

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
DOMENIUL FIZIOLOGIE**

**STUDIUL CORELAȚIILOR DINTRE TULBURĂRILE HIPNICE
ȘI ACUZELE SOMATOFORME LA PACIENȚI CU
COMORBIDITĂȚI PSIHIATRICE
REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT**

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. IOANA ANCA BĂDĂRĂU

Student-doctorand:

IONESCU CLAUDIU GABRIEL

ANUL 2022

CUPRINS

| | |
|---|----|
| Introducere | 8 |
| I. PARTEA GENERALĂ | 15 |
| 1. Particularități ale Tulburării simptomelor somatice la adulți..... | 15 |
| 1.1 Evoluția diagnosticului. Date epidemiologice..... | 15 |
| 1.2 Instrumente specifice de evaluare..... | 20 |
| 1.3 Tabloul clinic și comorbidități psihiatrice..... | 25 |
| 1.4 Prognosticul funcțional..... | 32 |
| 2. Tulburările hipnice la pacienți cu comorbidități psihiatrice..... | 37 |
| 2.1. Profilul tulburărilor hipnice la pacienți cu comorbidități psihiatrice..... | 39 |
| 2.1.1. Aspectul nosologic al tulburărilor hipnice..... | 39 |
| 2.1.2. Mecanismele asocierii tulburărilor hipnice cu comorbidități..... | 42 |
| 2.1.3. Date epidemiologice..... | 44 |
| 2.1.4. Impactul tulburărilor hipnice asupra comorbidităților psihiatrice..... | 44 |
| 2.2 Relația dintre tulburarea simptomelor somatice și insomnia non-organică.... | 47 |
| 2.2.1. Date generale..... | 47 |
| 2.2.2. Comorbiditățile psihiatrice la pacienți cu tulburări hipnice și simptome somatice..... | 48 |
| 2.3 Comparație a tulburărilor hipnice datorate afecțiunilor medicale și psihiatrice..... | 50 |
| 2.4 Intervenții terapeutice în tulburările hipnice asociate cu simptome somatice..... | 52 |
| 2.4.1. Intervenții farmacoterapeutice..... | 52 |
| 2.4.2. Intervenții psihoterapeutice..... | 53 |
| 2.5 Instrumente specifice de evaluare..... | 54 |
| II. CONTRIBUȚII PERSONALE | 59 |
| 3. Ipoteze de lucru și obiectivele cercetării..... | 59 |
| 4. Materiale și metode..... | 61 |
| 5. Rezultate..... | 75 |
| 5.1 . Analiza consistenței interne a scalelor utilizate pentru lotul de studiu..... | 75 |

| | |
|---|-----|
| 5.1.1 Analiza consistenței interne a scalei PSQI pentru lotul de studiu..... | 75 |
| 5.1.2 Analiza consistenței interne a scalei HAM-A pentru lotul de studiu..... | 78 |
| 5.1.3 Analiza consistenței interne a scalei HAM-D..... | 85 |
| 5.1.4 Analiza consistenței interne a scalei SSD-12..... | 88 |
| 5.1.5. Analiza consistenței interne a scalei SOMS-7..... | 91 |
| 5.2 Influența factorilor socio-demografici și clinici asupra scorurilor scalelor utilizate..... | 93 |
| 5.2.1. Caracteristicile demografice ale participanților din lotul studiu..... | 93 |
| 5.2.2. Caracteristicile demografice ale participanților din lotul control..... | 96 |
| 5.2.3. Influența factorilor demografici asupra scorurilor scalelor utilizate în lotul studiu..... | 98 |
| 5.3. Analiza comparativă a scorurilor la scalele utilizate în studiu..... | 123 |
| 5.3.1. Analiza scorului PSQI comparată la scalele utilizate în studiu..... | 123 |
| 5.3.2. Analiza scorului HAM-A comparată la scalele utilizate în studiu..... | 124 |
| 5.3.3. Analiza scorului HAM-D comparată la scalele utilizate în studiu..... | 126 |
| 5.3.4. Analiza scorului SSD-12 comparată la scalele utilizate în studiu..... | 127 |
| 5.4. Corelații între scorurile scalelor utilizate pentru lotul de studiu..... | 129 |
| 5.4.1. Corelația între scorurile HAM-A și HAM-D..... | 129 |
| 5.4.2. Corelația între scorurile HAM-A și SSD-12..... | 130 |
| 5.4.3. Corelația între scorurile HAM-D și SSD-12..... | 131 |
| 6. Discuții..... | 133 |
| 7. Contribuții personale și concluzii..... | 144 |
| Bibliografie..... | 149 |
| Anexe..... | 171 |

Introducere

Tulburările somatoforme reprezintă afecțiuni în care starea psihică a pacientului este alterată datorită numeroaselor simptome fizice pe care acesta le acuză și cărora, în ciuda numeroaselor investigații medicale la care acesta se supune, nu le este găsit un substrat organic [1]. Prezintă ca manifestare clinică în variate forme de-a lungul timpului, medicii s-au întâlnit cu această patologie care nu a putut fi corect și clar clasificată și separată de celelalte patologii comorbide de tip somatic, psihopatologic sau așa-zis funcțional, cu care adeseori este însoțită. Întotdeauna acest tip de tulburare a fost situată sub conceptul dual fizic-psihic asociindu-i-se numeroase denumiri ca „psihogenică, psihosomatică, conversie, hipocondrie, somatizare, isterie” până în prezent când este denumită tulburarea simptomelor somatice (somatic symptoms disorder-SSD). Astfel, SSD a fost frecvent sub-diagnosticată de-a lungul timpului deși asociază numeroase tablouri clinice în asistența medicală primară și de specialitate. Prevalența SSD este de 5-7 % în populația generală dar se află încadrată într-un interval de 5-35 % în unitățile de asistență primară. [4,5,6,7]. De asemenea, două treimi din simptomele prezentate în cabinetele de asistență medicală primară sunt de tip somatoform sau „neexplicate medical.” [8]

Din punct de vedere psihiatric, simptomele somatice se întâlnesc frecvent ca parte din tablourile clinice ale altor comorbidități ca tulburarea depresivă și anxioasă sau tulburările de conversie însă există suficiente cazuri de tulburări ale simptomelor somatice diagnosticate per se, nefiind suficiente date despre prevalența acestora la nivelul asistenței psihiatrice de specialitate în țara noastră. În ultima perioadă, evidențierea acestui tip de tulburare pare să fie marcată de un interes și o conștientizare mult mai mari din partea specialiștilor din sănătatea mintală dar și a celor din asistența medicală primară și, nu în ultimul rând, al populației generale, ca parte a conștientizării tulburărilor mentale în general. Această lucrare descrie o categorie de populație puțin studiată la nivel național până în prezent, și anume aceea a pacienților cu tulburarea simptomelor somatice, adăugând la tabloul clinic prezența tulburărilor hipnice și cortina afectivă de tip anxios-depresiv, evaluate prin chestionare dar și percepute subiectiv de către pacienți.

Importanța studierii tulburării cu simptome somatice și a corelațiilor sale cu variabile de tip hipnic, psihopatologic rezidă într-o serie de aspecte de ordin științific și clinic dar mai ales de potențialul impact pe care această afecțiune îl are la nivel de individ, familie și comunitate. Din punct de vedere științific, stabilirea corelațiilor dintre acuzele simptomele de tip somatic și modificările de ordin hipnic și psihopatologic reprezintă un punct obligatoriu în alcătuirea studiilor de tip epidemiologic, neuroimagic, genetic în cazul acestor tipuri de pacienți.

CAPITOLUL 1. Particularități ale Tulburării simptomelor somatice la adulți

Primul capitol al părții generale face o trecere în revistă a principalelor aspecte privind tipologia tulburării simptomelor somatice (SSD), atingând aspecte ca stabilirea diagnosticului, instrumentele de evaluare existente, tabloul clinic și comorbiditățile asociate, precum și prognosticul funcțional al patologiei.

