

# Profile sau profil de personalitate în boala psihosomatică?

## Profile or personality profile in psychosomatic disease?

Dr. SIMONA TRIFU

Catedra de Psihiatrie, Spitalul clinic „Prof. Dr. Alexandru Obregia”, UMF Carol Davila, București

### REZUMAT

În cercetarea de față am pornit de la ideea că **boala psihosomatică are o determinare multifactorială**, cu rădăcini etiopatogenetice variate ce includ supoziții ereditare și biochimice, alături de conotații de natură psihosocială, determinare ce poate fi explorată și depistată. Am căutat de asemenea să explicităm **dacă și când există mecanisme psihosociale care ar putea fi considerate ca trigger în declanșarea bolilor psihosomatice sau în declanșarea unui nou episod al unei boli deja știute.**

Articolul de față se centrează în primul rând pe confirmarea ipotezei moderne legate de faptul că **nu există diferențe semnificative în ceea ce privește profilul de personalitate al diferiților pacienți psihosomatici, ci este vorba de un profil comun al acestora, general valabil.**

**Cuvinte cheie:** psihosomatica, profil personalitate, invaliditate, test

### ABSTRACT

*I have started my research of the idea that **the psychosomatic disease has multiple causes**, with manifold ethiopathogenic roots which include genetic and biochemistry suppositions, together with psychosocial connotations. All these causes can be explored and discovered. We also tried to explain **when psychosocial mechanisms exist and if they can be considered a trigger cause determine psychosomatic diseases or a new episode of a already known illness.***

***This article emphasises on the modern hypothesis which pleads that there are not significant differences concerning the personality profile of different psychosomatic patients, and sustains a common profile of them, generally available.***

**Key words:** psychosomatics, peronality profile, invalidity, test

**D**epistarea structurii premorbide de personalitate, descrierea contextului psihosocial în care apare un prim sau un nou episod al bolii, precum și dinamica intrapsihică de la cauză la efect sunt realizate fără a considera aceasta un postulat care stabilește

un anumit tip de caracter, personalitate sau situație socială ce determină **boala psihosomatică.**

Studiul a fost efectuat pe un lot de 386 de pacienți, internați în Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, distribuiți în 10 categorii de boală, după

cum urmează: bolnavii hipertiroidieni (în număr de 42), bolnavii cu diabet zaharat (în număr de 33), bolnavii cu obezitate (în număr de 30), pacienți cu boli hepatice (în număr de 39), bolnavii ulcerosi (în număr de 35), pacienți cu astm bronșic (în număr de 30), pacienți cu boli cardiace (în număr de 46), bolnavi hipertensivi (în număr de 32), pacienți cu litiază și colică renală (în număr de 60), paciente cu boli ginecologice (în număr de 39).

Tip de tulburare

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	42	10,9	10,9	10,9
2,00	33	8,5	8,5	19,4
3,00	30	7,8	7,8	27,2
4,00	39	10,1	10,1	37,3
5,00	35	9,1	9,1	46,4
6,00	30	7,8	7,8	54,1
7,00	46	11,9	11,9	66,1
8,00	32	8,3	8,3	74,4
9,00	60	15,5	15,5	89,9
10,00	39	10,1	10,1	100,0
Total	386	100,0	100,0	

Urmărind să adâncim cunoașterea modului în care dimensiuni psihologice se manifestă în cadrul bolilor (psihosomatice, am fost nevoiți să ne orientăm cercetarea către o populație țintă alcătuită din persoane spitalizate.

Selectarea categoriilor de boli nu a fost întâmplătoare, ci pornind de la cele 15 condiții psihosomatice prezentate în manualul Kaplan și constrânși de o serie de factori situaționali (categoriile de persoane spitalizate cel mai frecvent pe perioada realizării cercetării), am alcătuit (așa cum reiese și din cele menționate anterior) loturi de subiecți cu respectivele diagnostice clinice.

