

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**„CAROL DAVILA” BUCUREȘTI**

**ȘCOALA DOCTORALĂ**

**DOMENIUL MEDICINĂ**

*Identificarea factorilor psihoemoționali determinanți în complianța  
terapeutică a bolnavilor psihosomatici*

**REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT**

**Conducător științific:**

**PROF. UNIV. DR. ARMEAN PETRU**

**Student-doctorand:**

**CRISTEA NICOLAE**

**2022**

## **Cuprins teză de doctorat**

**Lucrări științifice publicate în cadrul cercetării doctorale**

**Listă abrevieri și simboluri**

**Introducere**

**I. Partea generală**

**1. Generalități despre bolile psihosomatice**

**1.1. Cadrul conceptual, nosologie, clasificare.**

**1.2. Caracteristicile de diagnostic ale afecțiunilor des întâlnite la bolnavii psihosomatici**

**2. Statusul psihoemoțional al pacienților cu boli psihosomatice**

**2.1. Rolul emoțiilor în reglarea statusului psihologic și social**

**2.2. Elemente de nosologie privind statusul psihoemoțional la pacienții psihosomatici**

**2.3. Implicațiile bolilor psihosomatice și statusul psihoemoțional al pacienților**

**II. Partea specială. Contribuții personale**

**3. Metodologia generală de realizare a cercetării**

**3.1. Ipotezele de lucru, scop și obiective generale**

**3.2. Metodologia de realizare a cercetării**

**3.3. Informații privind lotul de participanți utilizat în studiu**

**4. Substudiul 1: Factorii determinanți sociodemografici în bolile psihosomatice**

**4.1. Scop și obiective**

**4.2. Material și metode de cercetare**

**4.3. Rezultate și discuții**

**4.4. Concluzii parțiale**

**5. Substudiul 2: Factorii determinanți psihoemoționali în bolile psihosomatice**

**5.1. Scop și obiective**

**5.2. Material și metode de cercetare**

**5.3. Rezultate și discuții**

**5.4. Concluzii parțiale**

**6. Substudiul 3: Evaluarea complianței la tratament a pacienților cu boli psihosomatice**

**6.1. Scop și obiective**

**6.2. Material și metode de cercetare**

**6.3. Rezultate și discuții**

**6.4. Concluzii parțiale**

**7. Concluzii și contribuții personale**

**8. Recomandări**

**9. Limitele cercetării**

**Bibliografie**

## Partea generală

Procentul numărului pacienților cu boli psihosomatice este în continuă creștere datorită influenței factorilor stresori în evoluția sănătății acestora. Bolile psihosomatice sunt boli complexe, ce afectează, simultan, funcționarea, în parametri adecvați, a organismului și facultatea de a gândi a pacientului.

În altă ordine de idei, tulburarea psihosomatică reflectă relația de cauzalitate dintre factorii stresori și boala fizică. Totodată, este de menționat că tulburarea psihosomatică poate suporta trei nivele de manifestare: mediu, major, agresiv.

De-a lungul timpului cercetătorii au încercat să definească și să contureze structura caracteristicilor pacienților cu tulburări psihosomatice și impactul acestora în comportamentul evolutiv al bolii.

Singh consideră că abordarea bidirecțională a tulburărilor psihosomatice contribuie la o diagnosticare corectă ale acestora. Tot aici, este de menționat că tulburările psihosomatice, prin natura lor, au componente fiziologice cu origini în starea emoțională a pacientului (Singh, 2013). Mai bine zis, tulburările psihosomatice sunt caracterizate prin schimbări fiziologice determinate de factori emoționali.

Pe de altă parte, abordarea psihosomatică este o știință interdisciplinară care presupune colaborarea interdisciplinară între mai multe specialități de medicină și psihologie în vederea studierii efectelor factorilor sociali și psihologici asupra proceselor organice ale organismului și a bunăstării oamenilor (Ponciano și colab., 2020).

În altă ordine de idei, bolile psihosomatice sunt determinate, deci, de dificultățile organismului de a se adapta la schimbările din mediul intern și/sau extern al individului (Denburg, Carbotte și Denburg, 1997).

Printre cauzele majore asociate cu declanșarea bolilor psihosomatice putem enumera, printre altele, și traumele psihoemoționale suferite de pacienți. Astfel, datorită traumelor suferite, viitorii pacienți pot dezvolta predispoziții în apariția simptomelor specifice tulburărilor: endocrine, gastrointestinale, cardiovasculare, neoplazice, dermato-venerice, bolilor auto-imune etc. (Fink, 2016).

Simptomele somatice frecvent întâlnite la bolnavii suferinzi de tulburare psihosomatică sunt: exprimarea dificilă a emoțiilor, depresia, stil haotic de viață, dependența de substanțe interzise (alcool, droguri), istoricul traumelor din copilărie etc.

Potrivit cercetătorilor D'Souza și Hooten, tulburarea psihosomatică poate fi încadrată

ca diagnostic în următoarele situații: tulburări fiziologice la nivelul cărora evoluția este afectată de suferință psihologică; simptome pseudoneurologice care nu au rezultate organice conexe; stresul și efectele sale asupra sistemelor și comportamentului organelor; tulburări psihiatrice cu corelații fiziologice puternice (D'Souza și Hooten, 2021).

Sistemul imunitar poate să răspundă la anumite fenomene specifice percepute ca fiind amenințătoare pentru o persoană în condițiile în care apare imunosupresia. În acest context, tulburarea psihosomatică reprezintă tipul de stres care precipită o reacție fiziologică specifică, adică o reacție de imunosupresie învățată. Un exemplu relevant este dat de situația în care anxietatea cronică poate declanșa apariția bolii canceroase (Fernando, 2019).

Rubinstein consideră că majoritatea pacienților psihosomatici parcurg un drum lung în vederea diagnosticării corecte. Astfel, ei trec printr-o serie de consultații, la diferite specialități medicale, timp în care pot apărea simptomele specifice tulburării psihosomatice de care aceștia suferă (Rubinstein, 2015).

Cercetătorii Fava, Cosci și Sonino menționează că tratamentul utilizat în tratarea bolilor psihosomatice poate avea un efect benefic în comparație cu prescripțiile neadecvate de medicamente psihotrope din practică medicală privind tratarea depresiilor (Fava, Cosci și Sonino, 2016).

Este de prisos a se specifica și faptul că scopul terapiei psihosomatice este de a oferi pacienților o perspectivă asupra interacțiunii factorilor psihosociali în raport cu suferințele lor somatice, în vederea încurajării pacienților în recâștigarea controlului asupra sănătății lor proprii, prin autogestionare și schimbări necesare și benefice la nivel comportamental (Wortman și colab., 2019). Nisar și Srivastava apreciază că stările mentale impactează organele corpului prin intermediul a trei componente interdependente (Nisar și Srivastava, 2018): sistemul neuronal, sistemul imunologic și sistemul hormonal.

Abordând din punct de vedere psihiatric, tulburările psihosomatice pot fi defalcate, conform Clasificării tulburărilor mentale și de comportament (ICD-10), în funcție de existența disfuncției pentru țesutul sau organul afectat (World Health Organization, 2021): afecțiunile psihologice ce sunt determinate de factori mentali și factorii psihologici aflați în interdependență cu evoluția bolii.

Abordarea tulburărilor psihosomatice implică, deci, luarea în considerare a stărilor psihologice și emoționale, acestea din urmă influențând, în mod incontestabil, evoluția bolilor fiziopatologice (Sarno, 2006).

