

**IOSUD - UNIVERSITATEA „DUNĂREA DE JOS” GALAȚI
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ȘTIINȚE BIOMEDICALE**



**REZUMAT
TEZĂ DE DOCTORAT**

**Impactul tulburărilor psihologice la pacientul cu patologie
polimorfă și implicațiile asupra duratei medii de spitalizare**

**Doctorand:
ALINA-MARIA LESCAI (HÎNCU)**

**Conducător de doctorat :
PROF. UNIV. HABIL. DR. AURELIA ROMILA**

**SERIA M: MEDICINA NR. 3
GALAȚI 2024**

**IOSUD - UNIVERSITATEA „DUNĂREA DE JOS” GALAȚI
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ȘTIINȚE BIOMEDICALE**



**REZUMAT
TEZĂ DE DOCTORAT**

Impactul tulburărilor psihologice la pacientul cu patologie polimorfă și implicațiile asupra duratei medii de spitalizare

**Doctorand:
ALINA-MARIA LESCAI (HÎNCU)**

Președinte

- Prof. Univ. Dr. Nechita Aurel, Universitatea „Dunărea de Jos” Galați

Conducător științific

- Prof. Univ. Habil. Dr. Romila Aurelia, Universitatea „Dunărea de Jos” Galați

Referenți științifici

- Prof. Univ. Dr. Covic Adrian Constantin, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa ” Iași
- Prof. Univ. Habil. Dr. Arghir Oana Cristina, Universitatea „Ovidius” Constanța
- Prof. Univ. Dr. Tutunaru Dana, Universitatea „Dunărea de Jos” Galați

SERIA M NR. 3

GALAȚI 2024

CUPRINS

Cuvânt înainte.....	5
Introducere	9
Notații și abrevieri	10
Listă figuri	11
Listă tabele	14
PARTEA I	20
Capitolul I. EVOLUȚIA MEDICINEI PSIHOSOMATICE.....	20
1.1. Istoria medicinei psihosomatice.....	20
Capitolul II. MEDICINA BIO-PSIHO-SOCIALĂ, LIANTUL PSYCHE-SOMA	24
2.1. Psihosomatica.....	24
2.1.1. Ce este psihosomatica?	24
2.1.2. Psihosomatica personalității în realizarea anamnezei	28
2.1.3. Adicțiile și convingerile limitative-patologii sau slăbiciuni, normalitatea secolului XXI..	33
2.2. Neuropsihologia	38
2.2.1. Neuropsihologia-definiții și concepte	38
2.2.2. Concepte de normalitate în starea de sănătate somatică și psihică	41
2.2.3. Medicina comportamentală.....	45
2.2.4. Psihologia socială, parte integrativă a medicinei bio-psiho-sociale.....	49
2.2.5. Terapiile cognitiv-comportamentale.....	52
Capitolul III. PSIHOSOMATICA SECOLULUI XXI.....	55
3.1. Actualități în medicina psiho-somatică	55
II. PARTEA SPECIALĂ	61
Capitolul IV. IMPORTANȚA PSIHOSOMATICII ÎN MEDICINA CLINICĂ.....	61
4.1. Motivația alegerii temei	61
4.2. Metodologia generală a cercetării	62
4.3. Scopul și obiectivele cercetării	65
4.4. Metode statistice utilizate în analiza datelor	66
4.5. Descrierea loturilor de cercetare – Statistică descriptivă generală	67
CAPITOLUL V. PARTICULARITĂȚILE PACIENTULUI PSIHOSOMATIC	83
5.1. Tulburările psihosomatice ale pacientului cu adicții	83
5.2. Mecanismele de adaptabilitate la mediu ale pacientului diabetic	128
5.3. Depresia pacientului internat cu patologie polimorfă	153
5.4. Anxietatea pacientului ajuns în camera de primiri urgențe	158

5.5. Tulburările anxioase ale pacientului post infecție SARS COV2.....	167
5.6. Tulburările psihosomatice în traumă și politraumă	170
Distres după politraumă	171
Dezvoltarea post-traumatică a pacientului politraumatizat	173
Ursul alb al pacientului politraumatizat	176
5.7. Tulburările psihosomatice-distresul afectiv în afectarea cardio-vasculară.....	179
5.8. Corelații între diagnosticele la externare F40-F48 și durata medie de spitalizare din datele informatice ale unității sanitare	182
Capitolul VI	224
6.1. Concluzii.....	224
Capitolul VII	226
7.1. Contribuții.....	226
7.2. Chestionar de afectare psihosomatică - INSTRUMENT PROPUS.....	227
7.3. Perspective	230
Bibliografie	232

Introducere

„La început a fost cuvântul, și cuvântul era cu Dumnezeu, și cuvântul era Dumnezeu.”

