

UNIVERSITATEA „OVIDIUS” CONSTANȚA
ȘCOALA DOCTORALĂ A FACULTĂȚII DE MEDICINĂ

**AFECTIUNILE PSIHO-SOMATICE ÎN
MEDICINA INTERNĂ – ACCEPTAREA
DIAGNOSTICĂ ȘI TERAPEUTICĂ**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC:
PROF.UNIV.DR.ULMEANU VICTORIA

DOCTORAND,
RADU (CURIS) CECILIA

Constanța
2017

CUPRINS

Introducere

PARTEA I STADIUL CUNOAȘTERII - DEFINIREA SUBIECTULUI CERCETĂRII

I.1 INTRODUCERE. IMPORTANȚA SUBIECTULUI DE CERCETARE

- I.1.1. Importanța problemei
- I.1.2. Întrebările de cercetare - relația terapeutică în contextul psihosomaticii
- I.1.3. Contribuții ale studiului la dezvoltarea cunoștințelor actuale. Aplicații posibile (valoare practică și în cercetarea fundamentală)
- I.1.4. Semnificația studiului

I.2 AFECȚIUNILE PSIHO-SOMATICE

- I.2.1. Scurt istoric
- I.2.2. Cadru general conceptual. Definiție
- I.2.3. Definirea domeniului de studiu
- I.2.4. Criterii de diagnostic pentru afecțiunile psihosomatice
- I.2.5. Clasificarea tulburărilor somatoforme (DSM IV și DSM 5)

I.3 NOȚIUNI CONEXE (VARIABLE PSIHOLOGICE) DOMENIULUI PSIHO-SOMATICEI

- I.3.1. Relația terapeutică
- I.3.2. Gestionarea bolii din perspectiva pacientului
- I.3.3. Gestionarea bolii din perspectiva medicului
- I.3.4. Caracteristici comune ale părților implicate în relația terapeutică

I.4 PREAMBULUL CERCETĂRII

- I.4.1. Domeniul cercetării
- I.4.2. Structura studiului
- I.4.3. Proiectarea studiului
- I.4.4. Rezultatele cercetării

I.5 SUMARIZAREA CERCETĂRII

PARTEA II CONTRIBUȚIA PERSONALĂ

II.1. EȘANTIONAREA - DETERMINAREA VALIDITĂȚII EȘANTIONULUI

II.2. ANALIZA CANTITATIVĂ

- II.2.1. Chestionarul ”SCALA ATITUDINII FAȚĂ DE BOALĂ”- Date de structură
- II.2.2. Structurarea chestionarului ” SCALA ATITUDINII FAȚĂ DE BOALĂ” pe sindroame clinice
- II.2.3. Chestionar” FACTORII DETERMINANȚI AI SATISFACȚIEI PACIENTULUI ÎN RELAȚIE CU DOCTORUL”

II.2.4. Chestionar privind evaluarea practicii medicale "GPAQ"

II.3. ANALIZA CALITATIVĂ

- II.3.1. Testul 1 - diferențe de opțiuni pe medie ale respondenților în funcție de starea de afectare psihosomatică
- II.3.2. Testul 2 – analiza repartiției sindromului tanatofobie în rândul pacienților afectați psihosomatic
- II.3.3. Testul 3 – analiza fenomenului de acceptare terapeutică
- II.3.4. Testul 4A – acceptarea terapeutică în relație cu somatizarea
- II.3.5. Testul 5 scurt – acceptarea terapeutică în relație cu alianța terapeutică
- II.3.6. Testul 5 – alianța terapeutică în relație cu indicele de satisfacție - validare
- II.3.7. Testul 6C scurt – terapia centrată pe pacient în relație cu somatizarea (MUS)

II.4. MODELAREA EFECTELOR ÎNREGISTRATE LA NIVEL DE PACIENT ÎN FUNCȚIE DE ALIANȚA TERAPEUTICĂ ȘI ACCEPTAREA DIAGNOSTICĂ

- II.4.1. Modelul 1 – modelarea corelației dintre relația terapeutică, somatizare și acceptarea diagnostică și terapeutică prin intermediul metodei celor mai mici pătrate în două faze
- II.4.2. Modelul 2 – modelarea corelației dintre relația terapeutică, și acceptarea diagnostică și terapeutică la pacienții cu ipohondrie (categoria afectată psihosomatic) prin intermediul metodei celor mai mici pătrate în două faze
- II.4.3. Model 3 - Modelarea corelației dintre satisfacția cu privire la asistenta medicală/relația terapeutică, somatizare și acceptarea diagnostică și terapeutică utilizând metoda celor mai mici pătrate în două faze
- II.4.4. Algoritm de lucru în cazul pacienților cu afecțiuni psihosomatică

CONCLUZII

Teza de doctorat cu titlul „Afecțiunile psihosomatice în medicina internă – acceptarea diagnostică și terapeutică” conține un număr de 44 figuri, 78 de tabele și 287 referințe bibliografice. În scopul redactării rezumatului am selectat un număr limitat de figuri și tabele (nu se păstrează numerotarea din teză) pe care le-am considerat reprezentative pentru claritatea expunerii, iar bibliografia aleasă este selectivă.

Cuvinte cheie: psihosomatic, biopsihosocial, stres, personalitate, tanatofobia, simptome fără explicație medicală, simptome somatice, simptome, stres, indice de satisfacție a pacientului, iatrogenic, relație terapeutică, econometrie, psihoterapie, sănătate, boală, interviu motivațional.

INTRODUCERE

I. Repere conceptuale ale cercetării

1.1. Actualitatea temei de cercetare.

Tendința actuală este de a trasa o linie de demarcație netă între afecțiunile psihiatrice și cele psihosomatice, care în acest moment sunt atribuite tot mai clar medicinei interne (Zipfel S., Herzog W., Kruse J., Jenningsen P., 2016). Prevalența afecțiunilor psihosomatice este într-o continuă creștere, statisticile raportând cifre între 16,1% și 57,5 % în medicina primară cu o rată de prevalență de 11% în populația generală la 12 luni. (Murray, Toussaint, Althaus și Löwe, 2013).

În timp ce începutul secolului a însemnat o confruntare cu bolile infecțioase, astăzi medicina trebuie să accepte provocarea reprezentată de afecțiunile psihosomatice, ceea ce impune o altă abordare a bolii pentru a descoperi cum oamenii pot rămâne sănătoși într-un mediu psihologic provocator.

Teza de față reprezintă rezultatul muncii de cercetare efectuate în scopul de a genera cunoștințe despre un fenomen interuman particular, relația terapeutică, în accepțiunea sa de alianță medic-pacient și influența acesteia în etapele finale ale actului medical, acceptarea diagnostică și terapeutică, la pacienții cu afecțiuni psihosomatice.

1.2. Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemelor de cercetare.

Scopul prezentului studiu este acela de a demonstra că o relație interpersonală complexă - relația terapeutică, în accepțiunea de alianță, are o contribuție esențială în etapa de comunicare-acceptare a diagnosticului și terapiei, componente ale economiei oricărui act medical. Noile tendințe în medicină, medicina centrată pe pacient (individualizată) coroborată cu abordarea biopsihosocială a pacientului, au modificat concepția clasică în sensul în care diagnosticul și indicațiile de terapie nu sunt legate exclusiv de medic, acest fapt constituind-se actualmente într-un proces interactiv. În acest context, relația terapeutică este un element definitoriu pentru ceea ce transformă profesia medicală în “artă” și anume, componenta filosofic - hermeneutică din perspectiva comunicării interumane. (“Filosofia este medicina sufletului” Cicero).

Cercetarea de față încearcă să descifreze percepția pacienților cu afecțiune psihosomatică în ceea ce privește semnificația bolii psihosomatice și integrarea în propriul set de valori, astfel încât să accepte diagnosticul și indicațiile de terapie.

Demersul s-a concretizat într-o investigație sistematică cu scopul de a genera cunoștințe despre un anumit fenomen, particularizând, acceptarea diagnostică și terapeutică. Studiul se înscrie în domeniul cercetării fundamentale, dar cuprinde și o componentă cu aplicabilitate practică și anume, un algoritm de lucru util în practica medicală de zi cu zi.

1.3. Obiective

Obiectivul principal

Demonstrarea influenței relației terapeutice în acceptarea diagnostică și terapeutică la pacienții cu afecțiuni psihosomatice, identificând în același timp obstacolele care se interpun între pacient și medic, împiedicând realizarea acestui deziderat. Modalitatea concretă de realizare a fost aceea de a observa, izola și defini un anumit fenomen, stabilind și frecvența sa de manifestare.

Obiective secundare:

1. Analiza variabilelor psihologice care contribuie la stabilirea și consolidarea relației terapeutice.
 2. Identificarea barierelor care se interpun între medic și pacient, împiedicând acceptarea diagnostică și terapeutică.
 3. Structurarea itemilor pe sindroame conform DCPR, pentru fiecare scală utilizată și elaborarea unor modele matematice cu scopul introducerii factorilor cuantificabili în ecuații în vederea standardizării observării și definirii conceptuale a unor modele de terapie pentru a maximiza utilizarea informației medicale în relație cu beneficiarul acesteia – pacientul.
 4. Modelarea corelației dintre anumite sindroame structurate de autor conform DCPR, relația terapeutică și acceptarea diagnostică și terapeutică, utilizând o metodă statistico-matematică a corelațiilor dintre fenomene.
 5. Încadrarea pacientului cu afectare psihosomatică într-o categorie de risc în funcție de un factor strict determinat, care să permită elaborarea unui algoritm al gestionării eficiente a cazurilor diagnosticate cu afecțiune psihosomatică, în vederea creșterii gradului de acceptare diagnostică și terapeutică, individualizând terapia.
 6. Demonstrarea importanței abordării individualizate a pacientului în contextul actului medical în vederea creșterii gradului de acceptare diagnostică și terapeutică.
 7. Elaborarea unui algoritm de lucru inclus în categoria abordărilor practice menite să optimizeze procesul de luare a deciziilor, de ambele părți, medic și pacient, demonstrând astfel faptul că proiectarea studiului a respectat principiile medicinei bazată pe dovezi.
 8. Definirea și demonstrarea statistic - matematică a noțiunilor de risc, și risc critic, în cazul pacienților cu afecțiune psihosomatică și importanța acestor noțiuni în procesul decizional (acceptarea diagnostică și terapeutică), la această categorie de pacienți.
 9. Definirea riscului de decizie eronată și demonstrarea importanței acestuia în procesul de acceptare diagnostică și terapeutică la pacienții cu afecțiune psihosomatică.
 10. Estimarea ponderii teoretice a măsurilor de intervenție în managementul cazului pacientului diagnosticat cu afecțiune psihosomatică.
- Sub aspect **conceptual**, subiectul cercetării îl constituie teoriile clasice și contemporane cu privire la importanța și influența exercitată de relația terapeutică în desfășurarea actului medical, particularizând, rezistența pacientului cu afecțiune psihosomatică în acceptarea diagnosticului și terapiei specifice.
 - În ceea ce privește **conținutul**, cercetarea a fost structurată pornind de la criteriile DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research), utilizând trei tipuri de chestionare. În acest sens, am procedat la observarea directă a participanților la studiu (anamneza și analiza notelor de interviu, prelucrarea datelor din chestionare) pentru a înțelege și descrie un anumit comportament în fața bolii, pornind de la relația terapeutică.
 - Aspectul **operațional**, abordează importanța stabilirii unei relații terapeutice cu semnificația unei alianțe medic-pacient, fiind cunoscută dificultatea relaționării cu această categorie de pacienți, la care acceptarea diagnosticului și terapiei reprezintă aspectul de dificultate al demersului medical. Acesta este motivul pentru care am elaborat modelele econometrice, statistic-matematice, cu ajutorul cărora am definit patru profiluri psihologice ale pacientului psihosomatic, și am introdus noțiunea de prognoză afectivă, componenta esențială a capacității de luare a deciziilor.

