

DOI: <https://doi.org/10.52673/18570461.25.4-79.07>
CZU: 159.942.5: 340.613



ANXIETATEA CA RĂSPUNS PSIHOEMOȚIONAL ÎN PIERDERILE REPRODUCTIVE PRECOCE

Doctor în științe medicale, conferențiar universitar **Corina ILIADI-TULBURE**

E-mail: corina.iliadi@usmf.md

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3504-4321>

Student, anul II, **Bogdan MARANDIUC**

E-mail: bnmarandiuc@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3797-261X>

Asistent universitar **Andrei EȘANU**

E-mail: andrei.esanu@usmf.md

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1289-4622>

Student anul IV **Rareș-Mihai LILE**

E-mail: rareslile014@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1289-4622>

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

ANXIETY AS A PSYCHO-EMOTIONAL RESPONSE IN EARLY REPRODUCTIVE LOSS

Summary. Early reproductive loss (ERL) is one of the most frequent and complex issues in reproductive health, simultaneously affecting the physical, emotional, and relational well-being of women and couples. This traumatic event triggers psychological stress through the activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and disruption of the neuroendocrine balance, contributing to the onset of anxiety and depressive disorders. Factors such as young age, low educational level, lack of family support, and social stigmatization can amplify the emotional impact, leading to feelings of guilt, fear, and helplessness. This research was conducted as an observational, descriptive, and prospective study using a mixed-methods approach (quantitative and qualitative). It included 38 patients admitted to a tertiary perinatal center, diagnosed with ERL (≤ 12 weeks of gestation (w.g.)). The Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) and semi-structured interviews were used to explore the emotional, cognitive, and relational experiences. Data were processed using IBM SPSS Statistics 21 and Microsoft Excel, in compliance with medical ethics and confidentiality principles. The majority of participants (47.4%) were in the 26-35 age group, and 84.2% were married. ERL most frequently occurred between 7 and 10 weeks of gestation (65.8%). Elevated anxiety levels were identified in 74% of participants, manifested by difficulties in relaxation, persistent worries, and increased irritability. Fear of recurrence of loss was reported by 50% of respondents, and 84% expressed concerns about the consequences on their future reproductive health. The qualitative analysis revealed highlighted feelings of guilt, isolation, and shame, along with a dissonance between outward functioning and inner suffering. ERL represents not only a medical issue but also a profound emotional and identity crisis for patients. The assessment of anxiety using validated tools such as the GAD-7, allows for the early identification of psycho-emotional disturbances and the direction of personalized interventions. Integrating perinatal psychological counseling into the care of patients experiencing ERL and promoting a holistic approach are strongly recommended.

Keywords: early pregnancy losses, emotional reactions, anxiety.

Rezumat. Pierderile reproductive precoce (PRP) reprezintă una dintre cele mai frecvente și complexe probleme din sfera sănătății reproductive, afectând simultan starea fizică, emoțională și relațională a femeii/cuplului. Evenimentul traumatic generează un stres psihologic prin activarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale și perturbarea echilibrului neuroendocrin, contribuind la apariția tulburărilor anxioase și depresive. Factori precum vârsta tânără, nivelul educațional scăzut, lipsa sprijinului familial și stigmatizarea socială pot amplifica impactul emoțional, determinând reacții de vinovăție, teamă și neputință. Cercetarea a fost realizată sub formă de studiu observațional, descriptiv și prospectiv, cu abordare mixtă (cantitativă și calitativă), incluzând 38 de paciente internate în Centrul Perinatal Terțiar, diagnosticate cu PRP (≤ 12 săptămâni de gestație (s.g.)). Au fost utilizate Scala de Tulburare de Anxietate Generalizată (GAD-7) și interviul semistructurat pentru explorarea trăirilor emoționale, cognitive și relaționale. Datele au fost prelucrate cu programele IBM SPSS Statistics 21 și Microsoft Excel, fiind respectate principiile eticii medicale și confidențialității. Majoritatea pacientelor (47,4%) s-au încadrat în categoria 26-35 de ani, iar 84,2% erau căsătorite. PRP a survenit cel mai frecvent între

