă este puternică și pervazivă, este o caracteristică frecventă a majorității tulburărilor mintale și un motiv des citat pentru căutarea tratamentului (Angst et al., 2010). Meta-analizele existente privind relația dintre anxietatea de moarte și distress sunt limitate la anumite tipuri de participanți sau tulburări. De exemplu, Miller et al. (2012) au constatat o corelație pozitivă (Pearson's r) de 0.50 între anxietatea de moarte și simptomele psihologice la persoanele HIV/SIDA-pozitive. O altă meta-analiză a constatat niveluri moderate de anxietate de moarte la pacienții cu cancer, care au fost mai ridicate pentru pacienții cu cancer de sân decât pentru cei cu alte tipuri de cancer și mai ridicate în eșantioanele exclusiv feminine (Soleimani et al., 2020).

Astfel, am efectuat o meta-analiză cuprinzătoare a tuturor studiilor privind anxietatea de moarte și stresul psihologic. Scopul nostru a fost de a estima amploarea acestei relații în rândul populației generale și al eșantioanelor clinice.

Prezentare generală a studiului de față

Am inclus toate studiile care au raportat o corelație între anxietatea de moarte, pe de o parte, și măsurători ale stresului și simptomelor tulburărilor psihice, pe de altă parte. Am inclus diverse tipuri de stres și simptome, relevante atât pentru populația generală, cât și pentru eșantioane clinice (i.e., cu simptome sau diagnostice de tulburări mintale). În mod specific, am luat în considerare măsurători ale stresului general (inclusiv stresul perceput), anxietate (atât generală, cât și legată de COVID-19), depresie, psihopatologie generală, simptome de PTSD și simptome de OCD. De asemenea, am examinat moderatorii potențiali ai relației dintre anxietatea de moarte și stres sau simptome, inclusiv tipul de eșantion (general versus clinic), prezența condițiilor medicale, instrumentul de măsurare utilizat pentru anxietatea de moarte și procentul de femei din eșantion. Deși nu am avut ipoteze direcționale specifice, am speculat că relația dintre anxietatea de moarte și stres va fi mai puternică în eșantioanele clinice, pe baza literaturii care leagă anxietatea de moarte de psihopatologie, și în eșantioanele cu afecțiuni medicale (e.g., cancer), pe baza ideii că boala fizică acționează ca amorsă pentru finitudinea vieții (Turan & Polat, 2024).

3.1.2. Rezultate

Meta-analiza este raportată în conformitate cu recomandările PRISMA 2020 (Page et al., 2021). După cum se vede în diagrama PRISMA 2020 (Haddaway et al., 2022; Fig. 1), 27,519 studii au fost identificate din căutările în bazele de date și 38 au fost identificate din căutări în referințe. După eliminarea duplicatelor (10,829 studii), 16,690 studii au fost selectate pe baza titlului și a rezumatului, dintre care 489 au fost selectate pentru inspectarea textului integral. Textele complete nu au putut fi recuperate pentru 14 studii; astfel, 475 de texte complete au fost evaluate pentru eligibilitate. Dintre acestea, 61 nu au raportat datele de corelație necesare pentru calcularea mărimii efectului. Contactul cu acești autori a condus la recuperarea datelor din 5 studii. După screening, 346 de studii au fost excluse (a se vedea secțiunea suplimentară C pentru o listă a studiilor excluse cu motivele excluderii), rămânând un total de 129 studii eligibile pentru includerea în meta-analiză (lista completă se află în secțiunea suplimentară B).

Figura 1 poate fi consultată în teza integrală.

Caracteristicile studiilor incluse

Au fost incluse în total 129 de studii, conținând 158 de eșantioane independente pentru un total de 34,147 de participanți. Studiile au fost efectuate în 38 de țări diferite în ultimii 58 de ani. Dimensiunea medie a eșantionului a fost de 216 participanți. Vârsta medie ponderată a fost de 37 de ani (s.d. = 15,62; interval, 13-78). Caracteristicile descriptive selectate ale studiilor incluse sunt furnizate în secțiunea suplimentară D. Cincisprezece studii (2176 de participanți) au inclus un eșantion clinic, iar 31 de studii (4798 de participanți) au inclus participanți cu o afecțiune medicală (e.g., cancer, HIV sau boala Huntington). Paisprezece studii au utilizat numai participanți de gen masculin, în timp ce 15 studii au utilizat numai eșantioane feminine. Procentul mediu de femei participante a fost de 61% (s.d. = 24,44).

Cel mai utilizat instrument pentru măsurarea anxietății de moarte a fost scala anxietății de moarte (DAS; Templer, 1970; 53 studii), urmată de profilul anxietății de moarte-revizuit (*Death Anxiety Profile-Revised*; DAPR; Wong, Reker & Gesser, 2015; 10 studii), chestionarul anxietății de moarte (*Death Anxiety Questionnaire*; DAQ; Conte, Weiner & Plutchick, 1982), Scala Collet-Lester a fricii de moarte (CLFDS; Lester, 1990) și Scala multidimensională a fricii de moarte (MFODS; Hoelter, 1979) cu șapte studii fiecare. Rezultatele simptomelor au fost evaluate în principal cu măsuri de auto-raportare, dar unele studii au utilizat interviuri structurate (de exemplu, Scala PTSD administrată de clinician (CAPS; Weathers et al., 2018).

Depresia și anxietatea generală au fost cele mai frecvente constructe, fiecare fiind evaluată în 52 de studii. Simptomele PTSD și distresul au fost măsurate fiecare în 19 studii, anxietatea COVID-19 în 15 studii, psihopatologia generală în 14 studii și simptomele OCD în 4 studii (5 eşantioane). Constructe precum tulburarea de panică, tulburarea de personalitate borderline, tulburarea bipolară și schizofrenia au avut sub cinci mărimi ale efectului și, prin urmare, nu au fost agregate statistic.

Evaluarea calității studiilor incluse

Dintre cele 129 de studii incluse, conform categorizării furnizate de Instrumentele de Evaluare a Calității Studiilor (NHLBI; n.d.), 128 de studii au fost studii observaționale de cohortă / transversale, iar unul a fost un singur studiu controlat randomizat. Dintre studiile observaționale de cohortă și transversale evaluate, 38 (30%) au fost clasificate ca având o calitate "slabă" și 90 (70%) ca având o calitate "satisfăcătoare", niciunul nefiind clasificat ca având o calitate "bună". Cele mai frecvente probleme (Fig. 2) au fost lipsa de justificare a dimensiunii eşantionului ($n = 108$), absența evaluării expunerii înainte de rezultat ($n = 128$) și timpul insuficient pentru a observa un efect ($n = 128$). Pentru singurul studiu controlat randomizat inclus, riscul general de *bias* (Sterne et al., 2019) a fost clasificat ca fiind ridicat. Deși a îndeplinit mai multe criterii pentru risc scăzut în unele domenii, preocupări considerabile au apărut din cauza datelor lipsă și a raportării selective, ceea ce subminează validitatea generală a constatărilor studiului (Fig. 2). Evaluările calității sunt furnizate în secțiunea suplimentară E.

Figura 2 poate fi consultată în teza integrală.

Meta-analiză

Relația dintre anxietatea de moarte și categorii ale distresului

Coeficienții de corelație comasați au fost pozitivi și semnificativi din punct de vedere statistic pentru toate categoriile de rezultate (Tabelul 1). Pentru categoria distresului compozit, care a inclus anxietatea generală, depresia și măsurători ale distresului, 79 de dimensiuni ale efectului au fost agregate într-o dimensiune a efectului grupată ($r = 0.41$; $P < 0.001$; 95% interval de încredere (CI), (0.33, 0.47); $I^2 = 94\%$). Rezultate similare au fost raportate pentru relația cu anxietatea generală ($r = 0.42$; $P < 0.001$; $k = 68$; 95% CI, (0.37, 0.47); $I^2 = 90\%$), anxietatea COVID-19 ($r = 0.41$; $P < 0.001$; $k = 19$; 95% CI, (0.34, 0.48); $I^2 = 88\%$) și depresie ($r = 0.41$; $P < 0.001$; $k = 60$; 95% CI, (0.31, 0.50); $I^2 = 95\%$). Relația cu distresul, inclusiv stresul perceput, a fost de asemenea semnificativă statistic ($r = 0.36$; $P < 0.001$; $k = 24$; 95% CI, (0.30, 0.41); $I^2 = 82\%$). Pentru rezultatele legate de psihopatologie, relațiile au fost moderate, inclusiv pentru psihopatologia generală ($r = 0.32$; $P < 0.001$; $k = 16$; 95% CI, (0.16, 0.46); $I^2 = 94\%$), PTSD ($r = 0.34$; $P < 0.001$; $k = 19$; 95% CI, (0.25, 0.42); $I^2 = 91\%$) și OCD ($r = 0.67$; $P = 0.03$; $k = 5$; 95% CI, (0.2, 0.89); $I^2 = 93\%$). Intervalul de predicție (PI) a trecut de zero pentru fiecare categorie de rezultat, cu excepția anxietății (atât generale, cât și legate de COVID-19) și a distresului.

Analize de subgrup

Rezultatele analizelor de subgrup și meta-regresie sunt afișate în Tabelul 2. Relațiile dintre anxietatea de moarte și categoria distresului compozit, anxietatea generală, depresia și PTSD nu au prezentat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între eşantioanele din populația generală și eşantioanele clinice.

Tabelul 1 poate fi consultat în teza integrală.

Tabelul 2 poate fi consultat în teza integrală

Cu toate acestea, relația a fost semnificativ mai mare din punct de vedere statistic ($t(35.37) = -2.055$, $P = 0.047$) pentru categoria distresului compozit în eşantioanele cu afecțiuni medicale ($r = 0.47$; $P < 0.001$; $k = 25$; 95% CI, (0.36, 0.57); $I^2 = 96\%$) decât în cele fără afecțiuni ($r = 0.37$; $P < 0.001$; $k = 54$; 95% CI, (0.29, 0.44); $I^2 = 92\%$). Pentru anxietatea generală și depresie, diferența nu a atins semnificația statistică.

Relațiile nu au fost diferite din punct de vedere statistic între studiile care au utilizat DAS și cele care au utilizat orice alte măsuri de anxietate la moarte. Proporția de femei din eşantion nu a avut un efect semnificativ din punct de vedere statistic asupra relației dintre anxietatea de moarte și niciuna dintre categoriile de stres luate în considerare.

Analize de senzitivitate

Analiza limitată la studiile evaluate ca fiind de calitate satisfăcătoare a fost în general în concordanță cu analiza principală (tabelul 3). Mărimea efectului a fost mai mică pentru categoria distresului compozit și pentru anxietatea generală, depresie și stres. Pentru toate celelalte rezultate, au existat mai puțin de cinci mărimi ale efectului provenind din studii de calitate satisfăcătoare. Cea mai mare diferență față de analiza principală a fost identificată pentru depresie ($r = 0.33$; $P < 0.001$; $k = 19$; 95% CI, (0.23, 0.42); $I^2 = 89\%$).

Tabelul 3 poate fi consultat în teza integrală.

Estimările din studiile care utilizează numai DAS ca instrument al anxietății de moarte au relevat estimări similare cu analizele principale. Pentru categoria distresului compozit ($r = 0.44$; $P < 0.001$; $k = 38$; 95% CI, (0.30, 0.56); $I^2 = 96\%$) și depresie ($r = 0.45$; $P < 0.001$; $k = 31$; 95% CI, (0.27, 0.60); $I^2 = 97\%$), mărimea efectului a fost marginal mai mare, în timp ce pentru anxietatea generală ($r = 0.43$; $P < 0.001$; $k = 32$; 95% CI, (0.35, 0.52); $I^2 = 93\%$) și stres ($r = 0.32$; $P < 0.001$; $k = 9$; 95% CI, (0.25, 0.40); $I^2 = 46\%$), mărimea efectului a fost marginal mai mică.

Analiza de sensibilitate utilizând valori diferite pentru corelația dintre subscalele care măsoară același domeniu ($r = [0, 0.4, 0.5, 0.8]$) a fost aproape identică cu analiza principală (a se vedea secțiunea suplimentară H pentru rezultatele complete).

Efectul studiilor mici

Inspecția vizuală a diagramei pâlnie (Secțiunea suplimentară F) a arătat dovezi ale efectului studiilor mici. Testul lui Egger (Tabelul 4) a indicat o asimetrie semnificativă din punct de vedere statistic a diagramei pâlnie pentru distres ($\beta = 1.81$; $P = 0.03$; 95% CI, (0.21, 3.41)). Rezultatele analizelor *trim-and-fill* sunt prezentate în Tabelul 5. Studii au fost imputate în două cazuri, de ambele ori la stânga mărimii efectului agregat, pentru distres (șapte studii imputate; r corectat = 0.30; 95% CI, (0.23, 0.36)) și psihopatologie generale (trei studii imputate; r corectat = 0.24; 95% CI, (0.09, 0.38)).

Tabelul 4 poate fi consultat în teza integrală.

Tabelul 5 poate fi consultat în teza integrală.

3.1.3. Discuții

Raportăm cea mai cuprinzătoare meta-analiză de până acum privind relația dintre anxietatea de moarte și diverse forme de suferință psihologică, în populații generale și clinice. Abordarea noastră a fost largă, incluzând toate studiile care au raportat corelații între anxietatea de moarte și distres. Am luat în considerare o serie de categorii de distress, cum ar fi distresul general (inclusiv stresul perceput), anxietatea (generală și legată de COVID-19), depresia, psihopatologia generală, simptomele PTSD și simptomele OCD. Rezultatele se bazează pe 158 de eșantioane din 129 de studii, cuprinzând peste 34000 de participanți. Calitatea majorității studiilor a fost slabă, doar o treime dintre studii fiind evaluate ca fiind de calitate "satisfăcătoare" și niciunul ca fiind de calitate "bună".

Cele mai robuste constatări au indicat corelații liniare (Pearson's r) cuprinse între 0,36 și 0,42 pentru relația dintre anxietatea de moarte și distres, anxietate și depresie, separat și combinate într-un rezultat compozit. Asociații de o magnitudine similară, dar bazate pe un număr mai limitat de eșantioane (între 5 și 19), au apărut pentru psihopatologia generală, COVID-19 anxietate și simptome de PTSD. Cu toate acestea, eterogenitatea a fost substanțială, iar majoritatea PI-urilor au trecut de zero, cu excepția anxietății (generale și legate de COVID-19) și a distresului. Analizele limitate la studiile de calitate mai bună ("satisfăcătoare") nu au putut fi efectuate pentru majoritatea rezultatelor din cauza numărului limitat de studii. Pentru depresie, estimările au fost reduse în studiile de calitate mai bună. Au existat de asemenea dovezi ale efectului studiilor mici. Prin urmare, deși asocierea dintre anxietatea de moarte și distres a fost în mod constant semnificativă din punct de vedere statistic și de dimensiuni similare în populația generală și în eșantioanele clinice, calitatea generală scăzută a studiilor, eterogenitatea neexplicată și efectul studiilor mici implică faptul că asocierea reală ar fi putut fi supra- sau subestimată. Sunt disponibile mai multe ghiduri pentru interpretarea magnitudinii r (Cohen, 1992; Sapp, 2006). Cu toate acestea, aceste clasificări sunt generale și nu specifice domeniului, ceea ce înseamnă că aceste mărimi ale efectului ar putea fi considerate mari în unele domenii de cercetare, dar mici în altele.

Pentru a explora eterogenitatea semnificativă din punct de vedere statistic, am efectuat diverse analize de subgrup. Asocierea dintre anxietatea de moarte și distres sau simptome nu a indicat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între populația generală și eșantioanele clinice. Cu toate acestea, doar un număr limitat de studii au utilizat eșantioane clinice (15/129). În plus, aceste studii au fost eterogene în ceea ce privește criteriile de includere, recrutarea, diagnosticele și alți factori. Asocierea dintre anxietatea de moarte și distres a fost mai puternică în eșantioanele de persoane cu afecțiuni medicale decât în cele fără afecțiuni. Prezența sau anticiparea (de exemplu, COVID-19) unei boli fizice ar putea acționa ca o amorsă pentru mortalitate (Turan & Polat, 2024). Această constatare ar putea fi văzută ca suport pentru TMT (Greenberg et al., 1986), prin care o boală are un efect de amorsare pentru saliența mortalității, care, la rândul său, ar putea duce la creșterea nivelului de anxietate de moarte. Cercetările anterioare au raportat de asemenea că persoanele în vârstă cu o boală fizică (Fortner, 1999) au avut niveluri mai ridicate de anxietate de moarte și că anxietatea de moarte a crescut liniar cu percepția bolii (Turan & Polat, 2024) într-un eșantion de pacienți cu cancer gastrointestinal avansat. Cercetări suplimentare ar putea clarifica rolul bolii fizice în exacerbară relației dintre anxietatea de moarte și distres.

De asemenea, nu am găsit dovezi semnificative din punct de vedere statistic că relația dintre anxietatea de moarte și distres ar putea fi mai puternică în eșantioane predominant feminine. Datele empirice anterioare au indicat niveluri mai ridicate de anxietate de moarte pentru femei (Eshbaugh & Henninger, 2013; Quince et al. 2011; Türkarlan et al., 2020). În mod similar, depresia (Kuehner, 2017) este, în general, mai frecventă la femei. Cu toate acestea, faptul că atât anxietatea de moarte, cât și depresia sunt mai prevalente la femei nu implică faptul că acestea ar trebui să fie mai puternic legate. Disparitățile în ceea ce privește modul în care se manifestă suferința între genuri pot ascunde potențialele efecte moderatoare ale genului (cum ar fi o anxietate mai mare cu privire la durerea fizică, suferința și pierderea demnității (Tang et al., 2011)). Femeile se pot teme de anumite aspecte ale morții mai mult decât bărbații, în timp ce alte aspecte sunt la fel de temute. De exemplu, Tang et al. (2002) au constatat niveluri semnificativ mai ridicate din punct de vedere statistic ale fricii față de procesul morții, ale fricii față de corp după moarte și ale fricii pentru persoane semnificative la femei, dar nu au constatat diferențe în ceea ce privește frica de necunoscut sau frica de moarte prematură. Studiile viitoare ar trebui să ia în considerare elaborarea unor instrumente de măsurare a anxietății de moarte sensibile la gen, vârstă și cultură, prin abordarea aspectelor importante pentru fiecare categorie, bazate pe cercetări calitative anterioare. Acest lucru ar putea clarifica care aspecte ale morții sunt mai temute de femei decât de bărbați sau de diferite subgrupuri.

Gradul ridicat de eterogenitate observat a fost explicat doar în mică măsură de analizele de subgrup efectuate. O altă explicație pentru eterogenitate ar putea fi metodologică. În primul rând, după cum s-a menționat deja, niciun studiu nu a putut fi evaluat ca având o calitate "bună", iar două treimi au fost evaluate ca având o calitate "slabă". Rezultatele analizelor de sensibilitate limitate la studiile clasificate ca fiind de calitate "satisfăcătoare" au fost în mare parte similare cu cele ale analizelor principale, deși estimările au fost reduse pentru fiecare rezultat. Cu toate acestea, în absența oricărui studii de calitate bună, este dificil să se concluzioneze că estimările

sunt robuste. În plus, au existat unele dovezi privind efectul studiilor mici, dar nu este clar dacă acestea indică *bias* de publicare, deoarece eroarea de eșantionare aleatorie și eterogenitatea reală nu pot fi excluse. Metodele de corectare a asimetriei diagramei pâlnie, cum ar fi metoda trim-and-fill, au imputat studii numai la stânga mărimii efectului grupat pentru două categorii de rezultate, furnizând dovezi limitate pentru *bias*-ul de publicare

În al doilea rând, măsurarea anxietății de moarte ridică diverse provocări. Majoritatea studiilor incluse au utilizat o măsurătoare unidimensională a anxietății de moarte, cum ar fi DAS. În timp ce analizele care includ studii care au utilizat doar DAS ca măsură a anxietății de moarte au evidențiat rezultate foarte similare cu analizele generale, teama de moarte este în general privită ca un construct multidimensional, cuprinzând componente cognitive, emoționale și comportamentale. Menzies et al. (2022) au exploatat această nevoie și au dezvoltat o nouă scală, Scala Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte, care măsoară afectul, credințele și comportamentele legate de moarte. Această scală nu a fost utilizată în niciunul dintre studiile incluse în prezenta meta-analiză. Măsurarea anxietății de moarte ar trebui, de asemenea, să țină cont de faptul că teama de moarte este distinctă de teama de ceea ce se poate întâmpla după moarte. De exemplu, instrumente precum CLFDS (Lester, 1990) și MFODS (Hoelter, 1979) conțin mai multe subscale care evaluează diferite fațete ale anxietății de moarte. Cu toate acestea, proprietățile lor psihometrice sunt slabe sau chiar absente (Zuccala, 2022) și, alegând să se concentreze asupra anumitor aspecte ale anxietății de moarte, acestea pot neglija alte aspecte. De exemplu, CLFDS (Lester, 1990) include o subscală privind teama de moartea altora, dar niciun item nu abordează viața de apoi. Dincolo de necesitatea unei evaluări multidimensionale, există probleme critice privind proprietățile psihometrice ale instrumentelor utilizate în prezent pentru a evalua anxietatea de moarte. Aceste instrumente au fost analizate în detaliu de Zuccala et al. (2022), cu probleme ridicate atât pentru validitate, cât și pentru fiabilitate. Niciuna dintre cele 27 de măsuri examinate nu a primit evaluări complet pozitive cu privire la criteriile evaluate, cum ar fi validitatea conținutului, consistența internă și interpretabilitatea (Terwee, 2007), deși DAS (Templer, 1970) a prezentat cele mai multe dovezi care susțin validitatea și fidelitatea sa. Există o nevoie crucială de a îmbunătăți instrumentele de măsurare a anxietății de moarte, deoarece în prezent nu există niciun instrument de referință. În plus, măsurile de autoevaluare ar putea să nu fie adecvate pentru a evalua anxietatea de moarte. Principala ipoteză a teoriilor, cum ar fi TMT, se referă la impactul inconștient pe care anxietatea de moarte îl are asupra oamenilor, care nu poate fi capturat prin măsuri de auto-raportare. Cu toate acestea, având în vedere statutul în prezent dezbătut al TMT care explică anxietatea de moarte (Klein et al., 2022), nu este clar dacă sarcinile comportamentale ar fi mai utile decât auto-raportarea. Evaluarea de tip *ecological momentary assessment* (Shiffman et al., 2008), prin raportarea gândurilor, comportamentelor sau emoțiilor legate de moarte și a muri de mai multe ori pe zi, ar putea contribui la o mai bună înțelegere a constructului, în special în eșantioanele în care anxietatea de moarte este ridicată.