I.4. Material și metodă

Am inclus în studiu un număr de 200 de participanți, 100 de participanți fără afectare psihosomatică (lot martor) și 100 de participanți cu afecțiuni psihosomatice.

Cercetarea s-a desfășurat pe o perioadă de 8 ani (2008-2016). Designul studiului, îl înscrie în categoria *studiilor prospective și mixte*; metodele cantitative și calitative au fost utilizate concomitent și combinate în faza de interpretare. Avantajul abordării mixte a fost reprezentat de posibilitatea validării rezultatelor obținute, din două perspective.

Abordarea cantitativă și-a propus să evalueze frecvența fenomenului – acceptarea diagnostică și terapeutică. Analiza cantitativă a avut ca scop cuantificarea datelor structurate sub forma ipotezei de lucru. Am utilizat date măsurabile pentru a formula fapte și am elaborat modele în cercetare (modele econometrice), validând în acest mod, ipoteza cu privire la un fenomen, într-o manieră concretă, demonstrată matematic.

Modelarea afecțiunilor psihosomatice reprezintă un fenomen complex de impact și totodată o sinteză a cercetării cu valențe ulterioare aplicabile generalizat.

Efectele modelării au vizat introducerea factorilor cuantificabili în ecuații cu scopul standardizării observării și definirii conceptuale a unor modele de terapie pentru a maximiza utilizarea informației medicale în relație cu beneficiarul acesteia – pacientul.

Structurarea modelelor a urmărit trasabilitatea unor obiective clare cu ramificații pe diverse sindroame caracteristice afecțiunilor psihosomatice.

Analiza calitativă. Metodele calitative au oferit date importante pentru descrierea fenomenelor care, dacă ar fi fost prelucrate folosind doar metode cantitative, ar fi existat riscul ignorării factorilor care sunt deosebit de importanți în explicarea cadrului conceptual și relațiilor care guvernează actul medical. Studiul calitativ a crescut nivelul de înțelegere al contextului producerii fenomenelor. Utilizarea lui a oferit și creșterea perspectivei asupra periferiei fenomenului studiat, lucru important în special la începutul studiului. Metodele calitative au permis identificarea unor modele și tipuri de configurații printre variabile pentru a realiza distincții în cadrul fenomenului studiat.

Cu ajutorul *cercetării calitative* a fost posibilă descifrarea modului în care pacienții percep experiența sănătății și a bolii, precum și modul de interacțiune între “actorii” implicați în relația terapeutică, pentru acceptarea diagnosticului și terapiei. Conform principiilor abordării calitative am pus accentul pe experiențele trăite generând date despre legăturile interumane în diferite contexte sociale. *Prin intermediul acestui studiu am încercat să generez informații de profunzime, dificil de cuantificat, cum ar fi sensuri, înțelegeri și experiențe. De altfel, cercetarea calitativă nu este antagonică, ci doar complementară celei cantitative (Al Busaidi, 2008).*

Metodele principale de cercetare utilizate în lucrare au fost: metoda analitică, metoda comparativă, iterația, metoda cantitativă, deducția, grupările statistice, argumentarea și demonstrația logică.

Din analiza efectuată rezultă faptul că eșantionul selectat este reprezentativ pentru obiectivul propus și anume: determinarea validității ipotezei că alianța terapeutică influențează acceptarea diagnostică și terapeutică, la pacienții cu afecțiuni psihosomatice.

Chestionarele utilizate ca instrumente clinimetrice de lucru cu scopul colectării datelor, sunt în număr de trei și anume, “*Scala atitudinii față de boală*”, „*Chestionar pentru evaluarea practicii generale – GPAQ*” și „*Factorii determinanți ai atitudinii pacientului în relație cu doctorul*”.

Atât analiza cantitativă cât și cea calitativă au fost realizate pe trei **profiluri definite: general**, al pacienților **cu afecțiune psihosomatică** și cel al pacienților **fără afectare psihosomatică**.

Pentru acuratețea analizei am definit și **trei subprofiluri** caracteristice, categoriei pacienților **cu afectare psihosomatică**, mai exact: **demoralizat – îngrijorat, demoralizat – dezamăgit și demoralizat – disperat**.

În cadrul analizei pe fiecare dintre ramuri, am structurat sindroame având ca reper criteriile de diagnostic ale afecțiunilor psihosomatice **DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research)**.

Identificarea obiectivelor principale și secundare a reprezentat procesul care a stat la baza elaborării unui set de modele matematice prin aplicarea cărora se vor putea implementa anumite scheme de terapie relaționate în funcție de acceptarea diagnostică, terapeutică și alianță (indicele de satisfacție al pacientului cu privire la relație).

Scopul configurării unor modele de trasabilitate în acest studiu a fost acela de a oferi o reprezentare fenomenografică a datelor prelucrate. Realizarea celor trei modele conturează o perspectivă asupra unui fenomen - acceptarea diagnostică și terapeutică și certifică în același timp concluziile obținute în studiu după prelucrarea statistică a datelor colectate, fiind o măsură a validității acestora.

Cele trei modele configurate, se aliniază direcției de cercetare în domeniul psihosomaticii, care încearcă să găsească argumente în favoarea abordării biopsihosociale și centrată pe pacient, folosind modele biomedicale. Scopul acestei abordări este acela de a identifica mecanisme specifice cuantificabile care relevă un lanț causal de evenimente.

Utilizarea unui model econometric care să reunească mai multe concepte conform DCPR reprezintă un element de noutate în abordarea pacienților cu somatizare/MUS/TSS în literatura medicală din România.

În altă ordine de idei, acest model econometric stabilește dependența dintre capitalul uman concretizat în relația terapeutică, și eficiența actului medical, finalizat în acest caz, prin acceptarea diagnostică și terapeutică.

1.5. Metodologia cercetării și suportul teoretico-științific al tezei.

În prezent cunoștințele în domeniul psihosomaticii sunt aprofundate și reevaluate, studiile existente demonstrând necesitatea analizei detaliate a implicării factorilor psihologici în declanșarea bolilor somatice, cu referire în mod particular la anumite categorii de afecțiuni cum sunt neoplaziile, afecțiunile cardiace, neurologice sau gastroenterologice.

Direcția de abordare în cercetarea psihosomatică este orientată către studiile mixte. Motivul constă în posibilitatea oferită de componenta calitativă a studiilor mixte de a descifra mecanismele intrinseci la nivel de semnificație fenomenologică a experiențelor umane oferind și modalități de descriere a acestora, prin elaborarea unor concepte. Am considerat oportună această direcție de abordare în studiul de față pentru a desprinde o serie de concluzii cu dublă valoare, teoretică și practică.

Studiile aprofundate în ceea ce privește relațiile interumane, influența și importanța lor în practica medicală, au deschis noi direcții de cercetare și reconsiderarea prin reconceptualizare a cunoștințelor actuale, demonstrând că în acest moment există încă o insuficientă cunoaștere a experiențelor umane cu referire la afecțiunile psihosomatice și comportamentul pacienților în confruntarea cu acestea.

Literatura de specialitate cuprinde lucrări care abordează din ce în ce mai frecvent experiențele trăite de către oameni, generând date despre legăturile interumane în diferite contexte sociale, cum ar fi, relația terapeutică.

1.6. Respectarea principiilor de etică caracteristice studiilor pe subiecți umani

Studiul a respectat principiile studiilor pe subiecți umani. Am obținut consimțământul informat al pacienților inițial, la înrolarea în studiu, aducându-le la cunoștință drepturile participanților la studiu, riscurile și beneficiile, scopul, modul de lucru. În acest sens, studiul a respectat Raportul Belmont (<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>) și Codul de la Nuremberg (<http://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg>).

1.7. Implementarea rezultatelor științifice.

Acceptarea diagnosticului și terapiei, etapele finale ale oricărui act medical, reprezintă elementul de dificultate în abordarea acestei categorii de pacienți.

Obiectivele și maniera de abordare promovate de acest studiu oferă o modalitate de creștere a performanțelor actului medical în relația cu pacienții psihosomatici, aspect cuantificat prin indicele de satisfacție al pacientului, măsura calității actului medical. Validitatea acestei maniere de abordare este confirmată la nivel teoretic de rezultatele studiului,

II. Conținutul tezei

Teza de doctorat cu tema “**Afecțiunile psihosomatice în medicina internă - acceptarea diagnostică și terapeutică**” are un caracter interdisciplinar, reunind aspecte caracteristice practicii medicale cu elemente specifice psihologiei medicale. Această alăturare face posibilă o abordare de interfață atribuită psihosomaticii. Lucrarea este structurată în două părți: o primă parte – stadiul cunoașterii care cuprinde cinci capitole și cea de a doua parte, contribuția personală. Conceptele tratate prezintă o importanță majoră atât prin abordarea dintr-o perspectivă nouă în medicină și anume, actul medical centrat pe pacient, personalizat, în maniera, biopsihosocială, dar și prin tipul afecțiunii alese, tulburările psihosomatice, în conformitate cu DSM 5, tulburările simptom somatice (TSS).

II.1. În Prima parte – Stadiul actual al cunoașterii, am definit domeniul psihosomaticii care abordează ființa umană într-o accepțiune diferită, acceptând coexistența somaticului și psihicului, privite ca fiind inseparabile și complementare, având la bază modelul bio-psiho-social. În acest context, medicina psihosomatică/psihosomatica, poate fi definită ca un domeniu interdisciplinar, care aduce în discuție implicarea factorilor emoționali în etiologia afecțiunilor somatice. Caracteristic pentru această categorie de afecțiuni este faptul că ele au un caracter invalidant pentru pacient, similar afecțiunilor organice (somatice).