7-10 s.g. (65,8%). Niveluri crescute de anxietate au fost identificate la 74% dintre participante, manifestate prin dificultăți de relaxare, îngrijorări persistente și iritabilitate accentuată. Frica de repetare a pierderii a fost prezentă la 50% dintre respondente, iar 84% s-au declarat preocupate de consecințele asupra viitorului reproductiv. Analiza calitativă a evidențiat sentimente de vinovăție, izolare și rușine, alături de o disonanță între funcționarea aparentă și suferința interioară. PRP reprezintă nu doar o problemă medicală, ci și o veritabilă criză identitară și emoțională pentru paciente. Evaluarea anxietății prin instrumente validate, precum GAD-7, permite identificarea precoce a tulburărilor psihoemoționale și orientarea intervențiilor personalizate. Se recomandă integrarea consilierii psihologice perinatale în îngrijirea pacienților cu PRP și promovarea unei abordări holistice.

Cuvintele-cheie: pierderi reproductive precoce, reacții emoționale, anxietate.

INTRODUCERE

Pierderile reproductive precoce (PRP) constituie una dintre cele mai dificile experiențe prin care poate trece persoana și/sau cuplul, afectând sănătatea nu doar fizică, dar și cea psihoemoțională [1-4]. Etiologia PRP este multifactorială, forma cea mai frecvent întâlnită fiind avortul spontan în evoluție [5-8]. Stresul psihologic pronunțat este un factor potențial de risc, prin activarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale, cu efecte hormonale și imune nefaste asupra cursului sarcinii [6; 9-11]. Simptomele clinice reflectă impactul PRP, constituind concomitent factori declanșatori psihologici, care pot intensifica sentimentele de frică și neputință [1; 10; 12; 13]. Aceste manifestări pot declanșa amintiri intruzive și pot amplifica suferința emoțională, menținând vie amintirea pierderii și sporind riscul de anxietate și depresie [14-16]. Fluctuațiile hormonale după PRP contribuie la schimbări de dispoziție și la o vulnerabilitate crescută față de anxietate și depresie [17; 18]. Durerea fizică și cea emoțională se intensifică reciproc, creând un ciclu dificil de întrerupt [16]. Pentru pacientele cu istoric medical complicat, incertitudinea cu privire la funcția de reproducere intensifică impactul de anxietate și trăire de doliu [10; 13; 19].

Anxietatea survine după PRP și afectează aproximativ 40-50% dintre persoanele implicate, pe o durată variabilă, la scurt timp după ce au trecut prin experiența traumatizantă. Femeile raportează niveluri mai ridicate de anxietate comparativ cu partenerii de sex masculin. Factorii de risc pentru anxietate sunt: demografici (vârsta sub 20 de ani, statut socioeconomic scăzut și nivel educațional limitat); istoricul medical și obstetrical; izolarea și stigmatizarea socială; influențele culturale, în special în societățile unde maternitatea este strâns corelată cu identitatea personală. Anxietatea în urma PRP este o preocupare semnificativă de sănătate publică, cu implicații extinse asupra bunăstării mintale, emoționale și fizice [1; 8; 11; 14; 16; 20-22].

Abordarea holistică combină reabilitarea fizică cu intervenții psihoterapeutice și permite o înțelegere mai profundă a legăturilor dintre simptomele fizice și cele psihoemoționale, contribuind la dezvoltarea

unor intervenții personalizate și eficiente [2; 3; 10; 14; 23]. Este necesară adaptarea intervențiilor la valorile și practicile culturale pentru a reduce stigmatizarea și a crește accesibilitatea [12; 14; 21; 24]. Programele de sprijin oferă un cadru emoțional sigur în care persoanele pot împărtăși experiențe similare și pot găsi alinare în sprijin reciproc [23]. Intervențiile pentru gestionarea anxietății includ terapia cognitiv-comportamentală (TCC), care ajută la restructurarea gândurilor negative și dezvoltarea unor mecanisme fiziologice de adaptare [14]. Comunicarea empatică este esențială pentru validarea experiențelor emoționale ale pacienților și pentru o mai bună gestionare a simptomelor clinice [20].