Criteriile din prezent îndreaptă atenția mai mult pe trăirile subiective ale pacienților față de simptomele cu care se confruntă decât pe simptomatologia propriu-zisă [36,37]. În 1997, un studiu italian conceput de Faravelli și colaboratorii săi, estimează o prevalență a tulburărilor simptomelor somatice de 13% în populația generală din zona Firenze, studiul fiind unul dintre primele încercări de estimare a datelor statistice europene referitoare la acest tip de tulburare [39]. În 2001, Nimnuan și colaboratorii săi au efectuat un studiu care urmărea prevalența tulburărilor somatice la populația generală dintr-o unitate spitalicească. 890 de subiecți au fost intervievați iar rezultatele au arătat că 52% prezentau criteriile pentru diagnosticul acestei afecțiuni. Comorbiditățile psihiatrice erau asociate în proporție superioară la subiecții cu multiple acuze de tip somatic. Majoritatea subiecților atribuiau simptomele somatice unor cauze fizice iar atunci când nu o făceau, aveau tendința de a apela mai frecvent la tratamente alternative [40]. În 2002, Sha și colaboratorii au evidențiat pe o cohortă de 3500 de pacienți o medie de 4.3 simptome somatice, dintre cele mai frecvente menționând dureri articulare-65%, fatigabilitate-55%, dureri de spate-45%, dificultăți respiratorii-41%, insomnii-38%, greață/indigestie-36%, constipație/diaree-34% [41].

Tulburarea simptomelor somatice are cel mai mare cost din punct de vedere al dizabilității funcționale și a șomajului, după un studiu pe 13334 de subiecți al lui Thomassen din 2003 [42]. În 2016, un studiu din Croația pe populația din intervalul de vârstă 10-25 ani (N= 1512) a arătat o prevalență a tulburării simptomelor somatice mai mare la sexul feminin dar și la sub-grupa de vârstă 15-16 ani cu creșterea progresivă a numărului simptomelor odată cu avansarea în adolescență. Explicațiile posibile includ, în opinia autorului, factori de dezvoltare psiho-sexuală, factori socio-culturali și fiziologici [50].

În Norvegia, sub conducerea lui Leiknes, a fost realizat un studiu prospectiv între anii 1990-2001 care a evaluat un număr de 605 participanți evoluția stabilității diagnosticului de tulburare a simptomelor somatice și a comorbidității acesteia cu tulburările anxios-depresive. Dintre rezultate remarcăm similitudinea manifestărilor clinice ale tulburării simptomelor somatice în rândul participanților, concluzionând impropriu subîmpărțirea acestei tulburări

în mai multe categorii distincte, situație valabilă la acea vreme. De asemenea, tulburările depresive decelate la începutul studiului au fost considerate un factor de prognostic negativ asupra evoluției și menținerii manifestărilor simptomelor somatice în cursul anilor și la momentul examinării „current state” spre deosebire de tulburările de anxietate care au fost factor de prognostic negativ doar pentru tulburarea simptomelor somatice pe durata intervalului : „lifetime” [136].

CAPITOLUL 2. Tulburările hipnice la pacienți cu comorbidități psihiatrice

Tulburările hipnice non-organice (TH), categorie din care face parte insomnia non-organică primară reprezintă dificultățile întâlnite în inițierea sau menținerea somnului și sunt cea mai frecventă tulburare a somnului având o rată de 35-45% la adulți. Insomnia este definită ca o lipsă de satisfacție a pacientului în legătură cu calitatea sau cantitatea somnului prezentând simptome ca : dificultăți în inițierea, menținerea sau trezirea de dimineață cu incapacitatea de a relua somnul. Acest capitol dorește să prezinte o sinteză sistematică a studiilor de cercetare care au evaluat implicarea tulburărilor hipnice și a insomniei non-organice în debutul, evoluția și prognosticul tulburărilor simptomelor somatice mediate de comorbiditățile psihiatrice prezente. Deși diagnosticul de insomnie primară nu se opune existenței unor comorbidități psihiatrice sau somatice, cauzele tulburării hipnice nu sunt date de efectele fiziopatologice ale tulburărilor comorbide. Însă, o situație greu de diferențiat este cea a tulburărilor depresive, acolo unde afecțiunile legate de somn pot precede debutul sau pot fi manifestarea unor patologii psihiatrice sau pot fi comorbide altor condiții medicale [146,147].

Un studiu realizat în Germania, în echipa lui John și Meyer, în 2005, s-a concentrat asupra duratei scurte a somnului ca și indicator integrativ al influenței asupra altor comorbidități psihiatrice. 4075 de participanți au răspuns la chestionare legate de diverse afecțiuni precum anxietate, depresie, acuze somatoforme, abuz de substanțe psihotrope și durata somnului. Rezultatele au arătat că subiecții care prezentau o comorbiditate psihiatrică aveau o probabilitate mai mare de a avea o durată a somnului sub 7 ore, relație valabilă pentru tulburări de tip depresiv, anxios sau adictiv, nu și pentru acuzele de tip somatoform. Un studiu similar, evaluează relația dintre calitatea somnului și funcționalitatea globală și calitatea vieții pe un eșantion de 35 de persoane, evidențiind o asociere crescută între durata scurtă a somnului, tulburările hipnice mixte și exacerbarea simptomelor psihiatrice asociate subiecților, de tip depresiv, anxios sau somatoform [156]. Un studiu care a evaluat impactul

insomniei asupra altor comorbidități psihiatrice arată faptul că insomnia a fost primul simptom în debutul tulburărilor de tip afectiv în peste 40% dintre cazuri dar și faptul că insomnia a apărut după diagnosticarea tulburărilor anxioase în 40% dintre cazuri [154]. Insomnia influențează evoluția și prognosticul și altor tulburări de tip psihiatric precum consumul de substanțe psihoactive [186]. În cadrul aceluiași studiu, doar 2,4% dintre pacienți au prezentat diagnosticul de insomnie „pură”, fără alte comorbidități de tip psihiatric, ceea ce arată o relație complexă între aceste patologii.

CAPITOLUL 3. Ipoteze de lucru și obiectivele cercetării

Ipoteza de cercetare de la care s-a plecat în conceperea studiului realizat în această lucrare stipulează faptul că tulburările hipnice și simptomele somatice au o relație bidirecțională în ceea ce privește debutul, evoluția și prognosticul lor independent la pacienți cu comorbidități psihiatrice. Această ipoteză a fost formulată ca un posibil răspuns la scopul general de a evidenția o trăsătură comună în clinica acestor pacienți și în viitoarea abordare terapeutică global, ținând atât simptomatologia de tip somatoform cât și tulburările hipnice.

În încercarea de a demonstra ipoteza de cercetare s-au stabilit două obiective generale ale studiului, fiecare cu o serie de obiective specifice, direct măsurabile.

Obiectivul general I: Se poate realiza o analiză a tipologiei de tulburare a simptomelor somatice la adulți cu comorbidități psihiatrice de tip anxios-depresiv?

Obiective specifice:

- Poate fi identificată simptomatologia specifică tulburării studiate?
- Se pot descrie comorbidități psihiatrice și se pot cuantifica acestea în rândul lotului de subiecți selectați?
- Se pot analiza detaliat simptomele ce compun tulburarea simptomelor somatice și percepția individuală a acestora asupra subiecților selectați (se pot realiza corelații socio-demografice)?
- Se poate cuantifica severitatea acestor simptome și relația lor cu prezența comorbidităților psihiatrice?

Obiectivul general II: Poate fi realizată o analiză a tulburărilor hipnice și a severității acestora la adulți cu comorbidități psihiatrice de tip anxios-depresiv?

Obiectiv specific:

- Se poate realiza o evaluare a tulburărilor hipnice la subiecții selectați (se pot realiza corelații socio-demografice)?

Obiectivul general III: Există concordanță între tulburările hipnice evaluate și simptomele somatice evaluate la subiecții selectați?

Obiective specifice:

- Pot fi asocieri între tulburările hipnice și comorbiditățile psihiatrice în evoluția tulburării simptomelor somatice?
- Exista o posibilă relație bidirecțională în cadrul lotului de subiecți selectați?

CAPITOLUL 4. Materiale și metode

4.1 Descrierea loturilor

Studiul din lucrarea de față este unul de tip transversal non-experimental cu design caz-control efectuat pe un lot de 180 pacienți împărțiți în două loturi . Primul lot a fost alcătuit din 103 de subiecți diagnosticați cu Tulburarea simptomelor somatice (TSS) și cu comorbidități psihiatrice de tip anxios-depresiv în istoric sau diagnosticate în cursul internării și luării în studiu. Dintre aceștia, 80 de sunt de sex feminin iar 15 sunt de sex masculin, toți participanții având vârste cuprinse între 21-78 de ani. Selecția s-a făcut din cadrul pacienților secțiilor de psihiatrie din Spitalul Clinic de Psihiatrie „ Prof. Dr. Alexandru Obregia” din București. Al doilea lot (lot B control) a fost alcătuit din 77 de subiecți sănătoși, fără diagnostic prezent sau în istoric al unei tulburări de tip psihiatric de tip TSS sau de altă natură, dintre care 50 sunt de sex feminin și 45 de sex masculin, cu vârste cuprinse între 20-69 de ani, selectați din cadrul personalului medical si al studenților ce-si desfășoară activitatea in cadrul facultății de medicina generala.