Prezenta meta-analiză are câteva limitări importante. În primul rând, studiile incluse au fost studii observaționale și, în cea mai mare parte, studii transversale, ceea ce înseamnă că precedența temporală, cauzalitatea inversă (i.e., distres care duce la anxietatea de moarte și nu invers) și efectele confundate nu pot fi excluse. În al doilea rând, după cum s-a menționat, majoritatea studiilor au fost evaluate ca fiind slabe din punct de vedere metodologic. În al treilea rând, studiile incluse au utilizat instrumente de auto-raportare a anxietății de moarte, care au adesea proprietăți psihometrice slabe (Zuccala et al., 2022), cum ar fi validitatea conținutului neraportată și capacitatea limitată de a detecta schimbările într-o anumită perioadă. Aceste instrumente au fost, de asemenea, foarte dependente de subiectivitatea participanților, așa cum au fost și distresul și simptomele luate în considerare. În al patrulea rând, analizele de subgrup și meta-regresie au fost limitate de raportarea incompletă a caracteristicilor eșantionului (de exemplu, raportul de gen) în mai multe dintre studiile incluse. În al cincilea rând, puține studii au fost efectuate în eșantioane clinice. Studiile mai riguroase, cum ar fi studiile experimentale și studiile longitudinale, pot efectiv reduce sau chiar elimina cauzalitatea inversă și pot clarifica direcționalitatea dintre anxietatea de moarte și distres. De exemplu, studiile mari de cohortă ar putea măsura în mod sistematic anxietatea de moarte, distresul și incidența tulburărilor psihologice la diferite momente.

În concluzie, într-o meta-analiză pe scală largă, am găsit o asocierie consistentă ridicată între anxietatea de moarte și distres și psihopatologie, în populația generală și eșantioanele clinice. Cu toate acestea, eterogenitatea substanțială, calitatea scăzută a studiilor incluse și întrebările cu privire la proprietățile psihometrice ale instrumentelor utilizate pentru a măsura anxietatea de moarte implică faptul că adevărata magnitudine a asocierii ar putea fi diferită. Constatările noastre susțin investigarea viitoare a anxietății de moarte în studii longitudinale rigurose planificate și raportate care includ cohorte de persoane cu diferite tulburări mintale. Astfel de studii ar trebui să utilizeze în mod ideal instrumente multiple sau multidimensionale pentru a măsura mai multe dimensiuni ale anxietății de moarte și pentru a clarifica în continuare natura implicării anxietății de moarte în psihopatologie.

3.1.4. Metode

Meta-analiza a fost preînregistrată la <https://osf.io/a2yeh/> la 7 iunie 2022. O actualizare preliminară a fost efectuată la 22 noiembrie 2023 și o actualizare finală la 28 februarie 2024, din cauza mai multor abateri de la protocol. Abaterile de la preînregistrarea originală și justificarea acestora sunt prezentate în detaliu în informațiile suplimentare (secțiunea suplimentară G). Principalele abateri de la versiunea originală includ strategia de căutare, care a fost revizuită pentru a fi mai largă prin utilizarea numai a cuvintelor cheie legate de anxietatea de moarte (Secțiunea suplimentară A) și eliminarea tuturor termenilor anteriori legați de anumite tipuri de distres. De asemenea, am eliminat două baze de date căutate inițial (Clarivate Web of Science și Scopus), deoarece acestea erau baze de date de citare cu funcționalitate de căutare limitată. În schimb, am adăugat alte două baze de date bibliografice, în plus față de cele utilizate anterior (Medline prin PubMed și PsychInfo): EMBASE și Colecția de psihologie și științe comportamentale (căutată prin EBSCO). Conținutul din EMBASE și Medline se suprapune în mare măsură cu Scopus și ambele includ mai multe instrumente pentru adaptarea căutării. Categorizarea distresului a fost simplificată pentru a facilita interpretarea rezultatelor, înlocuind categorizarea inițială vagă cu una mai clară, prezentată în secțiunea "Extragerea datelor". Bunăstarea a fost inițial inclusă ca rezultat, dar a fost ulterior eliminată deoarece s-a dovedit a fi prea eterogenă, ceea ce a făcut ca interpretarea rezultatelor să fie dificilă și inconsecventă. În consecință, analizele primare au fost modificate pentru a se concentra pe rezultate separate. Analizele de moderare bazate pe statutul clinic au fost

simplificate la tipul de eșantion (general versus clinic). Cultura și vârsta au fost excluse din analizele de subgrup din cauza limitărilor legate de agregarea acestor variabile individuale la nivelul studiului sau a potențialilor factori de confuzie. În schimb, a fost introdusă prezența condițiilor medicale ca moderator. Am introdus, de asemenea, instrumentul de măsurare a anxietății de moarte ca moderator, codificată ca o variabilă *dummy* a studiilor care au utilizat DAS, care a fost ce mai utilizat instrument, față de studiile care au utilizat orice alt instrument al anxietății de moarte. Au fost adăugate analize de sensibilitate pentru a evalua impactul includerii numai a studiilor de bună calitate, așa cum au fost evaluate de instrumentele de evaluare a calității studiilor (NHLBI). De asemenea, am efectuat analize de sensibilitate exploratorii presupunând diferite niveluri de corelații atunci când un studiu a avut mai multe subscale ale aceluiași domeniu și, prin urmare, a trebuit să genereze o singură mărime a efectului folosind metoda propusă de Borenstein et al. (Borenstein et al., 2021). Toate analizele statistice au fost refăcute utilizând R în loc de software-ul comercial inițial Comprehensive Meta-Analysis. Acest lucru a fost făcut pentru a ne asigura că analizele sunt complet reproductibile, deoarece codul complet de analiză a datelor și seturile de date au fost puse la dispoziție prin intermediul Open Science Framework (<https://osf.io/a2yeh/>).

Selectarea studiilor

Am căutat sistematic PsychInfo, Colecția de psihologie și științe comportamentale (prin EBSCO), Embase și Medline (prin PubMed) de la începutul bazei de date până la 30 octombrie 2023, folosind combinații de termeni legați de anxietatea de moarte, cum ar fi "moarte", "muri", "existențial" și "tanatofobie" combinate cu "frică", "anxietate", "groază", "fobie" și "distres". Șirurile de căutare complete, cu datele de căutare și numărul de înregistrări identificate în fiecare bază de date, sunt furnizate în secțiunea suplimentară A. În plus, am utilizat căutarea în referințe și am răsfoit studiile legate de moarte foarte citate și meta-analizele anterioare pentru a identifica articole potențiale. Scanarea titlurilor și rezumatelor, precum și examinarea textului integral, au fost efectuate de aceeași pereche de cercetători (E.P.D. și I.M.), care au lucrat independent. Dezacordurile au fost rezolvate prin discuții și consultări cu un al treilea cercetător (R.A.I.C.).

Studiile incluse (1) au investigat asocierea dintre anxietatea de moarte și distres; (2) au evaluat cel puțin un tip de suferință psihologică sau simptome, cum ar fi depresia sau anxietatea; (3) au inclus eșantioane din populația generală (i.e., indivizi care nu au fost depistați pentru tulburări mintale) sau eșantioane clinice (definite ca un diagnostic sau simptome de tulburări mintale) evaluate cu un interviu clinic sau folosind scale clinice validate; (4) au raportat un coeficient de corelație parametrică (Pearson's r); (5) au avut un design transversal, longitudinal sau experimental (numai măsurătorile de bază/pre-manipulare au fost luate în considerare pentru designurile longitudinale și experimentale); și (6) au utilizat instrumente validate atât pentru anxietatea de moarte, cât și pentru rezultatele legate de distres. Studiile care utilizează eșantioane mixte au fost incluse atât timp cât au raportat corelații separate pentru eșantioanele populației generale și clinice.

Au fost excluse studiile care au utilizat instrumente nevalidate ale anxietății și distresului, inclusiv cele care au propus instrumente noi, precum și cele care nu au fost publicate în reviste evaluate de colegi. Articolele scrise în limbile engleză, italiană, spaniolă, română și germană au fost eligibile.

Extragerea datelor

Doi cercetători (E.P.D. și I.M.) au examinat în mod independent textele complete ale articolelor incluse și au extras următoarele informații: datele de identificare ale studiului (autor și anul publicării), categoria de distres, instrumentul de măsurare a distresului (e.g., *Generalized Anxiety Disorder-7* (Spitzer et al., 2006), *Beck's Depression Inventory* (Beck et al., 1961) sau *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (Thordarson et al., 2004), instrumentul de măsurare al anxietății de moarte [e.g., DAS (Templer, 1970) sau CLFDS (Lester, 1990)], dimensiunea eșantionului, vârsta medie a participanților, procentul de participanți de gen feminin, tipul de eșantion (i.e., populația generală sau clinică), condițiile medicale (i.e., prezente sau absente) și coeficientul de corelație dintre anxietatea de moarte și toate măsurile eligibile de stres.

Pentru studiile care au raportat coeficienți de corelație multipli între anxietatea de moarte și diferite instrumente care măsoară aceeași categorie (de exemplu, depresia), am selectat doar o corelație, alegând instrumentul cel mai frecvent utilizat în cadrul studiilor. Dimpotrivă, pentru cazurile în care studiile au raportat corelații multiple între anxietatea de moarte și subscale ale aceluiași instrument, am inclus toate corelațiile, combinându-le într-o singură mărime a efectului folosind metoda propusă de Borenstein et al. (2021). Au fost incluși numai coeficienții de corelație parametrici (Pearson's r). Dezacordurile au fost rezolvate prin discuții până când s-a ajuns la un consens. Acordul interrater (Cohen's κ ; McHugh, 2012)) înainte de rezolvarea dezacordurilor a fost excelent ($\kappa = 0.93$).

Măsurătorile distresului au fost grupate în următoarele categorii: anxietate generală (de exemplu, *Generalized Anxiety Disorder-7* (Spitzer et al., 2006)), depresie (de exemplu, *Beck's Depression Inventory* (Beck et al., 1961)) distres (de exemplu, *Kessler Psychological Distress Scale* (Furukawa et al., 2003)), psihopatologie generală (de exemplu, *Symptom Checklist-90-R* (Derogatis & Savitz, 1999)), PTSD (de exemplu, *Impact of Event Scale* (Weiss, 2007)), OCD (de exemplu, *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (Thordarson et al., 2004)) și anxietate COVID-19 (de exemplu, *COVID-19 Anxiety Scale* (Lee, 2020)). Am extras, de asemenea, categorii legate de simptomele tulburării de panică, tulburării de personalitate borderline, tulburării bipolare și schizofreniei, dar acestea nu au fost incluse în analiză din cauza unui număr insuficient de mărimi ale efectului (i.e., mai puțin de cinci). În plus, pentru a spori puterea analizelor de subgrup, am creat o categorie compozită de distres care a combinat anxietatea generală, depresia și distresul, având în vedere interrelația puternică și comorbiditatea ridicată între aceste constructe (Eysenck, 2018).

Evaluarea calității studiilor

Evaluarea calității studiilor observaționale de cohortă și transversale a fost realizată utilizând instrumentele de evaluare a calității studiilor elaborate de NHLBI (n.d.). Acest instrument cu 14 domenii evaluează componentele cheie ale studiilor pentru a identifica amenințările la adresa validității interne, răspunsurile fiind clasificate ca "da", "nu" sau "nu se poate determina/nu se aplică".

Fiecare studiu a primit un scor de calitate pe baza procentului de răspunsuri afirmative: $\geq 75\%$, bun; $50-75\%$, satisfăcător; $\leq 50\%$, slab. În cazul studiilor randomizate, a fost utilizat instrumentul *RoB-2 al Cochrane Collaboration* (Sterne, 2019) pentru a evalua domeniul precum randomizarea, respectarea intervenției, datele lipsă, măsurarea constructului și raportarea selectivă. Doi recenzori independenți (E.P.D. și I.M.) au efectuat evaluările generale ale calității, obținând un acord inter-rater excelent (Cohen's κ ; McHugh, 2012; 0.91). Dezacordurile au fost rezolvate prin discuții și consultări cu un al treilea evaluator (R.A.I.C). Detalii suplimentare privind elementele extrase, regulile de decizie și evaluările calității pot fi găsite în secțiunea suplimentară E.

Proceduri meta-analitice și calcularea mărimii efectului

Toate analizele au fost efectuate în R (R Core Team, 2023), versiunea 4.2.3, utilizând pachetul *metafor* (versiunea 4.6-0; Viechtbauer, 2010). Toate datele, codurile și scripturile pentru analiza datelor sunt disponibile în depozitul Open Science Framework la <https://osf.io/a2yeh/>. Mărimile efectului pentru relația dintre anxietatea de moarte și fiecare categorie au fost calculate ca r al lui Pearson. În urma Borenstein et al. (2021), coeficientul de corelație a fost convertit la scala z a lui Fisher, iar analizele de corelație au fost efectuate utilizând valorile transformate, care au fost convertite înapoi în corelații pentru a facilita interpretarea.

Deoarece unele studii au raportat mai multe subscale ale aceluiași instrument, le-am combinat într-o singură mărime a efectului folosind metoda propusă de Borenstein et al. (2021). Pentru analizele principale, mărimile efectului au fost agregate presupunând o corelație de $r = 0.5$ între erorile de eșantionare, deoarece aceasta este o presupunere rezonabilă pentru subscale corelate. Pentru a testa plauzibilitatea acestei ipoteze, am efectuat, de asemenea, analize de sensibilitate utilizând o gamă de valori de corelație $r = [0, 0.4, 0.5, 0.8]$ între subscale ale aceluiași instrument.

Coeficienții de corelație au fost estimați pentru relația dintre anxietatea de moarte și fiecare categorie de stres, clasificat în funcție de grupurile menționate anterior. Pentru fiecare categorie (de exemplu, stres compozit, anxietate generală sau PTSD), mărimile efectului cumulat pentru relația dintre anxietatea de moarte și rezultatele din categoria respectivă au fost calculate utilizând un model cu efecte aleatorii. Unele studii au raportat mai mult de o corelație măsurată pe eșantioane independente, creând o structură de date pe mai multe niveluri (trei niveluri). Acest lucru a fost tratat prin ajustarea unui model pe două niveluri prin ajustarea erorilor standard ale parametrilor estimați cu abordarea estimării robuste a varianței (RVE) (Pustejovsky & Tipton, 2022) utilizând un model de lucru cu efecte ierarhice (Hedges, Tipton & Johnson, 2010). RVE a fost implementat în pachetul R *clubSandwich* (versiunea 0.5.11; Pustejovsky & Tipton, 2018; Tipton & Pustejovsky, 2015), și am folosit ajustarea Cluster Robust-2 pentru eșantioane mici (Pustejovsky & Tipton, 2018).

Mărimile efectelor cumulate au fost calculate dacă erau disponibile cel puțin cinci mărimi ale efectelor unei relații între anxietatea de moarte și o categorie de stres. Categoriile cu mai puțin de cinci mărimi ale efectului (de exemplu, tulburarea de panică, tulburarea de personalitate borderline, tulburarea bipolară și schizofrenia) au fost excluse.

Statisticile τ^2 , Q și I^2 au fost utilizate pentru a evalua eterogenitatea. τ^2 este o măsură directă a eterogenității. Statistica Q și valoarea P asociată abordează ipoteza nulă că nu există varianță și că studiile au o dimensiune comună a efectului. Statistica I^2 este o măsură relativă a eterogenității care reprezintă proporția de variabilitate legată de diferențele reale dintre studii, mai degrabă decât de eroarea de eșantionare (Higgins et al., 2003). Pentru I^2 , valorile de 25%, 50% și 75% indică o eterogenitate scăzută, moderată și ridicată. Pentru modelele de dimensiuni ale efectului grupate, am raportat, de asemenea, PI (Van Den Hout, 2016). PI reprezintă intervalul așteptat de corelație pentru un nou studiu ipotetic care integrează incertitudinea în estimarea efectului grupat și eterogenitatea.

Pentru a evalua impactul variabilelor la nivel de studiu, am efectuat o serie de meta-regresii și analize de subgrup pentru fiecare categorie. Am utilizat un model cu efecte mixte pentru analizele de subgrup în funcție de tipul de eșantion (populație generală versus clinică) și de condițiile medicale (absente versus prezente), precum și de instrumentele de măsurare a anxietății de moarte (DAS (Templer, 1970) versus alte instrumente ale anxietății de moarte). Dincolo de estimarea corelației pentru fiecare nivel al moderatorului, am testat diferențele dintre niveluri. Ca și pentru modelul de efecte agregate, statisticile t au fost calculate cu abordarea RVE și aproximarea Satterthwaite pentru gradele de libertate furnizate de pachetul *clubSandwich* (Tipton & Pustejovsky, 2015). Am efectuat analize de meta-regresie utilizând procentul de femei din eșantion ca variabilă continuă. Analizele de subgrup au fost efectuate numai pentru categoriile de stres care au avut cel puțin cinci dimensiuni ale efectului în cel mai mic subgrup. În fiecare model, am utilizat metoda REML pentru a estima eterogenitatea (Viechtbauer, 2005). Valorile P au fost calculate pentru o ipoteză bilaterală cu un nivel α de 0,05.

Efectul studiilor mici, prin care studiile mai mici sunt mai susceptibile de a produce mărimi mai mari ale efectului, oferind un proxy pentru *bias*-ul de publicare, au fost inspectate prin afișarea și inspectarea diagramei pâlnie și prin teste de asimetrie a diagramei pâlnie (testul de regresie al lui Egger (Egger, 1997) și metoda trim-and-fill (Duval & Tweedie, 2000)). Testul lui Egger a fost efectuat dacă au fost incluse cel puțin zece dimensiuni ale efectului, utilizând abordarea RVE. Am efectuat, de asemenea, două seturi de analize de sensibilitate, unul limitat la studiile evaluate ca având o calitate mai bună și altul care presupunea niveluri diferite de corelații atunci când un studiu avea mai multe subscale ale aceluiași instrument.

3.2. Studiul 2: Adaptarea în Română a Scalei Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte²

3.2.1. Introducere

Anxietatea de moarte, înțeleasă în general ca frica pe care o simte cineva atunci când se gândește la moarte sau la a muri (Farley, 2018), a preocupat și a chinuit conștiința umană încă de la începutul timpurilor. Teoria *Terror Management* (pentru o prezentare cuprinzătoare, a se vedea Greenberg, 2012), construită pe lucrările sociologice ale lui Ernest Becker (1973), propune că conștientizarea morții conduce inevitabil la anxietate, care a fost denumită în consecință anxietate de moarte. Prin urmare, anxietatea de moarte reprezintă un construct de interes cu implicații majore în suferința umană. În domeniul psihologiei clinice, anxietatea de moarte a fost propusă ca un construct transdiagnostic (Iverach et al., 2014), jucând un rol important în exprimarea psihopatologiei. Cercetările empirice anterioare, care sunt în mare parte transversale, au arătat că anxietatea de moarte este strâns legată de psihopatologie, cum ar fi tulburarea obsesiv-compulsivă (Chawla, Menzies & Menzies., 2022), tulburarea de stres post-traumatic (Kira et al., 2021), depresia și anxietatea (Tang et al., 2021), fobiile și anxietatea socială (Strachan et al., 2007) și dependențele (Menzies, Sharpe & Dar-Nimrod, 2019). Astfel, relevanța anxietății de moarte devine evidentă. Dacă anxietatea de moarte este un construct transdiagnostic, pot fi dezvoltate noi abordări ale psihopatologiei. O meta-analiză și analiză sistematică care a inclus 15 intervenții care vizează anxietatea de moarte a constatat că, în general, intervențiile conduc la îmbunătățiri ale anxietății de moarte, intervențiile CBT fiind cele mai eficiente (Menzies et al., 2018), justificând interesul suplimentar pentru anxietatea de moarte.

Cu toate acestea, discuția despre anxietatea de moarte ca stare subiectivă este zadarnică în absența unor instrumente psihometrice robuste. În această direcție, o serie de instrumente ale anxietății de moarte au fost propuse de-a lungul anilor. Multe dintre acestea au fost validate și posedă proprietăți psihometrice variate, dar toate au neajunsurile lor (Zuccala, 2022). Niciunul dintre instrumentele incluse nu s-a dovedit a fi adecvat la toate criteriile de calitate evaluate (Terwee et al., 2007). Acest lucru conduce la concluzia inevitabilă că acest domeniu de cercetare are nevoie de instrumente mai bune, care ar putea fi utilizate atât în cercetare, cât și în contexte clinice.

Pentru a aborda această problemă, (Menzies et al., 2022) au propus un nou instrument al anxietății de moarte, Scala Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte (DABBS), care a fost dezvoltată cu scopul de a evalua credințele și comportamentele dezadaptative legate de moarte. Scala cu 18 itemi este structurată în urma analizelor factoriale exploratorii și de confirmare în trei factori - "Afect", "Credințe" și "Comportamente" și reflectă o paradigmă cognitiv-comportamentală. Prin analize suplimentare de validitate și fidelitate, DABBS a prezentat o validitate puternică de construct și criteriu, alături de consistență internă robustă și fidelitate test-retest. În special, autorii au evaluat validitatea discriminantă, stabilind un scor prag de ≥ 55 pentru a semnala niveluri semnificative din punct de vedere clinic ale anxietății de moarte.

DABBS a fost adaptat și în persană, pe o populație de adolescenți (12-18 ani; Mazidi et al., 2024; OSF preprint), iar analiza factorială confirmatorie a susținut structura cu trei factori. Indicii *goodness-of-fit* au fost acceptabili, dar s-au îmbunătățit la eliminarea celui de-al 15-lea item. În contradicție cu așteptările, subscala "Comportamente" a corelat semnificativ și negativ cu depresia și stresul și nesemnificativ și negativ cu anxietatea și neuroticismul. Acest lucru ar putea fi explicat, printre altele, prin faptul că scala a fost dezvoltată pe adulți, nu pe adolescenți, și prin diferențele culturale. O adaptare chineză a DABBS (Dong et al., 2024), de data aceasta pe participanți vârstnici, a arătat aceeași structură cu trei factori în urma analizelor exploratorii și de confirmare.

Totuși, în România nu există în prezent instrumente validate ale anxietății de moarte. Acest lucru este important deoarece, deși moartea este o experiență universală, ea este trăită la nivel cultural (Hidalgo et al., 2020). Aspectele care țin de procesul funerar, ce înseamnă să ai o moarte bună, credințele privind viața de apoi, precum și răspunsul comunității au un rol în modul în care anxietatea de moarte este experimentată și înțelegerea acestor nuanțe culturale este crucială pentru a evalua cu exactitate anxietatea de moarte în cadrul populației românești, asigurându-ne că intervențiile și mecanismele de sprijin sunt sensibile la cultură și eficiente.