MATERIALE ȘI METODE

Cercetarea are drept scop analiza PRP, concentrându-se pe impactul anxietății ca manifestare psihoemoțională. Obiectivele includ: descrierea etiologiei PRP și a implicațiilor clinice, explorarea manifestărilor afective asociate și evaluarea utilității instrumentului de screening. A fost realizată prin studiul observațional, descriptiv, prospectiv, cu abordare mixtă (cantitativă și calitativă) și a implicat 38 de participante, care au întrunit următoarele criterii de includere: paciente spitalizate în cadrul Centrului Perinatal Terțiar, care au suportat PRP (termenul de sarcină ≤ 12 s.g + 0 zile, diagnosticul clinic și ecografic stabilit anterior), pentru o perioadă între 14 zile și 2 luni; vârsta pacientei ≥ 18 ani; acceptul de a participa în studiu, confirmat prin semnarea acordului informat. Criteriile de excludere au constituit: prezența sarcinii extrauterine sau întreruperea voluntară; antecedente de afecțiuni psihiatrice; lipsa cooperării în aplicarea chestionarelor.

Studiul prospectiv a fost realizat în baza *General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) (Scala de Tulburare de Anxietate Generalizată)*, care a inclus 7 întrebări, adresate respondentelor direct, răspunsurile fiind notate pe suport de hârtie și/sau completate online, în format Google Docs. Chestionarele au fost aplicate într-un cadru securizant, în prezența psihologului clinician. *Interviul semistrukturat* a ajutat la identificarea trăirilor emoționale, cognitive și relaționale ale pacientei

(durata de 30-45 min.). Prin intermediul *Fișei clinice* au fost colectate datele demografice, obstetricale, ginecologice și contextuale. S-a luat în considerare posibilitatea reprogramării pentru reevaluare sau consiliere post-cercetare. Datele au fost prelucrate utilizând programele IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 21, Microsoft Excel.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

În cadrul grupului de studiu s-a constatat că majoritatea femeilor au fost încadrate în categoria de vârstă între 26-35 de ani, reprezentând 18 paciente (47,4%); 9 femei (23,7%) au avut vârsta de până la 25 de ani, ceea ce sugerează că tinerele sunt, de asemenea, afectate de PRP, dar într-o proporție mai mică. Aceste date corespund relațiilor din literatura de specialitate, semnalând manifestarea PRP în mijlocul vârstei fertile [10; 20]. În 32 de cazuri (84,2%) pacientele erau căsătorite; 24 de femei (63,2%) aveau studii superioare, 10 femei (31,3%) erau casnice. Majoritatea pacientelor proveneau din mediul rural (33 de cazuri – 86,8%). Sarcinile au survenit pe cale naturală în 35 de cazuri (92,1%). Cele mai multe PRP au avut loc la *termenul de sarcină* între 7-10 s.g., reprezentând o rată semnificativă de 65,8% cazuri (25 de paciente). Această distribuție sugerează că termenul sarcinii influențează semnificativ riscul de pierdere a sarcinii, în special în stadiile incipiente. *Diagnosticul de avort spontan în evoluție* a fost stabilit în 35 de cazuri (92,1%). S-a observat o proporție mai mare de PRP la multipare, acestea reprezentând 71,1% cazuri (27 de paciente), ceea ce ar putea indica o asociere între PRP și *experiența reproductivă anterioară*. Un număr de 8 paciente (21,1%) au trecut prin unul sau mai multe avorturi medicale în antecedente, ceea ce sugerează că *experiențele anterioare* pot influența evoluția sarcinilor ulterioare. *Patologiile somatice* s-au manifestat în 12 cazuri (31,6%), fapt care subliniază importanța monitorizării afecțiunilor preexistente. *Patologii ginecologice* au fost prezente la 12 femei (31,6%). *Hemoragiile uterine anormale în sarcină*, prezente în 24 de cazuri (63,2%), pot fi asociate cu un risc crescut de PRP. Pacientele au beneficiat de *tratament conservator și/sau chirurgical* în funcție de prevederile ghidurilor și de protocoalele existente. În 29 de cazuri (76,3%) a fost efectuat tratament chirurgical (preponderent vacuum-aspirația cavității uterine), iar în 9 cazuri (23,7%) tratament conservator. Toate pacientele au beneficiat de consiliere pre- și postprocedură, fiind informate despre diagnosticul stabilit, rezultatele investigațiilor efectuate, etapele de management și posibilele complicații. Acestea au primit recomandări, fiind efectuat un plan de

follow-up personalizat. În 35 de cazuri (92,1%), partenerul/un membru al familiei a fost prezent la una sau mai multe etape ale procesului de management, fiind informat despre situație. Tuturor pacientelor le-a fost recomandat consultul psihologului perinatal; au beneficiat de servicii 31 de paciente (81,6%), iar 7 paciente (18,4%) au refuzat serviciile. Percepția femeilor privind sprijinul primit și asistența oferită a fost una pozitivă, fapt care confirmă importanța unei abordări orientate pe beneficiar, aspect evidențiat și de către alți autori în cadrul cercetărilor efectuate [6; 15; 22].