Colectarea datelor s-a realizat în perioada 2018-2020 iar pentru participarea la studiu s-a obținut consimțământul scris al participanților. Această lucrare nu a beneficiat de niciun suport financiar pe parcursul realizării sale. Desfășurarea studiului și metodologia de cercetare au respectat cerințele etice în vigoare privind protecția datelor cu caracter confidențial ale pacienților prin consimțământul informat al acestora. Prin tipul de design

non-experimental al studiului, participarea subiecților nu a implicat niciun risc asupra sănătății fizice sau psihice a acestora.

În cadrul procesului de selectare a subiecților din cele două loturi s-a ținut cont de un set de criterii de eligibilitate, de includere și de excludere, prezentate detaliat în rândurile care urmează:

Criterii de includere:

➤ Lot TSS:

- Diagnostic de TSS conform DSM-V și ICD-10
- Diagnostic de tulburare depresivă și/sau anxioasă în grade de severitate variate conform DSM-V și ICD-10
- Consimțământul scris de participare la studiu

➤ Lot Control:

- Pacienți sănătoși clinic la momentul intrării în studiu cât și în istoricul medical
- Potrivire în funcție de sex, vârstă și nivel educațional cu subiecții din lotul TSS
- Consimțământul scris de participare la studiu

Criterii de excludere:

- Prezența unor diagnostice de retard mental ($IQ < 70$), prezența de diagnostic medicale care influențează funcția cognitivă a subiecților (ambele loturi)
- Tulburări de vedere/auz care ar fi putut influența completarea chestionarelor (ambele loturi)
- Prezența unor diagnostice ale unor afecțiuni medicale care pot provoca tulburări hipnice de cauze organice (sindromul apnee în somn, astm bronșic, ischemie cardiacă, boală pulmonară obstructivă cronică, epilepsie, boala de reflux gastro-esofagian ș.a) (ambele loturi)

- Subiecți consumatori cronici de substanțe psihoactive sau care urmează tratament farmacologic cu substanțe ce pot modifica ritmul circadian (ambele loturi)
- Prezența unor tulburări sau simptome psihotice acute la momentul luării în studio (lot TSS)

4.2. Instrumente de lucru

În cadrul acestui subcapitol sunt prezentate scalele utilizate ca instrumente de cercetare în studiul efectuat. Pentru fiecare sunt prezentate date ce țin de modalitatea de administrare a acestora și de interpretare a rezultatelor, precum și principalii parametri considerați variabile de interes pe parcursul cercetării. Instrumentele utilizate cuprind:

- „Screening for Somatoform Symptoms”-SOMS-2 [220]: 53 itemi, cinci domenii:simptome musculo-scheletale, pseudo-neurologice, cardio-respiratorii, sexuale, impactul simptomelor
- „The Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale”-SSD-12 [99]: 12 itemi, trei subscale: impactul cognitiv, impactul afectiv, impactul comportamental
- „Screening for Somatoform Symptoms 7”-SOMS-7 [220]: 53 itemi, cinci domenii, aceleași ca SOMS-2 dar cu nivele diferite de intensitate a raportării cu răspunsuri de la „Deloc”, „ușor”, „mediu”, „sever” la „foarte sever”
- „Pittsburgh Sleep Quality Index”-PSQI [217]: 19 itemi, șapte domenii:calitatea subiectivă a somnului (I1), latența de adormire (I2), durata somnului (I3), eficacitatea somnului (I4), dificultăți ale somnului (I5), utilizarea medicației hipnoinductoare (I6), disfuncționalitatea diurnă (I7)
- „Hamilton Depression Rating Scale”-HAM-D [223]: 21 itemi, evaluează dispoziția depresivă, sentimente de vinovăție, ideea/tentativa suicidară, insomnia, activitatea profesională și socială, lentoarea psihomotorie, neliniștea psihomotorie ș.a.
- „Hamilton Anxiety Rating Scale”-HAM-A [226]: 14 itemi, evaluează dispoziția anxioasă, tensiune, insomnii, fobii, deficiențe de concentrare, simptome somatice ș.a.

4.3 Analiza datelor

După etapa de colectare a datelor, acestea au fost înregistrate ca variabile de interes și analizate cu ajutorul programului statistic R, versiunea 4.0.2 (2020-06-22) Copyright (C)

2020 The R Foundation for Statistical Computing, R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org>. Pe langa pachetele standard, a fost folosit pachetul **psych** Revelle, W. (2020) psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA, <https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 2.0.7.

Testele statistice utilizate au fost selecționate atent, ținând cont de tipul variabilelor, de distribuția valorilor pe care variabila le ia și, nu în ultimul rând, de întrebările la care se doresc răspunsuri prin intermediul analizei statistice. Pentru semnalarea unui efect semnificativ, s-au raportat indicatori ai mărimii efectului produs (d , η^2 , η^2 parțial), semnificația statistică (valoare p), analiza consistenței scorurilor chestionarelor Alpha Cronbach (împreună cu IC95%), plotul de corelații împreună cu distribuțiile, indicele de corelație r Pearson. În primul subcapitol al secțiunii de rezultate este prezentată analiza fiabilității și acurateții diagnostice a scalelor utilizate prin analiza consistenței interne a scorurilor obținute utilizând indicele Alpha Cronbach (împreună cu IC95%), plotul de corelații împreună cu distribuțiile, indicele de corelație r Pearson, valorile neobișnuite ale distribuțiilor (outlieri) ca observații pentru care distanța Mahalanobis la pătrat este mai mare de 25.

CAPITOLUL 5. Rezultate

5.1 Analiza consistenței interne a scalelor utilizate pentru lotul de studiu

Scala PSQI

Analiza de consistență internă a scalei PSQI s-a realizat incluzând toți subiecții participanți la studiu în același grup ($n=103$). S-a calculat indicele de consistență a scalei reprezentat prin Alpha Cronbach. Indicele rezultat denotă o consistență slabă a scalei, incluzând toți itemii prezenți grupați în următoarele grupe: „Calitatea percepută a somnului”, „Latența somnului”, „Durata somnului”, „Eficiența somnului”, „Tulburări ale somnului”, „Folosirea medicației”, „Disfuncția diurna”. Se observă valorile mici (în raport cu ceilalți itemi) pentru itemurile 4 „Eficiența somnului” și 5 „Tulburările de somn”, cele mai mari valori existând pentru itemul 6, „Folosirea medicației”. Chestionarul PSQI a avut valori foarte mici la itemul 5 „Tulburările de somn”, și având în vedere scorul foarte mare la itemul 6, „Folosirea medicației” o posibilă explicație este eficiența terapiei hipnoinductoare la majoritatea pacienților. Nu au existat observații care să aibă caracter de outlier.

Scala HAM-A

În evaluarea scalei HAM-A care descrie tulburarea de anxietate s-a efectuat valoarea indicelui alpha Cronbach a fost de 0.77, una mare asociind o consistență optimă a chestionarului. Astfel, pentru scorul HAM-A au fost identificate 11 observații (cele mai mari 5 fiind reprezentate pe grafic) cu valori extreme ($D^2 > 25$), un număr rezonabil având în vedere mărimea lotului de pacienți. Valoarea Cronbach alpha a fost de 0.72, arătând o consistență optimă a subchestionarului pentru anxietate psihică. Patru outlieri au fost identificați pentru HAM-A, componenta psihică, o valoare ne semnificativă. În cazul analizei outlierilor de tip Anxietate somatică s-a decelat o valoare cu caracter de outlier.

Scala HAM-D

Au fost analizate mediile itemilor scalei cu rezultate importante (>2) pentru următorii itemi: I1 „Dispoziție depresivă”, I2 „Sentimente de vinovăție”, I7 „Muncă și hobbyuri”. De asemenea se observă rezultate cuprinse între 1-1.5 pentru I10 „Anxietate psihică”, I11 „Anxietate somatică”, I4 „Simptome genitale”, I15 „Ipohondrie” și rezultate apropiate de valoarea „0” pentru I3 „Suicid”, I8 „Retard psihomotor”, I9 „Agitație”, I16 „Scădere în greutate”, I17 „Insight”. Aceste valori prezintă corelații cu scala de anxietate HAM-A și componentele acesteia pentru itemii cu valori crescute. De asemenea, itemii cu valori scăzute sunt de așteptat în contextul criteriilor de includere în studiu și al potențialului sever de evoluție a Tulburării depresive cu manifestări de tip „Suicid”, „Scădere în greutate” sau „Agitație”/„Retard psihomotor”.