Prin urmare, scopul prezentului studiu este de a traduce, adapta și valida DABBS pe o populație românească pentru a asigura un instrument de măsurare al anxietății de moarte sensibil din punct de vedere cultural și robust din punct de vedere psihometric. Procesul de adaptare va urma indicațiile recomandate (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993). Vom evalua validitatea de criteriu și de construct, precum și consistența internă a DABBS și fidelitatea test-retest la trei săptămâni.

3.2.2. Metode

Design

Studiul de față face parte dintr-un proiect mai amplu de traducere și validare a instrumentelor de măsurare a anxietății de moarte în limba română, care a fost preînregistrat și este disponibil pentru consultare pe platforma OSF (<https://osf.io/yqc67>). Studiul are un design transversal, folosind eșantionarea de conveniență. Acesta a fost aprobat de Autoritatea Universitară de Evaluare Etică (461/26.05.2023) și este în conformitate cu standardele etice pentru cercetare.

Participanți

În general, regulile empirice în estimarea dimensiunii eșantionului sunt criticate pentru că nu iau în considerare aspecte precum nivelul de comunalitate al variabilelor (MacCallum et al., 1999) și pentru că se concentrează exclusiv pe numărul de variabile incluse în studiu. Cu toate acestea, dimensiunea minimă recomandată a eșantionului este, de obicei, de 10 participanți pentru fiecare item

² Această lucrare este în curs de revizuire: Dumitru, E. P., Cardoso, R. A. I., David, D. O. (under review). The Romanian Adaptation of the Death Anxiety Beliefs and Behaviors Scale. *Death Studies*.

(Comrey & Lee, 1992), ceea ce înseamnă că a fost necesar să se recruteze un minim de 180 de participanți. Eșantionul a fost extras din populația generală, iar principalele criterii de includere au fost (1) vârsta cuprinsă între 18-65 de ani, (2) cetățenia română, (3) capacitatea de a înțelege instrucțiunile și (4) capacitatea de a înțelege limba română. Principalele criterii de excludere au fost un istoric de boală mintală care ar putea interfera cu acuratețea datelor raportate (de exemplu, tulburări psihotice, tulburare bipolară). Studiul a fost promovat online, folosind reclame plătite pe Facebook, adresate adulților cu vârsta de peste 18 ani care locuiesc în România. Recrutarea a durat un an, din iulie 2023 până în iulie 2024. Participanții nu au fost plătiți pentru răspunsurile lor, dar au fost înscrși într-o tombolă pentru a câștiga un card cadou de 25€ pentru o platformă de e-comerț din România. Un total de 544 de răspunsuri au fost înregistrate la timpul 1 (T1). 30 de răspunsuri au eșuat la verificarea atenției, 18 răspunsuri au fost excluse pe baza criteriilor de excludere și 14 răspunsuri au fost excluse deoarece au fost intrări multiple de la aceiași participanți. Astfel, pentru analizele principale, 482 de participanți au fost incluși în studiu. În ceea ce privește fidelitatea test-retest, 298 de participanți au completat aceleași măsurători la momentul 2 (T2) trei săptămâni mai târziu. Dintre aceștia, 5 nu au reușit verificarea atenției, ceea ce a condus la un eșantion de 293 de participanți la T2. Eșantionul a fost compus predominant din femei (391 femei, 77 bărbați și 14 persoane care nu și-au raportat genul). Vârsta medie a eșantionului a fost $M_{\text{vârsta}} = 29.57$. $SD = 10,41$ (interval 18-61).

Instrumente

Scala Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte (DABBS; Menzies et al., 2022)

DABBS este un instrument de autoevaluare cu 18 itemi, dezvoltată recent, pentru a evalua convingerile și comportamentele dezadaptative relevante pentru anxietatea de moarte. Scala are o structură cu trei factori (i.e., "Afecte", "Credințe" și "Comportamente") și a demonstrat o bună validitate de construct, validitate de criteriu, consistență internă și fidelitate test-retest în studiul de validare. În plus, DABBS a distins în mod eficient participanții cu niveluri semnificative din punct de vedere clinic de anxietate de moarte de cei fără folosind un prag de ≥ 55 . Coeficienții de consistență internă obținuți în prezentul studiu pentru scală și subscalele sale pot fi consultați în Tabelul 3.

Validitatea de criteriu:

Scala anxietății de moarte (DAS; Templer, 1970)

DAS este unul dintre cele mai utilizate instrumente pentru evaluarea anxietății de moarte. Acesta include 15 afirmații și itemii sunt evaluați pe o scală Likert de 5 puncte de la 1 (puternic dezacord) la 5 (puternic de acord) și este în prezent în curs de adaptare, de asemenea. În studiul de față, DAS a prezentat o consistență internă bună cu $\alpha = .87$ (T1) și $\alpha = .87$ (T2).

Validitatea de construct:

Inventarul de Depresie Beck - II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; David, Doborean & Sucala, 2012)

BDI-II este un instrument de autoevaluare cu 21 de itemi care evaluează prezența și severitatea simptomelor depresive pe baza criteriilor de diagnostic DSM-IV (APA, 1994) pentru depresia majoră. Scorurile variază de la 0 la 63, scorurile mai mari indicând simptome depresive mai severe. BDI-II prezintă o consistență internă excelentă în acest studiu, cu un α al lui Cronbach de $\alpha = .93$ (T1) și $\alpha = .94$ (T2).

Inventarul Anxietății Beck (BAI; Beck et al., 1988)

BAI este o un instrument de autoevaluare cu 21 de itemi care evaluează simptomele de anxietate. Itemii sunt evaluate pe o scală Likert de la 0 la 3, iar scorul total variază de la 0 la 63. Ca instrument a simptomelor generale de anxietate, BAI este considerat fidel și adecvat. Consistența internă a BAI în acest studiu a fost $\alpha = .93$ (T1) și $\alpha = .93$ (T2), indicând o consistență internă excelentă.

Cele 5 domenii NEO-PI-R (NEO-PI-R; Iliescu, Popa & Dimache., 2015)

Pentru măsurarea trăsăturilor nevrotice a fost aleasă adaptarea românească a subscalei Neuroticism din NEO-PI-R Broad Domains. Cei 10 itemi sunt evaluați pe o scală Likert în 5 puncte, iar ultimii 5 itemi sunt inversați. Subscala de neuroticism a fost selectată pentru a testa validitatea convergentă a DABBS, deoarece literatura empirică anterioară sugerează că neuroticismul este corelat semnificativ și pozitiv cu anxietatea de moarte. Consistența internă a subscalei NEO-PI-R Neuroticism în acest studiu a fost bună, cu $\alpha = .89$ (T1) și $\alpha = .89$ (T2).

Scala Rosenberg a Stimei de Sine (RSES; Rosenberg, 1965; David, 2020)

RSES este un instrument de auto-raportare de 10 itemi a stimei de sine globale. Literatura empirică sugerează că stima de sine acționează ca o apărare împotriva anxietății de moarte (Burke et al., 2010) și, prin urmare, ar trebui să fie corelată negativ cu anxietatea de moarte. Itemii sunt evaluați pe o scală de 4 puncte (de la 0 la 3). Consistența internă în acest studiu a fost excelentă, cu $\alpha = .91$ (T1) și $\alpha = .91$ (T2).

Procedură

Procedura de traducere

DABBS a fost tradus din engleză în română de doi cercetători bilingvi, ambii vorbitori nativi de română și vorbitori fluenți de engleză, care au lucrat independent. Un al treilea cercetător a sintetizat cele două traduceri rezultate într-o singură versiune. Această versiune a fost ulterior tradusă din română în engleză de alți doi cercetători. Cele două retroversiuni au fost apoi comparate de același cercetător care a realizat sinteza inițială pentru a verifica calitatea traducerii, iar pe baza acestei comparații a fost elaborată o versiune finală în limba română a DABBS.

Procedura de validare

După semnarea formularului de consimțământ informat, participanții au continuat să furnizeze date demografice și să răspundă la scalele psihologice incluse în studiu utilizând un link Google Form. Trei săptămâni mai târziu, participanții au primit un alt link Google Forms care conținea aceleași scale pentru a evalua fidelitatea test-retest. Au fost urmate recomandările standard pentru adaptările interculturale (Guillemin et al., 1993).

Plan analitic

Toate răspunsurile colectate, la ambele momente, au fost codificate și scorate. Datele au fost introduse în JAMOVİ (versiunea 2.3.28.0; The JAMOVİ Project) pentru a fi analizate. Nu au existat chestionare incomplete și nici date lipsă.

Analiza factorială confirmatorie

În prezent, există un singur model identificat pentru structura DABBS (Menzies et al., 2022). Autorii scalei propun o structură cu trei factori pentru DABBS, iar pentru a determina gradul de adecvare între modelul lor și datele din prezentul studiu, a fost utilizată analiza factorială confirmatorie (CFA; Brown, 2015). Astfel, pe eșantionul nostru a fost efectuată o CFA cu metoda *full information maximum likelihood estimation*. A fost utilizat un test chi-pătrat de *goodness of fit*, unde ajustarea este considerată cea mai bună atunci când coeficientul chi-pătrat (χ^2 ; Satorra & Bentler, 2001) nu este semnificativ din punct de vedere statistic. Pentru a evalua gradul de potrivire, indicii care au fost calculați au fost *comparative fit index* (CFI; Bentler, 1990), indicele Tucker-Lewis (TLI; Bentler & Bonett, 1980) și *root mean square error of approximation* (RMSEA; Steiger, 1998) cu un interval de încredere de 90% pentru a evalua potrivirea modelului cu datele. În general, valorile CFI și TLI de .90 sunt considerate o potrivire acceptabilă a modelului, iar valorile CFI și TLI de peste .95 sunt considerate o potrivire bună a modelului (Hu & Bentler, 1999). În ceea ce privește RMSEA, o valoare mai mare de 0,08 indică o potrivire acceptabilă, în timp ce o valoare de 0,05 sau mai mică reprezintă o potrivire bună (Browne & Cudeck, 1992).

Analiza exploratorie a factorilor

Atunci când CFA nu identifică o potrivire bună între model și datele eșantionului, se poate recurge la o analiză factorială exploratorie (EFA; Cudeck, 2000) pentru a testa alte structuri factoriale care ar putea prezenta o potrivire mai bună pentru date. În a doua etapă a analizei, a fost efectuată o EFA pentru a identifica o structură factorială alternativă. Astfel, a fost efectuată o EFA utilizând metoda *principal axis extraction* cu rotație Oblimin pentru cei 18 itemi ai DABBS. Testul de sfericitate al lui Bartlett (Bartlett, 1950) și măsura KMO de adecvare a eșantionării (Cerny & Kaiser, 1977) au fost utilizate ca verificări ale ipotezelor. Numărul de factori a fost decis pe baza analizei paralele. Au fost reținuți itemi cu încărcări factoriale $\geq 0,40$ și cele care nu se încăreau pe mai mult de un factor.

Analize de fidelitate și validitate

Alfa lui Cronbach a fost utilizat pentru a evalua fidelitate consistenței interne pentru factorii nou identificați. Coeficientul de corelație Pearson este considerat o metodă imprecisă de evaluare a fidelității test-retest, deoarece nu ia în considerare diferențele sistematice (Streiner, Norman & Cairney, 2024). Terwee et al. (2007) recomandă coeficientul de corelație intraclasă (ICC) ca cel mai potrivit parametru pentru măsurarea continuă, deoarece diferențele sistematice sunt considerate parte a erorii de măsurare, motiv pentru care a fost utilizat un model *two-way* cu efecte aleatorii, unitatea "single rater", ICC de tip "acord absolut" (JAMOVİ, pachetul "irr", versiunea 0.84.1). Pentru a evalua validitatea de criteriu și construct, a fost utilizată corelația Pearson. De asemenea, a fost efectuat un test t pentru a compara scorurile anxietății de moarte în funcție de gen.

Abateri de la protocol:

În preînregistrarea OSF (<https://osf.io/yqc67>), dimensiunea țintă a eșantionului a fost de minimum 500 de participanți. Am decis să oprim recrutarea la 544 de răspunsuri înregistrate. În urma criteriilor de includere, am rămas cu 482 de participanți, mai puțin decât dimensiunea eșantionului vizat, dar totuși suficient pentru analiza factorială (Comrey & Lee, 1992). Coeficientul Pearson a fost propus pentru a evalua fidelitatea test-retest, dar am decis să folosim ICC din motivele prezentate în planul analitic. Nu am planificat în protocolul inițial să comparăm participanții de gen feminin și masculin pe baza scorurilor anxietății de moarte, dar am decis să o facem, deoarece genul este un construct relevant în ceea ce privește anxietatea de moarte.

3.2.3. Rezultate

Mediile, deviațiile standard și valorile skewness pentru cei 18 itemi ale DABBS sunt prezentate în tabelul 1. Datele prezintă o normalitate univariată a elementelor, deoarece niciun element nu prezintă o valoare a asimetriei mai mare decât limita recomandată de 3 (Kline, 2005).

Tabelul 1 poate fi consultat în teza integrală

CFA

Pentru a testa potrivirea între modelul preexistent identificat de Menzies et al. (2022) și datele eșantionului ($N = 482$), am efectuat o analiză factorială de confirmare cu metoda *full information maximum likelihood estimation*. Modelul original are trei factori (și anume, "Afect", "Credințe" și "Comportamente"). Modelul a fost identificat prin fixarea varianțelor factorilor la 1. Indicii nu îndeplinesc valorile pentru o potrivire acceptabilă. În primul rând, testul chi a fost semnificativ ($\chi^2(132) = 815, p < 0,001$). În plus, CFI (0,87) și TLI (0,85) au fost sub pragul acceptabil de 0,90. În sfârșit, RMSEA [.104 (90% CI = .096; .111)] a fost departe de valoarea

recomandată de .05. Deoarece statisticile de potrivire au indicat o potrivire atât de slabă, CFA nu susține modelul original cu trei factori și, prin urmare, necesită o EFA.

EFA

Cei 18 itemi au fost introduși într-o analiză EFA utilizând *principal axis extraction* cu o rotație Oblimin. Testul Bartlett de sfericitate a fost semnificativ ($\chi^2(153) = 5574, p < 0,001$, iar măsura Kaiser-Meyer-Olkin de adecvare a eșantionării a fost de 0,89, sugerând o bază bună pentru analiza structurii factoriale. Pe baza unei analize paralele folosind 100 de eșantioane bootstraps, a fost sugerată o structură de cinci factori. Graficul scree a susținut, de asemenea, soluția cu 5 factori, iar factorii extrași explică 66,1% din varianța totală. Încărcarea factorilor poate fi consultată în tabelul 2. Au fost luate în considerare încărcările factorilor $> 0,4$, ceea ce a arătat că fiecare item s-a încărcat $> 0,4$ pe noua structură factorială. Astfel, niciun element nu a fost eliminat din analiză și fiecare item s-a încărcat pe un singur factor. Indicii de potrivire a modelului rezultați din EFA arată o bună potrivire a modelului, cu TLI (.97) depășind valoarea recomandată de .95 și RMSEA [.043 (90% CI = .032; .054)] mult sub valoarea sugerată de .06.

Cei cinci factori au fost examinați și interpretați pe baza conținutului lor. Un singur factor a fost echivalent cu un factor identificat anterior ("Afect", F1), care a inclus primii patru itemi. Al doilea factor, denumit anterior "Credințe", a fost împărțit în două și redenumit "Credințe de moarte legate de sine" (F2; elementele 5, 6, 7, 8, 10) și "Credințe de moarte legate de ceilalți" (F3; elementele 9, 11). În sfârșit, factorul denumit anterior "Comportamente" a fost, de asemenea, împărțit în două și redenumit "Evitare comportamentală" (F4; elementele 12, 14, 16, 18) și "Evitare experiențială" (F5; elementele 13, 15, 17).

Tabelul 2 poate fi consultat în teza integrală.

Fidelitate:

Consistența internă a fost analizată la ambele intervale de timp, relevând că scala are o consistență internă bună. În ceea ce privește subscalele, care sunt organizate pe baza noii structuri factoriale identificate prin EFA, acestea au o consistență internă excelentă și bună, cu excepția "Evitării experiențiale" (F5), care prezintă o consistență internă acceptabilă. Coeficienții alfa ai lui Cronbach pot fi consultați în tabelul 3.

Tabelul 3 poate fi consultat în teza integrală.

Test-retest:

Coeficientul de corelație intraclasă a fost calculat pentru a evalua acordul dintre T1 și T2 în măsurarea anxietății de moarte utilizând instrumentul DABBS. Pentru scala totală, coeficientul ICC este .88, $p < .001$ (95% CI = .86; .91). În conformitate cu Koo și Li (2016), este mai bine să se estimeze nivelul de fidelitate pe baza intervalului de încredere de 95% al estimării ICC, mai degrabă decât pe estimarea în sine, ceea ce sugerează că fidelitatea test-retest a fost bună până la excelentă. În ceea ce privește subscalele DABBS, coeficienții ICC sunt mai mici, indicând o fidelitate bună (tabelul 4).

Tabelul 4 poate fi consultat în teza integrală.

Validitate

Confirmând așteptările noastre, DABBS corelează pozitiv și semnificativ cu scala DAS (Templer, 1970), sugerând o bună validitate a criteriului. Coeficientul de corelație de $r = .77$ depășește pragul recomandat (Terwee et al., 2007).

În ceea ce privește validitatea constructului, după cum se poate observa în tabelul 5, DABBS corelează pozitiv și semnificativ cu scorurile de depresie, anxietate și neuroticism, precum și negativ și semnificativ cu stima de sine. Deoarece coeficienții de corelație sunt mici până la moderați, instrumentele nu sunt redundante (Terwee et al., 2007). Relația dintre DABBS și vârstă este negativă, așa cum era de așteptat, dar nu este semnificativă din punct de vedere statistic.

Tabelul 5 poate fi consultat în teza integrală.

În plus, după efectuarea unui test t pentru eșantioane independente, am constatat diferențe semnificative în scorurile DABBS în funcție de gen. Având în vedere dezechilibrul semnificativ al raportului de gen în cadrul studiului și deoarece distribuția scorului total DABBS nu îndeplinește normalitatea pe baza testului Kolmogorov Smirnov ($p = 0,02$), dar îndeplinește omogenitatea în urma testului lui Levene ($F [1, 466] = 0,24, p = 0,62$), a fost ales testul Mann Whitney U, care a arătat că diferența dintre cele două grupuri este semnificativă. Femeile raportează scoruri mai mari de anxietate la moarte ($Mdn = 48, N = 391$) decât bărbații ($Mdn = 41, N = 77$), $U = 10973, p = < .001$.

3.2.4. Discuții

Scopul prezentului studiu a fost de a valida DABBS pe un eșantion de adulți români. În urma procedurii de traducere, am testat structura originală cu trei factori a DABBS pe eșantionul românesc, dar CFA nu a susținut modelul original pe eșantionul nostru. Astfel, a fost necesară o EFA, care a sugerat o structură cu cinci factori cu indici excelenți de potrivire. Primul factor, "Afect", a rămas același, dar ceilalți doi factori au fost împărțiți în alți doi factori. În urma analizei conținutului elementelor, factorul "Credințe" a fost împărțit în "Credințe de moarte legate de sine" și "Credințe de moarte legate de ceilalți", iar factorul "Comportamente" a fost împărțit în "Evitare comportamentală" și "Evitare experiențială".

Noua structură factorială poate fi explicată prin conținutul elementelor în sine. În timp ce factorul "Afect" este foarte clar axat pe componenta emoțională a anxietății de moarte, atunci când vine vorba de "Credințe" și "Comportamente", itemii sunt puțin mai eterogeni. Astfel, s-ar putea face o demarcație între itemii care vizează în mod specific sinele (e.g., "Ar fi oribil să mor singur"; "Moartea mea va fi o experiență dureroasă") și cei care îi implică pe alții (e.g., "Voi pierde brusc o persoană dragă și acest lucru mă va distruge"). Noua structură factorială susține o abordare mai nuanțată, similară Scalei Collet-Lester Fear of Death (Lester, 1990), care are patru subscale: "moartea sinelui", "moartea celorlalți", "procesul morții personale" și "procesul morții celorlalți". Această distincție s-ar putea dovedi utilă în cercetările viitoare și în activitatea clinică, deoarece diferite persoane pot experimenta aspecte specifice ale anxietății de moarte. Pe baza cercetărilor anterioare, se pare că femeile au temeri mai mari pentru cei apropiați (Tang et al., 2002). La examinarea atentă a subscalei "Comportamente", este evident de ce anumiți itemi au fost grupați diferit. De exemplu, "vizionarea unui film sau a unei emisiuni TV cu un personaj care moare" este calitativ diferită de "gândul că voi muri". Prima este o activitate obișnuită pe care oamenii s-ar putea să nu o evite în mod activ, în timp ce a doua implică gânduri profund personale și intense din punct de vedere emoțional. Această distincție ajută la explicarea motivului pentru care itemii precum "Gândindu-mă că voi muri" au format un factor separat. Acești itemi implică o contemplare mai personală și mai dureroasă, ceea ce le face calitativ distincte de comportamentele pasive sau externe, cum ar fi vizionarea unei emisiuni TV. Această diferență în implicarea emoțională și relevanța personală a dus la împărțirea în factori distincți în timpul analizei.

În ceea ce privește fidelitatea, DABBS prezintă o consistență internă bună, iar noile sale subscale prezintă o consistență internă excelentă până la acceptabilă. Fidelitatea test-retest, care a fost evaluată utilizând ICC, s-a dovedit a fi bună, stabilind consistența scalei în timp.

În ceea ce privește validitatea DABBS, rezultatele indică o bună validitate de criteriu, conform valorilor recomandate (Terwee et al., 2007). Validitatea de criteriu a fost stabilită prin intermediul celei mai frecvent utilizate scale de anxietate de moarte (DAS; Templer, 1970), care este în curs de traducere și validare în limba română, și indică faptul că DABBS este eficientă în scopul său de a măsura anxietatea de moarte. Asociațiile dintre DABBS și variabilele psihologice măsurate în studiu au fost toate în direcția așteptată, indicând o bună validitate de construct. Depresia, anxietatea și neuroticismul au corelat pozitiv cu anxietatea de moarte, în timp ce stima de sine și vârsta au corelat negativ, relații care au fost bine stabilite în cercetările anterioare (Bianco et al., 2024; Li et al., 2024). Magnitudinea mică spre moderată a corelațiilor sugerează non-redundanța scalei.

În plus, conform literaturii anterioare, femeile par să experimenteze niveluri mai ridicate de anxietate de moarte decât bărbații (Eshbaugh & Henninger, 2013; Quince et al., 2011; Türkarslan et al., 2020), ceea ce a constatat și studiul de față, dar este important de remarcat faptul că eșantionul a fost predominant feminin (83%), ceea ce afectează interpretabilitatea rezultatelor și exclude inferențe suplimentare.