Un număr de 28 de respondente (74,0%) au susținut că s-au simțit anxioase sau la limita răbdării și au avut dificultatea de a face față situației fără ajutor specializat, răspunzând pozitiv la întrebarea *Vă simțeați nervoasă, anxioasă sau la limită?*. Această întrebare a permis evaluarea anxietății, definită printr-o stare persistentă de îngrijorare, tensiune și neliniște în contextul PRP. Astfel, femeile care au trecut prin experiența PRP se pot confrunta cu un nivel crescut de stres emoțional, îngrijorări excesive, ruminării și gânduri repetitive. Ele se întreabă frecvent de ce s-a întâmplat situația respectivă și caută răspuns la întrebarea despre posibilitatea de a concepe ulterior. Aceste aprecieri sunt în acord direct cu rezultatele studiilor efectuate, care au subliniat manifestarea anxietății în 20-40% dintre cazuri, preponderent în primele 1-3 luni după PRP [25; 26]. Despre faptul că *Nu puteam înceta sau controla îngrijorarea* au declarat 26 de paciente (68,4%), astfel fiind evaluată intensitatea și dificultatea de a gestiona îngrijorările excesive și persistente, un simptom central al tulburării de anxietate generalizată, care se poate întâlni în circa 10% dintre cazuri, inclusiv peste 12 luni după eveniment [26]. Alte manifestări care au putut fi apreciate: ruminarea, sentimentul de copleșire emoțională, îngrijorare pentru viitor, inclusiv cel reproductiv, semnalând o reacție traumatică. Fraza *Îngrijorare prea mare în privința diferitor lucruri* evaluează impactul psihologic al PRP și al anxietății asociate. Îngrijorările se corelează cu responsabilitatea și viitorul reproductiv. Ele pot fi un indicator al unei reacții emoționale intense, care necesită sprijin și intervenție. Un număr de 32 de femei (84,0%) au declarat că sunt îngrijorate de consecințele PRP și planurile de viitor; dintre ele 11 respondente (34,4%) au avut idei negative și le resimt practic zilnic. O altă sursă de îngrijorare excesivă poate fi legată de relațiile cu partenerul, familia, prietenii sau comunitatea, ceea ce au subliniat D. Cuenca și coaut. (2021) și L. Jia și coaut. (2023) în studiile lor [2; 3]. Autorii au relatat suplimentar că factori de risc identificați în situațiile menționate sunt: vârsta femeii peste 35 de ani, care dublează riscul de anxietate și depresie; pierderile

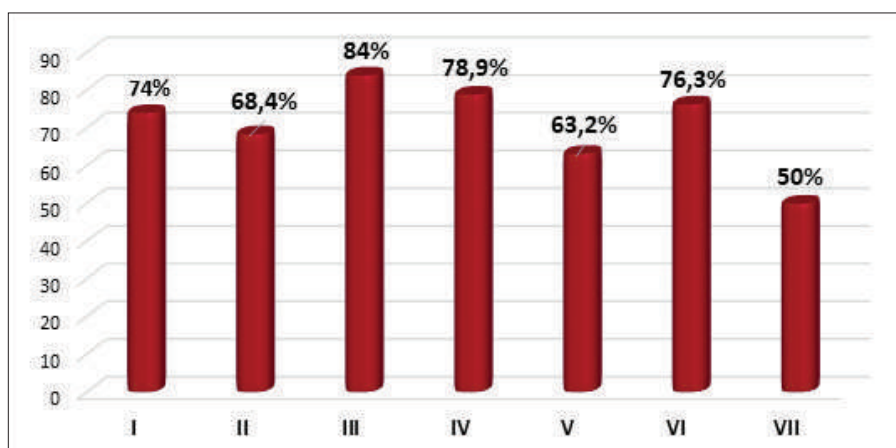


Figura 1. Manifestarea semnelor de anxietate și depresie la paciențele incluse în studiu.