Concentrarea atenției este îndreptată asupra existenței într-o proporție semnificativă în medicina internă a afecțiunilor psihosomatice, concretizată prin diagnosticarea și aplicarea planului specific de terapie, pornind de la optimizarea relației terapeutice.

Lucrarea de față aduce în prim plan ideea *că între relația terapeutică și acceptarea diagnosticului și terapiei specifice în cazul afecțiunilor psihosomatice, există o legătură de cauzalitate directă, pornind de la datele existente în literatura de specialitate.*

În același timp este subliniată necesitatea informării documentate și colaborării interdisciplinare a profesioniștilor din lumea medicală, în ceea ce privește afecțiunile psihosomatice, cu referire directă la relația terapeutică și importanța acesteia în acceptarea diagnostică și terapeutică. *Acest lucru este necesar cu atât mai mult cu cât, pacienții cu tulburări*

de somatizare și organizațiile de suport ale acestora contestă vehement explicațiile oferite de lumea medicală care asociază existența afecțiunilor somatice cu o serie de probleme psihiatrice, psihologice, sociale sau spirituale, păstrând o doză sporită de reticență, scepticism și frustrare față de explicațiile de ordin psihologic oferite.

Valoarea lucrării în domeniul cercetării fundamentale are legătură cu confirmarea, realizată prin comparare cu studiile publicate în literatura de specialitate până în prezent.

Obiectivul proiectului este acela de a sublinia importanța relației terapeutice în acceptarea diagnosticului și terapiei în cazul afecțiunilor psihosomatice, pornind de la noțiunea clasică de “rezistență” prin identificarea unor bariere specifice care stau în calea realizării acestui obiectiv. În altă ordine de idei, această lucrare poate fi asimilată unui tip diferit de abordare a fenomenului de rezistență (în accepțiunea clasică) la diagnostic și terapie, în vederea gestionării eficiente a acesteia. Lucrarea are ca punct de plecare rezultatele cercetărilor existente.

Este recunoscut și acceptat faptul că afecțiunile psihosomatice apar la persoane cu vulnerabilitate psihologică, înțelegând prin aceasta existența unui status emoțional fragil. Din acest motiv, relația terapeutică, un tip de relație interpersonală de tip special, joacă un rol deosebit de important în gestionarea afecțiunilor psihosomatice, prin componenta emoțională care pare să constituie premisele unui anumit comportament în fața bolii și să determine motivația anumitor alegeri în situații particulare.

Studiul de față reușește să demonstreze cum factorii psihologici reuniți sub forma unor sindroame clinice, pot influența comportamentul în fața bolii, având ca factor de referință, relația terapeutică.

Această primă parte are un caracter teoretic, reunind definiții, teorii, paradigme, postulate și clasificări, caracteristici și particularități ale domeniului psihosomaticii, dar și cu referire la relația terapeutică. Contribuția personală în această primă parte este reprezentată de activitatea de căutare, coroborare și comparare a datelor existente în literatura de specialitate, cu evidențierea caracterului de noutate și unicitate al acestora. Această etapă a fost urmată de ordonarea și conferirea unui caracter sistematizat informației accesate cu scopul de a crea o imagine cât mai recentă a stadiului actual al cunoașterii în ceea ce privește afecțiunile psihosomatice, relația terapeutică și importanța acesteia în desfășurarea actului medical.

În acest sens, am elaborat un scurt istoric al psihosomaticii, cadrul conceptual și definirea domeniului de studiu, criteriile de diagnostic și clasificarea afecțiunilor psihosomatice, raportate la DSM IV și DSM 5, având în vedere faptul că în timpul studiului a fost tipărită ediția a 5 a DSM (2013).

II.2. Partea a II a – Contribuția personală

Această secțiune a tezei, face referire la: rezultatele obținute în urma prelucrării statistice pe ramul calitativ și cantitativ al studiului.

II.2.1.ANALIZA CANTITATIVĂ

Chestionarul "Scala atitudinii față de boală"- Date de structură

Chestionarul „Scala atitudinii față de boală” - este structurat pe o serie de sindroame clinice cu un profil al atitudinii pacientului față de boală.

Indicatori de structura a eșantionului

Respondent	Vârstă	Sex	Ocupație
			Fără
			10
Optiune 5	(60-70]		În domeniul medical
Nr răspunsuri	18		6
Optiunea 4	(50-60]		Servicii publice
Nr răspunsuri	38		71
Optiunea 3	(40-50]		Sector tehnico-economic
Nr răspunsuri	57		91
Optiunea 2	(30-40]	Feminin	Șomer în plată
Nr răspunsuri	73	89	1
Optiunea 1	(20-30]	Masculin	Pensionar
Nr răspunsuri	13	111	21
Nunar raspunsuri valide	200	200	200
Media scoringului	2,8900	1,4450	3,3500

Sursa: Elaborat de autor

Vârsta: Segmentul reprezentativ al populației chestionate este segmentul 40-50 ani, segment în care se manifestă preocupări în ceea ce privește prevenția bolii.

Sex: Din punct de vedere al vârstei, se constată din eșantionul studiat că există un oarecare echilibru între sexe, dar că bărbații sunt mai preocupați în ceea ce privește atitudinea față de boală.

Ocupație: Din punct de vedere al eșantionului și al grupei de vârstă reprezentative, se constată că majoritatea celor intervievați sunt activi în câmpul muncii în profesii aferente sectorului privat.

SINDROMUL -TANATOFOBIA- ITEMII S13;S14;S15

Anxietatea de moarte reprezintă o experiență umană absolut firească, încadrându-se în normalitatea condițiilor psihologice. În situația în care prezența acesteia atinge proporțiile unei stări de teroare și funcționarea pacientului în toate sferele existenței sale este alterată, vorbim despre un comportament patologic desemnat în contextul studiului actual prin sindromul tanatofobiei (DCPR). Teamă de moarte este coexistentă temerilor legate de boală. În cazul pacienților cu afecțiuni psihosomatice, tanatofobia este strâns legată de negarea bolii, neacceptarea diagnosticului în accepțiunea constructului medical de afecțiune psihosomatică, în care implicarea factorilor psihologici este majoră. Neacceptând diagnosticul de afecțiune psihosomatică, această categorie de pacienți va crede de multe ori în existența unei afecțiuni potențial amenințătoare de viață, crescându-și astfel vulnerabilitatea psihologică în această direcție.

Tanatofobia

Respondent/Opțiuni	Sunteți speriați de știri care vă amintesc de existența morții (funeralii, necrologuri) ? (S13)	Gândul morții vă sperie ? (S14)	Vă sperie gândul că ați putea muri curând ? (S15)
Opțiunea 5	De cele mai multe ori	De cele mai multe ori	De cele mai multe ori
Nr răspunsuri	1	5	6
Opțiunea 4	Adesea	Adesea	Adesea
Nr răspunsuri	13	14	12
Opțiuni 3	Uneori	Uneori	Uneori
Nr răspunsuri	40	39	31
Opțiuni 2	Rar	Rar	Rar
Nr răspunsuri	32	42	44
Opțiuni 1	Nu	Nu	Nu
Nr răspunsuri 1	111	97	104
Număr răspunsuri valide	197	197	197
Media scorului	1,7868	1,9239	1,8426

Sursa: Elaborat de autor

Interpretare: analiza itemilor reprezentativi pentru tanatofobie a relevat faptul că mediile scorurilor au valori apropiate, S13 <<1,78>>, S14 <<1,92>>, S15 <<1,84>>, dovedind o corelație statistică la nivelul eșantionului studiat. Analiza comparativă a opțiunilor relevă cel mai mare număr de opțiuni 1 << Nu>>, la itemii S13 <<111>>, S14 <<97>>, S15<< 104>>. Analiza pe celelalte opțiuni relevă o scădere a tanatofobiei, pe itemii aleși, la profilul studiat, opțiunile 4 <<ADESEA>> și 5 <<De cele mai multe ori>>, având valori apropiate .

Concluzie: *Cea mai mare frecvență a manifestării sindromului tanatofobie, la eșantionul pacienților cu afectare psihosomatică, se află în legătură cu știrile care fac referire la moarte. Acest fapt este corelat practic, în mod obiectiv, cu prezența în media a știrilor cu care pacienții vin zilnic în contact. Tanatofobia se manifestă cu cea mai mare intensitate, în ceea ce privește semnificația noțiunii de moarte.*

La profilul pacienților cu afecțiune psihosomatică, frecvența cea mai mare a sindromului tanatofobie se referă la semnificația morții „per se” (S14).

La profilul pacienților fără afectare psihosomatică, am constatat cea mai mare valoare a fenomenului, tot în cazul itemului S14.

Analiza comparativă a celor trei itemi cu referire la tanatofobie, pe cele trei profiluri studiate a relevat cea mai mare intensitate de manifestare, pentru același item, S14, a cărui semnificație are legătură cu însăși semnificația morții, și nu neapărat cu existența unei afecțiuni.

Concluzie: *manifestarea sindromului tanatofobie, reprezintă o caracteristică regăsită la toate cele trei profiluri, dar cu frecvența maximă de manifestare la profilul respondenților cu afectare psihosomatică.*

SINDROMUL SOMATIZARE - ITEMII S30;S31;S32;S33;S34

Somatizarea ca entitate aparținând criteriilor de diagnostic pentru afecțiunile psihosomatice (DCPR), este identificată la respondenții participanți la acest studiu, prin intermediul itemilor S30-S34, ai chestionarului “Scala atitudinii față de boală”. Ca formă de manifestare clinică, somatizarea poate fi definită ca existența unor acuze fizice în absența unor afecțiuni medicale cunoscute. Am ales să analizez sindromul somatizare, de sine stătător, pentru

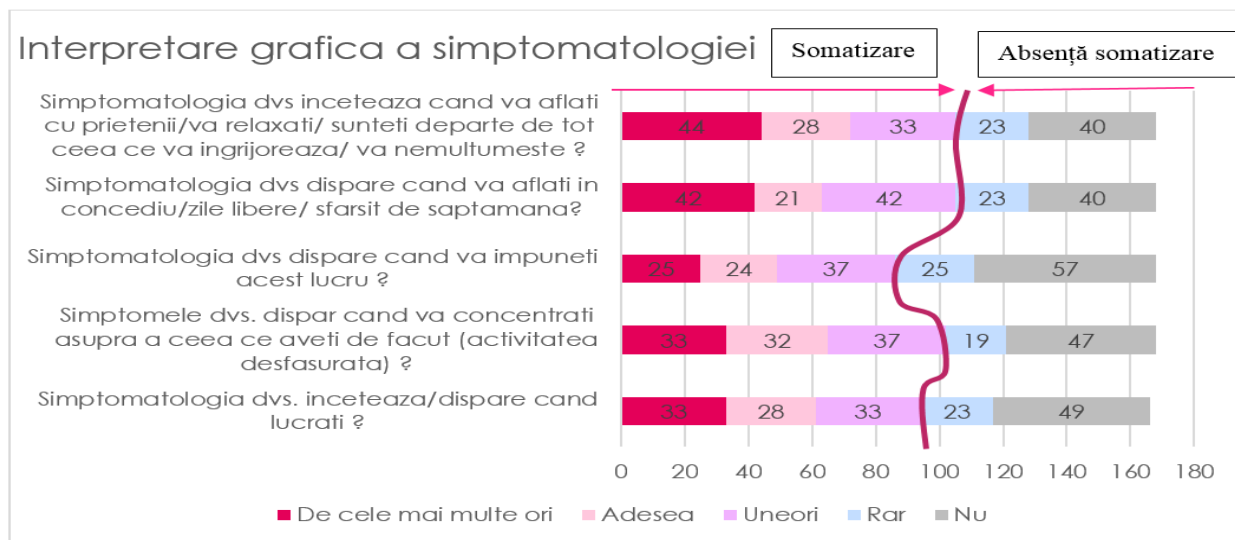
a evidenția caracteristicile acestuia la nivelul eșantionului populațional studiat, somatizarea constituind reperul teoretic al prezentului studiu.