Din cele 15 condiții psihosomatice prezentate în manualul Kaplan, am ales să alcătuiam loturi de subiecți cu următoarele diagnostice clinice, dată fiind experiența noastră legată de frecvența prezentării acestor cazuri în rețeaua de expertiză:

- tulburări metabolice și endocrine (cea mai frecventă fiind patologia tiroidiană și diabetul zaharat);
- boli cardio-vasculare (în principal anginele pectorale);
- hipertensiunea arterială (inclusiv pacienți cu sechele ale unor AVC-uri datorate unui puseu hipertensiv);
- obezitatea;
- ulcer peptic (sau gastrite, gastro-duodenite, sindroame dispeptice, stomac rezecat);
- astmul bronșic.

În afara acestor entități clinică, am mai dorit să includem în lot alte trei categorii de pacienți, cu care ne confruntăm frecvent și în raport cu care experiența noastră ne face să afirmăm că întâlnim chiar anumite tipologii psihologice specifice.

- patologie genitală (uter fibromatos, metroanexită, salpingectomie);
- patologia hepatică (hepatomegalii, hepatite cronice – multe de origine etanolică, ciroze hepatice, steatoze);
- patologia renală.

Criteriile de includere a respectivului pacient în lot au fost reprezentate cele postulate în DSM-IV-TR:

1. prezența unei asocieri strânse în timp între factorii psihologici și apariția (exacerbarea) condiției medicale generale sau întârzierea recuperării;
2. interferența acestor factori cu tratamentul;
3. faptul că acești factori psihosociali constituie riscuri de sănătate adițională pentru persoana respectivă;
4. răspunsurile fiziologice legate de stres precipită sau exacerbează simptomele bolii.

Toate aceste informații hotărâtoare pentru încadrarea pacientului în cercetarea erau disponibile în fișa sa clinică.

Vârsta pacienților investigați variază între 18 și 85 de ani, cu o preponderență a pacienților cu vârste cuprinse între 35 și 57 de ani (>50% din populația investigată).

În ceea ce privește repartitia pe sexe, 32,9% din populația investigată, respectiv 127 de pacienți, este de sex masculin și 67,1% din populația investigată, respectiv 259 de pacienți este de sex feminin.

Sexul pacientului

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	127	32,9	32,9	32,9
2,00	259	67,1	67,1	100,0
Total	386	100,0	100,0	

În ceea ce privește statutul marital al pacienților investigați, 49,9% dintre pacienți sunt necăsătoriți, 10,4% sunt căsătoriți, dar nu au copii, 13,7% sunt căsătoriți și au și copii, 11,4% sunt divorțați fără a avea copii, 12,2% sunt divorțați și au copii din căsnicie.

Statut marital

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	190	49,2	49,2	49,2
2,00	40	10,4	10,4	59,6
3,00	53	13,7	13,7	73,3
4,00	44	11,4	11,4	84,7
5,00	47	12,2	12,2	96,9
6,00	6	1,6	1,6	98,4
8,00	4	1,0	1,0	99,5
9,00	2	,5	,5	100,0
Total	386	100,0	100,0	

Majoritatea pacienților sunt pensionați pe caz de boală de cel puțin un an (99.7%), maximum-

ul de ani de pensionare pe caz de boală este de 31 și este întâlnit în cadrul bolnavilor cu afecțiuni hepatice.

91 de pacienți, respectiv 23,6% dintre pacienții investigați au fost diagnosticați cu tulburare de personalitate, 14,2% dintre pacienți au un diagnostic psihiatric adiacent, 25,5% au un QI scăzut și 31,6% prezintă anumite dizabilități.

În 85,5% dintre cazuri familia este prezentă, 51% dintre aceștia au avut o bună adaptare premorbidă și 40,4% dintre pacienți au o rețea de suport social.

În ceea ce privește factorul socio-economic, 51,3% dintre pacienți au venituri scăzute, 93% dintre aceștia au suferit o deteriorare funcțională față de cel mai înalt nivel de funcționare atins, 75% dintre pacienți au schimbat cel puțin 2 locuri de muncă și în 36,8% dintre cazuri a avut loc o prăbușire a calității vieții și doar 45,6% dintre pacienți au o atitudine pozitivă față de muncă.