I. Dificultate de a face față situației; II. Dificultate de a gestiona îngrijorarea; III. Îngrijorare pentru consecințele PRP; IV. Dificultatea de a se relaxa. V. Agitație maximă; VI. Iritabilitate pronunțată; VII. Frică intensă de repetarea PRP.

reproductive repetate cu risc semnificativ mai mare de anxietate; lipsa sprijinului familial ca predictor major pentru scoruri GAD-7 și PHQ-9 ridicate. Totodată, factorii protectivi sunt: sprijinul familial și social consistent; consilierea timpurie post-eveniment; accesul la informații clare și empatică privind cauzele PRP și șansele viitoare de concepție [2; 3] (Figura 1).

Vă confrunțați cu dificultatea de a vă relaxa? – a fost întrebarea adresată pentru a evalua incapacitatea de a obține o stare de liniște mintală, un simptom frecvent al anxietății persistente. Din totalul respondenților, 30 au susținut că se confruntă cu această problemă (78,9%). Tensiunea emoțională constantă, însoțită de stres intens, frica față de viitor, gândurile negative repetitive și hiperactivitatea mintală pot fi indicatorul prezenței unei componente traumatice. Întrebarea *Erați atât de agitată, că puteați cu greu sta pe loc?* a evaluat agitația psihomotorie și neliniștea fizică asociate cu anxietatea, confirmate de 24 de femei (63,2%).

PRP potențial declanșează o stare de hipervigilență sau neliniște constantă, iar agitația persistentă poate constitui o expresie a anxietății și o componentă traumatică. C. Barbe și coaut. (2023), precum și D. Cuenca și coaut. (2023) au apreciat manifestarea concomitentă a sindromului de stres posttraumatic în 10-15% dintre cazuri, exprimat prin flashbacks și gânduri recurente [3; 25] (Figura 1).

Nivelul de iritabilitate asociat cu anxietatea a fost determinat prin evaluarea răspunsului la întrebarea *Vă enervați și vă iritați ușor?*, la care au răspuns pozitiv 30 de femei (76,3%), 13 dintre ele (43,3%) susținând că aceasta se întâmplă practic zilnic sau pe parcursul zilei. Stresul emoțional intens și anxietatea pronunțată creează o stare de hiperactivare a sistemului nervos simpatic, care face persoana mai sensibilă la stimuli

externi. Persoanele se simt frustrate de pierderea controlului asupra situației trăite, ceea ce este asociat cu oboseala emoțională și cea fizică. În contextul PRP, fraza *Simțeau frica de a li se întâmpla ceva strașnic* poate reflecta frica privind sănătatea fizică, emoțională sau de viitor, adesea amplificată de traumă și incertitudine. Din totalul pacienților, 19 (50,0%) au răspuns că au dezvoltat o frică intensă de a se repeta PRP și au constatat că le este teamă de complicații medicale ulterioare. Ideea de „ceva rău ce se va întâmpla cu siguranță” poate predomina alte gânduri, poate deveni intruzivă și poate face persoana să creadă că orice situație ar putea avea consecințe grave. Astfel se manifestă trauma asociată PRP și teama de a pierde controlul, relatate inclusiv de studiile de specialitate [3; 21; 25]. Frica de evenimente catastrofale este un simptom frecvent al tulburării de anxietate generalizată și poate indica o stare emoțională intensă (Figura 1).

Paciențele care au suportat PRP au expus, în cadrul discuției, deși care demonstrează o discrepanță între exteriorul aparent funcțional și suferința interioară resimțită, din cauza presiunii sociale de a minimaliza sau masca suferința, dar și evitării situațiilor emoționale (Tabelul 1).

Toate cele relatate denotă retrairi profunde, manifestând gânduri de vinovăție, chiar și atunci când nu există o cauză obiectivă, demonstrând o afectare a percepției identității personale și materne. La fel, se atestă un sentiment de stagnare și izolare față de ceilalți, reflectând o anxietate anticipatorie față de o eventuală nouă sarcină și manifestarea unui sentiment de singurătate și lipsă de înțelegere. Astfel, se constată o labilitate emoțională și un sentiment de pierdere profundă și vid emoțional, precum și dorința de evitare a realității.