Abordând implicațiile alexitimiei în simptomatologia psihosomatică a tulburărilor psihice și fizice, se poate spune că evenimentele negative ce au dus la perturbări ale

funcțiilor de reglare afectivă au indus un fundal de risc cognitiv și afectiv. Mai exact, implicațiile, expuse anterior, au determinat relația dintre procesele mentale și evenimentele somatice (Torrado, Eusébio și Ouakinin, 2018). Specialista Rita Cerutti și colegii săi au realizat un studiu privind relațiile dintre simptomele somatice, alexitimia și afectarea funcțională la copiii de vârstă școlară. Cercetătorii au utilizat un chestionar ce măsoară nivelul de alexitimie la copii și au demonstrat că există o corelație semnificativă statistic între simptomele somatice și alexitimie (Cerutti și colab., 2017). Actualmente există, totuși, riscul ca persoana suferindă de boală psihosomatică să se împiedice de stigmatul social asignat bolii psihosomatice. Astfel, persoana va avea rețineri în a căuta tratament specializat.

Settineri și colaboratorii săi, prin studiul realizat în lucrarea intitulată „Emotional Suppression and Oneiric Expression in Psychosomatic Disorders: Early Manifestations in Emerging Adulthood and Young Patients”, au demonstrat două aspecte legate de persoanele cu tulburări psihosomatice, și anume (Settineri și colab., 2019): există corelații inverse semnificative statistic între componența rațională, funcția represivă și negarea bolii. Astfel, diminuarea nivelului de judecată rațională și suprimarea sentimentelor corespund unei nivel ridicat de negare a existenței bolii; diferite sindroame psihosomatice se află în corelații semnificative și pozitive cu fenomenele onirice, incluzând, de asemenea, și grupurile diagnosticate patologic.

Astfel, specialistul Settineri și colaboratorii săi recomandă a se lua în considerare particularitățile analizate ale participanților în manifestarea timpurie a simptomelor specifice tulburărilor psihosomatice. În acest mod, s-ar putea obține un index psihoterapeutic suficient de concludent în vederea înlăturării unei posibile cristalizări în cazul unor mecanisme de apărare disfuncționale. Acest lucru este benefic în lărgirea modalităților de adaptare și gestionare ale bolii (Settineri și colab., 2019). Atunci când potențialul negativ crește peste limita capacității umane, se declanșează bolile psihosomatice. Ca exemple de boli psihosomatice, se pot enumera (Taheri și Bayyazi, 2013): *ulcer peptic*, ca urmare a proiecției interioare a sentimentelor negative; *boli cardiace*, ca urmare a agitației și îngrijorărilor; *hipotiroidism*, ca o consecință a tristeții și durerii; *colită ulceroasă – intestinală*, ca urmare a conflictelor interioare. Manifestările psihosomatice provocate sau ale căror simptome pot fi agravate de probleme psihice sau emoționale sunt înțelese ca fiind afecțiuni psihosomatice.

Conceptul de status psihoemoțional este colectiv și include o serie de elemente psihoemoționale, precum (Maksimenkova și colab., 2020): singurătatea, depresia și nevroza.

Abordate prin intermediul procesului de evoluție, sănătatea, respectiv boala sunt privite ca răspunsuri adaptive, atât ca reușită, cât și ca eșec la cerințele mediului extern.

Astfel, suferința psihoemoțională generează și/sau amplifică simptome somatice. Factorii sociali sunt indispensabil pentru o adaptare de succes, în timp ce emoțiile sunt mijloace atât de semnalare a stării organismului, cât și de adaptare a răspunsurilor fiziologice la provocările de mediu. Deci, se pune problema importanței unui model biopsihosocial de sănătate și boală (Dragoș și Tănăsescu, 2009).

Apariția stărilor psihoemoționale, concretizate în: nevroză, singurătate sau depresie, se datorează în mare parte unui complex de mecanisme de declanșare, inclusiv boli somatice, traume psihice, trăsături de personalitate, dificultăți psihologice, specificul interacțiunii interpersonale, inclusiv cea virtuală, tulburări în sistem de relații semnificative de personalitate (Bochaver și colab., 2019).

Tulburarea psihosomatică reprezintă o afecțiune în care stresul psihologic afectează negativ funcționarea fiziologică / somatică până la stres. Simptomul psihosomatic apare ca un concomitent fiziologic al unei stări emoționale (Alexander, 1965).

În cazul în care persoana prezintă o agresivitate persistentă inhibată, însă, pe care nu o poate exprima în mod deschis, starea emoțională rămâne neschimbată, deși neexprimată în comportamentul deschis, iar simptomele fiziologice asociate stării de furie persistă. Cu toate acestea, după o perioadă de timp, astfel de persoană devine conștientă de disfuncția fiziologică. Deseori, tot același tip de persoană poate dezvolta semnele și simptomele fizice specifice, dar neagă sau nu este conștient de emoțiile care au evocat simptomele.

Tulburările psihosomatice pot afecta aproape orice parte a corpului, deși se găsesc de obicei în sisteme care nu sunt sub control voluntar. Psihiatrul Franz Alexander și colegii săi de la Institutul de Psihanaliză din Chicago au specificat că anumite trăsături de personalitate și conflicte specifice pot declanșa anumite boli psihosomatice, dar se crede în general că forma pe care o ia o tulburare se datorează vulnerabilităților individuale (Alexander, 1965).

Pe de altă parte, stresul emoțional implică evoluții rapide ale bolilor existente și poate precipita boli precum: cancer, diabet etc. la indivizii predispuși la acestea (Alexander, 1965).

Pe de altă, tulburările psihosomatice apărute ca urmare a manifestării stresului pot include (Alexander, 1965): hipertensiune arterială, afecțiuni respiratorii, tulburări gastrointestinale, migrene și dureri de cap tensionale, dureri pelviene, impotență, frigiditate, dermatită și ulcere.

Medicul și psihanalistul Franz Alexander a atras atenția, pe de altă parte, că pacienții care suferă de boli psihosomatice răspund pozitiv la o combinație de terapie medicamentoasă, psihanaliză și terapie comportamentală, iar în cazuri mai puțin severe, pacienții pot gestiona stresul fără tratament medicamentos (Alexander, 1965).

Modelul cognitiv al bolii, valabil pentru toate bolile psihosomatice, a fost creat de Leventhal și colaboratorii săi și are menirea de a structura convingerile individului despre boală pe cinci nivele, reprezentate de (Leventhal, Meyer și Nerenz, 1980): identitatea bolii; factorii declanșatori ai bolii; cronologie/evoluție; percepția efectelor bolii la nivel fizic, social, emoțional și economic, dar și percepția asupra gradului în care boala este vindecabilă și gestionabilă.

Tulburările psihosomatice la pacienții cu boli cardiovasculare se manifestă prin apariția unor tulburări psihice care fac ecoul suferinței somaticului, la nivelul sistemului cardiovascular. Dezvoltarea plăcii de aterom atât la nivel periferic, cât și la nivel cerebral precum și scăderea debitului cardiac are repercusiuni asupra fluxului cerebral la pacienții cu insuficiență cardiacă și induce procesul de hipoxie cerebrală cronică și este cauza dezvoltării unor simptome precum astenia, oboseala, dureri de cap și tulburări de somn, în care în timp pot duce la scăderea performanțelor cognitive precum (Suciu și Cristescu, 2017): atenție, memorie și învățare.

Pentru pacienții diagnosticați cu boli psihosomatice, precum boli cardiovasculare, la nivelul cărora factorii psihologici joacă un rol important în declanșarea sau agravarea acestor afecțiuni, numeroase cercetări au demonstrat că reprezentarea cognitivă a bolii este un predictor semnificativ al recuperării și reintegrării sociale a pacientului (Suciu și Cristescu, 2017).