Ioan 1:1-14

Ceea ce ne face oameni este cuvântul. Limbajul ne definește ca oameni. Cuvântul este poarta către suflet, este oglinda simțirii, este dovada evoluției. Prin cuvânt, omul se apropie de divinitate. Cuvântul este rugăciune și blestem, verbalizarea este dorința umană pură încă de la naștere.

La baza anamnezei este cuvântul. Dialogul creează legătura între medic și pacient, întrebările pertinente stabilesc un diagnostic de etapă foarte aproape de certitudine.

Prezenta lucrare a pornit de la observațiile culese în timpul anamnezei efectuate pacientului în camera de primiri urgențe, ca medic de medicina internă. În numeroase cazuri, deși analizele preliminare și examinările paraclinice nu aduceau la lumină nici un diagnostic de urgență care să justifice starea pacientului, anamnestic acesta declara mari suferințe. La momentul consultului, în ciuda testelor paraclinice în limite normale, pacientul acuza suferințe reale, stare generala alterată.

Ann Scot ne atrage atenția asupra importanței pe care pacientul o acordă propriei sale boli. Medicul trebuie să detecteze acest aspect în primele minute de contact cu pacientul, să înțeleagă și el și pacientul că anumite tulburări nu pot fi vindecate, în ciuda faptului că ar putea exista o modificare a simptomatologiei. În privința actului medical, atât pacientul cât și medicul trăiesc o experiență subiectivă. Intimitatea psihologică și fizică profundă care se instituie între medic și bolnav face din actul medical o artă.

Despre importanța acestei legături vorbește mișcarea internațională Balint, foarte puțin cunoscută în România, însă foarte uzitată în Europa și America. Michael Balint (1896-1970) spunea *„Într-o lume a codificărilor spre transformarea fiecărui act medical în venit, să reflectăm la deblocarea codului bunăvoinței, al empatiei, al iubirii, din mintea noastră, spre alinarea sufletului aproapelui.”*

Societatea Balint, fondată în 1969 în Marea Britanie, este o organizație medicală de sprijin între clinicieni, de combatere a fenomenului de burn-out profesional, de colaborare în vederea înțelegerii importanței emoției în fenomenul de vindecare și potențialului terapeutic generat de relația medic-pacient. Într-un cadru restrâns, de aproximativ zece clinicieni, se discută cazurile clinice în vederea unei abordări cât mai benefice pacientului. Grupul este gestionat de doi leader-i care ajută la nivel de prezentare, întrebare și răspuns. Beneficiile majore sunt crearea unui loc sigur de discuție, empatie profesională, combaterea fenomenului de burn-out, înțelegerea aspectelor emoționale generate și integrate în actul medical.

Plecând de la aspectele sesizate în relația cu pacientul, de la întrebarea „de ce unii pacienți sunt mai complianți la tratament și la actul medical decât alții cu aceeași patologie?”, de la observarea directă a relațiilor medic-pacient și rezultatelor atât de diferite, a fost concepută cercetarea de față. Dorința cu care am plecat pe acest drum a fost aceea de a îmbunătăți actul medical, de a corela costurile aferente spitalizării cu necesitatea reală, de a demonstra încă o dată necesitatea colaborării între medic și psiholog clinician, de a demonstra că durata de spitalizare este strâns legată de prezența sau absența unor tulburări somatoforme/psihosomatice, cu implicații majore asupra costurilor aferente.

Notații și abrevieri

ABSs – Scala de atitudini și convingeri forma scurtă
ADHD – Tulburare de hiperactivitate și deficit de atenție
ADO – Antidiabetice orale
AMDP – Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - Manual de evaluare și documentare a psihopatologiei în psihiatrie
AVC - Accident vascular cerebral
BF – Biofeedback
BPOC – Boală pulmonară cronică obstructivă
DMS – durată medie de spitalizare

DOI – Digital object identifier
DSM V – Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale V
DSM-IV-TR – Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale IV
DZ - Diabet zaharat
EKG – Electrocardiogramă
F45 – Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme
HRSD – Scala de depresie Hamilton
HTA - Hipertensiune arterială
HTAE – Hipertensiunea arterială esențială
ICD 10 – Clasificarea statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate conexe
IMA – Infarct miocardic acut
MBPS - Medicină bio-psiho-socială
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
PDA – Profilul distresului afectiv
PTSD – Stres post-traumatic
S.C.J.U. Galați – Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Apostol Andrei Galați
SEC – Sistemului de Evaluare Clinică
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SRGS – Scala dezvoltării post-traumatice
SS – Scala stimă de sine
TCC - Terapii cognitiv-comportamentale
UPU – Unitate de primiri urgențe
USAQ – Chestionarul de acceptare necondiționată a propriei persoane
VD – Variabila dependentă
VI – Variabila independentă
WBSI – White Bear Suppression Inventory - Inventarul de suprimare a ursului alb

PARTEA I

Capitolul I. EVOLUȚIA MEDICINEI PSIHOSOMATICE

Peter Shoenberg, în cartea sa Psihosomatica (Shoenberg, 2017), rezuma cele trei teorii ale cauzelor bolilor anterioare civilizațiilor greco-romane:

- Teoria cauzei mistice unde boala era cauzată de un act de încălcare a unei reguli.
- Teoria cauzei animiste ce considera că boala este generată de o forță supranaturală.
- Teoria magică care considera că boala este cauzată de o vrăjitoare.(Porter, 1997).