Sindromul Somatizare

Respondent/ opțiuni	Simptoma tologia dvs. încetează/ dispare când lucrați ? (S30)	Simptomele dvs. dispar când vă concentrați asupra a ceea ce aveți de făcut (activitatea desfășurată) ?(S31)	Simptomatologia dvs dispare când vă impuneți acest lucru ? (S32)	Simptomatologia dvs dispare când vă aflați în concediu/zile libere/ sfârșit de săptămână? (S33)	Simptomatologia dvs încetează când vă aflați cu prietenii/vă relaxați/ sunteți departe de tot ceea ce vă îngrijorează/ vă nemulțumește ? (S34)
Opțiunea 5	De cele mai multe ori	De cele mai multe ori	De cele mai multe ori	De cele mai multe ori	De cele mai multe ori
Nr răspunsuri	33	33	25	42	44
Opțiunea4	Adesea	Adesea	Adesea	Adesea	Adesea
Nr răspunsuri	28	32	24	21	28
Opțiunea 3	Uneori	Uneori	Uneori	Uneori	Uneori
Nr răspunsuri	33	37	37	42	33
Opțiunea 2	Rar	Rar	Rar	Rar	Rar
Nr răspunsuri	23	19	25	23	23
Opțiunea 1	Nu	Nu	Nu	Nu	Nu
Nr răspunsuri	49	47	57	40	40
Nr.rasp.valide	166	168	168	168	168
Media scoringului	2,8373	2,9107	2,6131	3,0119	3,0774

Sursa: Elaborat de autor

Interpretarea grafica a simptomatologiei in relatie cu sindromul somatizarii



Sursa:Elaborat de autor

Itemii analizați, aleși în acest set, se referă strict la sindromul somatizare (itemii S30-S34) aparținând chestionarului Scala atitudinii față de boală.

Interpretarea grafică a răspunsurilor itemilor care relevă sindromul somatizare S30-S34 din chestionarul Scala atitudinii fata de boala. Graficul relevă faptul că numărul de respondenți care aleg opțiuni sugestive pentru prezența semantizării, și anume, <<De cele mai multe ori; Adesea; Uneori>>, este superior celui al numărului respondenților care nu manifestă acest fenomen.

Particularizând pentru itemul S30, la întreaga populație de respondenți, am constatat un număr de 105 indivizi care manifestă sindromul somatizării, față de 63 indivizi, la care nu am

regăsit acest sindrom. Analizând itemii S30-S34, am observat aceeași repartitie a fenomenului semantizării, pentru fiecare item: sindromul somatizare apare într-o proporție mai mare la respondenții cu afectare psihosomatică.

Concluzie: *sindromul somatizare apare în populația generală, dar frecvența sa de manifestare este superioară la pacienții diagnosticați cu afecțiune psihosomatică.*

Chestionar” Factorii determinanți ai satisfacției pacientului în relație cu doctorul”

“Factorii determinanți ai satisfacției pacientului în relația cu doctorul” (Determinants of patient satisfaction with physician interaction), *aduce date referitoare la întâlnirea medic – pacient, și implicit la relația terapeutică, abordarea fiind însă dintr-o perspectivă diferită, mai cuprinzătoare, decât a celei realizate prin intermediul GPAQ. În acest caz, există și o cuantificare pe itemi, a elementelor urmărite.*

Relația terapeutică

Reprezintă un concept psihosocial, în care comunicarea interactivă între cei doi parteneri ai relației are un rol primordial. Relația terapeutică, cu conotație de alianță, are o componentă cognitivă și o componentă emoțională - afectivă, cu o contribuție egală în îndeplinirea obiectivelor terapeutice. Bazată pe teoria atașamentului (Bowlby și Aynsworth), relația terapeutică, îi oferă pacientului, dincolo de informațiile strict medicale, fundamentate științific, un suport emoțional, esențial în contextul tulburărilor simptom somatice. În cazul TSS/MUS, suportul emoțional este cu atât mai important, cu cât, este recunoscut faptul că, anxietatea și depresia sunt comorbide, cu simptomatologia, într-o proporție semnificativă. Am structurat analiza pe trei paliere:

1. Contribuția **MEDICULUI** la relația terapeutică.
2. Contribuția **PACIENTULUI** la relația terapeutică.
3. Acceptare diagnostică și terapeutică - eficiența relației terapeutice

Factori de structură

Respondent/ optiuni	Afectat/ neafectat	Vârsta	Sex	Religie	Status marital	Ocupație	Nivel de instruire
Optiunea 5	0	(70-80]	1	0	0	Fără	0
		(60-70]				In domeniu medical	Studii superioare
Nr răspunsuri	0	18	0	193	0	6	157
Optiunea 4	0	(50-60]	38	0	2	Servicii publice	Studii medii
Nr răspunsuri		(40-50]				71	37
Optiunea 3	0	(30-40]	57	0	2	Sector tehnico-economic	Studii gimnaziale
Nr răspunsuri		(20-30]				91	0
Optiunea 2	Neafectat	(30-40]	Feminin	Ortodox rit vechi	Necăsătorit	Șomer în plata	Studii în sistem non formal
Nr răspunsuri	100	73	89	0	47	1	0
Optiunea 1	Afectat	(20-30]	Masculin	Ateu	Căsătorit	Pensionar	Fără studii
Nr răspunsuri	100	13	111	3	150	21	1
Nr.răspunsuri valide	200	200	200	200	197	200	195
Media scoringului	1,5000	2,8900	1,4450	4,9100	1,2386	3,3500	4,7897

Sursa: Elaborat de autor

Analiza factorilor de structură, obținuți în urma completării chestionarelor de către respondenți, a relevat următoarele: eșantioanele sunt egale în ceea ce privește numărul de pacienți, fapt stabilit la momentul proiectării studiului, pentru o distribuție echilibrată a datelor. Vârsta respondenților 20 - 80 ani, repartitia pe **sexe** a înclinat în favoarea sexului masculin (F/M:89/111). În ceea ce privește **religia**, majoritatea respondenților aparțin ritului ortodox, 4 respondenți aparțin altor religii, iar 3 sunt ateii. **Starea civilă:** în marea lor majoritate, respondenții sunt căsătoriți, raportul C/N:150/47. Factorul de structură, **ocupație**, relevă faptul că pe locul întâi ca număr, se află respondenți care își desfășoară activitatea în sectorul tehnico-economic, urmați de respondenți ce lucrează în domeniul serviciilor publice. În privința **nivelului de instrucție**, cel mai mare număr de respondenți au studii superioare, urmați ca număr de cei cu studii medii. Există un singur respondent fără studii, dar nu analfabet.

Chestionar privind evaluarea practicii generale "GPAQ"

Chestionarul GPAQ (General Practice Assessment Questionnaire), are scopul de a evalua practica în medicina primară. Una dintre caracteristicile prioritare în privința creșterii calității actului medical, așa cum dovedesc studiile efectuate în ultima perioadă, este reprezentată de consolidarea relației medic - pacient și în acest context de creșterea satisfacției pacientului referitor la actul medical. Acest aspect este cu atât mai important în cazul afecțiunilor psihosomatice, caz în care din cauza particularităților acestui tip de pacienți, se poate ajunge foarte ușor la duetul de escaladare al antagonismului.

Utilizarea chestionarului GPAQ în studiul de față a avut drept scop validarea concluziilor desprinse în urma analizei statistice a răspunsurilor obținute la chestionarul „Factorii determinanți ai satisfacției pacientului în relația cu doctorul”.

1. Contribuția MEDICULUI

2. Contribuția PACIENTULUI

3. Acceptarea diagnostică și terapeutică – eficiența relației terapeutice

1. Contribuția MEDICULUI

ITEMII: GPAQ2; GPAQ3; GPAQ4; GPAQ5; GPAQ6; GPAQ8;

Contribuția medicului

Respondent	Este politicos și grijuliu ? (Q2)	Vă ascultă ? (Q3)	Vă acordă destul timp ? (Q4)	Evaluează starea dvs de sănătate ? (Q5)	În a vă explica starea dvs medicală și tratamentul (Q6)	Procurarea sau explicarea tratamentului prescris (Q8)
Nr răsp opt. 6	a. Foarte bun 118	a. Foarte bun 113	a. Foarte bun 96	a. Foarte bun 102	a. Foarte bun 101	a. Foarte bun 101
Nr răsp opt. 5	b. Bun 59	b. Bun 58	b. Bun 70	b. Bun 64	b. Bun 66	b. Bun 58
Nr răsp opt. 4	c. Satisfacător 14	c. Satisfacător 21	c. Satisfacător 23	c. Satisfacător 25	c. Satisfacător 25	c. Satisfacător 33
Nr răsp opt. 3	d. Slab 1	d. Slab 1	d. Slab 2	d. Slab 3	d. Slab 2	d. Foarte slab 1
Nr răsp opt. 2	e. Foarte slab 0	e. Foarte slab 1	e. Foarte slab 1	e. Foarte slab 0	e. Foarte slab 0	e. Nu reușește 1
Nr răsp opt. 1	f. Nu reușește 0	f. Nu reușește 0	f. Nu reușește 2	f. Nu reușește 0	f. Nu reușește 0	f. Nu reușește 0
Valoarea funcției scor	1062	1057	1028	1041	1042	1033
Media scoringului	5,5313	5,4485	5,2990	5,3660	5,3711	5,3247

Sursa: Elaborat de autor

Interpretare: numărul pacienților care și-au exprimat opțiunea de maximum a satisfacției la acești itemi este foarte apropiat, 102, 101, respectiv 101 respondenți din lotul studiat. Acest fapt demonstrează că *există o preocupare care se polarizează în jurul aceleiași frecvențe de manifestare, în ceea ce privește abilitățile profesionale și comportamentul medicului în această direcție.*