Scala SSD-12

A avut loc o analiza a scorurilor medii la cele trei componente ale scalei: „Aspect cognitiv”, „Aspect afectiv” și „Aspect comportamental” evidențiindu-se valoarea scăzută a componentei cognitive în raport cu celelalte două (Figura 5.13). Scoruri apropiate de scorul maxim „12” se regăsesc pentru componenta comportamentală cu o valoare de „9” și componenta afectivă „8.5” în timp ce C1 se situează la valoarea de „6.5”. S-a efectuat analiza de identificare a factorilor outlier neidentificându-se nicio observație care să aibă caracter de outlier.

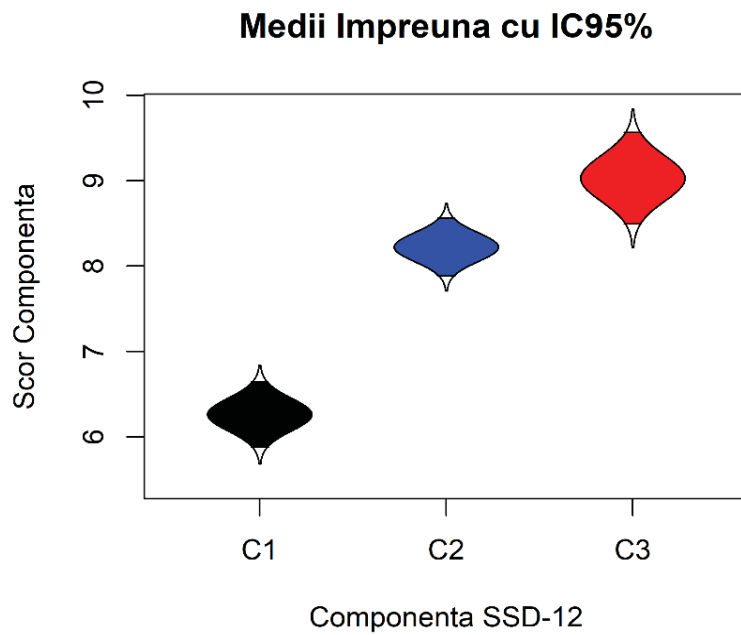


Figura 5.13- Mediile componentelor scalei SSD-12

Scala SOMS-7

În legătură cu identificarea valorilor de tip outlier au rezultat 99 de observații care au fost decelate valori cu caracter de outlier, lucru care poate fi explicat de numărul foarte mare de iteme a scalei (Figura 5.15).

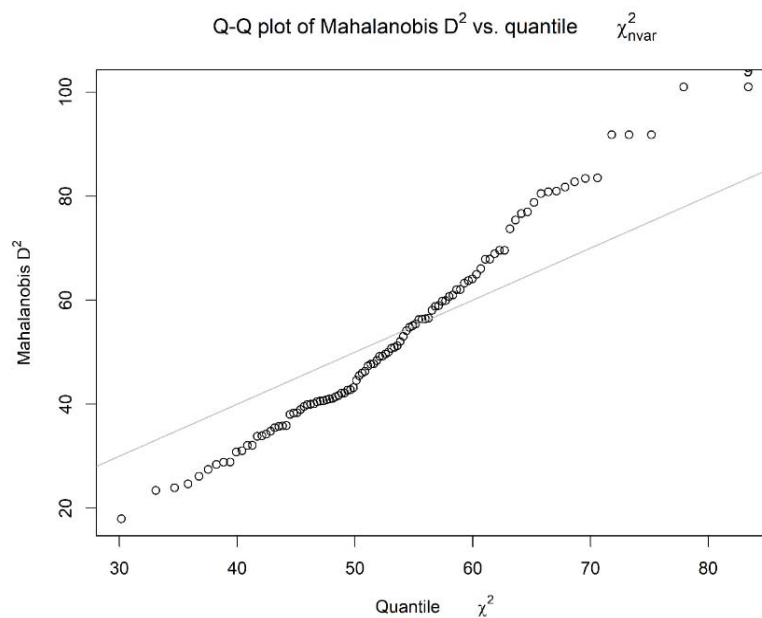


Figura 5.15-Identificare outlieri pentru scala SOMS-7

5.2. Influența factorilor socio-demografici și clinici asupra scorurilor scalelor utilizate

5.2.1. Caracteristicile demografice ale participanților din lotul studiu

Pentru studiul de față un număr de 103 pacienți a fost inclus în lotul de studiu având o medie de vârstă de 52.8 ani dintre care 84% sunt femei iar restul de 16% sunt bărbați așa cum este ilustrat în Tabelul 5.8. Datele demografice incluse în studiu au încercat să prezinte un tablou al background-ului biopsihosocial al participantului la studiu. SSD se întâlnește cu predominanță la sexul feminin, prezentând o evoluție îndelungată și un prognostic nefavorabil spre deosebire de bărbați, lucru ce explică procentajul ridicat al prezenței femeilor în acest studiu, somatizările fiind un criteriu cert de includere. Din punct de vedere al condițiilor sociale, 56% dintre participanții incluși în lot provin din mediul rural. Un număr de 66 de participanți au declarat prezența unui partener de viață, aici fiind incluși participanți căsătoriți sau în concubinaj, în timp ce restul de 37 de participanți au fost incluși în categoria „fără partener” aici intrând participanți divorțați, văduvi, singuri. Statusul educațional ne indică un procent ridicat al participanților în categoria „studii medii”- 49% în timp ce 34% declară „studii inferioare” iar 17% „studii superioare”. Aceste medii ne arată o pondere semnificativă de peste 80% dintre participanți fără studii superioare, pondere ce respectă datele socio-demografice general valabile în ceea ce privește tulburările de somatizare asociate cu alte comorbidități psihiatrice. Statusul educațional se asociază cu tipul de muncă efectuat, procentajele respectând proporțiile lotului și anume, 65% efectuând muncă fizică, restul de 35% muncă de tip intelectual sau mixt. În ceea ce privește datele clinice, observăm o lipsă a antecedentelor familiale de tulburări hipnice la 60% dintre participanți dar cu antecedente heredo-colaterale de tip psihiatric la 53% dintre participanți. Acest lucru confirmă gradul de subiectivitate în raportarea tulburărilor familiale de tip psihiatric și/sau hipnic în rândul pacienților psihiatrici, un rol important avându-l stigmatizarea sau prezența unor trăsături de personalitate implicate în raportarea diferită a patternurilor familiale.

Doar 7 participanți din totalul inclus în studiu au raportat participarea la ședințe de psihoterapie în întreaga lor istorie de tip medical, rezultat ce confirmă statusul tehnicilor de tip psihoterapeutic în România, cu o adresabilitate și continuare a participării la un nivel extrem de redus din motive de tip cultural, economic și social.

5.2 ani este perioada medie de timp de la debutul acestui tip de simptomatologie de tip somatizant, un timp care situează debutul la vârsta de 46-47 ani, luând în considerare

media de vârstă a studiului. În ceea ce privește administrarea anterioară a medicațiilor cu privire la tulburări de somn, un procent de 78% au declarat ca nu au primit sau nu și-au administrat medicație de tip hipnoinductor, anxiolitic, antidepresiv sau antipsihotic anterior perioadei de intrare în studiu.

5.2.3. Influența factorilor demografici asupra scorurilor scalelor utilizate în lotul studiu

În ceea ce privește influența sexului, la scala HAM-D, media scorului total la femei a fost cu aproximativ 10% mai mare față de media de la bărbați, valoarea fiind semnificativă statistic ($p < 0.05$). În cazul influenței afirmării tulburărilor hipnice asupra scorurilor scalelor, se observă că media scorului total la HAM-A, a fost cu aproximativ 20% mai mare la pacienții fără tulburări hipnice actuale, efectul fiind semnificativ statistic ($p < 0.01$) cum este ilustrat în Tabelul 5.22.