Sindromul cardinal al bolilor reumatice este restrângerea dureroasă a mișcării. Ambele fenomene, atât restricția mișcării, cât și durerea mișcării, conferă psihosomaticii o multitudine de interpretări posibile. Psihosomatica bolilor reumatice s-a bazat întotdeauna pe sindroamele de bază definite reumatologic, cum ar fi artrita reumatoidă, boala Bechterew sau artropatia psoriazică (Eich și colab., 2004).

Potrivit studiilor clinice din domeniu, majoritatea pacienților diagnosticați cu artrită reumatoidă prezentau și probleme psihologice (depresii, traume etc.) și cu aproximativ un an înainte de declanșarea bolii, acești pacienți au fost puternic afectați de factori de stres psihologic și conflicte familiale (Baker, 1982).

Conform teoriei psihosomatice privind procesul de sensibilizare a alergiei de tip imediat, sistemele alergice sunt sensibilizate, funcția de apărare locală fiind deficitară la nivelul mucoaselor tractului respirator. Abordând psihosomatica endocrinologică, s-a demonstrat că multe tipuri de stres psihologic, atât acut, cât și cronic, implică axa hipotalamo-hipofizo-suprarenală.

Hontschik a demonstrat, prin trei exemple concrete din practica de zi cu zi în chirurgie,

cum gândirea psihosomatică poate schimba și îmbogăți practica chirurgicală prin prisma: indicațiilor despre apendicectomie, zonei operator-chirurgicale (fenomenul comportamentului autodistructiv), experienței în tratament în cazul osteomielitei. Psihosomatica trebuie să fie recunoscută ca un mod de gândire și să fie integrată ca atare în chirurgie (Hontschik, 1999).

Este important de menționat că cancerul nu este neapărat asociat cu tulburări psihice. De astfel, mulți supraviețuitori se confruntă cu niveluri ridicate de stres și anxietate asociate cu teama că boala oncologică poate recidiva, dar și cu o serie de alte probleme psihologice, inclusiv (Visser, 2013): tulburări ale imaginii corporale, disfuncție sexuală și pierderea fertilității. Cercetătorul amintește, de asemenea, că incertitudinea cu privire la modul de interpretare și tratare adecvată a simptomelor duce adesea la (Visser, 2013): îngrijorare excesivă, evitarea plângerilor de simptome sau vigilență somatică

## **Partea specială. Contribuții personale**

În cadrul părții speciale, sunt abordate implicațiile bolilor în modificarea statusului psihoemoțional al pacienților sau persoanelor care au avut simptomele specifice. De asemenea, tot în această parte, sunt prezentate atât ipotezele și obiective generale, cât și metodologia generală a studiului privind identificarea factorilor psihoemoționali determinanți în complianța terapeutică a bolnavilor psihosomatici. Și nu în ultimul rând, sunt incluse și: concluziile, recomandările, respectiv limitele cercetării.

### **Ipotezele de lucru**

Ipoteza 1: „Factorii sociodemografici determină prezența bolilor psihosomatice”.

Ipoteza 2: „Factorii psihoemoționali determină prezența bolilor psihosomatice”.

### **Scopul studiului doctoral**

Acest studiu are ca scop cuantificarea relației de interdependență dintre factorii psihoemoționali determinanți și complianța terapeutică în cazul bolnavilor psihosomatici.

### **Obiectivele generale ale studiului**

1. Descrierea caracteristicilor sociodemografice la pacienții diagnosticați cu boli psihosomatice, înrolați în studiu.
2. Analiza corelațională între variabilele sociodemografice și prezența bolilor psihosomatice la pacienții înrolați în studiu.
3. Verificarea validității ipotezei „*Factorii sociodemografici determină prezența bolilor psihosomatice*”.

4. Studiarea caracteristicilor sociodemografice la pacienții diagnosticați cu boli psihosomatice, înrolați în studiu.
5. Determinarea corelațiilor existente între variabilele psihoemoționale și prezenta bolilor psihosomatice la pacienții înrolați în studiu.
6. Testarea validității ipotezei „*Factorii psihoemoționali determină prezența bolilor psihosomatice*”.
7. Evaluarea intervenției emoțiilor în complianța terapeutică la bolnavii psihosomatici.

## **Metodologia de realizare a cercetării**

### **Metodă**

Pentru realizarea unui studiu cât mai reprezentativ statistic sunt necesare testarea și corectarea valorilor extreme existente erorilor datorate introducerii datelor în baza de date. Astfel, pentru asigurarea integrității și validității datelor, dar și a itemilor chestionarului implicat în studiu, s-a folosit software-ul statistic SPSS v 23.

Un alt pas este dat de testarea normalității datelor utilizând testul Kolmogorov-Smirnov, conform căruia datele sunt normal distribuite în condițiile în care valoarea asociată lui p-value este mai mare decât 0,05, adică pragul de decizie.

Verificarea consistenței interne (cu ajutorul indicelui Alpha Cronbach) reprezintă următorul pas și este dat de un coeficient pozitiv de corelație a itemilor în raport cu scala utilizată.

De asemenea, ulterior, este analizată situația corelațională existentă între factorii determinanți (sociodemografici și psihoemoționali) și prezența bolilor psihosomatice considerate în studiu. Testarea ipotezelor propuse este un alt obiectiv ce s-a dorit a fi realizat.

De asemenea, pentru estimarea probabilistică a apariției bolii psihosomatice în funcție de manifestarea emoțiilor pozitive și negative, dar și în funcție de traumele trăite în copilărie. Modelul de rețea neuronală artificială utilizat este Multy Layer Perceptron.

Perceptronul multistrat are în componența sa un strat de intrare, care are doar rolul de repartiție a datelor, straturi ascunse și un strat de ieșire. Conexiunile între straturi în ambele cazuri sunt doar unidirecționale, neexistând conexiuni de reacție.

De asemenea acest tip de rețea neuronală artificială are la bază neuroni liniari în stratul de ieșire, unitățile de calcul fiind neliniare în stratul ascuns. Pe de altă parte, perceptronul multistrat este antrenat printr-un algoritm supervizat în realizarea mapărilor intrare-ieșire ce estimează funcții monovariabile sau multivariabile (Stancu și Constantin, 2014).

S-a continuat cu analiza de mediere (Popa, 2015), ce explică intervenția emoțiilor studiate în relația dintre prezența bolilor (variabilă independentă) și complianța terapeutică (variabilă dependentă). Pentru estimarea și testarea relațiilor de mediere, s-a apelat la macro-ul PROCESS v3.5 dezvoltat de Andrew Hayes în 2019 cu proceduri de Bootstrapping având numărul de eșantioane setat la 1000, în vederea calculării intervalelor de încredere de 95%.