Idei expuse de către paciente în cadrul studiului

	Ideii expuse de către paciente
1.	„Simt că e vina mea, că am făcut ceva greșit”
2.	„Mi-e frică să încerc din nou, nu suport gândul că s-ar putea repeta”
3.	„Nimeni nu mă înțelege cu adevărat”
4.	„Nu mai am energie pentru nimic”
5.	„Îmi este rușine să vorbesc despre asta”
6.	„Mă prefac că sunt bine, dar în interior simt că mă destram”
7.	„Toți se așteaptă să fiu puternică, dar eu abia mă țin pe picioare”
8.	„Nu mai pot merge la evenimente cu copii sau gravide, doare prea tare”
9.	„Nu dorm bine noaptea, am coșmaruri sau mă trezesc plângând”
10.	„Plâng din senin și nu pot controla asta”
11.	„Partenerul meu pare că a trecut peste, dar eu nu pot”
12.	„Nu mai pot avea încredere în corpul meu”
13.	„Mi-e frică să mai merg la medic, mi se face rău doar când intru în cabinet”
14.	„Mi-aș dori să pot da timpul înapoi”

CONCLUZII

Pierderea reproductivă precoce (PRP) reprezintă nu doar o problemă obstetricală și ginecologică de rutină, ci și un eveniment cu profunde implicații psihemoționale, identitare și relaționale, care afectează semnificativ viața femeilor.

PRP are o etiologie multifactorială și, dincolo de aspectele fiziopatologice, produce o adevărată criză psihologică, caracterizată printr-o afectare bruscă a echilibrului emoțional, pierderea sensului personal, precum și dificultăți de adaptare care pot evolua în anxietate și ulterior în depresie. Aceste manifestări corelează frecvent cu lipsa sprijinului psihologic imediat, atașamentul puternic față de sarcină și cu factori contextualii precum nivelul de educație, sprijinul partenerului și reacția mediului familial.

Se recomandă introducerea screeningului sistematic cu GAD-7 pentru femeile cu PRP și este necesară evaluarea individuală și intervenția terapeutică personalizată, care trebuie să depășească simplele recomandări clinice și să abordeze dimensiunea simbolică a „maternității pierdute”.

Articol recepționat: 12 octombrie 2025

Articol acceptat: 30 noiembrie 2025

BIBLIOGRAFIE

1. Adib-Rad, H.; Basirat, Z.; Faramarzi, M.; Mostafazadeh, A.; Bijani, A. Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A case-control study, în: Turk J Obstet Gynecol, Vol. 1, 2019, nr. 16(3), 151-157, <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.88899>

2. Cuenca, D. Pregnancy loss: Consequences for mental health, în: Frontiers in Global Women's Health, Vol. 3, 2023, <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212>

3. Jia, L.; Li, W.; Liu, Y.; Wang, L. Psychologic Sequelae in Early Pregnancy Complications, în: International Journal of Women's Health, Vol. 15, 2023, 51-57, <https://doi.org/10.2147/IJWH.S382677>

4. Ordóñez, E.F.; Díaz, C.R.; Gil, I.M.M. et al. Post-traumatic stress and related symptoms in a gestation after a gestational loss: Narrative review. Vol. 41, Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente, 2018, 237-243, <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.035>

5. Potdar, N.; Iyasere, C. Early pregnancy complications including recurrent pregnancy loss and obesity, în: Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol., 2023, nr. 1, p. 90, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102372>

6. Quenby, S.; Gallos, I.D.; Dhillon Smith, R.K.; Podsek, M.; Stephenson, M.D.; Fisher, M. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. The Lancet, Vol. 397, Issue 10285, 2021, 1658-1667, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)

7. You, Q.; Jiang, Q.; Shani, I. et al. Miscarriage, stillbirth and the risk of diabetes in women: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract., 2023, nr. 1, p. 195, <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110224>

8. Zhou, Y.; Yin, S.; Sheng, Q. et al. Association of maternal age with adverse pregnancy outcomes: A prospective multicenter cohort study in China, în: J Glob Health, 2023, <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04161>

9. Ambriz-López, R.; Guerrero-González, G.; Rodríguez-Valero, C.G. et al. Evaluation of symptoms of anxiety and depression in patients with a miscarriage, în: Medicina Universitaria, nr. 9 (740), 2017, 7-12, <https://doi.org/10.1016/j.rmu.2017.02.005>