Un punct forte al prezentului studiu este faptul că toate măsurile utilizate pentru a stabili validitatea de construct au fost traduse și validate în limba română, cu excepția BAI (Beck et al., 1988), ceea ce permite o mai mare încredere în rezultatele studiului. Un alt punct forte este dimensiunea adecvată a eșantionului, furnizând o putere statistică satisfăcătoare pentru CFA și EFA (Comrey & Lee, 1992).

Există câteva limite ale studiului. În principal, dezechilibrul de gen al eșantionului, care este mai pronunțat decât raportul de gen din eșantionul lui Menzies. Procentul ridicat de femei participante la studiu ar putea explica de ce CFA nu a reprodus structura factorială inițială. Acest aspect devine cu atât mai relevant dacă luăm în considerare literatura trecută care sugerează că femeile tind să experimenteze niveluri mai ridicate de anxietate de moarte (Eshbaugh & Henninger, 2013; Quince et al., 2011; Türkarslan et al., 2020). Sunt necesare studii suplimentare cu un raport de gen mai echilibrat pentru a investiga dacă noua structură factorială este susținută. O altă limită se referă la vârsta generală tânără a participanților. 306 participanți aveau sub 30 de ani, astfel încât eșantionul nu a fost reprezentativ pentru toate categoriile de vârstă, ceea ce limitează interpretabilitatea datelor, deoarece anxietatea de moarte și vârsta au o relație complexă care este, la rândul său, influențată de variabile precum sănătatea, religiozitatea și singurătatea (Guner, Erdogan & Demir, 2023; Missler et al., 2012).

Din cunoștințele noastre, aceasta este primul instrument al anxietății de moarte validat în limba română. Proprietățile psihometrice rezultate indică faptul că versiunea română a DABBS are validitate și fidelitate bune, ceea ce o face adecvată pentru a fi utilizată atât în contexte de cercetare, cât și în contexte clinice. Versiunea adaptată a DABBS poate fi utilizată pentru a investiga în continuare anxietatea de moarte, deschizând noi direcții de cercetare, cum ar fi testarea anxietății de moarte ca factor cauzal în studiile longitudinale și experimentale. În plus, DABBS-ul adaptat în română poate fi utilizat în protocoalele de evaluare și tratament, oferind clinicienilor o măsură fidelă a nivelurilor de anxietate de moarte experimentate de pacienți.

3.3. Studiul 3: Explorarea Legăturii dintre Neuroticism, Depresie și Anxietate: Rolul Mediator al Anxietății de Moarte³

3.3.1. Introducere

Depresia și anxietatea

Depresia, caracterizată de obicei prin afect scăzut persistent și pierderea plăcerii și a interesului pentru activități (APA, 2013), este una dintre principalele cauze ale suferinței (WHO, 2021), afectând peste 300 de milioane de persoane la nivel mondial. În formele sale cele mai severe, ideea suicidară poate fi un simptom comun (Cai et al., 2021; Riera-Serra et al., 2024), ceea ce reprezintă un aspect îngrijorător, deoarece suicidul rămâne una dintre principalele cauze ale mortalității (Centers for Disease Control and Prevention, s.n.). Împreună cu impactul său psihologic, depresia poartă, de asemenea, o povară economică semnificativă, contribuind la un cost societal de 382,3 miliarde de dolari (Greenberg et al., 2023). Dincolo de impactul economic, datele sugerează că tulburarea depresivă majoră a reprezentat 2,7 milioane de ani de viață ajustați în funcție de handicap în 2016, cea mai mare povară dintre toate tulburările psihice (Mokdad & Ballesteros, 2018). Împreună cu tulburările depresive, tulburările de anxietate sunt adesea citate ca o altă cauză principală de suferință (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022), afectând sănătatea mentală, fizică și socială (Kariuki-Nyuthe & Stein, 2015; Santabábara et al., 2021; Szuhany & Simon, 2022). Prevalența tulburărilor anxioase variază în funcție de vârstă, gen, statut socioeconomic și alte variabile (Mwinyi et al., 2017). Aceste tulburări sunt frecvent invalidante și au o rată ridicată de recidivă (Bandelow & Michaelis, 2015). Este îngrijorătoare creșterea incidenței tulburărilor depresive și anxioase de la pandemia COVID-19, datele indicând o creștere cu 28% a tulburărilor depresive majore și o creștere cu 26% a tulburărilor anxioase (Da Silva et al., 2021; Santomauro et al., 2021).

Neuroticismul

Deși teoriile privind apariția tulburărilor depresive și anxioase variază, un factor de risc frecvent menționat este neuroticismul (Weinstock & Whisman, 2006). Neuroticismul, o trăsătură de personalitate, este, de obicei, înțeles ca o dispoziție spre trăiri negative, cum ar fi furia, iritabilitatea, anxietatea, depresia și instabilitatea emoțională generală (Widiger & Oltmanns, 2017). Nivelurile mai ridicate de neuroticism sunt asociate cu răspunsuri slabe la stres (Luo et al., 2023), o puternică distorsiune spre negativitate (Bunghez et al., 2023) și stres psihologic (Lei et al., 2020). Neuroticismul este puternic și diferențiat legat de sindroamele de internalizare (Barlow et al., 2014) și este un factor implicat în etiologia diferitelor forme de psihopatologie (Paulus et al., 2016). Kessler et al. (2011) au constatat că neuroticismul reprezintă 20-45% din comorbiditatea dintre tulburările psihologice. Neuroticismul influențează tulburările psihologice atât direct, cât și indirect, deoarece dovezile sugerează că acesta crește vulnerabilitatea la apariția lor, le amplifică severitatea odată ce apar și contribuie la dificultăți în a face față în mod eficient (Widiger & Oltmanns, 2017). Conform modelului funcțional al tulburărilor emoționale propus de Barlow et al. (2021), stimulii declanșatori emoționali pot duce la rezultate funcționale sau disfuncționale - putând duce la tulburări emoționale - în funcție de nivelul de neuroticism al individului. Deși contextele specifice pot declanșa tulburări psihologice specifice, neuroticismul este considerat un mecanism transdiagnostic de bază care stimulează apariția simptomelor psihopatologice după experimentarea contextelor emoționale. Teoriile actuale privind dezvoltarea neuroticismului pun accentul pe factorii genetici, care se estimează că sunt responsabili pentru 40-60% din variația acestuia (Bouchard & Loehlin, 2001; Kendler et al., 2003). În plus, aceștia subliniază rolul percepțiilor dobândite de imprevizibilitate sau incontrollabilitate în modelarea neuroticismului (Chorpita & Barlow, 1998). Farchione et al. (2024) sintetizează această dinamică explicând că factorii biologici interacționează cu predispoziția psihologică de a vedea evenimentele ca imprevizibile și incontrollabile pentru a produce o tulburare psihologică.

Anxietatea de moarte

Atunci când vorbim despre evenimente imprevizibile și incontrollabile, niciunul nu are o influență atât de mare asupra minții umane precum moartea. În timp ce realitatea morții este de necontestat, modul și momentul exact în care survine moartea sunt mai puțin sigure. Una dintre cele mai influente teorii din psihologia socială, teoria *Terror Management* (TMT; Greenberg et al., 1986), analizează impactul morții asupra comportamentului uman și afirmă că moartea este privită ca o amenințare dominantă, ceea ce duce în cele din urmă la apariția anxietății de moarte. Sprijinul empiric pentru această teorie provine dintr-o meta-analiză (Burke et al., 2010) a 164 de studii cu 277 de experimente incluse, indicând faptul că sarcinile de amorsare a morții produc efecte observabile. Cu toate acestea, un studiu de replicare pre-registrat în mai multe laboratoare (Klein et al., 2012) care a implicat 21 de laboratoare din SUA nu a reușit să reproducă predicțiile cheie ale TMT, punând sub semnul întrebării validitatea acesteia. Din punct de vedere clinic, anxietatea de moarte a câștigat teren, în special în ultimii ani, deoarece a fost propusă ca factor transdiagnostic. Anxietatea de moarte, definită în general ca aprehensiune atunci când cineva se gândește la moarte (Farley, 2018), se arată promițătoare ca o variabilă convingătoare în psihopatologia umană. Pe baza datelor empirice disponibile, anxietatea de moarte a fost propusă ca un factor care contribuie la apariția tulburărilor emoționale și a tulburărilor psihologice (Dumitru et al., 2025; Iverach et al., 2014; Menzies et al., 2024). Datele transversale au indicat că anxietatea de moarte este corelată pozitiv cu distresul psihologic (Korkut, 2022), depresia și anxietatea (Tang et al., 2021). Un studiu a arătat că nivelurile mai ridicate de anxietate de moarte sunt asociate cu mai multe tulburări înainte de instalarea tulburării obsesiv-compulsive, cum ar fi anxietatea socială, anxietatea de boală, fobiile specifice și anxietatea generalizată (Menzies et al., 2021). Datele longitudinale susțin aceste constatări, deoarece un studiu a arătat că anxietatea de moarte de bază prezice simptome de distres somatic, paranoia, tulburări de stres post-traumatic, depresie și anxietate măsurate o lună mai târziu (Waite et al., 2022).

³ Această lucrare este în curs de revizuire: Dumitru, E. P., Cardoso, R. A. I., David, D. O. (under review). Exploring the Link Between Neuroticism, Depression and Anxiety: the Mediating Role of Death Anxiety. *Current Psychology*.

Urmând premisa modelului funcțional al tulburărilor emoționale propus de (Barlow et al., 2021), anxietatea de moarte ar putea fi privită ca o altă vulnerabilitate care, atunci când este deosebit de intensă, ar putea duce la apariția și dezvoltarea tulburărilor psihologice. Prin examinarea anxietății de moarte ca mediator, putem înțelege mai bine modul în care neuroticismul poate spori sensibilitatea la temerile existențiale, care, la rândul lor, intensifică simptomele de anxietate și depresie. Înțelegerea acestui proces ar putea duce la dezvoltarea unor tratamente mai bine direcționate, în special pentru persoanele cu neuroticism ridicat care pot fi expuse unui risc mai mare de depresie sau anxietate severă.

Prezentare generală a prezentului studiu

Scopul prezentului studiu a fost de a testa rolul anxietății de moarte în relația dintre neuroticism și simptomele de depresie și anxietate. Propunem două modele de mediere în care neuroticismul ca trăsătură dispozițională va fi predictorul, anxietatea de moarte va fi variabila mediatoare, iar depresia, respectiv simptomele de anxietate, vor fi variabilele dependente. Ipotetizăm că anxietatea de moarte va avea un efect mediator semnificativ din punct de vedere statistic, oferind sprijin empiric ipotezei teoretice conform căreia anxietatea de moarte este un factor de risc transdiagnostic care joacă un rol în manifestarea psihopatologiei sub forma depresiei și a simptomelor de anxietate.

3.3.2. Metode

Design

Studiul de față face parte dintr-un proiect mai amplu. Studiul a fost preînregistrat și poate fi consultat pe platforma OSF (<https://osf.io/yqc67>). A fost utilizat un design transversal, împreună cu o eșantionare de conveniență. Studiul a primit aprobarea etică din partea autorității universitare de evaluare etică (461/26.05.2023) și este în conformitate cu standardele etice pentru cercetare.

Participanți

Eșantionul studiului a fost selectat din populația generală, iar criteriile de includere au fost (1) vârsta cuprinsă între 18-65 și (2) capacitatea de a înțelege instrucțiunile. Participanții au fost excluși dacă au raportat un istoric de boli mintale asociate cu dificultăți în raportarea datelor exacte (e.g., tulburări psihotice, tulburare bipolară). Reclamele plătite pe Facebook au fost principala strategie de promovare. Recrutarea a durat din iulie 2023 până în iulie 2024. Participanții au fost înscrși într-o tombolă pentru a câștiga un card cadou de 25€ pentru o platformă de comerț electronic. Nu au fost oferite participanților alte plăți. Au fost înregistrate un total de 544 de răspunsuri. 30 de răspunsuri au eșuat la verificarea atenției, 18 răspunsuri au fost excluse pe baza criteriilor de excludere, iar 14 răspunsuri au fost excluse deoarece erau înscrieri multiple din partea acelorași participanți. Astfel, 482 de participanți au fost incluși în studiu. Eșantionul a fost compus predominant din femei (391 de femei, 77 de bărbați și 14 persoane care nu și-au raportat genul). Vârsta medie a eșantionului a fost $M_{\text{vârsta}} = 29,57$, $SD = 10,41$ (interval 18-61).

Instrumente

Cele 5 domenii generale ale NEO-PI-R (NEO-PI-R; Iliescu et al., 2015)

Pentru măsurarea trăsăturilor nevrotice a fost aleasă adaptarea românească a subscalei Neuroticism din NEO-PI-R Broad Domains. Cei 10 itemi sunt evaluați pe o scală Likert în 5 puncte, iar ultimii 5 itemi sunt inversați.

Scala Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte (DABBS; Menzies et al., 2022)

DABBS este o măsură de autoevaluare cu 18 itemi, dezvoltată recent, care evaluează convingerile și comportamentele dezadaptative relevante pentru anxietatea de moarte. Scala are o structură cu trei factori (i.e., "Afecte", "Credințe" și "Comportamente") și a demonstrat o bună validitate de construct, validitate de criteriu, consistență internă și fidelitate test-retest în studiul de validare. În plus, DABBS a distins în mod eficient participanții cu niveluri semnificative din punct de vedere clinic de anxietate și suferință de moarte de cei fără la un prag de ≥ 55 .

Inventarul depresiei Beck-II (BDI-II Beck et al., 1996; David et al., 2012)

BDI-II este un instrument de autoevaluare cu 21 de itemi care evaluează prezența și severitatea simptomelor depresive pe baza criteriilor de diagnostic DSM-IV (APA, 1994) pentru depresia majoră. Scorurile variază de la 0 la 63, scorurile mai mari indicând simptome depresive mai severe.

Inventarul anxietății lui Beck (BAI; Beck et al., 1988)

BAI este o măsură de autoevaluare cu 21 de itemi care evaluează simptomele anxietății. Itemii sunt evaluați pe o scală Likert de la 0 la 3, iar scorul total variază de la 0 la 63. Ca instrument al simptomelor generale de anxietate, BAI este considerat fidel și adecvat.

Plan analitic

Toate răspunsurile colectate au fost codificate și scoreate. Datele au fost introduse în JAMOVI (versiunea 2.3.28.0; The JAMOVI Project) pentru a fi analizate. Nu au existat chestionare incomplete și nici date lipsă. Consistența internă pentru măsurile de studiu a fost evaluată utilizând coeficientul alfa al lui Cronbach (Tabelul 1). Asociațiile dintre principalele variabile ale studiului au fost efectuate utilizând coeficientul Pearson. Analiza de mediere simplă a fost efectuată cu modulul "medmod 1.1.0" (Selker, 2017). Neuroticismul a fost introdus ca predictor, anxietatea de moarte a fost introdusă ca mediator, iar simptomele de depresie, respectiv de anxietate, au fost introduse în două modele separate ca variabile dependente. Pentru a evalua semnificația efectului de mediere, a fost estimat un bootstrap percentilă cu 5000 de eșantioane și un interval de încredere 95% (Hayes, 2017). Efectul este considerat semnificativ din punct de vedere statistic dacă intervalul de încredere nu include zero.

3.3.3. Rezultate

Analiză descriptivă:

Rezultatele analizei descriptive (medie, deviații standard, *skewness*) pot fi consultate în tabelul 2, în timp ce matricea de corelație a variabilelor de studiu este prezentată în tabelul 3. Datele prezintă o normalitate univariată a variabilelor, deoarece niciuna dintre acestea nu prezintă o valoare a asimetriei mai mare decât pragul recomandat de 3 (Kline, 2005). Asociațiile dintre variabilele principale ale studiului sunt toate pozitive și variază în intensitate de la mică la moderată.

Tabelul 1 poate fi consultat în teza integrală.

Tabelul 2 poate fi consultat în teza integrală.

Tabelul 3 poate fi consultat în teza integrală.

Analiza de mediere: simptome de depresie

În cazul primului model de mediere, în care anxietatea de moarte este presupusă a media între neuroticism și simptomele depresiei, nu a fost detectat niciun efect de mediere semnificativ din punct de vedere statistic. În timp ce calea de la neuroticism la anxietatea de moarte (calea a: $b = .546$, $SE = .07$, $p = .001$, 95% CI [.40; .68]) și cea de la neuroticism la simptomele depresiei (efect direct: $b = 1.001$, $SE = .05$, $p = .001$, 95% CI [.90; 1.10]) au fost semnificative din punct de vedere statistic, calea de la anxietatea de moarte la simptomele depresiei nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic (calea b: $b = .028$, $SE = .02$, $p = .30$, 95% CI [-.02; .08]). Efectul de mediere, de asemenea, nu a fost semnificativ statistic (efect indirect: $b = .01$, $SE = .01$, $p = .32$, 95% CI [-.01; .04]).

Analiza de mediere: simptome de anxietate

În ceea ce privește al doilea model, în care se presupune că anxietatea de moarte mediază între neuroticism și simptomele de anxietate, a fost detectat un efect semnificativ din punct de vedere statistic. Toate căile estimate au fost semnificative din punct de vedere statistic: cea de la neuroticism la anxietatea de moarte (calea a: $b = .547$, $SE = .07$, $p = .001$, 95% CI [.41; .69]), de la anxietatea de moarte la simptomele de anxietate (calea b: $b = .021$, $SE = .03$, $p = .001$, 95% CI [.13; .29]), precum și calea directă de la neuroticism la simptomele de anxietate (efect direct: $b = .930$, $SE = .05$, $p = .001$, 95% CI [.81; 1.03]). Efectul de mediere a fost semnificativ din punct de vedere statistic (efect indirect: $b = .119$, $SE = .02$, $p = .001$, 95% CI [.07; .17]), sugerând că anxietatea de moarte mediază 11.3% din efectul total de la neuroticism la simptomele anxioase.

3.3.4. Discuții

Obiectivul principal al studiului de față a fost de a investiga natura relațiilor dintre neuroticism, anxietatea de moarte și simptomele de depresie și anxietate. În acest scop, am propus două modele de mediere în care neuroticismul a fost introdus ca predictor, anxietatea de moarte ca mediator, iar simptomele de depresie, respectiv simptomele de anxietate au fost introduse ca variabilă dependentă. Rezultatele se bazează pe datele colectate de la 482 de participanți.

Am constatat că doar unul dintre cele două modele de mediere a fost susținut de datele noastre: modelul în care anxietatea de moarte mediază relația dintre neuroticism și simptomele de anxietate. Acest rezultat sugerează o legătură interesantă între neuroticism și anxietatea de moarte și între anxietatea de moarte și simptomele de anxietate, indicând anxietatea de moarte ca factor de risc pe lângă neuroticism. Cu toate acestea, aceste rezultate trebuie interpretate cu atenție, deoarece efectul de mediere este parțial și procentul de mediere este mic. Efectul direct a fost responsabil pentru 89% din efectul total, ceea ce sugerează că neuroticismul joacă un rol mult mai important în manifestarea simptomelor de anxietate. Interpretând aceste rezultate din punct de vedere clinic și practic, se pare că neuroticismul merită mai multă atenție în timpul procesului terapeutic.

Deși este interesant faptul că modelul simptomelor depresive nu a prezentat semnificație statistică, acest lucru ar putea fi într-adevăr explicat prin lipsa unui efect al anxietății de moarte în relație, dar ar putea fi explicat și prin distribuția scorurilor de depresie și anxietate în eșantionul studiat. Valorile *skewness* ale celor două variabile indică faptul că au existat mai mulți participanți fără simptome sau cu simptome subclinice de depresie și anxietate. În plus, pe baza analizei descriptive, mai mulți participanți au prezentat niveluri mai ridicate de anxietate, măsurate prin BAI (Beck et al., 1988) decât depresie, măsurată prin BDI-II (Beck et al., 1996). În plus, coeficientul Pearson arată că magnitudinea relației dintre anxietatea de moarte și simptomele de anxietate este mai puternică decât cea dintre anxietatea de moarte și depresie. Aceasta reprezintă, de asemenea, una dintre limitările studiului - eșantionul a fost extras din populația generală folosind eșantionarea de conveniență. Dacă studiul ar fi inclus numai participanți clinici, selectați prin interviuri clinice, rezultatele ar fi putut fi interpretate cu mai multă încredere. O distribuție mai echilibrată a scorurilor de depresie ar putea conduce la rezultate diferite. În plus, deși dimensiunea eșantionului este suficientă, eșantionul a fost predominant feminin (81%) și tânăr ($M_{vârsta} = 29.57$, $SD = 10.41$). Atât genul, cât și vârsta interacționează în mod distinctiv cu anxietatea de moarte. Datele transversale au arătat că gândurile și anxietatea de moarte scad odată cu vârsta (Cicirelli, 2001; Russac et al., 2007), iar într-un studiu longitudinal, adulții urmăriți timp de patru ani au raportat niveluri mai scăzute de anxietate de moarte în timp (Chopik, 2017). În ceea ce privește genul, femeile raportează în mod constant o anxietate mai mare de moarte (Kirchberger et al., 2011; Russac et al., 2007), deși Tang et al. (2002) au constatat că femeile se tem de anumite aspecte ale morții mai mult decât bărbații, în timp ce alte aspecte sunt la fel de temute. Astfel de temeri care sunt experimentate mai frecvent de către femei includ teama de procesul morții, teama pentru persoane semnificative și teama pentru corp după moarte, în timp ce atât femeile, cât și bărbații prezintă același nivel de teamă de moarte prematură și teamă de necunoscut. În plus, depresia (Kuehner, 2017) și anxietatea (Burani & Nelson, 2020) sunt în general mai răspândite la femei. Lipsa unui

eșantion mai echilibrat în ceea ce privește vârsta și genul interferează, de asemenea, cu interpretarea rezultatelor, împiedicând orice generalizare semnificativă a rezultatelor.

Cu toate acestea, principala limitare a studiului se referă la design-ul sau transversal. Un model de mediere este un cadru causal care ne permite să testăm dacă un efect causal este direcționat prin intermediul unei variabile mediatore. Aceasta înseamnă că datele studiului trebuie să fie longitudinale pentru a evalua cerința de temporalitate. Având în vedere natura transversală a datelor, care au fost colectate la un moment dat, orice inferență causală este exclusă, iar toate rezultatele trebuie interpretate pe o bază pur asociativă. Studiile viitoare trebuie să utilizeze modele experimentale și longitudinale pentru a investiga cu precizie și încredere cauzalitatea și direcționalitatea dintre anxietatea de moarte și tulburările afective și pentru a stabili dacă anxietatea de moarte este un factor causal transdiagnostic.