Comparația realizată între itemii analizați anterior, aparținând acestei categorii și itemul GPAQ 4 <<Vă acordă destul timp ?>>, demonstrează faptul că *pacienții, în funcție de raportarea la numărul acestora, acordă o mai mică importanță factorului timp, atât timp cât eficiența relațională, mai exact abilitățile de comunicare, respect, recunoaștere și cele profesionale cu referire la medic, sunt la cote maxime.*

2. Contribuția PACIENTULUI

Itemii: GPAQ1, GPAQ7, GPAQ9, GPAQ10, GPAQ11;

Contribuția pacientului

Respondent	Cât de abil este medicul dvs în a vă liniști (Q1)	În a vă implica în luarea deciziilor cu privire la îngrijirea dvs (Q7)	Considerați că medicul dvs este onest și de încredere? (Q9)	Aveți încredere că medicul dvs respectă confidențialitatea? (Q10)
Nr răsp opt. 6	6 a. Foarte bun 99	a. Foarte bun 90	a. Foarte bun 123	a. Foarte bun 126
Nr răsp opt. 5	5 b. Bun 74	b. Bun 69	b. Bun 54	b. Bun 55
Nr răsp opt. 4	4 c. Satisfacător 18	c. Satisfacător 32	c. Satisfacător 16	c. Satisfacător 10
Nr răsp opt. 3	3 d. Slab 0	d. Slab 2	d. Slab 0	d. Slab 2
Nr răsp opt. 2	2 e. Foarte slab 0	e. Foarte slab 0	e. Foarte slab 0	e. Foarte slab 0
Nr răsp opt. 1	1 f. Nu reușește 2	f. Nu reușește 1	f. Nu reușește 1	f. Nu reușește 0
Valoarea funcției scor	1038	1020	1073	1077
Media scoringului	5,3782	5,2577	5,5309	5,5803

Sursa: Elaborat de autor

Concluzie: în urma analizei cantitative efectuată pe “orizontală” pentru cei patru itemi analizați anterior am constatat următoarele aspecte: la primii doi itemi analizați, cel referitor la *capacitatea medicului de a atenua anxietatea pacientului datorată existenței simptomatologiei și cel care se referă la aspectul participativ al pacientului la propria vindecare, numărul de respondenți cu opțiunea pe maxim de satisfacție, este apropiat ca valoare <<a. Foarte bun>>, (99, respectiv 90 de respondenți). Am constatat și faptul că, în ceea ce privește anxietatea și implicarea pacientului în propria vindecare, la cel de-al doilea item, numărul de respondenți este aproape dublu, în ceea ce privește opțiunea <<c. Satisfacător>>, confirmând observația anterioară cu privire la asumarea responsabilității referitor la propria vindecare, din perspectiva pacientului.*

Analiza comparativă pe “orizontală” a următorilor doi itemi, care vizează aspecte de etică a practicii medicale mi-a permis să formulez următoarele observații: numărul de respondenți care au ales opțiunea de maxim <<a. Foarte bun>>, în ceea ce privește satisfacția cu referire la încrederea în onestitatea și confidențialitatea medicului, este apropiat ca valoare (123 respondenți la GPAQ 9, respectiv 126 respondenți la GPAQ 10). Această constatare, coroborată cu numărul de respondenți care au ales opțiunea <<b. Bun>>, (54 la GPAQ 9 și 55 la GPAQ 10), confirmă

observațiile formulate anterior. Opțiunea <<c. Satisfăcător>>, în raport cu numărul de pacienți este confirmată în același mod (16 respondenți la GPAQ 9 și 10 respondenți la GPAQ 10).

3. *Acceptarea diagnostică și terapeutică* – eficiența în relația terapeutică

Itemul: GPAQ11

Acceptarea diagnostică și terapeutică

Respondent	Sunteți mulțumit să mergeți la consultație la acest medic?
Nr răspunsuri	a. Foarte bun
Opțiunea 6	113
Nr răspunsuri	b. Bun
Opțiunea 5	59
Nr răspunsuri	c. Satisfăcător
Opțiunea 4	21
Nr răspunsuri	d. Slab
Opțiunea 3	1
Nr răspunsuri	e. Foarte slab
Opțiunea 2	0
Nr răspunsuri	f. Nu reușește
Opțiunea 1	0
Număr răspunsuri valide	194
Media scorului	5,4639

Sursa: Elaborat de autor

Analiza comparativă a itemilor GPAQ 11 <<Sunteți mulțumit să mergeți la consultație la acest medic?>> și F20 <<Mai presus de toate, sunt mulțumit de relația (colaborarea) cu medicul meu>> relevă proporții similare de respondenți pe fiecare opțiune. Astfel, la opțiunea <<a. Foarte bun>>, proporția este de 58,255%, în timp ce proporția de respondenți la itemul F20 cu opțiunea similară <<Total de acord>> este de 55,33%. În același mod, comparația pe opțiuni, similar, relevă: GPAQ 11 <<b. Bun>>, 30,41%, și F20 <<De acord>>, 25,38%; GPAQ, <<c. Satisfăcător>>, 10,82%, și F20 <<Incert>>, 17,77%.

Concluzie: aceste constatări reprezintă prin similitudinea proporției respondenților pe fiecare opțiune, o modalitate de validare a răspunsurilor obținute pentru fiecare chestionar referitor la relația terapeutică, în cazul pacienților aparținând lotului studiat.

ANALIZA CALITATIVĂ

Am configurat componenta calitativă a studiului sub forma a 6 teste, structurate pe sindroame conform DCPR - (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research) – criteriile de diagnostic ale afecțiunilor psihosomatice, menționate anterior. Motivația structurării testelor constă în necesitatea stabilirii unor corelații între relația terapeutică și acceptarea diagnosticului și terapiei, cu referire în mod particular la coexistența unor sindroame specifice pacienților cu afectare psihosomatică.

În rezumat, voi expune testul cu numărul 5 scurt

Testul 5 scurt – acceptarea terapeutică în relație cu alianța terapeutică

Testul a fost conceput pe baza a doi **itemi cheie**:

GPAQ 11 „Sunteți mulțumit să mergeți la consultație la acest medic?”

F18 „Intenționez să urmez sfaturile oferite de medicul meu”.

*Testul 5 are drept scop formularea unor interpretări și desprinderea unor concluzii în sprijinul ipotezei de lucru, pe baza analizei calitative a datelor obținute de la respondenți prin completarea celor trei tipuri de chestionare, cu referire la acceptarea indicațiilor de terapie. Analiza realizată are ca reper *indicele de satisfacție al pacientului, în ceea ce privește relația terapeutică.**

Aplicarea filtrelor s-a realizat în scopul obținerii unor profiluri ale respondenților, reprezentative pentru formularea interpretărilor care să confirme sau să infirme ipoteza de lucru.

Opțiuni pe profiluri analizate:

Item **GPAQ11** – opțiuni: la toate profilurile: 4 <<SLAB>>

Item **F18** – opțiuni: la profilul **demoralizat-îngrijorat**: 4 <<DE ACORD>>; 5 <<TOTAL DE ACORD>>

La profilul **demoralizat-dezamăgit**: 3 <<INCERT>>

La profilul **demoralizat-disperat**: 2 <<DEZACORD>>

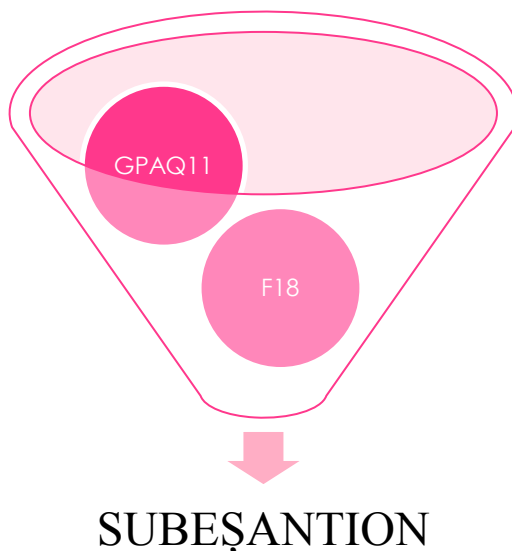
Alegerea opțiunilor a fost dictată de nivelul de reprezentativitate statistică obținută în urma prelucrării datelor din chestionare.

Tabel centralizator al datelor cu diferența între limite

<i>Întrebări conform chestionar/Respondent</i>	Profil demoralizat-îngrijorat – GPAQ 11 (4); F18 (4,5)	Profil demoralizat-dezamăgit - GPAQ 11 (4); F18 (3)	Profil demoralizat-disperat - GPAQ 11 (4); F18 (2)
<i>Itemi</i>	Media scoringului*	Media scoringului*	Media scoringului*
<i>Îmi înțeleg mai bine boala după întâlnirea cu medicul meu (F1)</i>	4,1667	3,25	5,00
<i>Medicul îmi oferă informații reale/ adecvate/ rezonabile despre boala mea (F3)</i>	4,0833	3,14	3,00
<i>Medicul îmi oferă șansa să spun sau să întreb orice doresc (F4)</i>	3,9167	3,33	4,00
<i>Medicul este interesat de mine ca individ și nu doar de boala mea (F6)</i>	3,5833	3,29	2,00
<i>Sunteți mulțumit să mergeți la consultație la acest medic?(GPAQ11)</i>	4,0000	4,00	4,00

Sursa: Elaborat de autor

Itemi cheie - Testul 5 scurt



Sursa: Elaborat de autor

ANALIZA EFECTELOR PE SINDROAME, CONSECINȚA APLICĂRII TESTULUI 5 SCURT

Stabilirea indicelui de satisfacție cu privire la relația terapeutică

Item GPAQ 11 „Sunteți mulțumit să mergeți la consultație la acest medic?”

Interpretare: valorile mediei scoringului la profilul demoralizat-îngrijorat (4,00), la profilul demoralizat-dezamăgit (4,00) și la profilul demoralizat-disperat valoarea (4,00). Opțiuni: <<SATISFĂCĂTOR>>, pe toate profilurile.

Tabel centralizator al datelor cu diferență între limite GPAQ11

<i>Întrebări conform chestionar/Respondent</i>	Profil demoralizat-îngrijorat – GPAQ 11 (4); F18 (4,5)	Profil demoralizat-dezamăgit - GPAQ 11 (4); F18 (3)	Profil demoralizat-disperat - GPAQ 11 (4); F18 (2)
<i>Itemi</i>	Media scoringului*	Media scoringului*	Media scoringului*
<i>Sunteți mulțumit să mergeți la consultație la acest medic?(GPAQ11)</i>	4,0000 <Satisfacator>	4,00 <Satisfacator>	4,00 <Satisfacator>

Sursa: Elaborat de autor

Concluzie: analiza comparativă a opțiunilor pe cele trei profiluri ale respondenților cu afecțiune psihosomatică evidențiază aceeași valoare a mediei scoringului și opțiuni identice, demonstrând faptul că la acești pacienți indicele de satisfacție cu privire la relația terapeutică este identic, foarte scăzut.