### **Instrument de evaluare**

Chestionarul conceput pentru realizarea studiului propus are în structura sa următoarele componente:

*Itemii sociodemografici* permit colectarea informațiilor privind: vârstă, genul, ultimul nivel de studii absolvite, categoria socio-profesională, profesia, răspunderea socială, mediul (urban/rural), locuința de domiciliu, veniturile lunare, starea civilă și naționalitatea. Utilizând itemii sociodemografici, se poate reda o imagine descriptivă cu privire la respondenții implicați în studiu. De asemenea, *itemii pentru depistarea diagnosticului clinic al/ diagnosticelor clinice ale pacientului* au fost realizați conform Ghidurilor clinice aprobate de Ministerul Sănătății (Ministerul Sănătății, 2022) și ținând cont de bolile prezentate lucrarea de doctorat. Totodată, în chestionarul utilizat, există itemi de diagnostic aferente părinților pacientului. Astfel, pacientul este rugat să specifice bolile suferite și de parinții acestuia. *Itemii privind evaluarea experiențelor adevărate din copilărie* reprezintă o formă adaptată a întrebărilor din chestionarul „*Adverse Childhood Experiences*” realizat de psihiatrul Felitti și colaboratorii săi (Felitti și colab., 1998). O altă componentă a chestionarului utilizat este dată de: *itemi privind evaluarea emoțiilor și itemi pentru evaluarea stării emoționale curente*; aceștia având la bază o formă adaptată a instrumentului de evaluare emoțională, numit „*Multidimensional emotion questionnaire*” (MEQ) de către Klonsky și echipa sa (Klonsky și colab., 2019). De asemenea, *itemii privind evaluarea experiențelor din perioada adultă* reprezintă o formă actualizată a „*International Trauma Questionnaire (ITQ)*”, dezvoltat de Cloitre și echipa sa (Cloitre și colab., 2018). Pentru *evaluarea complianței terapeutice*, o altă parte componentă a chestionarului construit, s-au avut în vedere itemi bazați pe elementele din „*Drug Attitude Inventory-10(DAI-10)*”, în forma actualizată de Aydin și colaboratori săi (Aydin și colab., 2017). Abordând alte componente a chestionarului, și anume: *itemii privind evaluarea raportului beneficiu/efort/timp în complianța terapeutică, itemii privind comunicarea și relația cu medicul curant, dar și cei aferenți evaluării satisfacției față de tratament*, au la bază elementele aferente instrumentului de evaluare „*Topical Therapy Adherence Questionnaire (TTAQ)*” (Zschocke și colab., 2014).

Ultima componentă a chestionarului, formată din *itemii privind istoricul emoțional pozitiv/negativ înainte și după începerea tratamentului*, are rolul de a determina: starea de sănătate, frecvența emoțiilor pozitive și frecvența emoțiilor negative înainte de evenimentul declanșator, între evenimentul declanșator și tratament, după re-evaluare și al doilea (următoarele) tratament(e), dar și în prezent. Pentru validarea itemilor s-a utilizat testul Cronbach's Alpha. Cum valoarea acestuia este  $0,881 > 0,7$ , se deduce validitatea semnificativă a itemilor utilizați.

### **Informații privind lotul de participanți utilizat în studiu**

Structura procentuală a distribuției participanților implicați în studiu a fost: 63,8% din participanți au fost de gen feminin și 36,2% din participanți au fost de gen masculin, eșantionul cuprinzând 218 respondenți, pacienți care au fost tratați la spitale din raza Municipiului București, precum: spitalul Clinic „Prof. Dr. Theodor Burghel” din București, Spitalul de Psihiatrie Titan „Dr. Constantin Gorgoș” din București, Spitalul Clinic Colțea din București, Spitalul Universitar de Urgență „Sf. Ioan” din București etc. Perioada de colectare a datelor a fost decembrie 2021-iunie 2022.

Instrumentul de evaluare (chestionarul), a putut fi accesat prin intermediul platformei Google Form, ce a oferit o interfață prietenoasă respondentului, crescând, astfel, gradul de motivare în a răspunde la setul de întrebări pus la dispoziție. Desigur, pacienților li s-a pus la dispoziție și posibilitatea de a completa chestionarul pe hârtie, în format fizic, datele fiind ulterior introduse în baza de date aferentă studiului doctoral. Pe de altă parte, s-a asigurat confidențialitatea în colectarea și prelucrarea datelor, conferind un sentiment de siguranță și stabilitate în rândul respondenților.

### **Concluzii și contribuții personale**

În urma **descrierii caracteristicilor sociodemografice la pacienții diagnosticați cu boli psihosomatice, înrolați în studiu**, s-au obținut următoarele:

- Vârsta medie a pacienților de sex masculin este cu 2% mai mare decât vârsta medie asociată participanților de sex feminin.
- În cazul participanților de sex feminin, doar 9,4% sunt pensionari, în timp ce în cazul participanților de sex masculin 10,1% dintre aceștia sunt pensionari.
- 21,6% din participanții de sex feminin provin din mediul rural, iar 15,2% din participanții de sex masculin provin tot din mediul rural. Sublotul participanților de sex feminin este caracterizat de procente semnificative pentru următoarele categorii de

vârsta: cuprinse între 35 și 45 ani, respectiv, între 45 și 55 ani.

- La nivelul subplotului aferent participanților de sex feminin cea mai mică pondere (7,9%) este dată de pacientele cu vârstele peste 65 ani, în timp ce în subplotul aferent participanților de sex masculin cea mai mică pondere (7,6%) este dată de pacienții cu vârstele cuprinse între 55 și 65 ani.
- În cazul subplotului pacienților de sex feminin, cel mai mare procent (45,3%) este dat de categoria celor cu statutul civil de „căsătorite”. Aceleași comportament se regăsește și la subplotul participanților de sex masculin, procentajul fiind 49,4%. Categoria asociată statutului de „văduv(ă)” este reprezentată de cele mai mici valori procentuale, atât în cazul subplotului pacienților de sex feminin (5,0%), cât și în cazul subplotului pacienților de sex masculin (1,3%).
- Cea mai mare valoare procentuală pentru pacienții din ambele subploturi (feminin și masculin) este cea asociată celor care „nu au pe nimeni în întreținere” (54,7% pentru subplotul pacienților de sex feminin și 60,8% pentru subplotul pacienților de sex masculin).
- Însă, cea mai mică valoare procentuală pentru pacienții din ambele subploturi (feminin și masculin) este cea asociată celor care „au 3 sau mai mulți copii pe în întreținere” (4,3% pentru subplotul pacienților de sex feminin și 3,8% pentru subplotul pacienților de sex masculin).
- Cea mai mare valoare procentuală pentru pacienții din ambele subploturi (feminin și masculin) este cea asociată celor care au „studii universitare” (39,6% pentru subplotul pacienților de sex feminin și 31,6% pentru subplotul pacienților de sex masculin).
- De astfel, cea mai mică valoare procentuală pentru pacienții subplotul participanților de sex feminin este cea asociată celor sunt „fără studii” (0,7%). Însă, pentru subplotul participanților de sex masculin valoarea procentuală minimală este cea asociată celor cu „studii gimnaziale”.
- Pentru categoria celor cu „studii postuniversitare” valoarea procentuală aferentă subplotului participanților de sex feminin este mai mare cu 11,7% mai mare decât valoarea procentuală aferentă subplotului participanților de sex masculin.
- În cazul subplotului participanților de sex feminin procentul cel mai mare este dată de categoria celor care lucrează în domeniul „servicii” (27,3%), urmată de a celor care lucrează în domeniul „învățământ”. Tot pentru subplotul de participanți de sex feminin, cel mai mic procentaj este asociat categoria celor care lucrează în domeniul juridic (2,2%). Pentru subplotul participanților de sex masculin, cea mai mare valoare procentuală este cea aferentă domeniului „servicii” (40,5%), iar cea mai mică valoare

procentuală este cea asociată domeniului „juridic” (1,3%).

- Marea parte din participanții din subplotul feminin au veniturile nete încadrate în intervalul „între 1524 și 3000 lei” (34,5%), iar pentru subplotul de sex masculin, cea mai mare valoare procentuală este cea asociată intervalului „între 3000 și 5000 lei”.