În concluzie, studiul de față oferă un sprijin limitat pentru rolul anxietății de moarte în relația dintre neuroticism și simptomele de anxietate. Limitările studiului împiedică orice inferențe cauzale, dar rezultatele empirice încurajează studiarea în continuare a anxietății de moarte pentru a clarifica rolul său în psihopatologia umană.

3.4. Studiul 4: De la Frică la Sens: un Studiu Pilot Bazat pe ACT Privind Anxietatea de Moarte, Depresia și Anxietate⁴

3.4.1. Introducere

Tratamentele eficiente pentru depresie și anxietate continuă să întâmpine dificultăți în ceea ce privește accesul publicului, în ciuda dovezilor puternice care susțin eficacitatea psihoterapiei (McManus et al., 2016; Mahmud et al., 2023). Cuijpers et al. (2023) au efectuat o meta-analiză și au descoperit că psihoterapiile pentru depresie comorbidă cu anxietatea ar putea avea efecte semnificative asupra stărilor de depresie și anxietate. O altă meta-analiză a arătat că tratamentele pentru depresie au efecte considerabile asupra anxietății (Weitz et al., 2018), o concluzie care a fost susținută de cercetări suplimentare privind eficacitatea intervențiilor pentru depresie și anxietate (Cuijpers et al., 2019; Cuijpers et al., 2023; Hunot et al., 2013; Stein et al., 2021). Deși terapiile comportamentale și cognitiv-comportamentale din al treilea val au rezultate încurajatoare, constatările concludente sunt constrânse de eterogenitatea și *bias*-uri substanțiale. Având în vedere comorbiditatea substanțială (50-81%) între anxietate și depresie, rezultatele similare în cadrul mai multor terapii ridică preocupări cu privire la specificitatea tratamentului (Groen et al., 2020; Rosellini et al., 2018).

Abordarea transdiagnostică este unul dintre mecanismele propuse pentru a rezolva aceste probleme. Aceasta se concentrează pe factorii de bază implicați în dezvoltarea și menținerea tulburărilor psihologice (Cuijpers et al., 2023; Dalglish et al., 2020; Harvey et al., 2009; McEvoy et al., 2009; Sauer-Zavala et al., 2017), în special în tulburările afective. În timp ce simptomele clinice sunt utilizate de obicei pentru diagnostic, aceste tulburări rămân studiate pe scală largă, dar slab definite (Bullis et al., 2019).

Un astfel de mecanism transdiagnostic propus este anxietatea de moarte, care s-a dovedit a fi un factor care stă la baza mai multor tulburări de sănătate mintală (Iverach et al., 2014). Cercetările sugerează că aceasta poate contribui la afecțiuni precum tulburarea de stres posttraumatic (PTSD), tulburarea obsesiv-compulsivă (OCD), anxietatea și depresia (Dumitru et al., 2025; Menzies et al., 2024). Terapiile inovatoare care se concentrează pe anxietatea de moarte pot oferi astfel o soluție cuprinzătoare, reducând recidivele și menținând efectele terapeutice pe termen lung (Iverach et al., 2014).

Intervențiile psihologice, în special terapia prin acceptare și angajament (ACT), s-au dovedit promițătoare în reducerea anxietății de moarte și îmbunătățirea sănătății mintale, în special la adulții în vârstă (Ahmadi & Valizadeh, 2021; Nejad-Ebrahim Soumee et al., 2024). Ca tratament bazat pe dovezi pentru anxietate și tulburări depresive (Dimidjian et al., 2016; Ferreira et al., 2022), ACT pune accentul pe acceptarea gândurilor neplăcute și pe angajamentul față de acțiuni semnificative. Cu toate acestea, rolul său specific în ameliorarea anxietății și depresiei prin țintirea anxietății de moarte rămâne insuficient explorat. Având în vedere prevalența ridicată a acestor tulburări, este esențială continuarea cercetărilor pentru a stabili dacă ACT este o intervenție scalabilă și eficientă.

Deoarece abordează mecanismele psihologice subiacente, mai degrabă decât doar reducerea simptomelor, cadrul ACT este în concordanță cu viziunea transdiagnostică. ACT sugerează că suferința se intensifică atunci când indivizii încearcă să suprimă sau să controleze emoțiile dificile, ducând la inflexibilitate pe termen lung (Sianturi et al., 2018). În schimb, ACT promovează flexibilitatea psihologică - capacitatea de a adapta comportamentele în conformitate cu propriile valori în ciuda disconfortului (Rolfs, 2019). Promovând acceptarea, defuziunea cognitivă, conștientizarea momentului prezent, sinele ca context, clarificarea valorilor și acțiunea angajată (Hayes et al., 2012), ACT și-a demonstrat eficacitatea în tratarea mai multor afecțiuni, cum ar fi anxietatea și depresia (Ferreira et al., 2022; Fledderus et al., 2013), OCD (Nielsen et al., 2025; Twohig et al., 2010), tulburări de alimentație (Weineland et al., 2012), perfecționism (Ong et al., 2019), epuizare (Hayes et al., 2004), durere cronică (Trompetter et al., 2015) și anxietate de moarte (Davazdahemami et al., 2020; Farahi & Khalatbari, 2020). Având în vedere aplicarea sa largă, ACT oferă o abordare flexibilă și eficientă a tratamentului sănătății mintale, vizând procesele psihologice de bază mai degrabă decât simptomele specifice. Promovarea flexibilității psihologice poate contribui la abordarea mecanismelor care stau la baza suferinței în diferite tulburări, ceea ce o face o intervenție transdiagnostică valoroasă.

Dezvoltarea și testarea unui protocol ACT conceput pentru a reduce anxietatea de moarte transdiagnostică oferă mai multe avantaje convingătoare, în special în abordarea cauzelor profunde ale anxietății și depresiei. Anxietatea de moarte poate fi un factor transdiagnostic (Iverach et al., 2014), favorizând și exacerbând ambele tulburări psihologice care împărtășesc frecvent procese cognitive

⁴ Protocolul bazat pe acest studiu este în curs de revizuire: Dumitru, E. P., Susan, B., Tinc, L. C. I., Cardoso, R. A. I., David, D. O. (under review). From Fear to Purpose: an ACT-based Pilot Trial on Death Anxiety, Depression and Anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.

EPD: conceptualizare, metodologie, analiză formală, scriere - proiect original, scriere - revizuire și editare; BS: metodologie, T, scriere - proiect original, scriere - revizuire și editare; LCIT: metodologie, T, scriere - proiect original, scriere - revizuire și editare; RAIC: metodologie, analiză formală, investigație, conservare date, scriere - proiect original; DOD: conceptualizare, scriere - revizuire și editare, supraveghere, administrare proiect

și afective comune. Un tratament bazat pe ACT poate oferi o metodă mai extinsă și mai reușită de tratare a acestor simptome prin concentrarea asupra acestei probleme comune de bază. ACT îi ajută pe oameni să se confrunte și să accepte gândurile, sentimentele și experiențele corporale inconfortabile, inclusiv cele asociate cu moartea. ACT încurajează oamenii să își accepte teama de moarte și să acționeze în conformitate cu valorile lor, conștientizându-i în același timp de faptul că încercarea de a suprima sau ignora această teamă le poate agrava suferința. Anxietatea de moarte ar putea fi minimizată prin acest proces, ceea ce poate diminua impactul acesteia asupra anxietății și simptomelor depresive.

Această abordare încearcă să reducă comportamentele de evitare care, de obicei, agravează simptomele, gestionând în același timp simptomul anxietății de moarte. Reconnectarea cu propriile valori și obiective poate ajuta persoanele să-și recapete controlul asupra vieții lor, în loc să fie consumate de teama de moarte. În plus, prin evaluarea și îmbunătățirea acestui protocol ACT, putem obține o mai bună înțelegere a capacității sale de a reduce depresia și anxietatea la cei care au anxietatea de moarte ca o componentă transdiagnostică primară. Prin concentrarea asupra cauzelor de bază comune ale acestor boli prevalente și frecvent co-ocurente, un astfel de protocol ar putea oferi o opțiune de tratament bazat pe dovezi. În cele din urmă, această strategie poate îmbunătăți rezultatele sănătății mintale pentru cei cu anxietate, depresie și temeri existențiale, îmbunătățind în același timp reziliența emoțională generală și diminuând suferința psihologică.

Prezentare generală a studiului de față

Obiectivul principal al studiului propus a fost evaluarea eficacității intervenției bazate pe ACT "De la Frică la Sens" într-un studiu pilot, un protocol nou dezvoltat care vizează reducerea anxietății de moarte și ameliorarea simptomelor de anxietate și/sau depresie. Prin concentrarea asupra anxietății de moarte, studiul a investigat, de asemenea, dacă anxietatea de moarte acționează ca un construct transdiagnostic, influențând simptomele anxietății și/sau depresiei. Acest studiu controlat randomizat și dublu-mascat a comparat eficacitatea protocolului ACT cu o condiție placebo. Am emis ipoteza că protocolul ACT va fi superior unei condiții placebo în ceea ce privește reducerea nivelurilor auto-raportate de anxietate de moarte, măsurate prin Scala Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte (DABBS; Menzies et al., 2022), va reduce nivelurile auto-raportate de depresie măsurate cu *Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001), simptomele de anxietate (Generalized Anxiety Disorder-7; GAD-7; Spitzer et al., 2006) și va duce la niveluri mai bune de bunăstare (The World Health Organization-5 Well-Being Index; WHO-5; WHO, 2024). Prezicem că schimbările în nivelurile de anxietate la moarte vor prezice schimbări în simptomele de depresie, anxietate și bunăstare. Intervenția se bazează pe mecanismele ACT, astfel încât ne-am așteptat la o creștere a nivelurilor de flexibilitate psihologică (*Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes*; CompACT; Francis, 2016), coerența cu valorile autodeterminate (*Valuing Questionnaire*; VQ; Smout et al., 2014) și o reducere a nivelurilor de evitare experiențială (*Brief Experiential Avoidance Questionnaire*; BEAQ; Gamez, 2014).

3.4.2. Metode

Design

Am efectuat un studiu pilot dublu-mascat (participanți și evaluatori), randomizat (1:1), controlat cu placebo, în grupuri paralele, pentru a evalua eficacitatea intervenției bazate pe ACT "De la Frică la Sens" în reducerea anxietății de moarte. În plus față de aceasta, am examinat, de asemenea, efectul intervenției asupra simptomelor de anxietate și depresie, investigând efectul transdiagnostic al anxietății de moarte. Studiul a inclus adulți cu niveluri moderate până la ridicate de anxietate de moarte și niveluri ușoare până la severe de depresie și/sau anxietate. Studiul a fost înregistrat pe clinicaltrials.gov (ID: NCT06810999). Studiul a fost aprobat de Autoritatea universitară de evaluare etică (816/22.01.2025). Am utilizat ghidurile de raportare SPIRIT (Chan et al., 2013). Înainte de evaluarea inițială, participanții au fost obligați să ofere consimțământul informat. Aceștia au primit informații complete despre studiu, inclusiv dreptul lor de a se retrage în orice moment fără a oferi un motiv. Nu au fost preconizate riscuri semnificative în timpul sau după studiu.

Participanți

O analiză a priori a puterii utilizând G*Power a estimat dimensiunea eșantionului necesar pentru detectarea unei interacțiuni condiție-timp, presupunând o dimensiune a efectului de $f = 0,25$ cu un nivel alfa de $\alpha = 0,05$ și o putere de $0,95$, a fost sugerată o dimensiune a eșantionului de 210 (105/per braț de tratament). Cu toate acestea, deoarece acesta este un studiu pilot, am decis asupra unui număr maxim de 40 de participanți. Participanții au fost recrutați din rândul populației generale prin promovarea studiului pe platformele online de social media. Accesând link-ul de înscriere, persoanele interesate au citit secțiunea cu informații despre studiu, au semnat formularele de consimțământ și au completat măsurile de screening. Criteriile de includere au fost după cum urmează: (1) vârsta peste 18 ani, (2) scorul anxietății de moarte ≥ 37 și (3) scorul depresiei (PHQ-9) și/sau al anxietății (GAD-7) ≥ 5 . Participanții au fost excluși dacă au fost (1) minori, (2) au raportat ideatie suicidară, (3) au fost diagnosticați în prezent cu un diagnostic psihologic / psihiatric altul decât depresia sau tulburarea de anxietate sau (4) au fost supuși unui tratament psihologic/psihiatric activ. Un total de 160 de persoane au completat formularul de screening. Pe baza criteriilor de includere, 64 de persoane au fost eligibile pentru participare și au fost alocate aleatoriu în cele două condiții de tratament ale studiului. Diagrama de flux a studiului Consolidated Standards of Reporting Trials este prezentată în figura 1.

Figura 1 poate fi consultată în teza integrală.

Instrumente de măsurare

Variabila primară:

Scala Convingerilor și Comportamentelor legate de Anxietatea de Moarte (DABBS; Menzies et al., 2022)

DABBS este o instrument de autoevaluare cu 18 itemi dezvoltat pentru a evalua credințele și comportamentele dezadaptative relevante pentru anxietatea de moarte. Scala originală are o structură cu trei factori (i.e., "Afect", "Credințe" și "Comportamente") și a demonstrat o bună validitate de construct, validitate de criteriu, consistență internă și fidelitate test-retest în studiul de validare. În plus, DABBS a distins în mod eficient participanții cu niveluri semnificative din punct de vedere clinic de anxietate de moarte de cei fără la un prag de ≥ 55 . Scala a fost adaptată și validată în limba română (Dumitru, Cardoș & David, în curs de revizuire), unde analizele factoriale au evidențiat o structură cu 5 factori ("Afect", "Credințe de moarte legate de sine" și "Credințe de moarte legate de ceilalți", "Evitare comportamentală," și "Evitare experiențială"). În timp ce un scor prag nu a putut fi stabilit în versiunea română, pentru prezentul pilot am folosit strategia descrisă în Goodwin (1996), unde am stabilit un scor prag de o abatere standard sub medie. În studiul de față, DABBS a prezentat o consistență internă de $\alpha = 0,85$.

Variabile secundare

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)

PHQ-9 este una dintre cele mai utilizate măsuri ale depresiei și se bazează pe criteriile de diagnostic pentru tulburarea depresivă majoră din DSM-IV (APA, 1994). Scorurile variază de la 0 la 27, unde un scor mai mare indică simptome depresive mai severe în ultimele două săptămâni. Un scor mai mare de 5 indică prezența simptomelor depresive care pot cauza unele dificultăți în activitățile zilnice. În studiul de față, PHQ-9 a prezentat o consistență internă de $\alpha = 0,87$.

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006)

GAD-7 măsoară simptomele anxietății pe baza criteriilor de tulburare anxioasă generalizată din DSM-IV (APA, 1994). Scorurile variază de la 0 la 27, un scor mai mare indicând simptome de anxietate mai severe. Respondenții raportează nivelul simptomelor lor în ultimele două săptămâni, iar un scor mai mare de 5 indică faptul că simptomele de anxietate interferează ocazional cu activitățile zilnice. În studiul de față, GAD-7 a arătat o consistență internă de $\alpha = 0,92$.

The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5; World Health Organization, 1998)

WHO-5 este una dintre cele mai utilizate evaluări ale bunăstării psihologice subiective, având o valabilitate clinimetrică ridicată și o sensibilitate bună în studiile clinice controlate (Topp et al., 2015). Instrumentul are cinci itemi, evaluați pe o scală Likert de 6 puncte. Scorurile mai mari indică o stare de bine mai bună în ultimele două săptămâni. În studiul de față, WHO-5 a prezentat o consistență internă de $\alpha = 0,85$.

Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes Scale (CompACT; Francis et al., 2016; Călinici & Călinici, 2021)

CompACT este un chestionar de auto-raportare cu 23 de elemente, conceput pentru a măsura procesele de flexibilitate psihologică de bază în cadrul terapiei prin acceptare și angajament. Itemii sunt evaluați pe o scală Likert în 7 puncte (0 = "dezacord total" la 6 = "acord total"). Scorul total variază de la 0 la 138, scorurile mai mari indicând o flexibilitate psihologică mai mare. Am utilizat adaptarea în limba română a instrumentului. În studiul de față, compACT a prezentat o consistență internă de $\alpha = 0,91$.

Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ; Gámez et al., 2014)

BEAQ este un chestionar de auto-raportare cu 15 itemi care măsoară evitarea experiențială. Itemii sunt evaluați pe o scală Likert de 6 puncte (1 = "dezacord total" la 6 = "acord total"). Itemul 6 este un item inversat, iar scorurile variază de la 15 la 90 de puncte. Scorurile mai mari reflectă evitarea experiențială mai mare. În studiul de față, BEAQ a arătat o consistență internă de $\alpha = 0,87$.

The Valuing Questionnaire (VQ; Smout et al., 2014)

VQ este un chestionar de auto-raportare conceput pentru a evalua măsura în care indivizii se angajează într-o viață cu valoare, un proces cheie în ACT (Smout et al., 2014). Se compune din 10 itemi împărțiți în două subscale: 1) progresul, care măsoară cât de constant o persoană se comportă în moduri care se aliniază cu valorile sale și 2) obstrucția, care evaluează măsura în care barierele interne sau externe interferează cu viața valoroasă. Itemii sunt evaluați pe o scală Likert în 7 puncte (0 = "deloc adevărat" la 6 = "complet adevărat"). Scorurile mai mari de progres indică un angajament mai mare în viața valoroasă, în timp ce scorurile mai mari de obstrucție sugerează mai multe bariere în calea acțiunii valoroase. Într-un studiu (Levin et al., 2017), VQ a fost sensibil la efectele tratamentului în urma unui program de auto-ajutor online pentru studenții care se confruntă cu o serie de probleme psihologice. În studiul de față, ambele subscale VQ au arătat o consistență internă de $\alpha = 0,80$.

Procedură:

Eligibilitatea participanților a fost stabilită pe baza formularului de screening. În urma aplicării criteriilor de includere și excludere, participanții eligibili au fost repartizați aleatoriu în una dintre cele două condiții de studiu într-un raport 1:1, utilizând un generator de secvențe aleatorii. Administratorii intervenției și evaluatorii rezultatelor au fost orbi față de alocarea grupului până la finalizarea analizei datelor. Participanții au primit prin e-mail un link Google Forms care conținea toate instrumentele de măsurare. În cazul în care participanții nu au completat instrumentele, li s-au trimis până la trei e-mailuri de reamintire. Ambele condiții au fost supuse unei singure sesiuni online. Sesiunea online a avut loc pe un link Zoom trimis participanților prin e-mail. Doi terapeuți au condus fiecare sesiune timp de 90 de minute, urmând intervenția nou dezvoltată "De la Frică la Sens" bazată pe ACT (condiția experimentală) și intervenția de control al atenției (condiția placebo). Evaluarea post-intervenție a fost trimisă participanților prin e-mail, la două săptămâni după intervenție.

Intervenția "De la Frică la Sens" bazată pe ACT

Programul implică un format de sesiune de grup și include componente stabilite ale ACT (Ferreira et al., 2022). Sesiunea de grup are o durată de 90 de minute și urmărește să ofere participanților strategii pentru a crește flexibilitatea cognitivă în legătură cu teama lor de moarte. Sesiunea se concentrează, de asemenea, pe facilitarea explorării valorilor personale care ajută la schimbarea gândurilor despre moarte, ghidând participanții spre acțiuni care le pot orienta viața în direcția acceptării anxietății de moarte ca o componentă naturală a existenței lor. O prezentare generală a conținutului sesiunii este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1 poate fi consultat în teza integrală.

Intervenția de control al atenției

Participanții alocați aleatoriu în grupul de control al atenției au participat la sesiunea de 90 de minute în format de grup online, conceput pentru a se potrivi cu structura și nivelul de angajament al intervenției experimentale fără a oferi componente terapeutice active. Sesiunea a început cu un scurt check-in, permițând participanților să împărtășească gânduri și experiențe generale într-un mod neutru, non-terapeutic. Facilitatorul a ghidat apoi grupul prin discuții structurate pe teme neutre, cum ar fi rutinele zilnice, bunăstarea generală sau conținutul educațional ușor fără legătură cu tratamentul psihologic (sfaturi de gestionare a stresului fără strategii de intervenție). Au fost incluse activități simple, cum ar fi discuții ghidate privind psihoeducația despre stres, pentru a menține implicarea. Facilitatorul a asigurat un mediu de susținere, structurat, fără a introduce elemente terapeutice de bază. Sesiunea s-a încheiat cu o reflecție generală și un scurt check-out, menținând consistența între întâlniri și evitând în același timp tehnicile psihologice care ar putea influența rezultatele tratamentului.

Plan analitic

Datele demografice și clinice sunt raportate ca medii și abateri standard. Consistența internă pentru instrumentele studiului a fost evaluată utilizând coeficientul alfa al lui Cronbach. Analizele statistice au fost efectuate utilizând IBM SPSS Statistics 29 (IBM Corp, n.d.). Datele au fost verificate pentru valori lipsă, valori aberante și normalitate. Testul lui Little (1988) a fost utilizat pentru a evalua dacă datele lipseau complet la întâmplare (MCAR). Valorile RMSSD au fost transformate logaritmice, iar ANOVA-urile au evaluat diferențele grupului de bază. Modelele mixte liniare (LMM) au evaluat diferențele de grup în scorurile de schimbare de la pre-la post-tratament pentru DABBS (variabila primară), PHQ-9, GAD-7, WHO-5, CompACT, BEAQ și VQ (variabilele secundare). Datele au fost structurate ierarhic, cu timpul (Nivelul 1) în indivizi (Nivelul 2). Au fost incluși toți participanții cu cel puțin o măsurătoare. Modelele au fost ajustate utilizând estimarea maximum likelihood (ML), cu un intercept aleatoriu per subiect, componente de variație pentru interceptul aleatoriu și o structură autoregresivă (AR1) pentru variația în cadrul subiectului. A fost utilizată o matrice de covarianță diagonală repetată. Efectele și interacțiunile semnificative au fost urmate de comparații în perechi corectate de strategia Bonferroni.

Indicele de schimbare fidel (RCI; Jacobson & Truax, 1991) a fost utilizat pentru a evalua dacă participanții au prezentat schimbări semnificative din punct de vedere clinic de la pre- la post-tratament pe baza scorurilor lor individuale. RCI este calculat folosind eroarea standard a măsurătorii pentru a estima intervalul de variație (Ferguson, Robinson & Splaine, 2002).

Fezabilitatea și acceptabilitatea intervenției au fost evaluate prin intermediul progresului de recrutare (de exemplu, procentul de participanți eligibili care au urmat procesul de screening) și al aderenței la studiu (de exemplu, procentul de participanți incluși care au completat instrumentele pre-intervenție, au fost supuși intervenției și au completat instrumentele post-tratament).