După cum se poate observa din datele de mai sus, majoritatea pacienților investigați sunt inactivi în câmpul muncii, mai mult de jumătate nu au o bună rețea de suport social, toți au fost expertizați și au primit grad de invaliditate și majoritatea au suferit deteriorări funcționale și scăderea veniturilor, ceea ce conturează un tablou de risc în sfera recuperării și reinsertiei lor profesionale.

Așadar, pacienții selectați sunt pacienți care prezintă un potențial risc nu numai în sfera dezadaptării și dificultăților de integrare, dar și un potențial risc de a dezvolta depresia, tocmai datorită pierderii rolurilor active și a suportului social. Tocmai asupra acestei categorii de pacienți am vrut să ne oprim, pe de o parte pentru a contura un profil psihologic mai acurat al lor, iar pe de altă parte pentru a vedea care sunt factorii care își pun amprenta asupra lor și direcția în care acești factori acționează, pentru a putea organiza un proces de recuperare și reinsertie adecvat caracteristicilor, condițiilor și nevoilor acestora..

**Prima ipoteză** a fost aceea de a se vedea dacă există diferențe semnificative în ceea ce privește rezultatele obținute la cele patru instrumente psihodiagnostice selectate (Coeficientul scalei de stres, Szondi, CAQ și DSQ) de către pacienți în funcție de tipul de afecțiune psihosomatică a fost utilizat testul one-way ANOVA. Acest test pune în evidență semnificația diferențelor dintre mediile variabilei dependente (în cazul nostru rezultatele la cele trei instrumente). În mare este un Test T repetat, însă, dacă s-ar fi utilizat acest test, s-ar fi cumulat mult prea multă eroare de tip I, ceea ce ar putea crește posibilitatea respingerii ipotezei de nul pe baza unui rezultat întâmplător pozitiv. One-way ANOVA reduce posibilitatea acumulării unei astfel de erori.

În urma aplicării analizei univariate ANOVA asupra rezultatelor obținute ca urmare a aplicării a patru instrumente psihodiagnostice: Coeficientul scalei de stres, Szondi, CAQ și DSQ, de către 385 de bolnavi psihosomatici ce fac parte din 10 categorii de boală, s-au obținut următoarele:

- rezultatele ANOVA aplicate pe **coeficientul scalei de stres Holmes și Rahe** de către pacienții grupați în zece categorii de boală ( $F(9,385) = 0,479$ ,  $p = 0,888$ ;  $\zeta^2 = 0,12$ ) indică faptul că nu există nicio diferență semnificativă la acest coeficient în funcție de categoria de boală psihosomatică. A fost, de asemenea, aplicată o analiză post-hoc Bonferoni, însă și aceasta a relevat absența unei diferențe semnificative la coeficientul scalei de stres pe cele zece categorii de boală.

În ceea ce privește testul Szondi:

- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul Szondi S h nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,235$ ,  $p = 0,989$ ;  $\zeta^2 = 0,0205$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul Szondi S s nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,087$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,083$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul Szondi P e nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,069$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,046$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul Szondi P hy nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,028$ ;  $p = 0,989$ ;  $\zeta^2 = 0,039$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul Szondi SCH k nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,041$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,069$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul Szondi SCH p nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,107$ ,  $p = 0,999$ ;  $\zeta^2 = 0,141$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;

- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul Szondi C d nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,034$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,032$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul Szondi C m nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,039$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,067$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;

În ceea ce privește chestionarul CAQ:

- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ căldură afectivă nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 1,262$ ,  $p = 0,993$ ;  $\zeta^2 = 0,067$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ stabilitate emoțională nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,135$ ,  $p = 0,999$ ;  $\zeta^2 = 0,164$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ dominanță nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,111$ ,  $p = 0,999$ ;  $\zeta^2 = 0,591$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ impulsivitate nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,088$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,587$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ conformism nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,169$ ,  $p = 0,997$ ;  $\zeta^2 = 0,609$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ sensitivitate nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,179$ ,  $p = 0,996$ ;  $\zeta^2 = 0,730$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ perspicacitate nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,188$ ,  $p = 0,995$ ;  $\zeta^2 = 0,340$ ).

Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;

- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ insecuritate nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,188$ ,  $p = 0,995$ ;  $\zeta^2 = 0,864$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ radicalism nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,072$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,293$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ autosuficiență nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,034$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,105$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ tensiune nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,081$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,187$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ depresie anxioasă nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,075$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,455$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ depresie cu energie scăzută nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,010$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,040$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ vină și resentiment nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,053$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,177$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la factorul CAQ plictiseală și retragere nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,022$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,073$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;

În ceea ce privește chestionarul stilurilor defensive, DSQ:

- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ

activism nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 1,428$ ,  $p = 0,174$ ;  $\zeta^2 = 116,82$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;

- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ afiliere nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,129$ ,  $p = 0,999$ ;  $\zeta^2 = 1,540$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ anulare retroactivă nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,107$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 2,761$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ consum impulsiv nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,052$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 1,828$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ clivaj nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,105$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 3,389$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ denegare nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,024$   $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 1,829$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ formațiune reacțională nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,027$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 3,024$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ omnipotență nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,036$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,909$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ

orientare spre sarcină nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,061$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,430$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;

- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ refugiu în reverie nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,100$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,481$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ refulare nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,043$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,280$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ regresie nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,061$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,514$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ retragere apatică nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,061$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 1,544$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ somatizare nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,058$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 0,432$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ umor nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,086$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 1,344$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la stilul defensiv DSQ comportament maladadaptativ nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,041$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 207,189$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la stilul defensiv DSQ imagine

de sine distorsionată nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,064$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 18,102$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;

- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la stilul defensiv DSQ autosacrificiu nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,048$ ;  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 4,136$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;
- rezultatele ANOVA indică faptul că rezultatele la mecanismul defensiv DSQ adaptare la realitate nu diferă semnificativ în funcție de categoria de boală psihosomatică ( $F(9,385) = 0,095$ ,  $p = 1,000$ ;  $\zeta^2 = 13,088$ ). Analiza post-hoc Bonferoni a confirmat acest lucru;

Așadar, sintetizând, putem afirma că rezultatele ANOVA la fiecare dintre cele patru instrumente psihodiagnostice selectate (Coeficientul scalei de stres Holmes și Rahe, Szondi, CAQ și DSQ) nu diferă semnificativ în funcție de tipul de afecțiune psihosomatică de care suferă pacientul ( $F(9, 385)$  a avut valori între 0,022 și 1,428, sub nivelul de semnificație,  $p$  a avut valori 0,174 și 1,000).

Aceasta înseamnă că nu există diferențe semnificative la nivelul celor trei instrumente psihodiagnostice selectate în funcție de tipul de afecțiune psihosomatică..

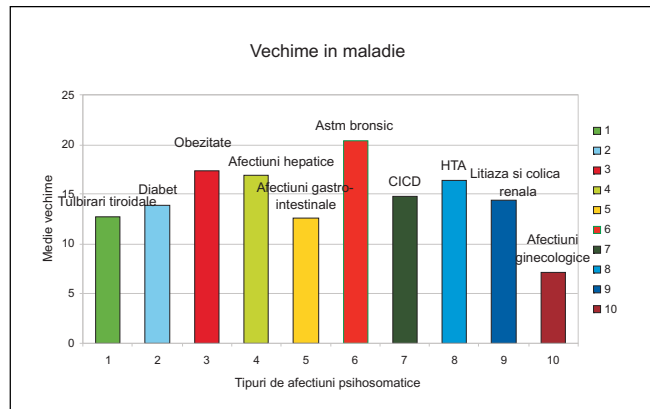
Concluzionând, putem afirma că **ipoteza** se confirmă: "Nu există diferențe semnificative între rezultatele obținute de subiecți la scalele CAQ, DSQ și Szondi selectate în funcție de tipul de afecțiune psihosomatică."