Tabelul 5.22- Influența tulburărilor hipnice raportate asupra scorurilor scalelor utilizate

| Scala | Media Tulburări Prezente | Media Tulburări Absente | Diferența [IC95%] valoare p |
|--------|--------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| PSQI | 14.70 | 14.38 | 0.32 [-0.83 la 1.48] 0.5758 |
| HAM-A | 20.69 | 24.69 | -4.00 [-6.79 la -1.20] 0.0062 |
| HAM-D | 23.18 | 25.41 | -2.23 [-3.99 la -0.47] 0.0137 |
| SSD-12 | 24.09 | 22.03 | 2.06 [0.35 la 3.76] 0.0191 |
| SOMS-7 | 25.35 | 23.52 | 1.83 [-2.05 la 5.72] 0.3499 |

În ceea ce privește celelalte scale utilizate, nu au fost identificate diferențe cu semnificație statistică ($p > 0.05$), pentru mediile de la scorurile totale pentru scalele PSQI și SOMS-7. Însă, media scorului total la HAM-D, a fost cu aproximativ 10% mai mare la pacienții fără tulburări hipnice actuale, efectul fiind semnificativ statistic ($p < 0.01$) (Figura 5.22). Media la scorul SSD-12, a fost cu 10% mai mare la pacienții cu tulburări hipnice actuale ($p < 0.05$).

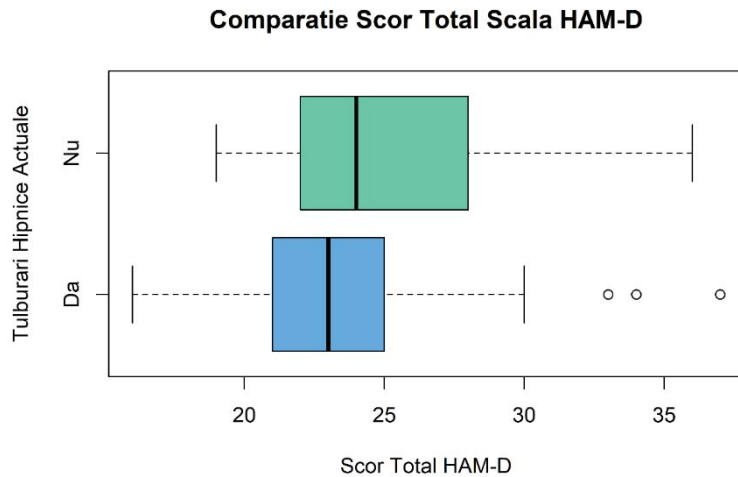


Figura 5.22- Comparația scorului total HAM-D în cazul parametrului „Tulburări hipnice actuale”

În următoarea parte vom observa rezultatele declarării consumului de substanțe pe bază de cofeină, tutun, alcool sau alte substanțe psihoactive asupra scorurilor scalelor utilizate pentru a observa o potențială corelație între declararea acestor tipuri de comportamente și gradul de severitate al scorurilor pentru tulburările psihiatrice comorbide, tulburarea de somatizare și tulburările hipnice. Astfel, la participanții fumători, media scorului total la scala PSQI este cu aproape 10% mai mare față de participanții nefumători, efectul fiind cu semnificație statistică ($p < 0.05$), a se vedea și graficele de tip boxplot care urmează (Figura 5.24).

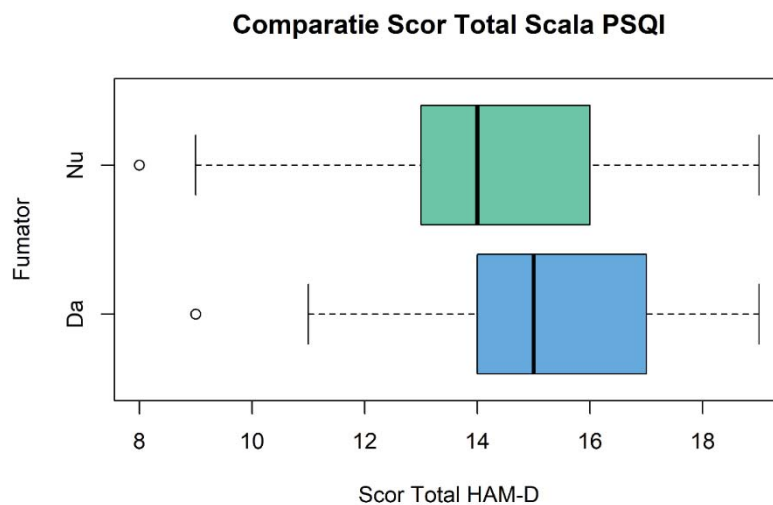


Figura 5.24- Comparația scorului total PSQI în cazul parametrului „fumător/nefumător”

În cadrul aceluiași capitol, s-a investigat dacă terapia aplicată în cursul internării a contribuit la îmbunătățirea scorului total la scala PSQI. Având în vedere că este vorba de un design cu probe corelate (măsurători efectuate la diferite momente de timp la același pacient), suntem interesați de distribuția diferențelor dintre scorurile PSQI între momentele externare și internare (o medie cu valoare 0 a acestor diferențe, implică o lipsă de răspuns la tratament). Din analiza histogramei (Figura 5.25), observăm că pacienții au avut un scor PSQI la externare cu aproximativ 6 unități mai mic ca la internare, cea mai mare îmbunătățire a scorului a fost de 12 unități, existând și cazuri când a avut loc o înrăutățire a scorului post-terapie cu o unitate. Îmbunătățirea este semnificativă statistic ($p < 0.01$).

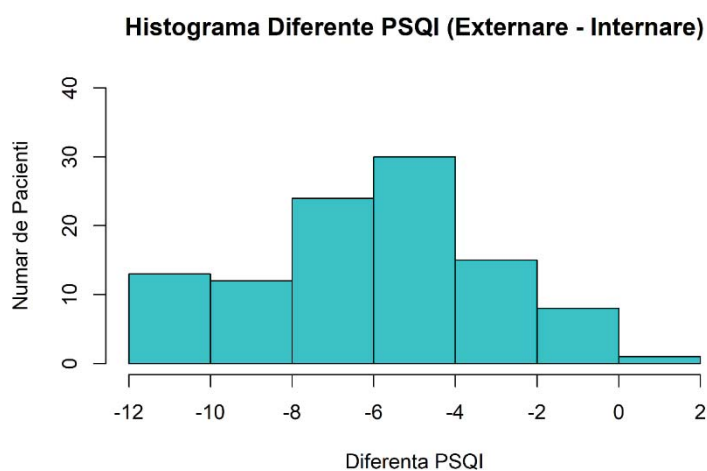


Figura 5.25- Diferența PSQI la externare față de internare

5.3. Analiza comparativă a scorurilor la scalele utilizate în studiu Scala PSQI

În cazul scalei PSQI administrate ambelor loturi de participanți se observă un scor mediu de 14.61 pentru lotul A, ușor crescut față de lotul control. În orice caz, rezultatul testului Welch T ne relevă faptul că la participanții din lotul A, valoarea medie a scorului total este cu aproximativ 20% mai mare față de participanții din lotul B, efectul fiind semnificativ statistic ($p < 0.01$).

Scala HAM-A

În cazul scalei de tip HAM-A analiza statistică (Tabelul 5.30) ne oferă date care relevă faptul că la pacienții din lotul A, valoarea medie a scorului total este de aproximativ 4 ori mai mare față de pacienții din lotul B, efectul fiind semnificativ statistic ($p < 0.01$). Lotul B se încadrează ca medie în categoria „normal” din aceeași interpretare a scalei. Scorurile maxime obținute sunt de „45” în lotul A și de „11” în lotul control, ultima valoare încadrându-se în valoarea minima a ceea ce este denumit „anxietate moderată”.

Scala HAM-D

În cazul evaluării simptomelor de tip depresiv analiza scalei HAM-D (Tabelul 5.32) ne relevă faptul că la participanții din lotul A, valoarea medie a scorului total este de aproape 5 ori mai mare față de pacienții din lotul B, efectul fiind semnificativ statistic ($p < 0.01$) (Figura 5.27).