3.4.3. Rezultate

Participanți:

Din februarie până în martie 2025, 160 de persoane s-au înscris în prezentul studiu (Fig. 1). Dintre cele 160 de persoane selectate, doar 64 au fost eligibile. 55 de participanți au fost excluși pentru că au exprimat ideea suicidară sau pentru că se aflau sub tratament psihiatric/psihoterapeutic activ. Alți 41 de participanți au fost excluși pentru scoruri sub prag privind anxietatea de moarte, depresia și anxietatea. Dintre cei 64 de participanți randomizați, 10 nu au completat instrumentele pre-intervenție (i.e., patru participanți alocați la condiția experimentală și șase participanți alocați la condiția placebo), indicând o retenție relativ ridicată a evaluării (84%). Dintre participanții 54 rămași, 21 de participanți au fost alocați la condiția experimentală și 22 au fost alocați la condiția placebo și au participat la studiu. Dintre aceștia, 18, respectiv 17 participanți au completat instrumentele post-intervenție. Eșantionul final de 54 de participanți care au furnizat cel puțin o măsurătoare a fost disproporționat feminin (52 de femei) și tânăr ($M_{\text{vârstă}} = 34.5$, $SD = 10.7$). Cel mai tânăr participant avea 18 ani, iar cel mai în vârstă avea 61 de ani.

Rezultate descriptive

Datele prezintă o normalitate univariată a variabilelor, deoarece niciuna dintre ele nu prezintă o valoare a asimetriei mai mare decât pragul recomandat de 3 (Kline, 2005). Rezultatele analizei descriptive (medie, deviații standard, *skewness*) pot fi consultate în tabelul 2, în timp ce matricea de corelații este prezentată în tabelul 3.

Tabelul 2 poate fi consultat în teza integrală.

Tabelul 3 poate fi consultat în teza integrală.

Rezultatele intervenției:

Nu au lipsit date la pre-intervenție, deoarece toate au fost colectate în timpul evaluării inițiale. Nu au existat diferențe semnificative între condițiile experimentale și cele de control în ceea ce privește rezultatele primare și secundare măsurate la momentul inițial. 35% din date au lipsit la post-intervenție, cu un test MCAR al lui Little nesemnificativ ($\chi^2(8) = 8.45, p = 0.38$), indicând caracterul aleatoriu. Analizele LMM au ținut cont de datele lipsă în conformitate cu ipoteza lipsei la întâmplare. Rezultatele LMM indică faptul că nu au existat diferențe semnificative între grupurile experimentale și de control, nici diferențe semnificative de grup sau modificări în timp (pre vs. post-intervenție) pentru oricare dintre măsurile de rezultat ($p > 0.05$). În plus, interacțiunea dintre grup și timp nu a fost semnificativă ($p > 0.05$), sugerând că intervenția nu a avut efecte diferențiale pentru cele două grupuri (a se vedea tabelul 4).

Tabelul 4 poate fi consultat în teza integrală.

Având în vedere lipsa diferențelor semnificative între grupuri pe baza mediilor de grup, am decis să efectuăm analize RCI pentru a investiga datele individuale și pentru a vedea dacă vreunul dintre participanți a prezentat schimbări de la pre- la post-tratament. Rezultatele (Tabelul 5) indică faptul că mai mulți participanți din grupul experimental au prezentat îmbunătățiri semnificative din punct de vedere clinic ale rezultatelor privind sănătatea mintală, care sunt în principal absente în grupul de control.

Tabelul 5 poate fi consultat în teza integrală.

3.4.4. Discuții

Acest studiu pilot a urmărit să investigheze fezabilitatea și eficacitatea preliminară a unei intervenții ACT "De la Frică la Scop" cu o singură sesiune concepută pentru a reduce nivelurile de anxietate la moarte. Un alt obiectiv al prezentului studiu a fost acela de a examina dacă schimbările în scorurile anxietății de moarte conduc la schimbări în scorurile de depresie și anxietate, testând astfel rolul transdiagnostic al anxietății de moarte.

În ceea ce privește fezabilitatea și acceptabilitatea intervenției, rezultatele descriu o imagine prudentă. Dintre cei 160 de participanți, doar 64 au fost eligibili (40%), chiar și cu criterii de includere permissive. Recrutarea ar fi fost considerabil mai dificilă cu scoruri de depresie și anxietate peste pragul ≥ 10 , în loc de pragul ≥ 5 care a fost utilizat în acest pilot. Cu toate acestea, dintre cei 28 de participanți la condiția experimentală care au furnizat cel puțin măsurarea inițială, 64% dintre aceștia au participat la intervenție și au completat și măsurătorile post-tratament. Studiile anterioare privind intervențiile ACT online, bazate pe grup, raportează atât rate scăzute, cât și ridicate de moarte experimentală. Brandolin et al. (2023) menționează un abandon de 11% în studiul lor, în timp ce Sanabria-Mazo et al. (2023) raportează un abandon de 33% la post-tratament. Prin urmare, rata noastră de abandon de 36% ar putea fi considerată îngrijorătoare, în special având în vedere formatul cu o singură sesiune și timpul scurt dintre intervenție și măsurarea post-tratament. Cu toate acestea, intervențiile anterioare care ofereau mai multe sesiuni de ACT pentru a preveni problemele de sănătate mintală în rândul studenților universitari s-au dovedit a avea o acceptabilitate scăzută din cauza efortului necesar pentru aderență (Levin et al., 2017). Deoarece intervenția ACT "De la Frică la Sens" este o singură sesiune, niciun participant nu a abandonat intervenția în sine, ci mai degrabă a refuzat să completeze măsurarea post-tratament. Astfel, nu este clar dacă intervenția în sine a fost o cauză a nemulțumirii sau dacă efortul necesar pentru evaluarea post-tratament a fost cauza abandonului.

Contrar așteptărilor noastre, ipoteza studiului privind eficacitatea intervenției în reducerea nivelului de anxietate de moarte nu a fost confirmată, iar ipoteza privind anxietatea de moarte ca factor transdiagnostic nu a putut fi testată, deoarece intervenția nu a avut niciun efect semnificativ din punct de vedere statistic. Acest lucru ar putea fi explicat prin mai mulți factori. În primul rând, studiul pilot a fost insuficient de puternic. În urma analizei puterii, pentru a detecta un efect mediu, a fost recomandat un eșantion total de 210 participanți. Având în vedere dificultățile de recrutare, eșantionul total final a fost de 54 (i.e., participanți care au furnizat cel puțin măsurătoarea inițială), dintre care numai 35 au furnizat măsurători post-tratament. Astfel, presupunând că există un efect al intervenției, ar fi foarte dificil de detectat cu un eșantion atât de mic. Eroarea de tip II crește semnificativ în cazul eșantioanelor insuficient dimensionate (Freiman et al., 2019), ceea ce s-ar putea să fi fost cazul aici. În al doilea rând, deși intervențiile mai scurte pot fi eficiente, o sesiune de ACT ar putea fi considerată insuficientă. Protocolul de 90 de minute "De la frică la scop" a acoperit o gamă largă de componente ACT, cum ar fi flexibilitatea psihologică, evitarea experiențială, valorile și acțiunea angajată, toate fiind concepte complexe care ar putea beneficia de mai mult timp și efort dedicat fiecărei componente. Cu cel puțin două sau trei sesiuni, poate că un efect al intervenției ar putea fi observat mai ușor. Cu toate acestea, Odgers et al. (2022) nu au constatat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între intervențiile cu sesiuni multiple și cele cu o singură sesiune într-o meta-analiză a terapiilor de expunere pentru fobii, iar Dochat et al. (2021) au constatat că intervențiile ACT cu o singură sesiune au avut în general rezultate pozitive, în special pentru sănătatea mintală și procesele ACT. În mod interesant, meta-analiza a identificat un efect de mărime medie, dar nesemnificativ din punct de vedere statistic, al ACT cu o singură sesiune asupra bunăstării și funcționării, un rezultat pe care autorii îl interpretează cu prudență, deoarece provine din cinci mărimi ale efectului, dintre care două au fost extrase din studii pilot/de fezabilitate (Dochat et al., 2021). După cum susțin Bowe et al. (2009), rolul unui studiu pilot este de a informa acceptabilitatea și fezabilitatea tratamentului, mai degrabă decât eficacitatea. Numai un studiu controlat randomizat cu suficientă putere ne-ar permite să interpretăm cu încredere un astfel de rezultat. În al treilea rând, utilizarea unui placebo psihologic ar fi putut fi un motiv pentru lipsa unui efect statistic semnificativ al intervenției. Meta-analizele anterioare și studiile experimentale sugerează că controlul de tip listă-de-așteptare sau fără tratament generează estimări mai mari ale mărimilor efectului pentru condiția experimentală (Cunningham, Kypri & McCambridge, 2013; Furukawa et al., 2014; Olatunji et al., 2013) decât controalele placebo. Astfel, în timp ce un control placebo este mai riguros (Gaab et al., 2019), în absența unui eșantion suficient de mare, acesta poate împiedica detectarea unei mărimi a efectului. În al patrulea rând, este

posibil ca formatul online al intervenției să fi împiedicat, de asemenea, intervenția, deoarece un număr de participanți au ales să aibă camerele video închise, ceea ce face neclar dacă au beneficiat efectiv de intervenție.

Pe baza analizelor RCI, câțiva participanți au prezentat îmbunătățiri semnificative din punct de vedere clinic în ceea ce privește rezultatele sănătății mintale, care au fost în mare parte absente în grupul de control. Deși acest rezultat trebuie interpretat cu prudență, având în vedere limitările pilotului, acesta este promițător și încurajează o evaluare ulterioară într-un studiu controlat randomizat cu suficientă putere statistică.

Limitările studiului se referă în principal la eșantionul de studiu, care a fost insuficient pentru a permite concluzii interpretate cu încredere. Mai mult, eșantionul a fost predominant feminin. Chiar dacă rezultatele ar fi semnificative, acestea nu ar permite generalizarea la o populație mai largă. În ceea ce privește punctele forte ale studiului, un punct forte considerabil este utilizarea unui grup placebo. Deși condițiile de listă de așteptare pot fi avantajoase, o condiție placebo ne permite să concluzionăm cu încredere că intervenția este eficientă. Un alt punct forte al studiului este dezvoltarea primului protocol bazat pe ACT conceput special pentru anxietatea de moarte, precum și pentru simptomele depresive și anxioase. Am ales ACT deoarece este o terapie bazată pe dovezi (Ferreira et al., 2022; Thompson et al., 2021; Hughes et al., 2017; Davis et al., 2015), dovedită în diferite tulburări, populații și formate de terapie.

Pentru direcțiile viitoare, studiile controlate randomizate ulterioare trebuie să utilizeze eșantioane mai mari. Asigurarea unei puteri suficiente ne-ar permite să evaluăm eficacitatea intervenției în reducerea nivelurilor de anxietate la moarte, precum și a simptomelor de depresie și anxietate. În plus, studiile viitoare ar putea testa intervenția în formate multiple, cum ar fi față în față în loc de participare online, terapie individuală în loc de terapie de grup și chiar sesiuni multiple.

În concluzie, nu am detectat niciun efect semnificativ din punct de vedere statistic, ceea ce se poate datora limitărilor considerabile privind dimensiunea redusă a eșantionului. Cu toate acestea, s-au observat unele îmbunătățiri în rezultatele primare și secundare ale studiului. Având în vedere că acesta este primul studiu care investighează intervenția ACT nou dezvoltată "De la frică la scop", sunt necesare studii viitoare pentru a stabili dacă intervenția poate fi eficientă în condiții de testare mai bune și mai superioare.

CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII

4.1. Concluzii generale

Cercetările empirice actuale identifică anxietatea de moarte ca un potențial factor transdiagnostic în psihopatologie, cu implicații majore responsabile pentru apariția, menținerea și exacerbară simptomelor psihologice. Cu toate acestea, datele sunt mixte, predominant corelaționale și adesea lipsite de rigoare metodologică. Această teză investighează anxietatea de moarte ca factor transdiagnostic în psihopatologie, concentrându-se pe asocierea sa cu diverse simptome. Ea urmărește să extindă literatura empirică actuală și să orienteze practica viitoare.

În primul rând, am efectuat o revizuire sistematică și o meta-analiză a întregii literaturi publicate cu privire la asocierile anxietății de moarte cu stresul și psihopatologia. Acest lucru a fost făcut pentru a estima relația dintre anxietatea de moarte și stresul sau simptomele tulburărilor psihice. Am inclus toate studiile care au raportat o corelație între anxietatea de moarte și stresul sau simptomele tulburărilor psihice în eșantioane generale și clinice, folosind instrumente validate anterior pentru toate rezultatele. Am căutat în mai multe baze de date bibliografice și au fost incluse în total 129 de studii, care au raportat 158 de eșantioane independente, pentru un total de 34.147 de participanți. Calitatea studiilor a fost evaluată cu instrumentele de evaluare a calității studiilor (NHLBI, n.d.) și majoritatea studiilor au fost evaluate ca fiind de calitate slabă. Constatările au indicat asocieri pozitive constante între anxietatea de moarte și rezultatele suferinței (r Pearson variind de la 0,36 la 0,66). Nu am găsit nicio moderare în funcție de instrumentul anxietății de moarte, tipul de eșantion sau procentul de femei din eșantion. Cu toate acestea, asocierea a fost mai puternică atunci când condițiile medicale au fost prezente decât atunci când acestea au fost absente. Au existat dovezi ale efectului studiilor mici, indicând un posibil *bias* de publicării. Rezultatele meta-analizei indică faptul că anxietatea de moarte este asociată în mod robust și semnificativ cu stresul și psihopatologia și merită să fie luată în considerare în viitor.

În al doilea rând, am efectuat un studiu metodologic pentru a evalua validitatea DABBS după trecerea prin procesul de traducere și adaptare. Eșantionul studiului a fost format din 482 de participanți care au completat evaluarea. Validitatea de construct a fost testată prin analiza factorială de confirmare, care nu a confirmat modelul original cu trei factori (i.e., "Afecte", "Credințe" și "Comportamente"; Menzies et al., 2022). Analiza factorială exploratorie a identificat o nouă structură cu cinci factori: "Afect", "Credințe despre moarte legate de sine", "Credințe despre moarte legate de ceilalți", "Evitare comportamentală" și "Evitare experiențială". Versiunea română a DABBS a demonstrat o bună validitate de construct, o bună consistență internă și o bună fidelitate test-retest. Deși versiunea românească diferă din punct de vedere factorial, constatările susțin utilizarea scalei ca măsură fidelă și validă a anxietății de moarte în eșantioanele românești.

În al treilea rând, utilizând analize de mediere, am investigat rolul anxietății de moarte în relația dintre neuroticism și simptomele de depresie și anxietate, formulând ipoteza că cele două relații dintre neuroticism și simptomele de depresie, respectiv simptomele de anxietate sunt mediate de anxietatea de moarte. 482 de participanți au completat măsurile, iar rezultatele au confirmat un efect de mediere în cazul simptomelor de anxietate, dar nu și în cazul simptomelor de depresie. Efectul de mediere a fost parțial și mic, dar în concordanță cu literatura anterioară.

În cele din urmă, printr-un design experimental, am testat eficacitatea unei intervenții bazate pe ACT concepute special pentru a reduce anxietatea de moarte la persoanele cu simptome de anxietate și/sau depresie. Prin vizarea mecanismelor de bază propuse ale acestor tulburări, studiul a încercat să ofere o abordare cuprinzătoare, bazată pe dovezi, pentru îmbunătățirea rezultatelor sănătății mintale. Studiul controlat randomizat a fost pre-înregistrat și a primit aprobarea etică. Designul a fost un studiu pilot cu grupuri paralele, dublu-mascat, și a comparat intervenția de grup de 90 de minute "De la Frică la Sens" cu o condiție placebo de control al atenției. 64 de participanți cu niveluri ridicate de anxietate la moarte și simptome semnificative clinic de depresie și anxietate au fost randomizați în

cele două condiții de studiu. Intervenția s-a concentrat pe creșterea flexibilității cognitive în jurul anxietății de moarte, ajutând participanții să restructureze gândurile despre moarte, să exploreze valorile personale și să accepte anxietatea de moarte ca o experiență naturală. Datele au fost colectate la momentul inițial și la două săptămâni post-intervenție. Variabila primară a fost anxietatea de moarte, în timp ce variabilele secundare au fost depresia, anxietatea, bunăstarea, flexibilitatea psihologică, evitarea experiențială și viața valoroasă. Analiza nu a relevat niciun efect de interacțiune semnificativ, care ar putea fi explicat prin eșantionul mic, includerea participanților cu simptome subclinice, alegerea unui placebo psihologic ca comparator și formatul online al intervenției. Cu toate acestea, analizele RCI au semnalat câteva îmbunătățiri semnificative din punct de vedere clinic în grupul experimental, care au fost în principal absente în grupul de control.

Rezumând, rezultatele generale ale acestei teze sunt următoarele 1) magnitudinea asocierii dintre anxietatea de moarte și distres și psihopatologie este moderată, 2) versiunea românească a DABBS, deși prezintă o structură factorială diferită de versiunea originală, are proprietăți psihometrice robuste și poate fi utilizată cu încredere în eșantioane românești, 3) anxietatea de moarte poate adăuga putere explicativă în plus față de un factor transdiagnostic cunoscut, cum ar fi neuroticismul, în ceea ce privește apariția simptomelor de anxietate, dar nu și a simptomelor depresive și 4) unii participanți au prezentat îmbunătățiri în urma intervenției ACT "De la Frică la Sens", cu anxietate de moarte, depresie și simptome de anxietate mai scăzute, precum și o stare de bine mai ridicată. Aceste rezultate, deși unele dintre ele contrare așteptărilor noastre, relevă o serie de implicații mai ample, teoretice, metodologice și practice.

4.2. Implicații ale prezentei lucrări

4.2.1. Implicații teoretice

Prezenta teză a reușit să aducă claritate în ceea ce privește relația dintre anxietatea de moarte și distresul psihologică. În primul rând, prin efectuarea unei analize sistematice și a unei meta-analize, am redus ambiguitatea cauzată de datele mixte și am identificat o asocierie de intensitate moderată între anxietatea de moarte și psihopatologie. Deși nu este surprinzător faptul că o formă de distres psihologică corelează semnificativ cu o altă formă de distres, este notabil faptul că am cuantificat aceste relații și am înțeles cât de puternic asociate sunt aceste variabile. În plus, pe baza analizelor de subgrup, știm acum că prezența unui diagnostic medical exacerbează relația dintre anxietatea de moarte și distres. Acest lucru sugerează că ar trebui acordată o atenție suplimentară eșantioanelor medicale și persoanelor care prezintă tulburări somatice în plus față de tulburările psihologice. Acest rezultat vine în sprijinul TMT, în sensul că un diagnostic medical poate acționa ca o amorsă, inducând saliența mortalității, care, la rândul său, duce la creșterea anxietății de moarte și a simptomelor psihopatologice. Deși analizele de subgrup privind starea clinică a eșantionului nu au dat rezultate semnificative din punct de vedere statistic, acest lucru poate fi explicat prin numărul redus de eșantioane clinice, care au fost, de asemenea, eterogene în ceea ce privește diagnosticele, criteriile de includere, recrutarea și alți factori. Acest lucru evidențiază, de asemenea, nevoia urgentă de eșantioane clinice mai mari care sunt examinate cu măsuri de referință, cum ar fi interviurile clinice. În al doilea rând, prin validarea DABBS în limba română, oferim o validitate teoretică suplimentară conceptului de anxietate de moarte. În urma eșecului analizei factoriale de confirmare, am efectuat o analiză exploratorie care a evidențiat o structură factorială diferită. Structura inițială (i.e., "Afecte", "Credințe", "Comportamente") a fost fundamentată pe teoria CBT clasică, dar în eșantionul nostru românesc, noua structură părea să reflecte CBT din al treilea val, sub forma ACT. În mod specific, factorul "Afecte" a rămas neschimbat, factorul "Credințe" a fost împărțit în "Credințe despre moarte legate de sine" și "Credințe despre moarte legate de ceilalți", iar factorul final "Comportamente" a fost împărțit în "Evitare comportamentală" și "Evitare experiențială". Acest rezultat este interesant și poate reflecta o particularitate culturală, dar a servit, de asemenea, pentru a informa alegerea intervenției în studiul pilot. În cele din urmă, al treilea studiu, deși limitat de designul transversal, oferă un sprijin suplimentar pentru studiul anxietății de moarte, în special în tulburările de anxietate. Efectul de mediere detectat al anxietății de moarte în relația dintre neuroticism și simptomele de anxietate, dar nu și în relația dintre anxietatea de moarte și simptomele depresive, reflectă cercetările anterioare. În special, lucrarea lui Menzies et al. (2024), care au constatat în revizuirea lor că tulburările de anxietate tind să preceadă alte diagnostice. Rezultatul nostru vine în sprijinul acestei constatări și sugerează că tulburările de anxietate ar trebui studiate în raport cu anxietatea de moarte.

4.2.2. Implicații metodologice

Teza a adus, de asemenea, progrese metodologice. În primul rând, prin utilizarea designului meta-analitic, am conferit credibilitate domeniului de cercetare. Această meta-analiză la scară largă a inclus un număr considerabil de studii și a reușit să umple câteva puncte oarbe, în principal în ceea ce privește moderatorii propuși. În plus, analiza noastră a oferit o viziune critică asupra stadiului actual al cercetării anxietății de moarte și a identificat o serie de probleme metodologice, și anume calitatea scăzută a studiilor, raportarea incompletă a datelor, lipsa modelelor longitudinale și experimentale, lipsa eșantioanelor clinice și utilizarea măsurilor anxietății de moarte cu proprietăți psihometrice slabe. În plus, al doilea studiu din prezenta teză este primul din domeniu care a tradus și validat un instrument al anxietății de moarte în limba română. Prin acest proces de cercetare, oferim o măsură fidelă a anxietății de moarte în eșantioane românești, încurajând practici de cercetare riguroase și exacte. În cele din urmă, am dezvoltat un nou protocol de intervenție, și anume intervenția ACT "De la Frică la Scop", care vizează creșterea flexibilității cognitive în jurul morții, precum și facilitarea explorării și îmbrățișării valorilor personale pentru a trăi o viață plină de sens. Studiul pilot a fost dublu-mascat (i.e., participanți și evaluatori), iar condiția de control a fost una placebo (i.e., controlul atenției), ceea ce reprezintă un punct forte, având în vedere lista de așteptare sau tratament ca în condiții obișnuite adesea utilizate în studii.

În plus, fiecare studiu a fost preînregistrat (e.g., Open Science Framework, ClinicalTrials.gov), iar datele asociate au fost publicate în depozite de date online (e.g., Open Science Framework), încurajând practicile de cercetare transparente și știința deschisă.