În consecință, putem afirma că **există un profil comun al bolnavului psihosomatic și nu profile diferențiate în funcție de maladie, respectiv că nu există diferențe semnificative între rezultatele obținute la fiecare dintre cele patru instrumente diagnostice utilizate în funcție de cele 10 categorii de boală.**

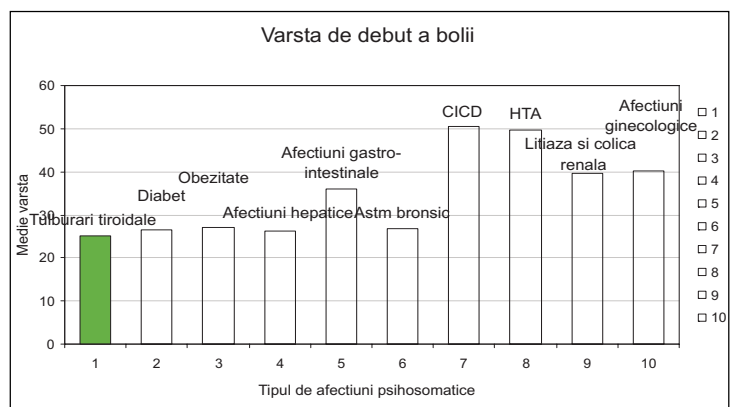
**Legat de vechimea în boală a acestor pacienți**, după cum reiese din grafic, cei cu cea mai mare vechime în maladie sunt cei cu astm bronșic, urmați de cei cu obezitate, cei cu afecțiuni hepatice și de cei cu HTA.

În urma aplicării analizei univariante ANOVA asupra vechimii în maladie 385 de bolnavi psihosomatici ce fac parte din 10 categorii de boală, s-au obținut următoarele rezultate

- vechimea în maladie diferă semnificativ de la o categorie de boală la alta: ( $F(9; 385) = 9.540$  este mai mare decât  $F$  critic, nivelul de semnificație,  $p = 0,000$ ).



Aceasta înseamnă că există diferențe semnificative în ceea ce privește vechimea în maladie la cele 10 categorii de boală.



După cum reiese din acest grafic, afecțiunile cu vârsta cea mai mică de debut sunt cele tiroidale, cele hepatice și cele astmatice. La polul opus se află maladiile cardiace, CIDC și HTA, cu o vârstă de debut apropiată de 50 de ani.

În urma aplicării analizei univariante ANOVA asupra vârstei de debut a bolii pentru 385 de bolnavi psihosomatici ce fac parte din 10 categorii de boală, s-au obținut următoarele rezultate

- vârsta de debut a bolii diferă semnificativ de la o categorie de boală la alta: ( $F(9; 385) = 5.351$  este mai mare decât  $F$  critic, nivelul de semnificație,  $p = 0,000$ ).

Aceasta înseamnă că există diferențe semnificative în ceea ce privește vârsta de debut a bolii la cele 10 categorii de boală.

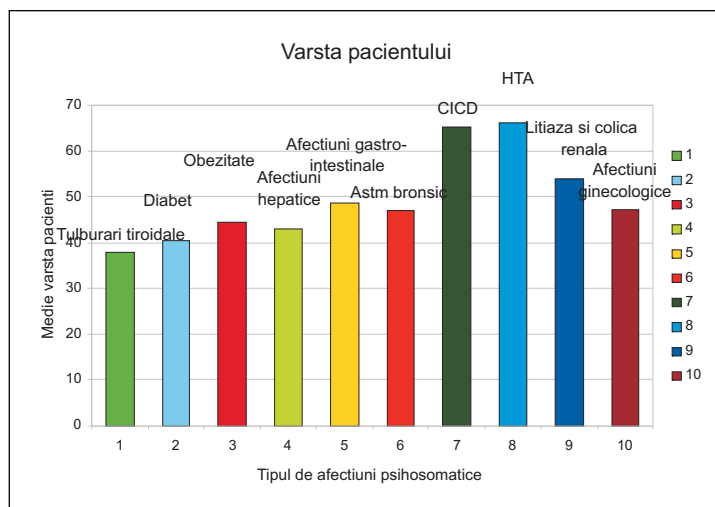
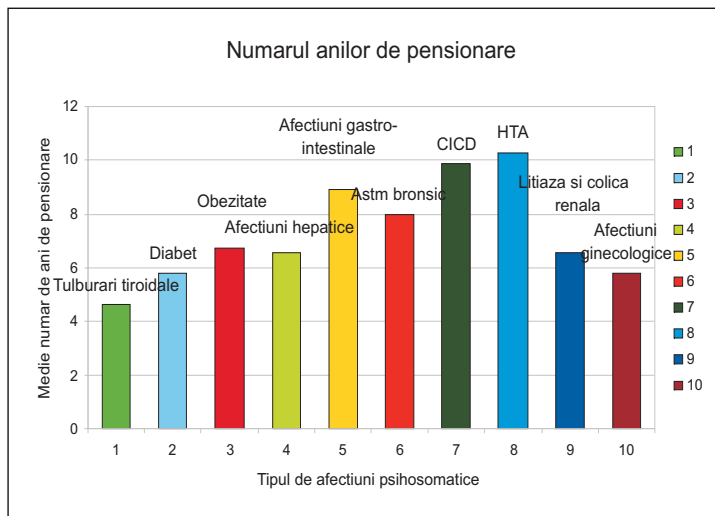
După cum reiese din graficul de mai jos, pacienții cu cei mai mulți ani de pensionare sunt cei cu HTA, CIDC, afecțiuni gastro-intestinale și cu astm bronșic.