Tabelul 5.32- Analiza scorului HAM-D raportat în cele doua loturi din studiu

| HAM-D | Lot A | Lot B |
|-----------------|------------------|-----------------|
| Medie \pm D.S | 23.81 \pm 3.98 | 4.62 \pm 2.92 |
| Mediană (IQR) | 23.00 (5.00) | 5.00 (5.00) |
| Min la Max | 16.00 la 37.00 | 0.00 la 13.00 |

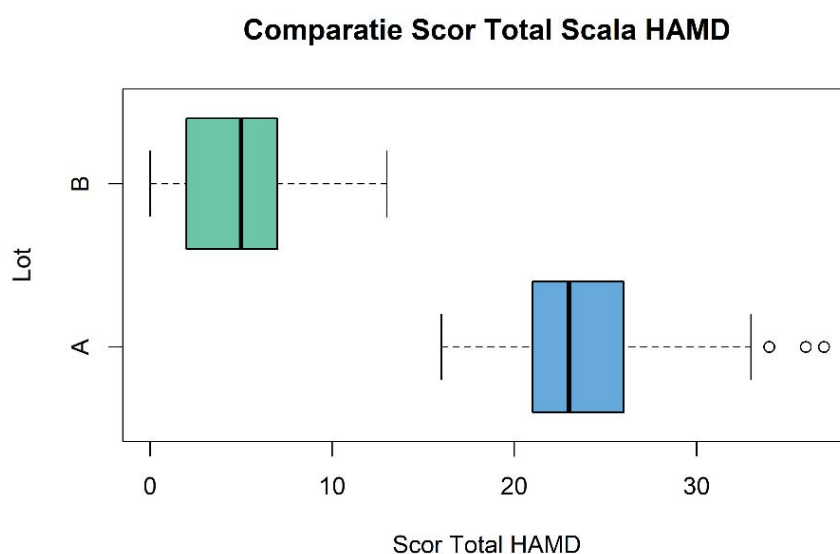


Figura 5.27- Comparația scorurilor totale HAM-D la ambele loturi incluse în studiu

Scala SSD-12

În cazul analizei scalei SSD-12 rezultatele ne relevă că la participanții din lotul A, valoarea medie a scorului total este de aproximativ 7 ori mai mare față de pacienții din lotul B, efectul fiind semnificativ statistic ($p < 0.01$).

5.4. Corelații între scorurile scalelor utilizate pentru lotul de studiu

În următorul subcapitol se evidențiază corelațiile semnificative statistic între scorurile obținute de participanții la studiu din lotul A, corelații care răspund la anumite ipoteze și obiective ale lucrării de față. S-a studiat posibilitatea existenței unor corelații / asociații între scorurile la scalele folosite, cu ajutorul indicelui de corelație r Pearson. În tabelul următor (Tabelul 5.36).

Tabelul 5.36- Indicii de corelație r Pearson între scorurile scalelor utilizate

| | HAMA | HAMD | PSQI | SOMS7 | SSD12 |
|-------|--------|--------|-------|-------|--------|
| HAMA | 1.00 | 0.33* | 0.04 | 0.01 | -0.20* |
| HAMD | 0.33* | 1.00 | -0.01 | -0.16 | -0.24* |
| PSQI | 0.04 | -0.01 | 1.00 | -0.07 | 0.15 |
| SOMS7 | 0.01 | -0.16 | -0.07 | 1.00 | 0.09 |
| SSD12 | -0.20* | -0.24* | 0.15 | 0.09 | 1.00 |

Se observă în tabelul de mai sus (Tabelul 5.36) o asociație/corelație pozitivă, medie, între scorurile HAM-A și HAM-D, scoruri ce exprimă simptomatologia de tip anxios și depresiv prezente la același participant cu valori superioare.

În cazul HAM-A și SSD-12 se observă o asociație/corelație negativă, slabă care este redată în plotul următor (Figura 5.30). Corelația negativă slabă între aceste scoruri reprezintă o raportare superioară a simptomelor de tip anxios la același participant care nu are un scor semnificativ la evaluarea impactului psihologic al simptomelor de somatizare.

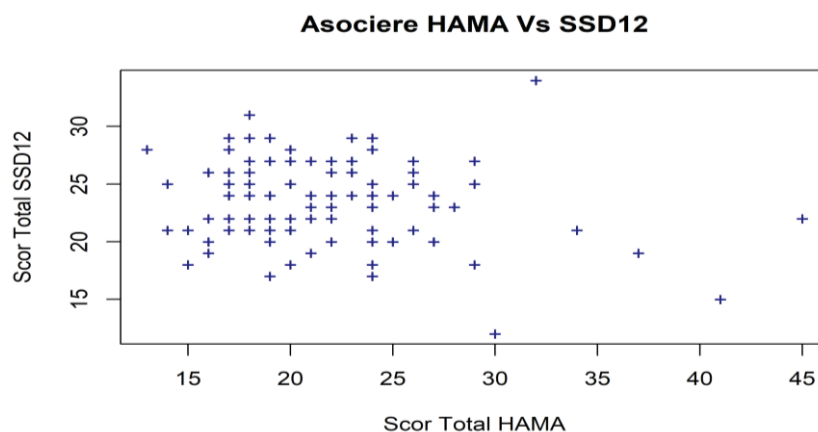


Figura 5.30- Corelația scorurilor HAM-A și SSD-12 la participanții din lotul studiu

Alt capitol în care au fost evidențiate diferențe cu semnificație statistică este cel al corelațiilor dintre HAM-D și SSD-12 evidențindu-se o asociație/corelație slabă, negativă între aceste două scoruri, ilustrate în graficul următor (Figura 5.31). Această corelație semnifică faptul că, la fel ca și în cazul HAM-A, anumiți itemi din scala SSD-12 pot avea semnificație apropiată pentru participant cu itemi din scala HAM-D. De exemplu, aspectul afectiv reprezentat de itemii 2 „Sunt foarte îngrijorat de starea mea de sănătate”, 5 „Simptomele mele mă sperie”, 8 „Îmi este teamă că acuzele mele fizice nu se vor opri niciodată” și 11 „Îmi este teamă că simptomele mele fizice vor continua și în viitor” se pot corela cu „Anxietate psihică”, „Ipohondrie” și „Dispoziție depresivă” din scala HAM-D, care pot fi mai ușor recunoscute și raportate de către participant decât cele din scala SSD-12 care au o valoare generală, globală asupra statusului biopsihosocial al participantului. Nu au fost evidențiate alte asociații/corelații cu semnificație clinică și statistică.

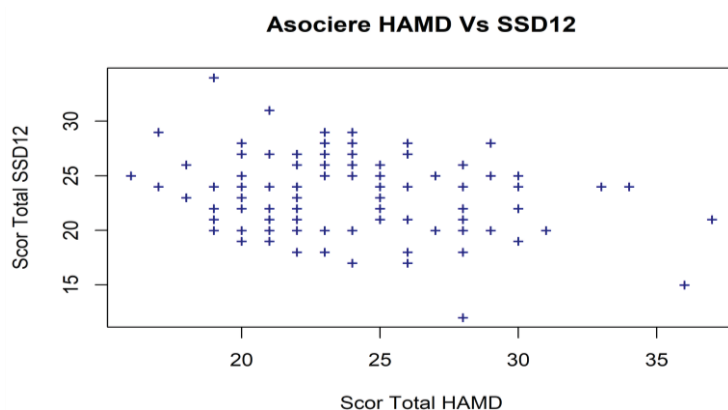


Figura 5.31- Corelația scorurilor HAM-D și SSD-12 la participanții din lotul studiu

CAPITOLUL 6. Discuții

În acest capitol vor fi discutate principalele rezultate ale cercetării, ținând cont de reperele deja existente în literatura de specialitate, referitoare la tulburarea simptomelor somatice corelată cu tulburările hipnice la pacienți cu comorbidități psihiatrice.

Rezultatele noastre nu au identificat o relație de asociere pozitivă între simptomele de somatizare și tulburările hipnice în timp ce rolul comorbidităților psihiatrice precum tulburările depresive și anxioase au modulat simptomele ambelor variabile studiate, de multe ori percepția subiectivă fiind una de suprapunere a simptomatologiei, cu importante legături de tip biologic, genetic și psihologic. Alte variabile importante sunt comorbidități ce pot fi evaluate separat, atât psihiatrice [232] cât și somatice [233]. Acest lucru concordă cu sugestiile lui Aigner și Zhang care raportează posibilitatea existenței unei relații

bidirecționale între tulburările hipnice și cele de somatizare. Mai precis, ei susțin că tulburările de somn pot fi un factor în persistența și agravarea simptomelor somatizante deja prezente, modelate sau nu de tulburări anxios-depresive, precum și în îmbunătățirea dizabilității psihosociale derivate din simptomele de somatizare [234,235].

CAPITOLUL 7. Concluzii și contribuții personale

În acest ultim capitol vor fi prezentate succint concluziile pe care această lucrare le aduce în domeniul de cercetare, prin punctarea principalelor rezultate ale cercetării ca răspuns la obiectivele propuse iar în final se vor descrie concluziile generale ale tezei, atingând domenii precum răspunsul la obiectivele propuse, limitele identificate în desfășurarea studiului de față, noutatea dar și aplicabilitatea rezultatelor obținute precum și perspectivele de continuare a cercetărilor în acest domeniu.