10. Buskmiller, C.; Grauerholz, K.R.; Bute, J.; Brann, M. et al. Validation of a Brief Measure for Complicated Grief Specific to Reproductive Loss, în: *Cureus*, 2023, <https://doi.org/10.7759/cureus.37884>
11. Gong, X.; Hao, J.; Tao, F.; Zhang, J.; Wang, H.; Xu, R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: Data from the C-ABC study, în: *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2013, nr. 166(1), 30-36, <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.09.024>
12. Daugirdaite, V.; Van Den Akker, O.; Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: A systematic review, în: *Journal of Pregnancy*. Hindawi Publishing Corporation; 2015, <https://doi.org/10.1155/2015/646345>
13. Hu, X.; Miao M., Bai, Y. et al. Reproductive factors and risk of spontaneous abortion in the Jinchang cohort. *Int. J. Environ. Res., Public Health*, 2018, 244, 5-7, <https://doi.org/10.3390/ijerph15112444>
14. Dempsey, A.; Grealish, A.; Tuohy, T.; Bright, A.M. Examining the psychological impact of expectant management of early pregnancy loss on women's well-being: a systematic review, 2021, [online] <https://researchrepository.ul.ie/server/api/core/bitstreams/d414805e-67db-43f6-8fe7-33890863c028/content> (consultat: 10.09.2025).
15. Galeotti, M.; Mitchell, G.; Tomlinson, M.; Aventin, Á. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review, în: *BMC Pregnancy Childbirth*, nr. 22(1), 2022, <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>
16. Van Den Akker, O.B. The psychological and social consequences of miscarriage. Vol. 6, *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, 2018, 295-304, <https://doi.org/10.1586/eog.11.14>
17. Celine, P.D.S.; Wen, P.Y.; Parveena, S.; Siong, T.J. Considering psychological support for male partners during the management of early pregnancy loss, în: *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology*, nr. 5(6), 2021, 17-21, <https://doi.org/10.33545/gynae.2021.v5.i6a.1052>
18. Fernandez-Pineda, M.; Swift, A.; Dolbier Ch.; Guard Banasiewicz, K. Compounding stress: A mixed-methods study on the psychological experience of miscarriage amid the COVID-19 pandemic, în: *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 24, nr. 426, 2024, <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06610-z>
19. Kagami, M.; Maruyama, T.; Koizumi, T.; Miyazaki, K. et al. Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss. Vol. 27, *Human Reproduction*. Oxford University Press, 2012, 787-794, <https://doi.org/10.1093/humrep/der441>
20. Díaz-Pérez, E.; Haro, G.; Echeverria, I. Psychopathology Present in Women after Miscarriage or Perinatal Loss: A Systematic Review. *Psychiatry International*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), Vol. 4, 2023, 126-135, <https://doi.org/10.3390/psychiatryint4020015>
21. Luo, X.; Chen, B.; Shen, Q. Psychological distress in subsequent pregnancy among women with a history of pregnancy loss: A latent profile analysis, în: *Midwifery*, nr. 1, 2023, p. 127, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103845>
22. NICE guideline. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. Reference number: NG126, 2023.
23. Farren, J.; Mitchell-Jones, N.; Verbakel, J. et al. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update*, Vol. 1, nr. 24(6), 2018, 731-749, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>
24. Anderson, M.; Gluckman, G.; Ajth., T.; Krk, E.; Memtsa, M. Service evaluation of an early pregnancy loss support clinic in an inner London early pregnancy unit. *BMC Health Services Research*, vol. 24, nr. 1328, 2024, <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11750-1>
25. Barbe, C.; Boiteux-Chabrier, M.; Charillon, E.; Bouazzi, L. et al. Utility of early, short psychological care for women who experience early miscarriage: protocol for the randomized, controlled MisTher trial, în: *BMC Psychol*, nr. 3;11(1), 2023, p. 368, <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01421-x>
26. Inversetti, A.; Perna, G.; Lalli, G.; Grande, G.; Di Simone, N. Depression, Stress and Anxiety among Women and Men Affected by Recurrent Pregnancy Loss (RPL): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Life*(Basel), nr. 27;13(6), 2023, p. 1268, DOI: 10.3390/life13061268



Ghenadie Jalbă. *Personaje III*, 2017, ulei, pânză, 195 × 140 cm. Ciclul „În luminile rampei”. Colecția Muzeului Național de Artă al Moldovei.