În urma aplicării analizei univariante ANOVA asupra numărului anilor de pensionare pentru 385 de bolnavi psihosomatici ce fac parte din 10 categorii de boală, s-au obținut următoarele rezultate

- numărul anilor de pensionare diferă semnificativ de la o categorie de boală la

alta:  $(F(9; 385) = 60.653)$  este mai mare decât  $F$  critic, nivelul de semnificație,  $p = 0,000$ .

Aceasta înseamnă că există diferențe semnificative în ceea ce privește numărul anilor de pensionare la cele 10 categorii de boală.



După cum reiese din acest grafic, pacienții cu cea mai înaintată vârstă sunt cei cu **CICD** și cei cu **litiază și colică renală**. La polul opus se află cei cu **afecțiuni tiroidale**, cei cu **diabet** și cei cu **afecțiuni hepatice**.

În urma aplicării analizei univariate ANOVA asupra vârstei a 385 de bolnavi psihosomatici ce fac parte din 10 categorii de boală, s-au obținut următoarele rezultate

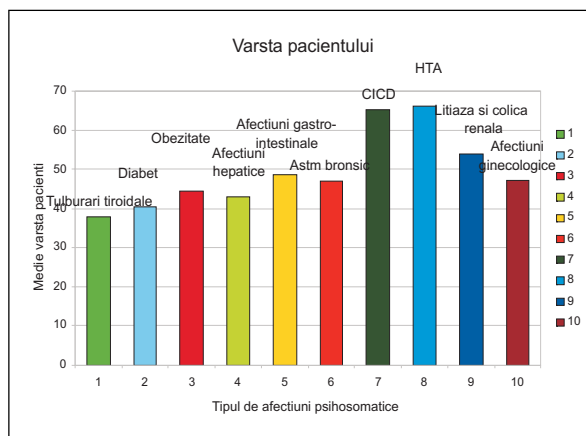
- vârsta pacienților diferă semnificativ de la o categorie de boală la alta:  $(F(9; 385) = 38.165)$  este mai mare decât  $F$  critic, nivelul de semnificație,  $p = 0,000$ .

Aceasta înseamnă că există diferențe semnificative în ceea ce privește vârsta pacientului la cele 10 categorii de boală.

Concluzionând, putem afirma că **se confirmă ipoteza**: „Presupunem că atât vârsta pacientului,

cât și vârsta de debut a bolii, vechimea în maladie și numărul anilor de pensionare vor diferi semnificativ de la o categorie de maladie la alta.”