Ca urmare a **analizei corelaționale între variabilele sociodemografice și prezența bolilor psihosomatice la pacienții înrolați în studiu**, sunt de menționat următoarele aspecte importante:

- Corelația negativă dintre nivelul de studii absolvite și prezența bolilor: reumatismale, neurologice, congenitale, dar și a cancerului este prezentă și în literatura de specialitate (Matingwina, 2018).
- La nivelul subplotului participanților de sex feminin, corelația negativă dintre nivelul de studii absolvite și prezența bolilor: reumatismale, neurologice, congenitale, dar și a cancerului se explică prin faptul că bolile impactează posibilitatea de a înainta în absolvirea următorul nivel de studiu.
- Valorile negative ale corelațiilor dintre domeniul de activitate și prezența bolilor: cardiologice, hepatice, reumatismale și scheletale sunt prezentate și în literatura de specialitate (Cillekens și colab., 2022).
- Deci, se poate spune că, la nivelul subplotului participanților de sex feminin, corelația negativă dintre domeniul de activitate și prezența bolilor: cardiologice, hepatice, reumatismale și scheletale se explică prin faptul că riscurile și stresul din domeniile solicitante duc la declanșarea comorbidităților.
- În cazul corelației pozitive dintre mediul de proveniență și prezența bolii respiratorii există o vastă gamă de studii științifice, Wang și colaboratorii săi dezvoltând una dintre cele mai recente cercetări (Wang și colab., 2021).
- Participanții de sex feminin din mediul urban sunt mai vulnerabili față de cei din mediul rural din punct de vedere a comorbidităților respiratorii. În altă ordine de idei, corelația negativă dintre statutul marital și boli profesionale relevă că un eșec din punct de vedere al statutului marital, adică divorțul, poate favoriza declanșarea bolilor profesionale, fapt abordat și în literatura de specialitate (Johar și colab., 2020).
- Corelația negativă dintre nivelul de studii absolvite și prezența bolii profesionale este prezentă și în literatura de specialitate (Andrejiova și colab., 2021). La nivelul subplotului participanților de sex masculin, corelația negativă dintre nivelul de studii absolvite și prezența bolii profesionale impactează posibilitatea de a înainta în absolvirea următorul nivel de studiu.

- De asemenea, stresul dat de dorința de a înainta pe plan profesional, prin intermediul absolvirii unor studii avansate, poate crește posibilitatea declanșării unei afecțiuni hepatice în rândul participanților de sex masculin.
- Abordând corelația negativă dintre mediul de proveniență și prezența diabetului în rândul participanților de sex masculin, se poate spune că diminuarea riscurilor de migrare din mediul rural în mediul urban, favorizează probabilitatea de a face diabet. Corelația dintre mediul de proveniență și prezența diabetului a fost studiată și de cercetători (Dendup și colab., 2018).
- În rândul participanților de sex masculin, corelația negativă dintre statutul marital și boli profesionale relevă că un eșec din punct de vedere al statutului marital, adică divorțul, poate favoriza declanșarea bolilor profesionale, fapt abordat și în literatura de specialitate (Johar și colab., 2020).

Ca urmare a **testării validității ipotezei: „Factorii sociodemografici determină prezența bolilor psihosomatice”**, aceasta este validă statistic.

Drept consecință a **studierii caracteristicilor psihoemoționale la pacienții diagnosticați cu boli psihosomatice** s-au tras următoarele concluzii:

- Mai puțin de jumătate din numărul de participanți de sex feminin (41%) are scorul ACE („Adverse Childhood Experiences”) nul, adică fără experiențe adverse în copilărie. Îngrijorător este faptul că restul de 59% din sublotul participanților de sex feminin a suferit cel puțin o traumă, adică cel puțin o experiență adversă în copilărie.
- În proporție de 45,6% din sublotul participanților de sex masculin a suferit cel puțin o traumă, adică cel puțin o experiență adversă în copilărie. Astfel, participanții de sex feminin sunt mai expuși la traume decât participanții de sex masculin.
- Proporția participanților de sex feminin care au cel puțin opt experiențe adverse în copilărie (1,4%), respectiv proporția participanților de sex masculin care au cel puțin opt experiențe adverse în copilărie (1,3%), sunt foarte apropiate ca valoare.
- Atât în sublotul participanților de sex feminin, cât și în sublotul participanților de sex masculin, predomină emoția negativă. Emoția negativă poate fi, deci, un factor determinant în prezența bolilor psihosomatice. Pe fondul acestora, individul(a) poate dezvolta o serie de simptome care să-i schimbe mecanismul de funcționare a organelor, crescând riscul de apariție a bolii psihosomatice.
- Proporțiile majore a cazului de „tulburări în relații” în rândul participanților din ambele subloturi sunt: 69,8% pentru participanții de sex feminin, respectiv 84,8% pentru participanții de sex masculin.

- De astfel, datele procentuale pentru cazul „deregulare afectivă” proporția este mai mare pentru sublotul participanților de sex feminin (25,9%) decât cea aferentă sublotului participanților de sex masculin (15,2%). Este de menționat că în sublotul participanților de sex masculin nu există niciun caz caracterizat de „stimă de sine scăzută”.
- Însă există 4,3% din cazurile totale este reprezentată de „stimă de sine scăzută” la nivelul sublotului participanților de sex feminin. Această proporție se datorează și numărului mare de cazuri expus la traume în rândul participanților de sex feminin.
- Procentul participanților de sex masculin care se simt amenințați este mai mare în raport cu proporția participanților de sex feminin care se simt amenințați. Pe de altă parte, datele procentuale pentru cazurile „evitant” și „reexperimental” sunt mai mari pentru sublotul participanților de sex feminin (14,4%, respectiv 10,8%) decât cele aferente sublotului participanților de sex masculin (8,9%, respectiv 5,0%).
- Pentru cazul „tulburări în relații” s-au obținut următoarele procente, în rândul participanților din ambele subloturi: 69,8% pentru participanții de sex feminin, respectiv 84,8% pentru participanții de sex masculin.
- Emoția pozitivă „bucurie” este reprezentată de cea mai mare proporție, atât pentru participanții de sex feminin (38,1%), cât pentru participanții de sex masculin (27,8%). De asemenea, participanții de sex masculin poartă mai multă „recunoștință” (25,3%) în comparație cu participanții de sex feminin (19,4%).
- Cele mai mari valori procentuale pentru emoția negativă din prezent sunt concentrate în jurul cazului de „îngrijorare” pentru ambele subloturi de participanți considerate în analiză (28,1% pentru sublotul participanților de sex feminin, respectiv 25,3% pentru sublotul participanților de sex masculin).
- Pe de altă parte, numărul structural de cazuri caracterizat de emoția negativă „agitație” pentru sublotul participanților de sex masculin (15,2%) este dublu față de numărul structural de cazuri caracterizat de emoția negativă „agitație” pentru sublotul participanților de sex feminin (7,9%).

Ca urmare a *determinării corelațiilor existente între variabilele psihoemoționale și prezenta bolilor psihosomatice la pacienții înrolați în studiu*, s-au evidențiat următoarele aspecte:

- Corelația negativă dintre nivelul de studii absolvite și prezența bolilor: reumatismale, neurologice, congenitale, dar și a cancerului este prezentă și în literatura de specialitate (Matingwina, 2018).
- Scorul ACE crește riscul apariției bolii renale (coeficientul de corelație Pearson este

0,202). Altfel spus, dacă scorul ACE crește cu 1% atunci riscul de apariție a bolii renale crește cu 20,2% la nivelul participanților de sex feminin. Scorul ACE, de asemenea, crește riscul apariției bolii psihice (coeficientul de corelație Pearson este 0,389). Cu alte cuvinte, dacă scorul crește cu 1% atunci riscul de apariție a bolii psihice crește cu 38,9% la nivelul participanților de sex feminin. În mod similar, scorul ACE crește și riscul apariției oricărei boli psihosomatice considerate în studiu (coeficientul de corelație Pearson este 0,209). Astfel, scorul ACE crește cu 1% atunci riscul de apariție a oricărei boli psihosomatice considerate în studiu crește cu 20,9% la nivelul participanților de sex feminin.