Acceptarea terapeutică

F18 „Intenționez să urmez sfaturile oferite de medicul meu”.

Interpretare: analiza itemului F18 pe cele trei profiluri și la categoriile stabilite, la pacienții cu afecțiune psihosomatică relevă următoarele valori ale mediei scoringului: pentru profilul demoralizat-îngrijorat (4,16), la profilul demoralizat-dezamăgit opțiunea (3,00) și la profilul demoralizat-disperat, (2,00). Opțiunile pe cele trei profiluri sunt: <<De acord>>, <<Incert>>, <<Dezacord>>.

Tabel centralizator al datelor cu diferența între limite – F18

Întrebări conform chestionar/Respondent	Profil demoralizat-îngrijorat – GPAQ 11 (4); F18 (4,5)	Profil demoralizat-dezamăgit - GPAQ 11 (4); F18 (3)	Profil demoralizat-disperat - GPAQ 11 (4); F18 (2)
Item	Media scoringului*	Media scoringului*	Media scoringului*
Intenționez să urmez sfaturile oferite de medicul meu (F18)	4,1667 <<De acord>>	3,00 <<Incert>>	2,00 <<Dezacord>>

Sursa: Elaborat de autor

Concluzie: am constatat scăderea compliancei la indicațiile de terapie (și implicit, în acceptarea diagnosticului), la pacienții cu afectare psihosomatică. Cu cât afectarea psihosomatică este mai severă, cu atât compliancea este mai redusă. Am remarcat și existența incertitudinii, similar celorlalte teste, aspect care traduce indecizia pacientului cu afectare psihosomatică.

Această concluzie se suprapune peste datele menționate în literatura de specialitate, caracteristică pacienților cu afecțiune psihosomatică.

Acceptarea diagnostică

Item F1 „Îmi înțeleg mai bine boala după întâlnirea cu medicul meu.”

Interpretare: valorile mediei scoringului pe cele trei profiluri analizate sunt următoarele: (4,16) la profilul demoralizat – îngrijorat, (3,25) la profilul demoralizat -dezamăgit și valoarea (5,00) la profilul demoralizat-disperat. Opțiunile <<De acord>>, opțiunile <<Incert>>, <<Total de acord>>. Am remarcat și faptul că la profilul demoralizat-dezamăgit, apare opțiunea <<INCERT>>, prezentă la toți itemii aleși în configurarea acestui test, la acest profil.

Tabel centralizator al datelor cu diferența între limite – F1

Întrebări conform chestionar/Respondent	Profil demoralizat-îngrijorat – GPAQ 11 (4); F18 (4,5)	Profil demoralizat-dezamăgit - GPAQ 11 (4); F18 (3)	Profil demoralizat-disperat - GPAQ 11 (4); F18 (2)
Item	Media scoringului*	Media scoringului*	Media scoringului*
Îmi înțeleg mai bine boala după întâlnirea cu medicul meu (F1)	4,1667 <<De acord>>	3,25 <<Incert>>	5,00 <<Total de acord>>

Sursa: Elaborat de autor

Concluzie: la pacienții diagnosticați cu afecțiuni psihosomatice, care au o relație terapeutică satisfăcătoare cu medicul curant (item GPAQ11, opțiunea 4) și care acceptă diagnosticul (item F18, opțiunea 4 <<De acord>>), pacienți aparținând profilului *demoralizat-îngrijorat*, confirmă faptul că acceptă boala, prin înțelegerea mecanismului/semnificației acesteia. La aceeași categorie de pacienți dar la profilul *demoralizat-dezamăgit*, opțiunea <<Incert>> confirmă faptul că pacienții nu sunt decisi în a accepta explicațiile medicale. Acești pacienți au alte așteptări în privința explicațiilor referitoare la afecțiunea de care suferă. Cu toate acestea, acceptă diagnosticul și nu contribuie la o alterare a relației terapeutice. La profilul *demoralizat-disperat*, media scorului mai mare decât la celelalte două profiluri și opțiunea pacienților <<Total de acord>>, poate fi explicată prin disperarea pacienților, care au nevoie de un suport emoțional și ca urmare, acceptă ca simptomatologia reclamată să fie concretizată chiar și într-un diagnostic de afecțiune psihosomatică, pe care îl acceptă atunci când relația terapeutică este optimă. Explicația poate fi dată și de necesitatea existenței unei “ancore” la acești pacienți, ancoră pe care o regăsesc în persoana medicului.

Constatările obținute prin analiza acestui item, se corelează cu cele obținute în urma analizei itemului F6 „*Medicul este interesat de mine ca individ și nu doar de boala mea*”, la care opțiunile sunt similare, raportând analiza la același item cheie F18.

Coroborând concluziile cu ajutorul procesului deductiv – iterativ, am avut posibilitatea de a formula concluzia conform căreia acceptarea diagnosticului este determinată de o relație terapeutică bună, de explicații pe care pacientul le acceptă, dar și de abordarea individualizată, personalizată, într-o manieră biopsihosocială.

Itemul F13 „Consider sfaturile (indicațiile) medicului meu potrivite stării mele medicale”.

Interpretare: valorile mediei scorului pe cele trei profiluri studiate:(3,91) la profilul demoralizat – îngrijorat, (3,43) la profilul demoralizat-dezamăgit, în timp ce la profilul demoralizat-disperat, media scorului este de (4,00). Opțiuni: <<INCERT>>,<<INCERT >>,<<DE ACORD >>.

Tabel centralizator al datelor cu diferență între limite – F13

<i>Întrebări conform chestionar/Respondent</i>	Profil demoralizat-îngrijorat – GPAQ 11 (4); F18 (4,5)	Profil demoralizat-dezamăgit - GPAQ 11 (4); F18 (3)	Profil demoralizat-disperat - GPAQ 11 (4); F18 (2)
<i>Item</i>	Media scorului*	Media scorului*	Media scorului*
<i>Consider sfaturile (indicațiile) medicului meu potrivite stării mele medicale (F13)</i>	3,9167 <<Incert>>	3,43 <<Incert>>	4,00 <<De acord>>

Sursa: Elaborat de autor

Concluzie: pacienții cu afectare psihosomatică aparținând primelor două profiluri, se situează în zona de incertitudine, în timp ce pacienții cu afectare severă psihosomatică acceptă indicațiile de terapie, una dintre motivații fiind probabil aceeași, a necesității existenței unei “ancore” identificată în persoana medicului, fapt care determină acceptarea diagnosticului și indicațiilor de terapie.

Noutatea și originalitatea științifică a cercetării:

- 1. Ca prim element de originalitate al studiului mentionez conceperea unui model matematic care să ofere predicții în ceea ce privește corelațiile dintre cele trei concepte de baza abordate în studiu și anume, relația terapeutică în legătură cu acceptarea diagnostică și terapeutică. Acesta este un subiect din ce în ce mai des abordat în medicină și prezintă o deosebită utilitate practică. Utilizarea unui model econometric care să reunească cele trei concepte este un element de noutate în abordarea pacienților cu somatizare/MUS/TSS în literatura medicală din România. Modelul econometric configurat stabilește dependența dintre capitalul uman concretizat în relația terapeutică, și eficiența actului medical, finalizat prin acceptarea diagnostică și terapeutică.*
- 2. Un al doilea element de originalitate se concretizează în elaborarea unui ghid de diagnostic rapid al afecțiunilor psihosomatice, util medicilor practicieni, care se confruntă frecvent cu prezența în cabinetul de consultație, a pacienților aparținând profilului cu afectare psihosomatică. De asemenea, consider ca element de originalitate însăși tema aleasă, mai exact abordarea conceptului cu referire la stabilirea unei relații de cauzalitate, demonstrată statistic și validată prin abordarea mixtă cantitativă și calitativă, între relația terapeutică și acceptarea diagnosticului și terapiei în afecțiunile psihosomatice.*
- 3. Un al patrulea element de originalitate al acestui studiu, aparținând domeniului psihosomaticii, disciplina de interfata, este acela al abordării temei alese urmând tiparul principiilor medicinei bazate pe dovezi (există două grupuri de pacienți participanți la studiu care au fost comparate între ele iar variabilele psihologice luate în studiu au fost reprezentative pentru afecțiunile psihosomatice, astfel încât să nu existe erori de părtinire datorate factorilor individuali). Un alt element de originalitate se refera la posibilitatea studiului de față de a realiza prognozarea afectivă, oferind o modalitate de anticipare a alegerilor respondenților, utilizând grafice de prognoză care oferă posibilitatea de a anticipa anumite decizii cu impact asupra stării de sănătate a indivizilor în viitor.*
- 4. Prognozarea afectivă este o componentă importantă în studiul pacienților cu privire la capacitatea de luare a deciziilor. Faptul ca este aplicata intr-un studiu referitor la afecțiunile psihosomatice constituie un element de originalitate.*
- 5. Previziuni incorecte pot conduce pacienții, sau furnizorul lor de îngrijire a sănătății, către alegeri nefavorabile, în cazurile în care tratamentul ar implica o schimbare drastică în stilul de viață. Reconceptualizarea situației de viață în care se află și aderarea la un tratament psihoterapeutic de lungă durată, reprezintă o alegere favorabilă în cazul pacienților cu afecțiuni psihosomatice. Acest studiu ofera o dovada a specificitatii psihoterapiei ca metoda optima de tratament in cazul pacientilor cu afecțiuni psihosomatice, fapt demonstrat in algoritmul de lucru elaborat. Utilizarea a doua scale cu continut cvasiasemanator pentru a valida intern studiul, reprezintă un alt element de originalitate al acestuia. Definirea in mod particular pentru domeniul medical, utilizarea in studiu si argumentarea notiunii de incertitudine la pacientii cu afecțiune psihosomatica, constituie un alt element de originalitate.*
- 6. Importanța teoretică și valoarea aplicativă a cercetării. Teza de doctorat elaborată are un caracter teoretico-conceptual, specific cercetării fundamentale, dar și unul metodologic și aplicativ. Dincolo de valoarea teoretică, rezultatele cercetării concretizate în studiul de*

față, pot fi utilizate în practica clinică de zi cu zi, oferind un instrument de lucru facil de aplicat.

CONCLUZII

Rezultatul cercetării reprezintă sumarizarea rezultatelor parțiale pe cele două ramuri ale studiului (cantitativ și calitativ).