Contribuții personale

Astfel, la obiectivul general I, s-a reușit descrierea tipologiei simptomelor de tip somatic. La obiectivele specifice s-au descris impactul psihologic al acestora asupra pacienților și descrierea simptomatologiei de tip comorbid anxios-depresiv. De asemenea s-a observat relația dintre severitatea simptomelor somatice și a comorbidităților anxios-depresive și corelațiile acestora cu factorii socio-demografici, după cum se observă din următoarele rezultate:

- Se observă o corelație negativă între „HAM-A” și „SSD-12” ceea ce reprezintă o raportare superioară a simptomelor de tip anxios la participanții care nu au un scor semnificativ la evaluarea impactului psihologic al simptomelor de somatizare. Se observă, de asemenea, o corelație negativă între HAM-D și SSD-12.
- Se observă o corelație pozitivă între scorurile „HAM-A” și „HAM-D” acest lucru confirmând coexistența tulburării anxioase și depresive la participanții din lotul studiu, niciuna dintre tulburări dominând categoric tabloul simptomatologic.
- Există o corelație negativă între scorul sub-categoriei C1 „aspecte cognitive” al scalei „SSD-12” cu scorul global.
- Participanții de gen feminin prezintă scoruri superioare la scala de evaluare a tulburării depresive „HAM-D”, cu 10% mai mari față de genul masculin. (Capitolul 5, subcapitol 5.2.3, paragraful 4). Participanții care au declarat „alte confesiuni”

prezintă un scor la scala „HAM-A” cu 20% mai mare față de media celorlalți participanți.

- Participanții care au declarat tipul de muncă efectuat „exclusiv fizică” au avut o medie a scorului total la scala „HAM-D” mai mare cu 7% față de participanții care au declarat tipul de muncă efectuat incluzând și o componentă intelectuală. În cadrul aceluiași parametru se observă că media scorului total la scala SOMS-7e a fost cu aproximativ 20% mai mare la pacienții cu meserii care implică o componentă intelectuală, față de pacienții cu meserii care implică doar componentă fizică. Un scor semnificativ statistic al SOMS-7e și al HAM-D denotă o asociere mai rapidă a simptomelor depresive la participanți care declară „muncă fizică” și o asociere superioară a simptomelor de tip somatic la participanți care declară „muncă intelectuală”.
- Participanții din lotul studiu au valoarea medie a scorului total „HAM-A” de aproximativ 4 ori mai mare față de participanții din lotul control.
- Participanții din lotul studiu au o valoare medie a scorului total „HAM-D” de aproape 5 ori mai mare față de participanții din lotul control.
- Participanții din lotul studiu au o valoare medie a scorului total „SSD-12” de aproximativ 7 ori mai mare față de participanții din lotul control.
- Versiunea în limba română a instrumentelor care evaluează simptomele de tip depresiv, anxios, somatizant și impactul psihologic al somatizarilor, „HAM-D”, „HAM-A”, „SOMS-7” și „SSD-12” prezintă acuratețe în depistarea simptomelor țintite, iar subscalele instrumentelor demonstrează un grad ridicat de fiabilitate, cu niveluri adecvate ale parametrilor de consistență internă

În cazul obiectivului general II s-a realizat descrierea calității somnului precum și cuantificarea severității simptomelor de tip hipnic. S-a evaluat existența corelațiilor dintre factorii socio-demografici și calitatea somnului, după cum se observă din următoarele rezultate:

- Media scorului total la scala „HAM-A” a fost cu aproximativ 20% mai mare la participanții care declarau absența tulburărilor hipnice actuale. De asemenea, media scorului total la scala „HAM-D” a fost cu aproximativ 10% mai mare la pacienții care declarau absența tulburărilor hipnice actuale

- Participanții care au declarat „consum nociv de tutun” au media scorului total la scala PSQI cu aproape 10% mai mare față de participanții nefumători
- Participanții din lotul studiu au avut o valoare medie a scorului total „PSQI” cu aproximativ 20% mai mare față de participanții din lotul control

La obiectivul III s-a identificat gradul de concordanta dintre tulburările hipnice și simptomele somatice dar și posibilitatea existenței unei relații complexe bidirecționale între cele două variabile studiate, astfel:

- Media scorului SSD-12 a fost cu 10% mai mare la participanții care au declarat prezența tulburărilor hipnice. Impactul psihologic al tulburării de somatizare se regăsește într-o proporție ridicată la participanții care afirmă tulburări hipnice actuale. La momentul externării, tulburările hipnice și de somatizare percepute au fost scăzute în intensitate față de momentul internării

Concluzii

Rezultatele cercetării vin în completarea cunoștințelor din literatura de specialitate privind posibilele aspecte bidirecționale între tulburările de somatizare și tulburările hipnice la pacienții cu comorbidități de tip psihiatric. Prin intermediul metodologiei de cercetare stabilite, dar și a analizei statistice, s-a răspuns obiectivelor propuse în elaborarea lucrării, astfel:

- A existat o asociere negativă a simptomelor de tip anxios și depresiv la participanții cu un impact scăzut al tulburării de somatizare
- Simptomele de tip anxios și depresiv au fost corelate pozitiv la participanții din ambele loturi
- Aspectul cognitiv al somatizărilor a fost corelat negativ cu impactul total al acestei tulburări asupra participanților
- „Munca intelectuală” a fost asociată cu scoruri mai mari ale somatizărilor în timp ce scoruri mai mari la anxietate și depresie au avut participanții care au declarat „muncă fizică”
- Scorurile de anxietate și depresie au fost asociate negativ cu prezența tulburărilor hipnice în timp ce impactul tulburării de somatizare a fost asociat pozitiv

- Consumul nociv de tutun a fost asociat cu scoruri mai mari ale scalei de evaluare a tulburărilor hipnice
- La momentul externării, tulburările hipnice și de somatizare percepute au fost scăzute în intensitate față de momentul internării
- Nu au existat corelații între scorurile somatizărilor și cel al evaluării tulburărilor hipnice

Tulburarea simptomelor somatice se înscrie în sfera patologiei psihiatrice ale căror manifestări se pot suprapune altor tipuri de tulburări de tip psihiatric sau fizic, ceea ce face identificarea specificității acestor simptome mult îngreunată în procesul de diagnosticare. Însă, aceste dificultăți pot fi depășite, iar instrumentele specifice utilizate în această lucrare s-au dovedit a fi adecvate pentru identificarea și descrierea simptomelor țintite. Diagnosticarea corectă este esențială datorită implicațiilor pe care le are asupra modelului de abordare a bolii și sănătății, al conștientizării etiologiei patologiei somatice pentru fiecare pacient dar și din motive pragmatice precum costurile foarte mari atât la nivel individual cât și social pe care acești pacienți le produc din cauza numărului mare de consulturi interdisciplinare, investigațiilor numeroase și a supradiagnosticării.

Tulburările hipnice s-au dovedit a fi o problemă reală și în cazul pacienților care suferă de tulburarea simptomelor somatice, așa cum este în cazul pacienților care suferă de alte patologii de tip psihiatric. Nu este însă clar modul în care tulburările somnului impactează simptomatologia de tip somatic și nici care ar fi cele mai potrivite metode de cuantificare a acestora, în vederea observării unei potențiale asocieri/corelații. Este evident, însă, și din rezultatele lucrării de față, faptul că aceste tulburări contribuie la percepția subiectivă asupra simptomelor de tip somatizant cât și a manifestărilor de tip anxios și depresiv, mai ales atunci când tulburările de somatizare sunt evaluate prin instrumente cu grade înalte de validitate precum cuantificarea numărului de simptome și al impactului psihologic al acestora asupra pacientului.

Teza de față cuprinde anumite elemente de noutate aduse cunoașterii în domeniu la nivel național, atât prin tema abordată, metodologie, cât și prin rezultatele obținute. Astfel, această lucrare este prima pe tema tulburării simptomelor somatice în corelație cu tulburările hipnice la adult din țara noastră. Din etapa de cercetare a literaturii internaționale de specialitate, desfășurată anterior studiului original, au rezultat ample informații legate de diagnostic, monitorizare, tabloul clinic, instrumentele de evaluare și profilul tulburărilor studiate. În ceea ce privește studiul original, noutatea rezidă pe de-o parte în utilizarea pentru prima dată în România a unui instrument specific de diagnostic al tulburării simptomelor

somatice și de evaluare al impactului psihologic al acestora asupra pacienților cu comorbidități psihiatrice și, pe de altă parte, în utilizarea concomitentă a scalelor de evaluare pentru tulburările hipnice existente.