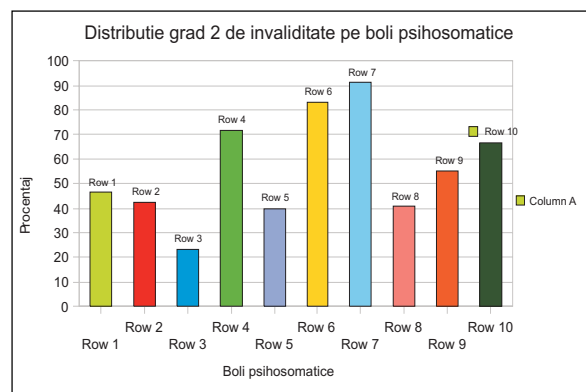
În ceea ce privește distribuția gradelor de invaliditate la nivelul celor 10 categorii de boli psihosomatice selectate, se poate observa că majoritatea pacienților diagnosticați cu **CICD** au fost încadrați în gradul 2 de invaliditate (respectiv 91,3% dintre aceștia), la fel și pacienții cu **astm bronșic** (83,3% dintre aceștia), urmați de pacienții cu **afecțiuni hepatice** (71,8% dintre aceștia) și de pacienții cu **afecțiuni ginecologice** (66,7% dintre aceștia). La nivelul populației analizate există o concordanță de 96,4% între gradul de invaliditate de la internare și cel de la externare, ceea ce înseamnă, pe de o parte, că în majoritatea cazurilor expertizarea s-a realizat, iar pe de altă parte că nu s-au produs modificări semnificative în starea pacientului care să determine modificarea categoriei de invaliditate.



În ceea ce privește gradul 3 de invaliditate, 76,7% dintre pacienții cu **obezitate** reintră aici, 60% dintre pacienții cu **afecțiuni gastro-intestinale**, 59,4% dintre pacienții cu **HTA** și 57,6% dintre pacienții cu **diabet**.

Concordanta gradului de invaliditate internare/externare

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	372	96,4	96,4	96,4
	14	3,6	3,6	100,0
Total	386	100,0	100,0	



Așadar putem afirma în ceea ce privește lotul de pacienți investigat, că obezitatea și afecțiunile gastro-intestinale sunt mai puțin invalidante comparativ cu CI CD, astmul bronșic, afecțiunile hepatice și cele ginecologice.

Un rol aparte revine semnalării caracteristicilor psihice individuale și a situațiilor potențiale ce

favorizează **menținerea în invaliditate a bolnavului pensionat medical**, deoarece presupunem că aceasta este **consecința unui dezechilibru între factorii de risc și factorii compensatori**. □