Am structurat concluziile studiului, având ca reper criteriile DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research) și analiza pe componentele calitativă și cantitativă. În acord cu acestea, am formulat următoarele concluzii:

- 1. Ipoteza de lucru stabilită ca obiectiv principal este argumentată de concluziile prezentului studiu care a demonstrat faptul că relația terapeutică influențează îndeplinirea obiectivului final al actului medical, acceptarea diagnostică și terapeutică, în cazul pacienților cu afecțiune psihosomatică. Concluziile obținute la finalizarea studiului sunt în acord cu obiectivul principal fixat la începutul acestuia, dar și cu obiectivele secundare, și anume identificarea concretă a barierelor care stau în calea acceptării diagnostice și terapeutice. Prin observarea, izolarea și definirea unui anumit fenomen interuman de tip special așa cum este relația terapeutică și implicațiile sale în scopul final al actului terapeutic - diagnosticul și acceptarea lui, precum și a terapiei, am demonstrat necesitatea aplicării principiilor din medicina centrată pe pacient și abordarea bio-psiho-socială a acestuia, integrându-l într-un context mai larg care atinge toate aspectele vieții sale, fără a-l detașa din tabloul familial, profesional sau cultural, dimensiuni care în cazul afecțiunilor psihosomatice prezintă o importanță majoră.*
- 2. Studiul a demonstrat, prin identificarea unor variabile psihologice aparținând medicului și pacientului, faptul că medicina centrată pe pacient îi oferă acestuia din urmă sentimentul că este tratat ca o entitate, fără a fi asimilat ceilalți indivizi, că i se oferă soluții unice pentru problemele care îi aparțin doar lui. Toate acestea reprezintă motive solide pentru pacient să dobândească încredere în medicul său și prin urmare să accepte mai ușor explicațiile acestuia precum și soluțiile propuse (diagnosticul și terapia). Rezultatele studiului demonstrează faptul că atunci când pacientul investește medicul cu autoritate, raportată la profesionalismul acestuia și concretizată printr-o relație terapeutică optimă, acceptă și diagnosticul și recomandările terapeutice. Studiul actual se înscrie în categoria celor ale căror rezultate pot fi utilizate în serviciile clinice de sănătate, abordând un fenomen specific și modul de aplicare al acestuia, prin demonstrarea unor ipoteze și oferirea unor explicații.*
- 3. Deși **sindromul somatizare** se manifestă cu o frecvență mai mare la lotul pacienților afectați psihosomatic, rezultatele studiului pe ramul calitativ relevă faptul că, simptomatologia se diminuează sau dispare în situația în care pacientul își canalizează atenția spre alte activități, sau atunci când factorul de stress dispare (concediu, întâlniri cu prietenii, concentrare pe un obiectiv/sarcină), în timp ce, în absența afectării psihosomatice, acest lucru nu se întâmplă (argument pentru diagnosticul diferențial).*
- 4. **Sindromul tanatofobie**. Analiza comparativă a celor trei itemi cu referire la tanatofobie, pe cele trei profiluri studiate a relevat cea mai mare intensitate de manifestare, pentru*

același item, a cărui semnificație are legătură cu însăși semnificația morții, și nu neapărat cu existența unei afecțiuni.

5. Manifestarea **sindromului tanatofobie**, reprezintă o caracteristică regăsită la toate cele trei profiluri studiate (general, afectat psihosomatic și fără afectare psihosomatică) dar frecvența maximă de manifestare a fost regăsită la profilul respondenților cu afectare psihosomatică.
6. **Fenomenul acceptării diagnosticului**, are loc prin înțelegerea mecanismului de producere al acesteia, după cum demonstrează rezultatele studiului, aspect corelat pe cele două ramuri. La nivel de relație terapeutică, este demonstrat faptul că atunci când medicul este investit cu autoritate și încredere de către pacienții cu afectare psihosomatică, atunci aceștia sunt de acord cu explicațiile oferite de medic. Analiza legată de **timpul acordat de către medic**, aduce în discuție un aspect sensibil al actului medical în general, și anume, timpul insuficient pe care medicul îl are la dispoziție pentru a stabili o relație terapeutică optimă cu pacientul. Polarizarea către opțiunile care demonstrează dorința de a i se acorda un timp mai mare, pacientului cu afecțiune psihosomatică, demonstrează importanța variabilei timp la această categorie de pacienți.
7. Studiul de față aduce argumente în favoarea utilizării principiilor medicinei centrate pe pacient și abordării bio-psiho-sociale a pacientului, acesta fiind integrat într-un context mai larg care atinge toate aspectele vieții sale, fără a-l detașa din tabloul familial, profesional sau cultural, dimensiuni care în cazul afecțiunilor psihosomatice prezintă o importanță majoră. Importanța aspectului solid al relației terapeutice, în sensul de alianță terapeutică, la nivelul eșantionului populațional studiat, este relevată de concordanța, cu conotație pozitivă între opiniile medicului și cele ale pacientului.
8. Analiza cantitativă pe care am efectuat-o la eșantionul intervievat, demonstrează faptul că peste 25 % dintre respondenți, mai exact, 28,21%, nu au înțeles terminologia utilizată de către medic, confirmând importanța comunicării. Când indivizii se simt vulnerabili în fața unor situații amenințătoare, așa cum este boala, caută o "persoană de atașament", pentru a se simți în siguranță. În cazul pacienților, această persoană este medicul, iar rezultatele prelucrării statistice a datelor obținute, confirmă acest fapt prin procentul crescut <<64,56% >> dintre pacienți, care consideră importantă atitudinea prietenoasă a medicului. Un aspect important de clarificat în contextul temei de cercetare, a fost reprezentat de analiza eșantionului de respondenți care au ales opțiunea <<Incert>>.
9. Studiul prezent demonstrează faptul că pacienții cu afectare psihosomatică, de foarte multe ori, se situează în zona de incertitudine a acceptării explicațiilor, sau de luare a unor decizii, considerând că zona de incertitudine le oferă oricând posibilitatea unei noi opțiuni diagnostice (prin solicitarea unei noi consultații), terapeutice sau relaționale (insatisfacția cu privire la relația terapeutică datorată comunicării de către medic a unui diagnostic pe care pacientul nu-l acceptă, sau a unei indicații de terapie pe care pacientul nu o agreează, considerand-o ineficientă, riscantă sau nepotrivită pentru problema sa medicală).
10. Studiul demonstrează exact poziția ocupată de medic și pacient pe scala atitudinii față de boală. Când pacientul este satisfăcut de explicațiile oferite de către medic, proporția pacienților situați în zona de incertitudine este scăzută (5,16%), în timp ce, în situația în care pacientul consideră că medicul îi ignoră anumite acuze sau explicații empirice pe

care el le exprimă, nivelul de incertitudine crește, ajungând ca un sfert dintre respondenți <<25,76%>> să fie situați în zona de incertitudine.

11. Studiul prezent demonstrează faptul că indicele de satisfacție al pacientului se corelează pozitiv cu sentimentul de confort al pacientului în relația medicală, cu posibilitatea de a discuta aspecte sensibile care îl preocupă pe acesta, cu respectarea intimității de către medic, cu răbdarea celui din urmă și mai ales cu suportul oferit de către medic pentru a depăși îngrijorările (anxietatea) legate de boală. Am constatat că în privința percepției diagnosticului de afecțiune psihosomatică, la nivelul ramului calitativ, pacienții aparținând profilului fără afecțiune psihosomatică (NA) manifestă, la nivel teoretic, înțelegerea semnificației de boală (particularizând, afecțiune psihosomatică). La pacienții profilului general (G) și la cei aparținând profilului cu afecțiune psihosomatică (MA), am constatat situarea răspunsurilor în zona opțiunii <<Incert>>. Această constatare se corelează cu rezultatele obținute pe ramul cantitativ, reprezentând un argument în favoarea validității concluziilor formulate. Aspectul semnalat se corelează în mod direct și pozitiv cu neacceptarea diagnosticului de afecțiune psihosomatică, confirmat de practica clinică, care raportează acest fenomen, în literatura de specialitate.
12. Variabila psihologică – demoralizare – conduce la stabilirea unei alianțe terapeutice fragile care este urmată de o slabă aderență la indicațiile medicale: diagnostic și terapie. Am observat că există o relație de proporționalitate directă între creșterea nivelului de demoralizare ca reper psihologic și neaderența la indicațiile medicale. Odată cu creșterea gradului de afectare psihosomatică, scade nivelul de satisfacție al pacientului, astfel încât la profilurile și categoriile cu afectare psihosomatică severă să se ajungă în aceeași zonă de incertitudine. Am constatat o scădere a nivelului de satisfacție în relație de proporționalitate directă cu creșterea gradului de afectare psihosomatică (de la profilul demoralizat-îngrijorat către cel demoralizat-disperat).
13. Problema științifică soluționată se referă la un aspect din ce în ce mai frecvent abordat de către medicina centrată pe pacient, și anume, importanța relației terapeutice în actul medical. În mod particular, studiul de față abordează aceasta problemă, în cazul pacienților cu afecțiuni psihosomatice, la care acceptarea diagnostică și terapeutică constituie elementul de dificultate al demersului medical.

LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE PUBLICATE

Cărți publicate la edituri naționale cu ISBN

CURIS Cecilia, “Algoritm de diagnostic rapid al afecțiunilor psihosomatice” ISBN 978-606-915-027-6, Editura Olimpias, 2016.

CURIS Cecilia “Repere teoretice și practice în afecțiunile psihosomatice. Acceptarea terapeutică în relație cu alianța terapeutică” ISBN 978-606-628-171-3, Editura Europlus, 2016.

Articole publicate în reviste naționale

CURIS Cecilia, Psihoterapia contextual – modulară într-un caz de sindrom “burnout”, Buletinul Asociației Balint, vol.10, nr.38, Iunie 2008, p14-19, ISSN 1454-6051.

CURIS Cecilia, De la mobbing la anxietate și depresie - Jurnalul Medicului de Familie, vol.1, nr.3, Septembrie 2008, ISSN 1844-1920, <http://mediamed.ro/jmf.php> nr=3.

CURIS Cecilia, Managementul depresiei în medicina de familie – o abordare cognitiv – comportamentală, Caiet de prezentare. Conferința Națională de Medicină de Familie. Prima Linie în Asistența Medicală, Brăila 2008, p 9-17.

CURIS Cecilia, De la mobbing la anxietate și depresie, Buletinul Asociației Balint vol 10, nr.40, Decembrie 2008, p16-20, ISSN 1454-6051.

CURIS Cecilia, Comunicarea veștilor rele – măsuri de traumaprevenție în medicină; Sexualitatea între modă și moralitate, Caiet de rezumate, Conferința Națională de Medicina Familiei, București martie 2009, p 30-32.

CURIS Cecilia, Implicații psihomorale ale violului, Aspecte psihologice ale afectării relației de cuplu, Caiet de prezentare IX th National Conference of Sexual Medicine with International Participation, Brăila 5-7 th of April 2009, p 33-34.