4.2.3. Implicații clinice

În ceea ce privește implicațiile practice, rezultatele prezentei teze sunt benefice și pentru terapeuți și practicieni. Pe baza meta-analizei noastre, am stabilit că anxietatea de moarte poate fi un factor considerabil în ceea ce privește psihopatologia. Astfel, atunci când clienții prezintă niveluri deosebit de ridicate de anxietate de moarte, există un fundal empiric pentru a o considera un factor relevant în simptomatologia lor. În plus, ar trebui acordată o atenție deosebită persoanelor care sunt diagnosticate și cu tulburări somatice.

O altă implicație clinică importantă este faptul că DABBS este un instrument adecvat al anxietății de moarte. Scala poate fi utilizată eficient în contexte terapeutice pentru a măsura și evalua nivelurile de anxietate de moarte. Având în vedere că scala se bazează pe teoria CBT, aceasta poate fi un instrument adecvat în special atunci când se lucrează într-un context CBT.

Deși studiul pilot nu a identificat un efect semnificativ pentru intervenție, analizele RCI oferă rezultate încurajatoare, având în vedere că unii participanți au prezentat îmbunătățiri semnificative din punct de vedere clinic. Interpretate cu prudență, aceste rezultate sugerează că studiile viitoare ar trebui să utilizeze eșantioane mai mari și să includă participanți cu simptome mai severe pentru a detecta schimbări semnificative. Cu toate acestea, în urma unor cercetări suplimentare, strategiile incluse în protocolul de intervenție ar putea fi utilizate în contexte terapeutice cu scopul de a reduce nivelurile relevante din punct de vedere clinic ale anxietății de moarte.

4.3. Limitări și direcții viitoare

Deși această teză aduce contribuții semnificative, ea prezintă și o serie de limite. Limitele fiecărui studiu sunt prezentate în secțiunile corespunzătoare ale studiilor respective. Această secțiune se concentrează pe limitările generale ale tezei și pe direcțiile viitoare necesare având în vedere aceste limitări.

În primul rând, design-ul transversal utilizat în cel de-al treilea studiu exclude orice concluzii cauzale. Pentru a testa cauzalitatea, este necesar un design longitudinal pentru a lua în considerare temporalitatea care ne permite să testăm direcția efectului. Având în vedere lipsa punctelor temporale multiple în evaluarea neuroticismului, a anxietății de moarte și a simptomelor de depresie și anxietate, nu este clar dacă efectul de mediere detectat în cazul simptomelor de anxietate este autentic. În plus, designul transversal ar putea fi responsabil pentru respingerea modelului de mediere depresivă. Dacă am fi utilizat un efect longitudinal, rezultatele ar fi putut fi interpretate cu mai multă încredere cu privire la prezența sau absența unui efect.

În al doilea rând, eșantioanele studiilor au fost afectate de câteva probleme. Mai exact, acestea au fost extrase din populația generală. În timp ce participanții la cel de-al patrulea studiu au prezentat simptome depresive și anxioase de intensitate ușoară până la severă, aceștia nu au fost examinați cu instrumente de tip standard-de-aur, cum ar fi interviurile clinice. În plus, eșantioanele au fost dezechilibrate în ceea ce privește genul, fiind compuse predominant din femei. Acest lucru împiedică generalizările semnificative, deoarece anxietatea de moarte se prezintă diferit la bărbați și la femei (Eshbaugh & Henninger, 2013; Quince et al., 2011; Türkarslan et al., 2020). În cele din urmă, deși cel de-al patrulea studiu a fost un studiu pilot, eșantionul a fost prea mic pentru a detecta un efect, chiar dacă a existat unul.

În al treilea rând, instrumentele utilizate în această teză sunt toate instrumente de autoevaluare, unele nevalidate încă în limba română. Acest lucru ar putea reduce încrederea în unele dintre rezultate, mai ales că simptomele de anxietate și depresie nu au fost evaluate prin măsuri formale de screening și interviuri clinice.

În ceea ce privește direcțiile viitoare, studiile viitoare care investighează anxietatea de moarte ar trebui să utilizeze modele longitudinale care să permită testarea cauzală. Prin permiterea mai multor puncte temporale, se poate testa temporalitatea și direcția, interpretând astfel cu autoritate un efect de mediere ca efect cauzal. În plus, modelele experimentale pot fi utilizate pentru a testa anumite ipoteze, deoarece aceste modele permit comparații sigure între condiții, deducând că o variabilă este într-adevăr cauza unui efect observat.

În al doilea rând, studiile viitoare ar trebui să exploreze anxietatea de moarte în eșantioane diverse pentru a evalua dacă relațiile sau efectele sunt menținute de-a lungul diferitelor caracteristici individuale. Acest domeniu de cercetare are nevoie de mai multe eșantioane clinice care sunt examinate pentru simptome și tulburări, ceea ce ne va permite să deducem cu încredere dacă anxietatea de moarte are un rol în psihopatologie. În plus, eșantioanele medicale sunt de mare interes, în special având în vedere rolul moderator al unui diagnostic medical în relația dintre anxietatea de moarte și stres, care a fost constatat în meta-analiza noastră. Studiile viitoare ar trebui să își specifice criteriile de includere și să descrie particularitățile eșantionului, în special în ceea ce privește diagnosticul medical, stadiul, severitatea și modul în care acesta este perceput de pacient. Aceste informații ar putea fi de mare valoare în meta-analize ulterioare, deoarece pot fi agregate și analizate. De asemenea, eșantioanele ar trebui să fie echilibrate în funcție de gen și vârstă, deoarece aceste variabile au un impact cunoscut asupra modului în care anxietatea de moarte este resimțită și exprimată (Tang et al., 2002). În cele din urmă, studiile viitoare ar trebui să fie suficient de puternice pentru a reduce erorile de tip II și pentru a permite detectarea exactă a efectelor.

În cele din urmă, având în vedere fragmentarea actuală a conceptelor psihologice (Anvari et al., 2025) și multiplele probleme legate de instrumentele anxietății de moarte (Zuccala et al., 2022), studiile viitoare ar trebui să se asigure mai întâi că unificăm domeniul de cercetare al anxietății de moarte. Acest lucru înseamnă utilizarea unei nomenclaturi uniforme, stabilirea aspectelor și dimensiunilor anxietății de moarte care prezintă interes și cernerea instrumentelor anxietății de moarte disponibile în prezent pentru a le alege pe cele mai potrivite și abia apoi să dezvolte altele noi pe baza nevoilor identificate. Această activitate teoretică și metodologică este de o importanță capitală pentru rafinarea acestui domeniu de cercetare și pentru generarea de cunoștințe.

Pentru a rezuma, această teză de doctorat a intenționat să facă lumină asupra anxietății de moarte și a rolului său în psihopatologia umană. Prin studiile implementate și metodele aplicate, credem că am reușit să aducem un plus de claritate și creștem nivelul de cunoștințe științifice în jurul acestei forme particulare de anxietate, care este chintesențial experienței umane.

- Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of abnormal psychology*, 113(1), 136.
- Ahmadi, V., & Valizadeh, H. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the quality of life and death anxiety in the elderly. *Aging Psychology*, 7(2), 166-153. 10.22126/JAP.2021.6370.1528
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrei, A. M., Webb, R., & Enea, V. (2023). Health anxiety, death anxiety and coronaphobia: Predictors of postpartum depression symptomatology during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*, 124, 103747. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103747>
- Angst, J., Gamma, A., Clarke, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Regier, D. (2010). Subjective distress predicts treatment seeking for depression, bipolar, anxiety, panic, neurasthenia and insomnia severity spectra. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(6), 488-498. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01580.x>
- Anvar, M., Javadpour, A., & Zadeh, S. M. (2012). Assessing death anxiety and its correlates among severe medically ill in-patients. *Shiraz E-Medical Journal*, 13(3), 122-127.
- Anvari, F., Alsalti, T., Oehler, L. A., Hussey, I., Elson, M., & Arslan, R. C. (2025). Defragmenting psychology. *Nature Human Behaviour*, 1-4. <https://doi.org/10.1038/s41562-025-02138-0>
- Anvari, F., Alsalti, T., Oehler, L., Hussey, I., Elson, M., & Arslan, R. C. (2024). A fragmented field: Construct and measure proliferation in psychology. doi:10.31234/osf.io/b4muj
- Arndt, J., Routledge, C., Cox, C. R., & Goldenberg, J. L. (2005). The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 191-213. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.002>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327-335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Barlow, D. H., & Kennedy, K. A. (2016). New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related emotional disorders: A focus on temperament. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(1), 8.
- Barlow, D. H., Curreri, A. J., & Woodard, L. S. (2021). Neuroticism and disorders of emotion: A new synthesis. *Current Directions in Psychological Science*, 30(5), 410-417. <https://doi.org/10.1177/09637214211030253>
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology*, 3, 77-85.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571. 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. Free Press
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Bianco, S., Testoni, I., Palmieri, A., Solomon, S., & Hart, J. (2024). The psychological correlates of decreased death anxiety after a near-death experience: The role of self-esteem, mindfulness, and death representations. *Journal of Humanistic Psychology*, 64(3), 343-366. <https://doi.org/10.1177/0022167819892107>
- Bohart, J. B., & Bergland, B. W. (1978). The impact of death and dying counseling groups on death anxiety in college students. *Death Studies*, 2(4), 381-391. <https://doi.org/10.1080/07481187908253321>
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P., & Rothstein, H. R. (2021). *Introduction to meta-analysis*. John Wiley & sons.
- Bouchard, T. J., & Loehlin, J. C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior genetics*, 31, 243-273. <https://doi.org/10.1023/A:1012294324713>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., ... & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (No. 79). Random House.
- Brandolin, F., Lappalainen, P., Gorinelli, S., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2024). Examining the effectiveness and acceptability of a group-based ACT intervention delivered by videoconference to international university students during the COVID-19 pandemic. *Counselling Psychology Quarterly*, 37(4), 517-541. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2254726>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research (2nd ed.)*. The Guilford Press.

- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological methods & research*, 21(2), 230-258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical psychology: Science and practice*, 26(2), 20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Bunghuez, C., Rusu, A., De Houwer, J., Perugini, M., Boddez, Y., & Sava, F. A. (2024). The moderating role of neuroticism on evaluative conditioning: Evidence from ambiguous learning situations. *Social Psychological and Personality Science*, 15(6), 718-727. <https://doi.org/10.1177/19485506231191861>
- Burani, K., & Nelson, B. D. (2020). Gender differences in anxiety: The mediating role of sensitivity to unpredictable threat. *International Journal of Psychophysiology*, 153, 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.05.001>
- Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and social psychology review*, 14(2), 155-195. <https://doi.org/10.1177/1088868309352321>
- Cai, H., Jin, Y., Liu, S., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., ... & Xiang, Y. T. (2021). Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of observation studies. *Journal of affective disorders*, 293, 148-158. [10.1016/j.jad.2021.05.115](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.115)
- Călinici, M. S., & Călinici, T. (2021). Comprehensive Assessment of ACT Processes CompACT. Romanian adaptation and short form validation. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 21(2), 209-226. [10.24193/jebp.2021.2.19](https://doi.org/10.24193/jebp.2021.2.19)
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *WISQARS leading causes of death visualization tool*. U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved February 12, 2025, from <https://wisqars.cdc.gov/lcd/>
- Cerny, B. A., & Kaiser, H. F. (1977). A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivariate behavioral research*, 12(1), 43-47. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr1201_3
- Chan, A. W., Tetzlaff, J. M., Gøtzsche, P. C., Altman, D. G., Mann, H., Berlin, J. A., ... & Moher, D. (2013). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *Bmj*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7586>
- Chatard, A., Pyszczynski, T., Arndt, J., Selimbegović, L., Konan, P. N., & Van der Linden, M. (2012). Extent of trauma exposure and PTSD symptom severity as predictors of anxiety-buffer functioning. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 47.
- Chawla, S., Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2022). Existential concerns in OCD with aggressive and sexual obsessions. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 32, 100710. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100710>
- Chopik, W. J. (2017). Death across the lifespan: Age differences in death-related thoughts and anxiety. *Death studies*, 41(2), 69-77. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1206997>
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2018). The development of anxiety: The role of control in the early environment. In D.H. Barlow (Ed). *The Neurotic Paradox, Vol 2*, 227-264 (1st ed). Routledge
- Chung, M. C., Dennis, I., Easthope, Y., Werrett, J., & Farmer, S. (2005). A multiple-indicator multiple-cause model for posttraumatic stress reactions: personality, coping, and maladjustment. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 67(2), 251-259. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000155675.56550.5f>
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death studies*, 25(8), 663-683. <https://doi.org/10.1080/713769896>
- Cohen J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). A first course in factor analysis (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. <https://doi.org/10.4324/9781315827506>
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775-785. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.4.775>
- Cudeck, R. (2000). Exploratory factor analysis. In H. E. A. Tinsley & S. D. Brown (Eds.), *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling* (pp. 265-296). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012691360-6/50011-2>
- Cuijpers, P., Eylem, O., Karyotaki, E., Zhou, X., & Sijbrandij, M. (2019). Psychotherapy for depression and anxiety in low-and middle-income countries. In *Global mental health and psychotherapy* (pp. 173-192). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814932-4.00008-2>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Ebert, D., Harrer, M., & Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(14), 6535-6546. [10.1017/S0033291722003841](https://doi.org/10.1017/S0033291722003841)
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Quero, S., Plessen, C. Y., Ebert, D., ... & Karyotaki, E. (2023). Psychological treatment of depression with other comorbid mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(3), 246-268. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2166578>
- Cunningham, J. A., Kypri, K., & McCambridge, J. (2013). Exploratory randomized controlled trial evaluating the impact of a waiting list control design. *BMC medical research methodology*, 13, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-150>

- da Silva, M. L., Rocha, R. S. B., Buheji, M., Jahrami, H., & Cunha, K. D. C. (2021). A systematic review of the prevalence of anxiety symptoms during coronavirus epidemics. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 115-125. <https://doi.org/10.1177/1359105320951620>
- Dadfar, M., & Lester, D. (2017). Religiously, spirituality and death anxiety. *Austin J Psychiatry Behav Sci*, 4(1), 1061
- Dadfar, M., Farid, A. A. A., Lester, D., Vahid, M. K. A., & Birashk, B. (2016). Effectiveness of death education program by methods of didactic, experiential, and 8A model on the reduction of death distress among nurses. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(7), 60-71.
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(3), 179. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Davazdahemami, M. H., Bayrami, A., Petersen, J. M., Twohig, M. P., Bakhtiyari, M., Noori, M., & Kheradmand, A. (2020). Preliminary evidence of the effectiveness of acceptance and commitment therapy for death anxiety in Iranian clients diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 84(Supplement A), 1-11. <https://doi.org/10.1521/bumc.2020.84.supplA.1>
- David, D. (2020). Sistem de evaluare clinică (SEC). Cluj-Napoca. RTS.
- David, D., Dobrean, A., and Sucala, M. (2012). BDI II-Inventarul de depresie BECK: Manual. [Beck's depression inventory] Cluj-Napoca. RTS.
- Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Derogatis, L. R., & Spitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales.
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: A systematic review and critical examination of "third wave" cognitive and behavioral therapies. *Behavior therapy*, 47(6), 886-905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>
- Dochat, C., Wooldridge, J. S., Herbert, M. S., Lee, M. W., & Afari, N. (2021). Single-session acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for patients with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of contextual behavioral science*, 20, 52-69. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.003>
- Dong, A., Zhang, H., Ai, F., Kong, L., Lu, T., Zheng, C., & Feng, F. (2024). Chinese version of the Death Anxiety Beliefs and Behaviours Scale: Psychometric properties based on CTT and IRT. *Geriatric Nursing*, 60, 207-214. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.09.005>
- Dougherty, K., Templer, D. I., & Brown, R. (1986). Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 357 – 359. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.33.3.357>
- Dozois, D. J., Seeds, P. M., & Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1). 10.1891/0889-8391.23.1.44
- Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, C. A. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualisation. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 213-224. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.005>
- Dumitru, E. P., Cardoso, R. A., Milea, I., Gambarota, F., Altoè, G., David, D. O., & Cristea, I. A. (2025). A meta-analysis of the association of death anxiety with psychological distress and psychopathology. *Nature Human Behaviour*, 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41562-025-02115-7>
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *bmj*, 315(7109), 629-634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2006). Magical thinking in obsessive-compulsive disorder, panic disorder and the general community. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 351-357.
- Elson, M., Hussey, I., Alsalti, T., & Arslan, R. C. (2023). Psychological measures aren't toothbrushes. *Communications Psychology*, 1(1), 25. <https://doi.org/10.1038/s44271-023-00026-9>
- Emanuel, L. L., Solomon, S., Chochinov, H. M., Delgado Guay, M. O., Handzo, G., Hauser, J., ... & Fitchett, G. (2023). Death anxiety and correlates in cancer patients receiving palliative care. *Journal of palliative medicine*, 26(2), 235-243. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0052>
- Eshbaugh, E., & Henninger, W. (2013). Potential Mediators of the Relationship Between Gender and Death Anxiety. *Individual Differences Research*, 11(1).
- Eysenck, M. W., & Fajkowska, M. (2018). Anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features. *Cognition and emotion*, 32(7), 1391-1400. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330255>
- Farahi, S., & Khalatbari, J. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the life expectancy, resilience and death anxiety in women with cancer. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 6(3), 9-19. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v6i3.21470>
- Farchione, T. J., Long, L. J., Spencer-Laitt, D., Moreno, J., & Barlow, D. H. (2024). State of the science: The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>

- Farley, G. (2018). Death anxiety and death education: a brief analysis of the key issues. In Foyle, L. & Hostad, J. (Eds.), *Delivering Cancer and Palliative Care Education*. (1st ed., pp. 73-78). CRC Press.
- Ferguson, R. J., Robinson, A. B., & Splaine, M. (2002). Use of the reliable change index to evaluate clinical significance in SF-36 outcomes. *Quality of Life Research*, 11, 509-516. <https://doi.org/10.1023/A:1016350431190>
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., de Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 309, 297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
- Fiedler, K., Kutzner, F., & Krueger, J. I. (2012). The long way from α -error control to validity proper: Problems with a short-sighted false-positive debate. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 661-669. <https://doi.org/10.1177/1745691612462587>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(3), 142-151. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007>
- Forrester, M., Sharpe, L., & Menzies, R. E. (2024). Starving off death: Mortality salience impacts women's body image and disordered eating. *Death Studies*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2352732>
- Fortner, B.V., Neimeyer, R. A., (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387-411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>
- Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of contextual behavioral science*, 5(3), 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.05.003>
- Freiman, J. A., Chalmers, T. C., Smith, H. A., & Kuebler, R. R. (2019). The importance of beta, the type II error, and sample size in the design and interpretation of the randomized controlled trial: survey of two sets of “negative” trials. In *Medical uses of statistics* (pp. 357-389). CRC Press.
- Fried, E. I., Flake, J. K., & Robinaugh, D. J. (2022). Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology*, 1(6), 358-368. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00050-2>
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 167-182. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.167>
- Furer, P., Walker, J. R., Chartier, M. J., & Stein, M. B. (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depression and Anxiety*, 6(2), 78-85. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1997\)6:2<78::AID-DA4>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1997)6:2<78::AID-DA4>3.0.CO;2-1)
- Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., & Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological medicine*, 33(2), 357-362. [10.1017/s0033291702006700](https://doi.org/10.1017/s0033291702006700)
- Furukawa, T. A., Noma, H., Caldwell, D. M., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., ... & Churchill, R. (2014). Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: A contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(3), 181-192. <https://doi.org/10.1111/acps.12275>
- Gaab, J., Kossowsky, J., Ehler, U., & Locher, C. (2019). Effects and components of placebos with a psychological treatment rationale—three randomized-controlled studies. *Scientific reports*, 9(1), 1421. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-37945-1>
- Gallagher, M. W., Naragon-Gainey, K., & Brown, T. A. (2014). Perceived control is a transdiagnostic predictor of cognitive-behavior therapy outcome for anxiety disorders. *Cognitive therapy and research*, 38, 10-22. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9587-3>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The brief experiential avoidance questionnaire: development and initial validation. *Psychological assessment*, 26(1), 35. [10.1037/a0034473](https://doi.org/10.1037/a0034473)
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Ghaemi, S. N. (2007). Feeling and time: the phenomenology of mood disorders, depressive realism, and existential psychotherapy. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 122-130. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl061>
- Gibbs, H. W., & Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*, 25(6), 563. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.25.6.563>
- Giles, A. H. (1994). *Death anxiety toward self and mother in clients with anorexia nervosa*. California School of Professional Psychology-Fresno.
- Goodwin, L. D. (1996). Determining cut-off scores. *Research in Nursing & Health*, 19(3), 249-256. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199606\)19:3<249::AID-NUR8>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199606)19:3<249::AID-NUR8>3.0.CO;2-K)
- Göriş, S., Taşçı, S., Özkan, B., Ceyhan, Ö., Kartın, P. T., Çeliksoy, A., ... & Eser, B. (2017). Effect of terminal patient care training on the nurses' attitudes toward death in an oncology hospital in Turkey. *Journal of Cancer Education*, 32, 65-71. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0929-6>
- Greenberg, J. (2012). Terror management theory: From genesis to revelations. In P. R. Shaver & M. Mikulincer (Eds.), *Meaning, mortality, and choice: The social psychology of existential concerns* (pp. 17–35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13748-001>
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S. (1986). The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory. In: Baumeister, R.F. (eds) *Public Self and Private Self*. Springer Series in Social Psychology. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5_10

- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 627–637. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.627>
- Greenberg, P., Chitnis, A., Louie, D., Suthoff, E., Chen, S. Y., Maitland, J., ... & Kessler, R. C. (2023). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2019). *Advances in Therapy*, 40(10), 4460-4479. <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02622-x>
- Groen, R. N., Ryan, O., Wigman, J. T., Riese, H., Penninx, B. W., Giltay, E. J., ... & Hartman, C. A. (2020). Comorbidity between depression and anxiety: assessing the role of bridge mental states in dynamic psychological networks. *BMC medicine*, 18, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01738-z>
- Grossman, C. H., Brooker, J., Michael, N., & Kissane, D. (2018). Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative medicine*, 32(1), 172-184. <https://doi.org/10.1177/0269216317722123>
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- Gulbahar Eren, M., Üçgül, K., & Sert, H. (2023). Effectiveness of interventions on death anxiety and fear in adults with chronic disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228231167725>
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2023). The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *OMEGA-journal of Death and Dying*, 87(1), 262-282. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell systematic reviews*, 18(2), e1230. 10.1002/cl2.1230
- Hart, J. (2014). Toward an integrative theory of psychological defense. *Perspectives on psychological science*, 9(1), 19-39. <https://doi.org/10.1177/1745691613506018>
- Harvey, A., Mansell, W., Shafran, R., & Watkins, E. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19. 10.1891/0889-8391.23.1.6
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., ... & Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior therapy*, 35(4), 821-835. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80022-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80022-4)
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The counseling psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hedges, L. V., Tipton, E., & Johnson, M. C. (2010). Robust variance estimation in meta-regression with dependent effect size estimates. *Research synthesis methods*, 1(1), 39-65. <https://doi.org/10.1002/jrsm.5>
- Heine, S. J., Proulx, T., & Vohs, K. D. (2006). The meaning maintenance model: On the coherence of social motivations. *Personality and social psychology review*, 10(2), 88-110. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1002_1
- Hidalgo, I., Brooten, D., Youngblut, J. M., Roche, R., Li, J., & Hinds, A. M. (2021). Practices following the death of a loved one reported by adults from 14 countries or cultural/ethnic group. *Nursing open*, 8(1), 453-462. <https://doi.org/10.1002/nop2.646>
- Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *bmj*, 327(7414), 557-560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 996–999. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.5.996>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain: a systematic review and meta-analyses. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568. 10.1097/AJP.0000000000000425
- Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., ... & Churchill, R. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2>
- IBM Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 29.0)* [Computer software]. IBM Corp.
- Iliescu, D., Popa, M., & Dimache, R. (2019). Adaptarea românească a Setului Internațional de Itemi de Personalitate: IPIP-Ro. *Psihologia Resurselor Umane*, 13(1), 83–112. Retrieved from <https://hrp-journal.com/index.php/pru/article/view/148>
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*, 34(7), 580-593. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 631–648). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10109-042>
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. (pp. 155) Longmans, Green & Co.