## BIBLIOGRAFIE

1. \*\*\* - "DSM - IV- Manual de Diagnostic și Statistica a Tulburărilor Mentale", Ediția a-IV-a, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din Romania, București, 2003
2. \*\*\* - "Inventare multifazice de personalitate", Institutul de Științe ale Educației, București 1991
3. **Akiskal, Hagop S., Rosenthal RH** - "Differentiation of primary affective illness from situations, symptomatic and secondary depression", Arch.Gen.Psychiatry, 1979
4. **Aspinwall LG & Taylor SE** - "A stitch in time: Self-regulation and proactive coping", Psychological Bulletin, 121, 1997
5. **Bandura A** - "Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism", in R. Schwartz (Ed.), Self-efficacy: Thought control of action, Washington, DC, Hemisphere, 1992
6. **Block Richard A** - "Experiencing and Remembering Time: Affordances, Context, and Cognition" in Levin I., Zakay D., (eds.), TIME and human cognition: a life-span perspective, North-Holland: Amsterdam; New York; Oxford, 1989
7. **Cain, Jacques** - "Psihanaliza și psihosomatica", Ed. Trei, București, 1998
8. **Ciuvica, Maria-Magdalena, Georgescu Aglae** - "Expertiza medicala și recuperarea capacității de muncă în afecțiunile cardiovasculare", Ed. National, București, 2003
9. **Ciuvica, Maria-Magdalena, Gherman, Despina** - "Explorări funcționale în expertiza medicală a capacității de muncă", Ed. National, București, 2005
10. **Cucu Ion C** - "Medicina psihosomatică", Ed. Litera, București, 1981
11. **Eitzen, Stanley D, Baca, Zinn M, Bartons** - "Social problems", Ed. A 5-a, 1988
12. **Enachescu, Constantin** - "Tratat de igiena mintală", Ed. Didactica și Pedagogica, R. A., București, 1996
13. **Enachescu, Constantin** - "Tratat de psihopatologie", Ed. Tehnica, București, 2000
14. **Enachescu, Constantin** - "Tratat de psihanaliză și psihoterapie", Ed. Polirom, București, 2003
15. **Eysenck, Hans** - "Biological dimension of personality", Ed. In L.A. Pervin, 1990, Handbook of Personality: theory and research, New York, The Guilford Press
16. **Fenichel O** - "The Psychoanalytic Theory of Neurosis", Ed. Norton, New Cork, 1945
17. **Folkman S** - "Personal control, stress, and coping processes: A theoretical analysis", Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1984
18. **Folkman S** - "Positive psychological states and coping with severe stress", Social Science & Medicine, 45, 1997
19. **Folkman S, Lazarus, RS** - "The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research", Social Science Medicine, 26, 1988
20. **Gherasim Leonida** - "Medicina internă", Ed. Medicală, București
21. **Guyotat Jacques și colab** - "Aspects psychosomatiques du diabete", E.M.C., Psychiatrie, 1966
22. **Hancu Nicolae Dragos, Veresiu Ioan** - "Diabetul zaharat, nutriția, bolile metabolice", Ed. National, București, 1999
23. **Hannagan Tim** - "Mastering Statistics" - 3rd edition, Ed. Macmillan Education, 1997
24. **Harison Wein** - "Stress and disease - new perspectives", The NIH Word of Health, 2000
25. **Iamandescu Bratu Ioan** - „Stresul psihic și bolile interne”, Ed. All, București, 1993
26. **Iamandescu Bratu Ioan** - "Elemente de psihosomatică generală și aplicată", Ed. Infomedica, 1999
27. **Iliescu Ion** - "Tratat de clinică și patologie medicală", vol. III, Ed. Didactica și Pedagogica, București, 1994
28. **Ionescu George** - "Psihosomatică", Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1975
29. **Ionescu, George** - "Tratat de psihologie medicală și psihoterapie", Ed. Asklepios, București, 1995
30. **Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA** - "Manual de buzunar de psihiatrie clinic", Ed. Medicală, 2001
31. **Krug SE** - „Clinical Analysis Questionnaire Manual", Institute for Personality and Ability Testing, Inc., Champaign, Illinois, 1997
32. **Loevinger J** - "Paradigms of Personality", W.H. Freeman and Company, San Francisco, 1987
33. **Mason Craig, Chapman Derek, Scott Keith** - "The identification of early risk factors for severe emotional disturbances and emotional handicap - an epidemiological approach", American Journal of Community Psychology, USA, 1999
34. **Mihaescu Vlad** - "Psihosomatica și psihoterapie", Ed. Polirom, Iași, 1995
35. **Miller-Burke Jude, Atridge, Mark, Fass Peter** - "Impact of traumatic events and organizational response", Journal of Occupational and Environmental Medicine, USA, 1999
36. **Minulescu Mihaela** - „Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică”, Garell Publishing House, București, 1996
37. **Plozza Luban, Poldinger Walter, Kroger Fred** - "Bolile psihosomatice în practica medicală", Ed. Medicală, București, 2000
38. **Popa Marian** - "Statistica pentru psihologie. Teorie și aplicații SPSS", Ed. Polirom, Iași, 2008
39. **Rapaport David** - "Diagnostic Psychological Testing", Ed. International Universities Press, NY, 1968
40. **Rascanu Ruxandra** - "Introducere în psihodiagnoza clinică", Partea I, Ed. Universității din București, 2004
41. **Ratiu Adina** - "Potentialul invalidant și posibilitățile recuperatorii în tulburările de stress", teza de doctorat, 2008
42. **Silion Ion, Cordoneanu Cristina** - Bazele medicinei muncii-teorie și practică, ediția a-III-a, Ed. Pim, Iași, 2003
43. **Sirjita, Nicolae și colab** - "Elemente de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă" - Ed. Tiparg, București, 2004
44. **Sirjita Nicolae** - "Principii și modele în elaborarea diagnosticului funcțional și stabilirea capacității adaptative și de evaluare a capacității de muncă", Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, București, 2000
45. **Valeanu Vasile, Daniel Constantin** - "Psihosomatica feminină", Ed. Medicală, București, 1977
46. **Vlad Tiberiu, Vlad Cristian** - "Psihologia și psihopatologia comportamentului", Ed. Militară, București, 1978