CURIS Cecilia, Vasile Cazacu, Cognitiv Behavioral Psychotherapy For Anxiety Disorders. Jurnalul Oficial al Facultății de Medicină și Farmacie Galați Nr. 15 / 2010.

CURIS Cecilia, “Psychosomatic Illness – Therapeutic Relationship & Psychoterapy, Annals Of “Dunarea de Jos” University of Galati – Fascicle XVII Medicine No. 2 – 2015 ISSN-L:1583-2074; ISSN 2344-4428.

CURIS Cecilia, Bioterrorismul. Bomba nucleară a secolului XXI, INTELLIGENCE, Anul 8, nr.17, martie-mai 2010, p 83-84, ISSN 1844-7244.

CURIS Cecilia, Aurel Nechita, Sorin Berbece, Ana Maria Pelin, Acceptance Diagnostic and Therapeutic Psychosomatic Affections - a Mixed Approach - Quality and Quantitative, Annals Of “Dunarea de Jos” University of Galati – Fascicle, Medicine, ISSN-L:1583-2074; ISSN 2344-4428, Fascicula XVII, no.2 – 2016, pag.35-41.

Comunicări științifice la conferințe, simpozioane, colocvii naționale

CURIS Cecilia, De la Mobbing la anxietate și depresie, Conferința de Neuropsihiatrie pentru Medicul de Familie, Secolul XXI și influențele sale asupra psihicului uman, București, septembrie 2008 [prezentare ppt]

CURIS Cecilia, Managementul depresiei în medicina de familie – o abordare cognitiv – comportamentală, Conferința Națională de Medicină de Familie Prima Linie în Asistența Medicală, Brăila, octombrie 2008 [prezentare în format ppt]

CURIS Cecilia, Comunicarea veștilor rele – măsuri de traumaprevenție în medicină; Sexualitatea între modă și moralitate, Conferința Națională de Medicina Familiei, București martie 2009 [prezentare în format ppt]

CURIS Cecilia, Implicații psihomorale ale violului, Aspecte psihologice ale afectării relației de cuplu, IX th National Conference of Sexual Medicine with International Participation Brăila 5-7 th of April 2009 [prezentare în format ppt]

CURIS Cecilia, Conferința “Zilele medicale gălățene, “Afecțiunile psihosomatice în medicina de familie” 2012 [prezentare ppt].

CURIS Cecilia, Conferința “Zilele medicale gălățene”, Comunicarea vestilor rele în urgențele medico-chirurgicale – Particularități ale relației: medic-pacient-apartinători, 2014 [prezentare ppt].

CURIS Cecilia, Conferința - Ziua Mondială a Sănătății, Psihopatologia și psihoterapia pacientului cu obezitate și tulburări de alimentație – Anorexia nervoasă și bulimia, Galați 2015 [prezentare ppt]

CURIS Cecilia, Conferința Zilele medicale gălățene, Intervenții farmacologice vs. intervenții non-farmacologice la pacienții cu afecțiuni psihosomatice” – 2015 [prezentare ppt].

CURIS Cecilia, Conferința “Ziua Mondială a Sănătății” – “Elaborarea motivației pentru schimbare (Interviul motivațional) și aderența pacientului la regimul igieno-dietetic în afecțiunile metabolice, Galați 2016 [prezentare ppt]

CURIS Cecilia, Conferința Națională de Medicina Familiei cu participare internațională, Terapia centrată pe pacient (individualizată) în medicina primară, București, martie 2016 [prezentare ppt]

CURIS Cecilia, Conferința “Zilele medicale gălățene” ,Importanța studiilor mixte în cercetarea medicală. Particularizare – Relația terapeutică și acceptarea diagnostică în afecțiunile psihosomatice, 2016 [prezentare ppt]

CURIS Cecilia, Conferința “Ziua Mondială a Sănătății”, Măști ale depresiei - capcane de diagnostic în asistența medicală primară, aprilie 2017 [prezentare ppt]

CURIS Cecilia, 1st Eastern European Conference of Mental Health “In and Out of Your Mind”, 11-14 May 2017 Galati, The Importance of the Therapeutic Relationship in Diagnostic Acceptance in Patients With Psychosomatic Disorders [prezentare ppt]

CURIS Cecilia, Conferința Națională "Ziua Medicului de Familie – Competențe Esențiale in Practica Medicului de Familie”, Influența Relației Terapeutice in Acceptarea Diagnostică la Pacientii cu Afecțiuni Psihosomatice”, Brasov, 6-9 iulie 2017 [prezentare ppt].

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bullington J., The Expression of the Psychosomatic Body from a Phenomenological Perspective, Springer Briefs in Philosophy, Library of Congress Control Number:2013933017, 2013;
2. Murray A. M., Toussaint A., Althaus A., Löwe B., Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status, BioMed Central, The Open Access Publisher, DOI:10. 1186/2046-4053-2-99, published 8 November 2013;
3. Riahi F., Izadi-mazidi M., Khajeddin N., Nasirzadeh S., Shafieian F., Ammar H., Deilamani M., Investigation of Mental Health in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms, Iran J Psychiatry. 2016 January; 11(1): 24–29.healthcare4030056;
4. Antonovsky A., Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well; San Francisco, Jossey - Bass Publishers, 1987;
5. Alexander F., Medicina psihosomatica, Editura Trei, Colectia Psihologie, Psihoterapie, 2008;
6. Alexander F., Psychosomatic medicine. New York: Norton, 1950;
7. Flanders D.H., Mind and Body: psychosomatic medicine, Random House, 1966;

8. Aiarzaguena J. M., et. al, Somatization in primary care: experiences of primary care physicians involved in a training program and in a randomised controlled trials, BMC Family Practice, Published online, 2009 Nov 25;10-73;
9. Fassino S, Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality, Panminerva medica, 2010 Sep;52(3):249-264;
10. Andrews G., Creamer M., Crino R., si colab., Psihoterapia tulburarilor anxioase, ghid practic pentru terapeuti si pacienti, Editura Polirom, 2007, ISBN 978-973-46-0738—9, PAG 19-796;
11. Chaturvedi S.K., Desai G& Shaligram D, Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behaviour, International Review of Psychiatry, Pages 75-80 | Published online: 11 Jul 2009, Download citation <http://dx.doi.org/10.1080/09540260500467087>;
12. Mark Solms, The neuropsychology of dreams: A clinico-anatomical study, 1997;
13. Solms, Mark; Turnbull, Oliver; The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience. (2002). Neuroscience pp. 88-95;
14. Denollet J., DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality, Psychosom Med. 2005 Jan-Feb;67(1):89-97;
15. Mols F., Denollet J., Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems, BioMed Central, Health Qual Life Outcomes. 2010; 8:Published online 2010 Jan 23. doi: 10.1186/1477-7525-8-9;
16. Williams L., Wingate A., Type D personality, physical symptoms and subjective stress, Psychology and Health, Vol. 27, No. 9, 07.03.2012, p. 1075-1085;
17. Pedersen S., Denollet, J., Is Type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease, Current Cardiology Reviews, 2006, 6(2), 205-213;
18. Antonovsky A., "Health, Stress and Coping"; San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1979;
19. Zirke N, Schmid G, Mazurek B, Klapp B. F, Rauchfuss M, Antonovsky's sense of coherence in psychosomatics patients-a contribution to construct validation, GMS Psycho- Social –Medicine, Published online 2007 Apr 3, PMCID: PMC2736525;
20. Zipfel S, Herzog W, Kruse J, Henningsen P, Psychosomatic medicine in Germany: more timely than ever, Psychotherapy and Psychosomatics, Vol.85 No. 5, 2016, 262-269;
21. Fava G, Belaise C., Sonino N, Psychosomatic Medicine is a comprehensive field, not a Synonyme for Consultation Liaison Psychiatry, Current Psychiatry Report, Jun. 2010, 12(3): 215 – 21 doi: 10.1007/s 11920 – 010 – 0112 – z;
22. Antonovsky A., "Health, Stress and Coping"; San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1979;
23. Aisenstein M., Rappoport de Aisemberg e., Psychosomatics Today A Psychoanalytic Perspective, Edited Karnak Book Ltd, London 2010, International Psychoanalytical Association;
24. Allen F., Health Psychology: Theory and Practice, Allen&Unwin, 1998;

25. Goodheart C.D., Evidence – Based Psychotherapy: where practice and research meet – American Psychological Association, 2006;
26. Amiel CR, Fisher HM, Antoni MH, Concerns about Breast Cancer, Pain, and Fatigue in Non-Metastatic Breast Cancer Patients Undergoing Primary Treatment, *Healthcare (Basel)*. 2016 Aug 26;4(3). pii: E62. doi: 10.3390/healthcare4030062;
27. Burgeois M, *Ann Med Psychol (Paris)*, Health Psychology, Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry, 1994.Dec; 152(10): 674-82;
28. Nezu M A., Pamela A.G., Nezu M.C., *Handbook of Psychology, Health Psychology*, Wiley, 2003;
29. Christensen A.J, Martin R., Smith J.M, *Encyclopedia of Health Psychology*, Springer, 2004;
30. Levenson J.L., *Essentials of psychosomatic Medicine*, American Psychiatric Pub., 2007;
31. Rundell J.R., Netzel P.J., *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A Guide to Consultation – Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Pub, 2012;
32. Abitov R. I., Model of Psychological Disadaptation at Psychosomatic and Neurotic, Review of European Studies, vol. 7, No.1, 2015, DOI: <http://dx.doi.org/10.5539/res.v7n1p136>, ISSN 1918-7173 (Print) ISSN 1918-7181 (Online);
33. Looper K.J., Kirmayer L.J., *Somatoform Disorders*, Last Reviewed: 08 May 2015, Last Modified: 22 April 2013, DOI: 10.1093/OBO/9780199828340-0106;
34. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- 5)*, American Psychiatric Association, Fifth Edition 2013;
35. Demazeux S., Singy P., *The DSM-5 in Perspective, Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*, Springer Science + Business Media Dordrecht 2015, ISBN 978-94-017-9765-8 (eBook);
36. Porcelli P, N. Sonino, *Psychological Factors Affecting Medical Conditions, A New Classification for DSM – V*, S. Karger AG, Basel, 2007, ISBN 978-3-8055-8331-2;
37. Löwe B, Mundt C, Herzog W. si colab., Validity of current somatoform disorder diagnoses: perspectives for classification for DSM – V and ICD – 10, *Psychopathology*, 2008;41(1):4-9. Epub 2007 Oct 18;
38. Zeng F., Sun X., Yang B., Shen H., Liu L., The theoretical construction of a classification of clinical somatic symptoms in psychosomatic medicine theory, *PLoS One*, Published Aug 15, 2016, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.016122>;
39. Stephen J. Ferrando, James L. Levenson, James A. Owen, American Psychiatric Pub., 2010;
40. VandenBos, G. B. (Ed.). (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.