- Prin prisma emoțiilor dominante, atât în subplotul participanților de sex feminin, cât și în subplotul participanților de sex masculin, predomină emoția negativă. Emoția negativă poate fi, deci, un factor determinant în prezența bolilor psihosomatice. Pe fondul acestora, individul(a) poate dezvolta o serie de simptome care să-i schimbe mecanismul de funcționare a organelor, crescând riscul de apariție a bolii psihosomatice.
- Corelația negativă dintre emoții pozitive înainte de evenimentul declanșator și riscul apariției bolii vasculare, demonstrează beneficiul emoției pozitive în scăderea riscului de apariție a bolii vasculare la nivelul participanților de sex feminin. Acest beneficiu al intensității emoțiilor pozitive asupra afecțiunilor este abordată și în literatura de specialitate (Ma, Li și Feng, 2015). În mod similar, beneficiul emoțiilor pozitive înainte de evenimentul declanșator se reflectă și în scăderea riscului de apariție a diabetului, a bolii scheletale și a bolii digestive la nivelul participanților de sex feminin.
- Abordând emoțiile pozitive, între evenimentul declanșator și tratament, în raport cu prezența unor boli precum: scheletale, hematologice, vasculare, dar și a cancerului, este de apreciat beneficiul existent a impactului emoțiilor pozitive la nivelul participanților de sex feminin. Pe de altă parte, emoțiile pozitive, după re-evaluare și al doilea (următoarele) tratament(e) au rol benefic ce se reflectă în scăderea riscului de apariție a diabetului și a bolii digestive la nivelul participanților de sex feminin..
- În altă ordine de idei, dacă intensitatea emoției negative între evenimentul declanșator și tratament crește cu 1% atunci riscul de apariție a bolii neurologice crește cu 18,4% la nivelul participanților de sex feminin. Creșterea intensității emoției negative după (primul) tratament crește cu 1% mărește riscul de apariție a bolii psihice crește cu 24,5% la nivelul participanților de sex feminin. În aceeași manieră, emoțiile negative după re-evaluare și al doilea (următoarele) tratament(e) cresc riscul apariției bolii psihice (coeficientul de corelație Pearson este 0,174).
- Valoarea negativă a corelației dintre emoțiile pozitive înainte de evenimentul declanșator

(-0,275) și riscul apariției bolii endocrinologice, demonstrează beneficiul emoției pozitive în scăderea riscului de apariție a bolii endocrinologice, la nivelul participanților de sex masculin. Altfel spus, dacă intensitatea emoției pozitive crește cu 1% atunci riscul de apariție a bolii endocrinologice se diminuează cu 27,5%.

- În mod similar, beneficiul emoțiilor pozitive înainte de evenimentul declanșator se reflectă și în scăderea riscului de apariție a bolii scheletale și a bolii hematologice, pentru subplotul participanților de sex masculin. De asemenea, emoțiile pozitive după re-evaluare și al doilea (următoarele) tratament(e) scad riscul apariției diabetului (cu coeficientul de corelație Pearson de -0,267), dar și a bolii hematologice (coeficientul de corelație Pearson este -0,259), la nivelul participanților de sex masculin.

Cum valoarea lui  $p$ -value asociat modelului, ce estimează impactul factorilor psihoemoționali asupra prezenței bolilor psihosomatice, obținut este  $0,001 < 0,05$ , **se poate concluziona că ipoteza „Factorii psihoemoționali determină prezența bolilor psihosomatice” este validă statistic.**

***Concluziile evidențiate în urma descrierii caracteristicilor complianței terapeutice la pacienții diagnosticați cu boli psihosomatice*** sunt:

- 63,3% din totalul participanților de sex feminin au răspuns pozitiv la complianța terapeutică, iar restul de procent (36,7%) din totalul participanților de sex feminin nu sunt complianți. Pe de altă parte, 72,2% din totalul participanților de sex masculin au răspuns pozitiv la complianța terapeutică, iar restul de procent (27,8%) din totalul participanților de sex masculin nu sunt complianți. Pe de altă parte, aproximativ 50,4% din totalul participanților de sex feminin consideră raportul beneficiu efort/timp în complianță ca fiind nefavorabil, iar restul de procent (49,6%) din totalul participanților de sex feminin consideră raportul beneficiu efort/timp în complianță ca fiind favorabil. De asemenea, 45,6% din totalul participanților de sex masculin consideră raportul beneficiu efort/timp în complianță ca fiind nefavorabil, iar restul de procent (54,4%) din totalul participanților de sex masculin consideră raportul beneficiu efort/timp în complianță ca fiind favorabil.
- În altă ordine de idei, 48,2% din totalul participanților de sex feminin consideră tratamentul ca fiind ineficient, iar 38,1% din totalul participanților de sex feminin consideră tratamentul ca fiind cu eficacitate acceptabilă. Însă, numai 6,5% din totalul participanților de sex feminin consideră tratamentul ca fiind cu eficacitate mare. De asemenea, 44,3% din totalul participanților de sex masculin consideră tratamentul ca fiind ineficient, iar 46,8% din totalul participanților de sex masculin consideră tratamentul ca fiind cu eficacitate acceptabilă. Este de menționat că numai 5,1% din totalul participanților de sex masculin

consideră tratamentul ca fiind cu eficacitate mare.

- Aproximativ 46% din totalul participanților de sex feminin consideră relația medic-pacient ca fiind nesatisfăcătoare, iar 33,1% din totalul participanților de sex feminin consideră relația medic-pacient ca fiind satisfăcătoare. Procentul aferent participanților de sex feminin ce consideră relația medic-pacient ca fiind foarte bună este de 20,9% din totalul participanților de sex feminin. De astfel, 32,9% din totalul participanților de sex masculin consideră relația medic-pacient ca fiind nesatisfăcătoare, iar 46,8% din totalul participanților de sex masculin consideră relația medic-pacient ca fiind satisfăcătoare. Cel mai mic procent obținut este procentul aferent participanților de sex masculin ce consideră relația medic-pacient ca fiind foarte bună este de 20,3% din totalul participanților de sex masculin.

***Analiza corelațională între complianță terapeutică și prezenta bolilor psihosomatice la pacienții înrolați în studiu*** a evidențiat următoarele aspecte:

- Valoarea corelațională cea mai semnificativă statistic este cea care descrie legătura dintre scorul de complianță terapeutică și bolile psihice, valoarea acesteia fiind -0,198 (cu p-value  $0,019 < 0,05$ ). Astfel la o creștere cu 1% al scorului de complianță, riscul de prezență a bolilor psihice scade cu 19,8%. Acest lucru a fost demonstrat și în literatura de specialitate recentă (Martin și colab., 2021)
- Pentru sublotul participanților de sex masculin, s-a obținut, de asemenea, că valoarea corelațională cea mai semnificativă statistic este cea care descrie legătura dintre scorul de complianță terapeutică și bolile digestive, valoarea acesteia fiind -0,293 (cu p-value  $0,009 < 0,05$ ). Astfel la o creștere cu 1% al scorului de complianță, riscul de prezență a bolilor digestive scade cu 29,3%. Corelația dintre boala digestivă și complianță terapeutică a fost abordată și în literatura de specialitate recentă (Lasa și colab., 2020).