- Jones, M. K., & Menzies, R. G. (1997). The cognitive mediation of obsessive-compulsive handwashing. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 843-850. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00035-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00035-1)
- Juhl, J., & Routledge, C. (2016). Putting the terror in terror management theory: Evidence that the awareness of death does cause anxiety and undermine psychological well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 25(2), 99-103. <https://doi.org/10.1177/0963721415625218>
- Kariuki-Nyuthe, C., & Stein, D. J. (2015). Anxiety and related disorders and physical illness. *Sartorius N, Holt RIG, Maj M, editors. Comorbidity of mental and physical disorders. Berlin: Karger*, 81-7. doi.10.1159/000365538
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments?. *Archives of general psychiatry*, 49(9), 716-722. doi.10.1001/archpsyc.1992.01820090044008
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 929-937. doi.10.1001/archpsyc.60.9.929
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., ... & Uestuen, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 90-100. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.180
- Kim, B. R., Cho, O. H., & Yoo, Y. S. (2016). The effects of Dying Well Education Program on Korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research*, 30, 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.007>
- Kim, S., Yu, B. H., Lee, D. S., & Kim, J. H. (2012). Ruminative response in clinical patients with major depressive disorder, bipolar disorder, and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2), e77-e81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.034>
- Kira, I. A., Shuwiekh, H. A., Alhuwailah, A., Ashby, J. S., Sous Fahmy Sous, M., Baali, S. B. A., ... & Jamil, H. J. (2021). The effects of COVID-19 and collective identity trauma (intersectional discrimination) on social status and well-being. *Traumatology*, 27(1), 29-39. <https://doi.org/10.1037/trm0000289>
- Kirchberger, I., Heier, M., Kuch, B., Wende, R., & Meisinger, C. (2011). Sex differences in patient-reported symptoms associated with myocardial infarction (from the population-based MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry). *The American journal of cardiology*, 107(11), 1585-1589. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.01.040>
- Klein, R. A., Cook, C. L., Ebersole, C. R., Vitiello, C., Nosek, B. A., Hilgard, J., ... & Ratliff, K. A. (2022). Many Labs 4: Failure to replicate mortality salience effect with and without original author involvement. *Collabra: Psychology*, 8(1), 35271. <https://doi.org/10.1525/collabra.35271>
- Kline, R. B. (2005). Principles and practise of structural equation modeling. New York: Guilford Press
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Korkut, S. (2022). Evaluation of psychopathological symptoms, death anxiety, coronavirus anxiety, suicide risk, and associated risk factors among hemodialysis patients in the COVID-19 pandemic. *Therapeutic apheresis and dialysis*, 26(5), 941-949. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.13905>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men?. *The lancet psychiatry*, 4(2), 146-158. doi.10.1016/S2215-0366(16)30263-2
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death studies*, 44(7), 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). *Death anxiety: An analysis of an evolving concept*. Research and Theory for Nursing Practice, 23(1), 23-41. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
- Lei, L. Y. C., Ismail, M. A. A., Mohammad, J. A. M., & Yusoff, M. S. B. (2020). The relationship of smartphone addiction with psychological distress and neuroticism among university medical students. *BMC psychology*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00466-6>
- Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death scale: The original version and a revision. *Death studies*, 14(5), 451-468. <https://doi.org/10.1080/07481189008252385>
- Levin, M. E., Haeger, J. A., Pierce, B. G., & Twohig, M. P. (2017). Web-based acceptance and commitment therapy for mental health problems in college students: A randomized controlled trial. *Behavior modification*, 41(1), 141-162. <https://doi.org/10.1177/0145445516659645>
- Li, Y., Dong, W., Tang, H., Guo, X., Wu, S., Lu, G., ... & Chen, C. (2024). Correlates of death anxiety for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 33(5), 1933-1947. <https://doi.org/10.1111/jocn.17021>
- Little, R. J. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American statistical Association*, 83(404), 1198-1202. doi.10.1037//0022-006x.59.1.12
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2013). Review of the theoretical, empirical, and clinical status of adaptive and maladaptive perfectionism. *Behaviour Change*, 30(2), 96-116. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.9>

- Lo, C., Hales, S., Chiu, A., Panday, T., Malfitano, C., Jung, J., ... & Rodin, G. (2019). Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. *BMJ supportive & palliative care*, 9(2), 209-218. 10.1136/bmjspcare-2015-000866
- Lu, J., Yang, Y., Chen, H., Ma, H., & Tan, Y. (2024). Effects of different psychosocial interventions on death anxiety in patients: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 15, 1362127. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1362127>
- Luo, J., Zhang, B., Cao, M., & Roberts, B. W. (2023). The stressful personality: A meta-analytical review of the relation between personality and stress. *Personality and social psychology review*, 27(2), 128-194. <https://doi.org/10.1177/10888683221104002>
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- Mahmud, S., Mohsin, M., Dewan, M. N., & Muyeed, A. (2023). The global prevalence of depression, anxiety, stress, and insomnia among general population during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Trends in Psychology*, 31(1), 143-170. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00116-9>
- Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive behaviour therapy*, 41(3), 212-222. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>
- Malinauskaitė, I., Slapikas, R., Courvoisier, D., Mach, F., & Gencer, B. (2017). The fear of dying and occurrence of posttraumatic stress symptoms after an acute coronary syndrome: a prospective observational study. *Journal of health psychology*, 22(2), 208-217. <https://doi.org/10.1177/1359105315600233>
- Martz, E. (2004). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death studies*, 28(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/07481180490249201>
- Mazidi. (2024, April 30). Death Anxiety and Psychopathology. Retrieved from osf.io/jnak3
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33. 10.1891/0889-8391.23.1.20
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of affective disorders*, 151(1), 313-320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*, 22(3), 276-282.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., & Brugha, T. (2016). Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. A survey carried out for NHS Digital by NatCen Social Research and the Department of Health Sciences, University of Leicester.
- Menzies, R. E., & Dar-Nimrod, I. (2017). Death anxiety and its relationship with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 367. 10.1037/abn0000263
- Menzies, R. E., McMullen, K., Riotto, G., Iliescu, S., Petrovic, B., & Remfrey, M. (2024). From dread to disorder: A meta-analysis of the impact of death anxiety on mental illness symptoms. *Clinical Psychology Review*, 102490. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102490>
- Menzies, R. E., Richmond, B., Sharpe, L., Skeggs, A., Liu, J., & Coutts-Bain, D. (2024). The 'revolving door' of mental illness: A meta-analysis and systematic review of current versus lifetime rates of psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 63(2), 178-196. <https://doi.org/10.1111/bjc.12453>
- Menzies, R. E., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2019). The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 452-467. <https://doi.org/10.1111/bjc.12229>
- Menzies, R. E., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2022). The development and validation of the Death Anxiety Beliefs and Behaviours Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 1169-1187. <https://doi.org/10.1111/bjc.12387>
- Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 59, 64-73. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.004>
- Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2021). Are anxiety disorders a pathway to obsessive-compulsive disorder? Different trajectories of OCD and the role of death anxiety. *Nordic journal of psychiatry*, 75(3), 170-175. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1817554>
- Miles, M. S. (1980). The effects of a course on death and grief on nurses' attitudes toward dying patients and death. *Death Studies*, 4(3), 245-260. <https://doi.org/10.1080/07481188008252974>
- Miller, A. K., Lee, B. L., & Henderson, C. E. (2012). Death anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Death studies*, 36(7), 640-663. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.604467>
- Missler, M., Stroebe, M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & Van Der Houwen, K. (2012). Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 64(4), 357-379. <https://doi.org/10.2190/OM.64.4.e>
- Mokdad, A. H., Ballestros, K., Echko, M., Glenn, S., Olsen, H. E., Mullany, E., ... & US Burden of Disease Collaborators. (2018). The state of US health, 1990-2016: burden of diseases, injuries, and risk factors among US states. *Jama*, 319(14), 1444-1472. 10.1001/jama.2018.0158

- Moulds, M. L., & McEvoy, P. M. (2025). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic cognitive process. *Nature Reviews Psychology*, 1-15. <https://doi.org/10.1038/s44159-024-00399-6>
- Murata, H., & Morita, T. (2006). Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: The first step of a nationwide project. *Palliative & Supportive Care*, 4(3), 279-285. [10.1017/s1478951506060354](https://doi.org/10.1017/s1478951506060354)
- Mwinyi, J., Pisanu, C., Castelao, E., Stringhini, S., Preisig, M., & Schiöth, H. B. (2017). Anxiety disorders are associated with low socioeconomic status in women but not in men. *Women's health issues*, 27(3), 302-307. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.01.001>
- National Heart Lung and Blood Institute. (n.d.). *Study quality assessment tools*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved February 28, 2024, from <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
- Nejad-Ebrahim Soumee, Z., tajigharajeh, S., Mousavi, S. E., Nazarali, Z., Bakhshani, N. M., Nasrabadi, S., ... & Sarani Yaztappeh, J. (2024). Group training based on acceptance and commitment therapy for death anxiety and mental health in the older adults: A randomized clinical trial. *Current Psychology*, 43(42), 32651-32664. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06801-z>
- Nielsen, S. K. K., Stuart, A. C., Winding, C., Øllgaard, M., Wolitzky-Taylor, K., Daniel, S. I., ... & Jørgensen, M. B. (2025). Group Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy/Exposure Response Prevention for Obsessive Compulsive Disorder: A Block Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000544070>
- Odgers, K., Kershaw, K. A., Li, S. H., & Graham, B. M. (2022). The relative efficacy and efficiency of single-and multi-session exposure therapies for specific phobia: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 159, 104203. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104203>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100444. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100444>
- Öngider, N., & Özişik Eyüboğlu, S. (2013). Investigation of death anxiety among depressive patients. *TURKISH JOURNAL CLINICAL PSYCHIATRY*, 16(1), 34-46.
- Özgüç, S., Kaplan Serin, E., & Tanriverdi, D. (2024). Death anxiety associated with coronavirus (COVID-19) disease: A systematic review and meta-analysis. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 88(3), 823-856. <https://doi.org/10.1177/00302228211050503>
- Öztürk, S. S., Çiçek, İ. E., & Eren, İ. (2023). Death anxiety and related factors in schizophrenia patients: Controlled study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 87(4), 1048-1062. <https://doi.org/10.1177/00302228211033122>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & McDonald, S. (2021). & Moher, D.(2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88(105906), 10-1016. [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions of three transdiagnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*, 94, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.012>
- Peal, R. L., Handal, P. J., & Gilner, F. H. (1982). A group desensitization procedure for the reduction of death anxiety. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 12(1), 61-70. <https://doi.org/10.2190/8EEE-T21E-JNAB-GFK5>
- Pustejovsky, J. E., & Tipton, E. (2018). Small-sample methods for cluster-robust variance estimation and hypothesis testing in fixed effects models. *Journal of Business & Economic Statistics*, 36(4), 672-683. <https://doi.org/10.1080/07350015.2016.1247004>
- Pustejovsky, J. E., & Tipton, E. (2022). Meta-analysis with robust variance estimation: Expanding the range of working models. *Prevention Science*, 23(3), 425-438. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01246-3>
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: an extension of terror management theory. *Psychological review*, 106(4), 835. [10.1037/0033-295x.106.4.835](https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.4.835)
- Quince, T. A., Barclay, S. I., Spear, M., Parker, R. A., & Wood, D. F. (2011). Student attitudes toward cadaveric dissection at a UK medical school. *Anatomical Sciences Education*, 4(4), 200-207. <https://doi.org/10.1002/ase.237>
- Radanovic-Grguric, L., Filakovic, P., Laufer, D., Vuksic-Mihaljevic, Z., Koic, O., & Barkic, J. (2004). Panic disorder and depression. *Socijalna Psihijatrija*, 32, 155-159.
- Randall, E. (2001). Existential therapy of panic disorder: A single system study. *Clinical Social Work Journal*, 29, 259-267. <https://doi.org/10.1023/A:1010459712685>
- Randles, D., Proulx, T., & Heine, S. J. (2011). Turn-frogs and careful-sweaters: Non-conscious perception of incongruous word pairings provokes fluid compensation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(1), 246-249. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.07.020>
- Rasmussen, C., Templer, D. I., Kenkel, M. B., & Cannon, W. G. (1998). Indirect attempt to change death attitudes: Negative findings and associated relationships. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 37(3), 203-214. <https://doi.org/10.2190/PIHW-09JW-47PN-PNVD>
- Riera-Serra, P., Navarra-Ventura, G., Castro, A., Gili, M., Salazar-Cedillo, A., Ricci-Cabello, I., ... & Roca, M. (2024). Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-

- analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 274(7), 1543-1563. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01716-5>
- Rolffs, J. L. (2019). *Understanding the Predictive Role of Psychological Flexibility in Acceptance and Commitment Therapy: Baseline Flexibility and Inflexibility as Moderators of Treatment Effects*. University of Rochester.
- Rosellini, A. J., Bourgeois, M. L., Correa, J., Tung, E. S., Goncharenko, S., & Brown, T. A. (2018). Anxious distress in depressed outpatients: Prevalence, comorbidity, and incremental validity. *Journal of psychiatric research*, 103, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.006>
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death studies*, 31(6), 549-561. <https://doi.org/10.1080/07481180701356936>
- Safren, S. A., Gershuny, B. S., & Hendriksen, E. (2003). Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(12), 657-664. <https://doi.org/10.1089/108729103771928717>
- Sanabria-Mazo, J. P., Colomer-Carbonell, A., Borràs, X., Castaño-Asins, J. R., McCracken, L. M., Montero-Marin, J., ... & Luciano, J. V. (2023). Efficacy of videoconference group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Behavioral Activation Therapy for Depression (BATD) for chronic low back pain (CLBP) plus comorbid depressive symptoms: a randomized controlled trial (IMPACT study). *The Journal of Pain*, 24(8), 1522-1540. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.04.008>
- Santabàrbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., ... & Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sapp, M. (2006). Basic psychological measurement, research designs, and statistics without math. (1st ed.). Charles C. Thomas Pub Ltd.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 46(6), 757-765. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.007>
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66(4), 507-514. <https://doi.org/10.1007/BF02296192>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior therapy*, 48(1), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Scrima, F., Miceli, S., Caci, B., & Cardaci, M. (2022). The relationship between fear of COVID-19 and intention to get vaccinated. The serial mediation roles of existential anxiety and conspiracy beliefs. *Personality and Individual Differences*, 184, 111188. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111188>
- Selker, R. (2017). Medmod: simple mediation and moderation analysis. *R package version*, 1(0).
- Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4(1), 1-32. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>
- Sianturi, R., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria clinica*, 28, 94-97. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30045-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30045-7)
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the valuing questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001>
- Sokol, L. L., Troost, J. P., Bega, D., Paulsen, J. S., Kluger, B. M., Applebaum, A. J., ... & Carlozzi, N. E. (2023). Death anxiety in Huntington Disease: longitudinal health-related quality-of-life outcomes. *Journal of palliative medicine*, 26(7), 907-914. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0160>
- Soleimani, M. A., Bahrami, N., Allen, K. A., & Alimoradi, Z. (2020). Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101803. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101803>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. [10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092)
- Starcevic, V. (2007). Body as the source of threat and fear of death in hypochondriasis and panic disorder. *Psihijatrija danas*, 39(1), 73.
- Steiger, J. H. (1998). A note on multiple sample extensions of the RMSEA fit index. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 5(4), 411-419. <https://doi.org/10.1080/10705519809540115>
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. A. (2021). Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*, 51(9), 1491-1504. [10.1017/S0033291720000239](https://doi.org/10.1017/S0033291720000239)
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., ... & Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V?. *Depression and anxiety*, 27(6), 495-506. <https://doi.org/10.1002/da.20699>
- Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., ... & Higgins, J. P. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *bmj*, 366. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>

- Strachan, E., Schimel, J., Arndt, J., Williams, T., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2007). Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(8), 1137-1151. <https://doi.org/10.1177/0146167207303018>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2024). Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford university press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198528470.001.0001>
- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety disorders: a review. *Jama*, 328(24), 2431-2445. doi:10.1001/jama.2022.22744
- Şahan, E., Eroğlu, M. Z., Karataş, M. B., Mutluer, B., Uğurpala, C., & Berkol, T. D. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian Heart Journal*, 70(3), 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.ehj.2018.04.003>
- Tang, C. S. K., Wu, A. M., & W. Yan, E. C. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death studies*, 26(6), 491-499. <https://doi.org/10.1080/074811802760139012>
- Tang, L., Zhang, Y., Pang, Y., Zhou, Y., Li, J., Song, L., ... & Wang, Y. (2021). Validation of death and dying distress scale-Chinese version and prevalence of death anxiety among patients with advanced cancer. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 715756. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.715756>
- Tang, P. L., Chiou, C. P., Lin, H. S., Wang, C., & Liand, S. L. (2011). Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients. *Cancer nursing*, 34(4), 286-292. 10.1097/NCC.0b013e31820254c6
- Team, R. D. C. (2010). R: A language and environment for statistical computing. (No Title).
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., Van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., ... & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- The jamovi project (2024). jamovi (Version 2.3.28.0) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002>
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver obsessional compulsive inventory (VOCI). *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1289-1314. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.007>
- Tipton, E., & Pustejovsky, J. E. (2015). Small-sample adjustments for tests of moderators and model fit using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 40(6), 604-634. <https://doi.org/10.3102/1076998615606099>
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death studies*, 20(4), 343-365. <https://doi.org/10.1080/07481189608252787>
- Torres, A. R., & Crepaldi, A. L. (2002). Panic disorder and hypochondriasis: A review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24, 144-151. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000300009>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: a randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 38, 66-80. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9579-0>
- Turan, G. B., & Polat, H. T. (2024). The effects of illness perception on death anxiety and satisfaction with life in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Palliative & Supportive Care*, 22(2), 360-366. 10.1017/S1478951523001244
- Türkarslan, K. K., Okay, D., Çevrim, M., & Bozo, Ö. (2020). Life is short, stay awake: Death anxiety and bedtime procrastination. *The Journal of general psychology*, 147(1), 43-61. <https://doi.org/10.1080/00221309.2019.1633994>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716. <https://doi.org/10.1037/a0020508>
- Van Den Hout, A. (2016). *Multi-state survival models for interval-censored data*. Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9781315374321>
- Viechtbauer, W. (2005). Bias and efficiency of meta-analytic variance estimators in the random-effects model. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 30(3), 261-293. <https://doi.org/10.3102/10769986030003261>
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of statistical software*, 36, 1-48. 10.18637/jss.v036.i03
- Waite, S., Hyland, P., Bennett, K. M., Bentall, R. P., & Shevlin, M. (2022). Testing alternative models and predictive utility of the Death Anxiety Inventory-Revised: A COVID-19 related longitudinal population based study. *Acta Psychologica*, 225, 103539. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103539>
- Walser, C. B. (1984). *Death anxiety and separation anxiety in borderline and schizophrenic patients*. California School of Professional Psychology-Berkeley/Alameda.
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., ... & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological assessment*, 30(3), 383. <https://doi.org/10.1037/pas0000486>

- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T. P., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity research & clinical practice*, 6(1), e21-e30. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2011.04.004>
- Weinstock, L. M., & Whisman, M. A. (2006). Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: a test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *Journal of abnormal psychology*, 115(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.1.68>
- Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: revised. In *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219-238). Boston, MA: Springer US.
- Weitz, E., Kleiboer, A., van Straten, A., & Cuijpers, P. (2018). The effects of psychotherapy for depression on anxiety symptoms: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(13), 2140-2152. [10.1017/S0033291717003622](https://doi.org/10.1017/S0033291717003622)
- Wicklund, R. A., & Braun, O. L. (1987). Incompetence and the concern with human categories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 373-382. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.373>
- Widiger, T. A., & Oltmanns, J. R. (2017). Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World psychiatry*, 16(2), 144. [doi.10.1002/wps.20411](https://doi.org/10.1002/wps.20411)
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (2015). Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Taylor & Francis.
- World Health Organization (WHO). Depression fact sheet 2021 [updated September 13, 2021]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Accessed 2023 Mar 4
- World Health Organization. (1998). Wellbeing measures in primary health care/the depcare project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 46(3), 0.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36(3-4), 283-297. <https://doi.org/10.1080/08873260802350006>
- Yang, K., Sheng, Y., Huang, C., Jin, Y., Xiong, N., Jiang, K., ... & Wu, G. (2020). Clinical characteristics, outcomes, and risk factors for mortality in patients with cancer and COVID-19 in Hubei, China: a multicentre, retrospective, cohort study. *The Lancet Oncology*, 21(7), 904-913. [10.1016/S1470-2045\(20\)30310-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30310-7)
- Zuccala, M., Menzies, R. E., Hunt, C. J., & Abbott, M. J. (2022). A systematic review of the psychometric properties of death anxiety self-report measures. *Death Studies*, 46(2), 257-279. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1699203>
- Zuehlke, T. E., & Watkins, J. T. (1977). Psychotherapy with terminally ill patients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 14(4), 403-410. <https://doi.org/10.1037/h0087512>