Aplicabilitatea rezultatelor se traduce prin creșterea recunoașterii în România a profilului simptomelor somatice și hipnice, ca entități clinice separate, la pacienții cu comorbidități psihiatrice de tip anxios-depresiv. Deși tulburarea simptomelor somatice este una dintre cele mai frecvente patologii din arealul psihiatriei de adulți, acest diagnostic este în prezent mult prea rar folosit de către clinicienii din țara noastră. Mai mult, prezența unor simptome somatice alături de tabloul clinic complet face ca rezultatele cercetării să aibă implicații ce trec de bariera sferei psihiatrice medicale prin efectul util al intervenției psihofarmacologice și psihoterapeutice asupra acestor tipuri de simptome în corelație cu cele de tip hipnic.

De-a lungul întregului proces de elaborare a acestei lucrări au apărut o serie de provocări, îndeosebi în sfera metodologiei de cercetare dar au apărut și noi perspective, conexe, de studiu. Printre probleme regăsite putem să menționăm numărul scăzut de participanți eligibili, capacitatea redusă de a completa scalele țintite de evaluare din cauza gradului crescut de conștientizare a simptomatologiei persoanelor cu tulburări de tip somatizant.

Perspectivile deschise în lucrarea de față se deschid către o multitudine de căi științifice. Astfel, se pot organiza lucrări în sfera epidemiologică, care să estimeze prevalența tulburării de somatizare la nivelul centrelor de asistență primară și secundară, nu doar psihiatrică și, totodată, să ducă la creșterea specificității uneltelor de diagnostic și monitorizare. Mai mult, studiile de tip evaluare a terapiei specifice administrate fiecărei patologii în parte a acestor pacienți dar și studii de tip genetic, epigenetic și psiho-neurobiologic care să cuprindă întregul tablou clinic al somatizărilor, tulburărilor hipnice și comorbidităților de tip anxios și depresiv.

Bibliografie selectivă

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). American Psychiatric Association, Washington D.C. 2000.
4. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*;52:263–71. 2011
5. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*;119:52–8. 2009
6. Haller H, Cramer H, Lauche R, et al. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int*;112:279–87. 2015
7. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*;30:191–9. 2008
8. Steinbrecher N., Koerber S., Frieser D., Hiller W., The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care, *Psychosomatics* 52 (3) 263–271, 2011
36. Löwe B., Mundt C., Herzog W., Brunne R., Backenstrass, M., Kronmüller K., & Henningsen P. Validity of Current Somatoform Disorder Diagnoses: Perspectives for Classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology*, 41(1), 2007
37. Xiong N., Zhang Y., Wei J., Leonhart R., Fritzsche K., Mewes R., Schaefer R. Operationalization of diagnostic criteria of DSM-5 somatic symptom disorders. *BMC Psychiatry*, 17(1), 2017
39. Faravelli C., Salvatori S., Galassi F., Aiazzi L., Drei C., Cabras P.,. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32, 24–29. ,1997
40. Nimnuan C. et al. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities, *Journal of Psychosomatic Research* 51-1, 361, 2001
41. Sha M, Callahan C, Counsell S, Westmoreland G, Stump T, Kroenke K. Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *Am J Med*;118:301– 6, 2005

42. Thomassen R, van Hemert AM, Huyse FJ, van der Mast RC, Hengeveld MW. Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: a comparison with other mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 25:8-13, 2003
50. Vulić-Prtorić, Somatic Complaints in Adolescence: Prevalence Patterns Across Gender and Age, *Psychological Topics*, 25, 75-105, 2016
136. Leiknes K. A., Finset A., Moum T., & Sandanger I. Overlap, Comorbidity, and Stability of Somatoform Disorders and the Use of Current Versus Lifetime Criteria. *Psychosomatics*, 49(2), 152–162, 2008
146. Chang PP, Ford DE, Mead LA, Cooper-Patrick L, Klag MJ. Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins Precursors Study. *Am J Epidemiol*;146(2):105 – 14. 1997
147. Livingston G, Blizard B, Mann A. Does sleep disturbance predict depression in elderly people? A study in inner London. *Br J Gen Pract*;43:445 – 8. 1993
152. Ford D.E., Kamerow D.B. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*;262(11):1479 – 84, 1989
154. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res*;37(1): 9 – 15. 2003
156. Kara N. Sleep Disturbance, Psychopathology, and Quality of Life, *Arch Neuropsychiatr*; 53: 102-107, 2016
186. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*;39: 411-8, 1996.
220. Fabião C., Silva M., Barbosa A., Fleming M., & Rief W. Assessing medically unexplained symptoms: evaluation of a shortened version of the SOMS for use in primary care. *BMC Psychiatry*, 10(1). 2010.
223. Rohan K. J., Rough J. N., Evans M., Ho S.-Y., Meyerhoff J., Roberts L. M., Vacek P. M. A protocol for the Hamilton Rating Scale for Depression: Item scoring rules, Rater training, and outcome accuracy with data on its application in a clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 200, 111–118. 2016.

226. Maier W., Buller R., Philipp M., & Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 14(1), 61–68, 1988.
232. Popa-Velea O., Ionescu C., Soare T., Zamfir A., Dobra M., Bobîrnac G., Spînu D., Gheorghe D., „Associations between intimate partner violence, dysfunctional attachment style and alexithymia at women displaying somatoform disorders’’, *Romanian Journal of Legal Medicine*, 28, 406-411, 2020.
233. Talaşman A., Ionescu C., Tudose C., „Factorii psihopatologici si afectiunile dermatologice cronice. Perspectiva psihiatrului’’, *Medica Academica*, 5-8, Supliment Septembrie, 2019.
234. Aigner M., Graf A., Freidl M., Prause W., Weis M., Kaup-Eder B., ... Bach M. Sleep Disturbances in Somatoform Pain Disorder. *Psychopathology*, 36(6), 324–328. 2003.
235. Zhang J, Lam SP, Li SX, Tang NL, Yu MWM, Li AM, et al. Long-term outcomes and predictors of chronic insomnia: a prospective study in Hong Kong Chinese adults. *Sleep Med*, 13(5):455-62, 2012

Lista lucrărilor științifice publicate

Ionescu C., Popa-Velea O., Mihăilescu A., Talașman A., Bădărău I., , „Somatic Symptoms and Sleep Disorders: A Literature Review of Their Relationship, Comorbidities and Treatment”, *Healthcare*, 9, 1128, 2021, e-ISSN: 2227-9032, IF:2.64 <https://www.mdpi.com/journal/healthcare>

Ionescu C., Talașman A., , „Somatization disorder and the issue of stigmatization among psychiatric patients”, *Romanian Journal of Psychiatry*, 2, p.99-102, 2019, e-ISSN: 2068-7176, <https://www.romjpsychiat.ro/>

Ionescu C., Talașman A., Bădărău I., , „Somatization and sleep quality on patients with commorbid anxiety/depression”, *Maedica-A Journal of Clinical Medicine*, (16) 2, p.11-19,2021, e-ISSN: 2069-6116, MÆDICA – a Journal of Clinical Medicine – a Journal of Clinical Medicine (maedica.ro)

Talașman A., **Ionescu C.**, Manea M., Tuță S. , „Somatic delusional disorder in a patient with idiopathic normal pressure hydrocephalus”, *Romanian Journal of Psychiatry*, 1, p.98-104, 2020, e-ISSN: 2068-7176 <https://www.romjpsychiat.ro/>

Popa-Velea O., **Ionescu C.**, Soare T., Zamfir A., Dobra A., Bobîrnac G., Spînu D., Gheorghe D., , „Associations between intimate partner violence, dysfunctional attachment style and alexithymia at women displaying somatoform disorders”, *Romanian Journal of Legal Medicine*, 28, 406-411, 2020, e-ISSN 1844-8585, *Romanian Journal of Legal Medicine* (rjlm.ro)

Popa-Velea O., Pristavu C., **Ionescu C.**, Mihăilescu A., Diaconescu L., , „Teaching Style, Coping Strategies, Stress and Social Support: Associations to the Medical Students’ Perception of Learning during the SARS-CoV-2 Pandemic”, *Education Sciences*, 11, 414, 2021, e-ISSN: 2227-7102, IF: 2.15 <https://www.mdpi.com/journal/education>

Talașman A., **Ionescu C.**, Tudose C., „Factorii psihopatologici si afecțiunile dermatologice cronice. Perspectiva psihiatrului”, *Medica Academica*,5-8, Supliment Septembrie, 2019, e-ISSN: 2068-1747, <https://medicaacademica.ro/>