***Concluziile evaluării intervenției emoțiilor în complianța terapeutică la bolnavii psihosomatici*** sunt:

- Emoția „tristețe” mediază eficient legătura dintre prezența bolilor canceroase și complianța terapeutică. Este, de asemenea, interesant că această legătură a fost abordată și în literatura de specialitate recentă (Nilssen și colab., 2022). Pe de altă parte, emoția pozitivă după tratament mediază eficient legătura dintre prezența bolilor canceroase și complianța terapeutică. Această legătură a fost abordată și în literatura de specialitate recentă (Xu și colab., 2022).
- De asemenea, efectul indirect al prezenței bolilor hepatice asupra complianței terapeutice prin intermediul mediatorului, reprezentat de emoția „tristețe”, este semnificativ din punct

de vedere statistic. Emoția „tristețe” mediază eficient legătura dintre prezența bolilor hepatice și complianța terapeutică. Relația, descrisă anterior, a fost abordată și în literatura de specialitate recentă (Fu și colab., 2022).

- Abordând efectul total al prezenței bolilor neurologice asupra complianței terapeutice, acesta este semnificativ statistic ( $p < 0,05$ ). Pe de altă parte, efectul direct al prezenței bolilor neurologice asupra complianței terapeutice este, de asemenea, semnificativ statistic ( $p < 0,05$ ). Efectul indirect al prezenței bolilor neurologice asupra complianței terapeutice prin intermediul mediatorului, reprezentat de emoția „tristețe”, este semnificativ din punct de vedere statistic și, astfel, se poate spune că emoția „tristețe” mediază eficient legătura dintre prezența bolilor neurologice și complianța terapeutică. Literatura de specialitate recentă include abordări legate de această relație (Franke și colab., 2021).

- Efectul indirect al prezenței tulburărilor somatoforme asupra complianței terapeutice prin intermediul mediatorului, reprezentat de emoția „tristețe”, este semnificativ din punct de vedere statistic. Se poate spune că emoția „tristețe” mediază eficient legătura dintre prezența tulburărilor somatoforme și complianța terapeutică. Este de menționat că această legătură a fost abordată și în literatura de specialitate recentă (Agarwal și colab., 2020).

- Analizând efectul indirect al prezenței bolilor psihice asupra complianței terapeutice prin intermediul mediatorului, reprezentat de emoția pozitivă după primul tratament, acesta este semnificativ din punct de vedere statistic. Deci, emoția pozitivă după primul tratament mediază eficient legătura dintre prezența bolilor psihice și complianța terapeutică. Este de menționat că această legătură a fost abordată și în literatura de specialitate recentă (Forma și colab., 2021).

**În concluzie, studiul realizat, prin intermediul căruia au fost atinse scopul și obiectivele propuse, a arătat importanța atât a factorilor sociodemografici, cât și a factorilor psihoemoționali în complianța terapeutică a bolnavilor psihosomatici.**

## **Recomandări**

În vederea unei analize mai ample și stricte se recomandă ca în volumul eșantionului să fie incluși un număr cât mai mare de participanți. În al doilea rând, pentru a descrie interdependențele dintre emoții, boală și complianța terapeutică cât mai aproape de „realitate”, se recomandă a fi incluse și alte variabile precum: rezultate periodice ale unor analize medicale, de rutină și specifice, rezultatele obținute prin expunerea, la diverși stimuli emoționali, a pacientului la tehnica poligraf, rezultatele unor teste de personalitate, variabile

privind condițiile familiale și de trai etc.

Pe de altă parte, tot la nivelul unui studiu mai amplu, este recomandată și implicarea medicilor cu competente în: medicina de familie, dermatologie, oncologie, psihiatrie, cardiologie, gastroenterologie etc. în depistarea precoce a persoanelor cu risc crescut de a dezvolta boli/tulburări, în prezența unor comorbidități somatice.

### **Limitele cercetării**

În cadrul tezei de doctorat, tipul de design transversal în lipsa unor inferențe cauzale reprezintă limita principală aferentă cercetării. Apare deci, constrângerea în a baza legăturile existente între variabile de tip predictor și variabile criteriu pe baza background-ul privind literatura de specialitate din domeniu.

Pe de altă parte, alte limite ale cercetării sunt resimțite de lipsa:

- includerii unor analize medicale de laborator periodice,
- considerării și a altor traume care pot favoriza dezvoltarea unei boli psihosomatice, precum: avort, tentative de suicid, bullying etc.

Și nu în ultimul rând, o altă limită este dată de neconsiderarea și a altor variabile de control precum variabile ce țin de personalitate. În cazul în care aceste variabile ar fi incluse în studiu, se pot găsi și alte inferențe statistice pentru explicarea comportamentului la bolnavii psihosomatici.

## Bibliografie selectivă

- Alexander, F. (1965). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. W. W. Norton & Company.
- Aydin, E., Aydin, E., Balaban, O. D., Yumrukcal, H., & Erkiran, M. (2017). The Validity and Reliability of the Turkish Version of Drug Attitude Inventory-10. *Noro Psikiyatri Arsivi*. <https://doi.org/10.5152/npa.2017.18078>
- Baker, G. (1982). Life Events before the Onset of Rheumatoid Arthritis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1–4), 173–177. <https://doi.org/10.1159/000287625>
- Bochaver, A., Dokuka, S., Sivak, E., & Smirnov, I. (2019). Internet Use and Depressive Symptoms in Adolescents: a Review. *Клиническая и Специальная Психология*, 8(3), 1–18. <https://doi.org/10.17759/cpse.2019080301>
- Cerutti, R., Spensieri, V., Valastro, C., Presaghi, F., Canitano, R., & Guidetti, V. (2017). A comprehensive approach to understand somatic symptoms and their impact on emotional and psychosocial functioning in children. *PLOS ONE*, 12(2), e0171867. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171867>
- Cillekens, B., Huysmans, M. A., Holtermann, A., van Mechelen, W., Straker, L., Krause, N., van der Beek, A. J., & Coenen, P. (2022). Physical activity at work may not be health enhancing. A systematic review with meta-analysis on the association between occupational physical activity and cardiovascular disease mortality covering 23 studies with 655 892 participants. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 48(2), 86–98. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3993>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- D'Souza RS, Hooten WM.(2021) Somatic Syndrome Disorders. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532253/>
- Dendup, T., Feng, X., Clingan, S., & Astell-Burt, T. (2018). Environmental Risk Factors for Developing Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 78.

<https://doi.org/10.3390/ijerph15010078>

- Denburg, S. D., Carbotte, R. M., & Denburg, J. A. (1997). Psychological aspects of systemic lupus erythematosus: cognitive function, mood, and self-report. *The Journal of rheumatology*, 24(5), 998–1003.
- Dragoş, D., & Tănăsescu, M. D. (2009). The critical role of psychosomatics in promoting a new perspective upon health and disease. *Journal of medicine and life*, 2(4), 343–349.
- Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2016). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(1), 13–30. <https://doi.org/10.1159/000448856>.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Fernando, G. A. (2019). Psychosomatic disorders. AccessScience. Retrieved February 6, 2022, from <https://doi.org/10.1036/1097-8542.555050>.
- Fink, G. (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress*, Florey Institute of Neuroscience and Mental Health, ISBN: 9780128009512.
- Forma, F., Koep, E., White, J., Belland, A., Waters, H., & Martin, C. (2021). Impact of treatment-related discussions on healthcare resource use and costs among patients with severe mental illness. *Current Medical Research and Opinion*, 37(10), 1799–1809. <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1943341>
- Fu, K. Y., Hsieh, M. L., Chen, J. A., & Hsieh, V. C. R. (2022, June). Association between medication adherence and disease outcomes in patients with hepatitis B-related cirrhosis: a population-based case–control study. *BMJ Open*, 12(6), e059856. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059856>
- Hontschik, B. (1999). Seelisches in der Chirurgie--Chirurgisches in der Seele: Psychosomatik im chirurgischen Alltag? [Psychological aspects in surgery--surgical aspects in psychology: psychosomatic medicine in routine practice?]. *Swiss surgery = Schweizer Chirurgie = Chirurgie suisse = Chirurgia svizzera*, 5(4), 170–176. <https://doi.org/10.1024/1023-9332.5.4.170>
- Johar, H., Atasoy, S., Bidlingmaier, M., Henningsen, P., & Ladwig, K. H. (2020). Married but lonely. Impact of poor marital quality on diurnal cortisol patterns in older people:

- findings from the cross-sectional KORA-Age study. *Stress*, 24(1), 36–43. <https://doi.org/10.1080/10253890.2020.1741544>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., Hibbert, A. S., & Hajcak, G. (2019). The Multidimensional Emotion Questionnaire (MEQ): Rationale and Initial Psychometric Properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(3), 409–424. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09741-2>
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D.R. (1980) The Common Sense Representation of Illness Danger. In: Rachman, S., Ed., *Contributions to Medical Psychology*, Pergamon Press, New York, 17-30.
- Maksimenkova, L.I., Guchkova, T.N., Chernova, V., Nikolaev, S.M., Romanov, K.I., & Rantsev, G.M. (2020). Psychoemotional States and Personality Traits of Patients Undergoing Treatment. Proceedings of the International Conference “Health and Wellbeing in Modern Society” (ICHW 2020). <https://doi.org/10.2991/ahsr.k.201001.048>
- Martin, C., Koep, E., White, J., Belland, A., Waters, H., & Forma, F. (2021). Treatment Compliance Communications Between Patients with Severe Mental Illness and Treating Healthcare Providers: A Retrospective Study of Documentation Using Healthcare Reimbursement Claims and Medical Chart Abstraction. *Pragmatic and observational research*, 12, 49–63. <https://doi.org/10.2147/POR.S303453>
- Ministerul Sănătății (2022) Ghiduri clinice. <http://old.ms.ro/index.php?pag=181>
- Nisar, H., & Srivastava, R. (2018) Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*. 2018;3(1), 12-18.
- Ponciano, D., Klinger, E. F., Chiacchio, F. B., Prado, D. S., Barros, D. A., Araujo, W. N., Arruda, M. A. R., & Gurgel, G. (2020). Psychosomatic Phenomenon According to the Stages of Development. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 1–7. <https://doi.org/10.9734/indj/2019/v13i3-430116>
- Popa, M. (2015) Curs Medierea și Moderarea, Asociația de Psihologie Industrială și Organizațională (APIO). [http://www.apio.ro/upload/mc05\\_mediere\\_moderare.pdf](http://www.apio.ro/upload/mc05_mediere_moderare.pdf)
- Rubinstein, C. J. (2015). Psychosomatic Illness: A Very Difficult Patient to the General Practitioner. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17(3). <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000267>
- Sarno, J.E. (2006) *The Divided Mind*. Harper, 2006. ISBN: 0061174300
- Settineri, S., Frisone, F., Alibrandi, A., & Merlo, E. M. (2019). Emotional Suppression

- and Oneiric Expression in Psychosomatic Disorders: Early Manifestations in Emerging Adulthood and Young Patients. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01897>.
- Singh, A.K. (2013) A conceptual approach of Psychosomatic Disorders (Manodahic Vyadhiyan). *International Research Journal Of Pharmacy*. 2013;4(8):1–4.
- Stancu, S., & Constantin, A. M. (2014). *Rețele neuronale artificiale*. ISBN: 978-606-505-787-6. Editura A.S.E.
- Suciu, M., & Cristescu, C. (2017). Psychosomatic Interrelations in Cardiovascular Diseases and Their Consequences on Patient’s Quality of Life. Well-Being and Quality of Life - Medical Perspective. <https://doi.org/10.5772/intechopen.69699>
- Taheri, M. A., & Bayyazi, A. (2013). Classification of Disorders as Approached by Psymtology. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1421–1430. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.767>
- Torrado, M., Eusébio, S., & Ouakinin S. (2018) Alexithymia and Illness: Towards a Psychosomatic Perspective of Emotion Regulation Deficits. (2018). In Teixeira R.J., Bermond, B. & Moormann, P.P. (Eds.) *Current Developments in Alexithymia – A Cognitive and Affective Deficit* (pp.173-194), ISBN: 978-1-53613-305-9, Nova Science Publishers
- Visser, A. (2013). Cancer in a Psychosomatic Perspective. *Somatization and Psychosomatic Symptoms*, 225–238. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7119-6\\_17](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7119-6_17)
- Wang, C., Qu, Y., Niu, H., Pan, Y., He, Y., Liu, J., Yao, N., Wang, H., Guo, Y., Pan, Y., & Li, B. (2021). The Effect of Residential Environment on Respiratory Diseases and Pulmonary Function in Children from a Community in Jilin Province of China. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 14, 1287–1297. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s295553>
- World Health Organization. (2021) ICD-10 - International Classification of Diseases, Tenth Revision [Internet]. Cdc.gov. 2021 [cited 18 October 2021]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10.htm>
- Wortman, M. S. H., van der Wouden, J. C., Grutters, J. P. C., Visser, B., Assendelft, W. J. J., van der Horst, H. E., & Olde Hartman, T. C. (2019). Psychosomatic therapy for patients frequently attending primary care with medically unexplained symptoms, the CORPUS trial: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3913-3>

Zschocke, I., Mrowietz, U., Lotzin, A., Karakasili, E., & Reich, K. (2014). Assessing adherence factors in patients under topical treatment: development of the Topical Therapy Adherence Questionnaire (TTAQ). *Archives of Dermatological Research*, 306(3), 287–297. <https://doi.org/10.1007/s00403-014-1446-x>

### **Lucrări științifice publicate în cadrul cercetării doctorale**

1. **N., Cristea** (2022) *Review regarding the approach to the relationship between emotions, psychological status and the onset of psychosomatic conditions*, *Designing for Digital Wellbeing*. Berlin, Germany: Peter Lang Verlag. În curs de apariție. A se vedea scrisoarea de accept: (Acceptance letter Chapter 17 - Vol III Peter Lang.pdf), Cotație A1.
2. **N., Cristea, P., Armean, M.O.D., Lupușoru, A.M. Constantin** (2022) *Review on the psychoemotional status of patients with psychosomatic diseases*. *ACTA MEDICA TRANSILVANICA* March27(1):11-13. Online ISSN 2285-7079. Link: <http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2022/Nr1-en/Cristea.pdf> , cotație B+.
3. **N., Cristea, A.M. Constantin** (2019) *Implications of Religious Thinking in Therapeutic Compliance*, *REV.CHIM. (Bucharest)*, 70, No. 12, 2019. ISI, Impact Factor:1,4, Link: <https://revistadechimie.ro/pdf/51%20CRISTEA%20N%2012%2019.pdf> , Cotație ISI Journal.
4. **N., Cristea** (2017) *Implicarea dimensiunii spirituale în complianța terapeutică a bolnavilor psihosomatici*. Al 11-lea CONGRES ANUAL al ASOCIAȚIEI MEDICALE ROMÂNE. *Romanian Medical Journal*. Vol. LXIV, Suppl., 2017. Link: [https://view.publitas.com/amph/rmj\\_2017\\_s/page/72](https://view.publitas.com/amph/rmj_2017_s/page/72) , Cotație B.