[1]

Medicina greco-romană, prima bazată pe o evaluare somatică, debutează cu textele lui Hipocrate (400-500 î.Hr.) care afirma ca „oamenii consideră de natură și cauză divină o boală, din ignoranță și uluire, și continuă să susțină această idee doar din cauza incapacității lor de a o înțelege.” Hipocrate este cel care susține teoria celor patru umori al căror echilibru se face responsabil de starea de sănătate. Teoria celor patru continuă cu catalogarea pe cele 4 decade de viață-copilărie, tinerețe, maturitate, bătrânețe și apoi cu cele patru elemente pământ, foc, aer, apă culminând cu alocarea a patru tipologii temperamentale: coleric, sangvin, melancolic, flegmatic (Porter, 1997). Tot Hipocrate este primul care susține că emoția, sentimentul, tipologia temperamentală va duce la apariția unei anumite boli, cu afectarea unui anumit tip de organ.

Secolele XVIII-XIX au schimbat complet cursul istoriei medicale. Pornind de la idei fantasmagorice unde sănătatea și boala au fost atribuite forțelor supreme exterioare, apoi vrăjitoriei, apoi strict emoțiilor, se ajunge în punctul în care se renunță complet la psihic, emoție, sentiment.....limitându-se medicina la organ și corpul fizic. Medicina secolului XIX, în Franța, centrul internațional la acea vreme (Schneider, 1964) al acestei specializări, ajunge să aplice anamneza.

În secolul XIX apare în Anglia conceptul medicinei de familie, respectiv medicina socială. (Shoenberg, 2017). La acea vreme, medicii au fost împărțiți în chirurghi, clinicieni și farmaciști. Farmaciștii (spiterii) de la acea vreme, au reușit în perioada 1815-1834 să câștige competență în a acorda atât sfaturi medicale cât și medicamente, fiind considerați părinții medicilor de familie de astăzi.

Privind lucrurile dintr-o perspectivă mai simplistă, istoria psihosomaticii poate fi catalogată în trei părți distincte: etapa culturală, etapa preștiințifică și etapa științifică. (Enachescu C. E., 2008)

Ca urmare, termenul de *psihosomatic* este pentru prima dată utilizat de Johan Heinroth, profesor de psihiatrie la Universitatea din Leipzig. Acesta era doar un reprezentant al colegilor de breaslă, mulți medici observând deja la acea vreme, că nu puteau vindeca orice boală, că omul este mai mult decât anatomie, că mediul social și emoția au un impact major asupra vindecării sau ameliorării unei patologii identice la doi indivizi diferiți. În 1818, Heinroth a utilizat termenul în tendința să de a descrie cauzele tulburărilor hipnice. Abia o sută de ani mai târziu, în 1922, Felix Deutsch introduce termenul de *medicina psihosomatică*. (Lipsitt, 2001). Tonul lui Coleridge descrie supărarea unor medici de la acea vreme, pe colegii lor foarte orientați spre anatomie și fiziologie: "își imaginează că întregul sistem nu este altceva decât corp și măruntaie" (Nemiah, 1987)

Capitolul II. MEDICINA BIO-PSIHO-SOCIALĂ, LIANTUL PSYCHE-SOMA

Ce este boala psihosomatică? Este boala care afectează atât sfera psihică cât și pe cea somatică. (Enachescu C. E., 2008) în acest sens, o patologie trebuie să întrunească anumite criterii: suferința provocată de emoție, factori de risc în legătură cu sexul persoanei, un anumit tip de personalitate cu mecanisme de coping slabe, antecedente personale și heredocolaterale de afecțiuni psihosomatice, evoluție periodică sau sezonieră a bolii. Astfel, persoana în cauză va experimenta boala fie prin absența suferinței somatice demonstrate paraclinic, fie prin prezența ei. Tulburarea de tip *organic lezional* poate fi demonstrată sau nu, acesta nefiind un factor obligatoriu în definiția bolii psihosomatice. O structură nevrotică latentă (Enachescu C. E., 2008) poate duce la un aspect somatic al fenomenelor psihice, dar și invers, la un aspect psihic al fenomenului somatic. Altfel spus, pentru o anumită persoană, o patologie organică poate declanșa tulburări emoționale, în timp ce o alta, cu mecanisme de adaptabilitate mai solide, poate să nu dezvolte acest tip de suferință. În același timp, personalitatea susceptibilă-tipologia nevrotică-poate dezvolta afecțiunea somatică pornind de la cea psihică.

Schimbările survenite între DSM IV și DSM V doresc să clarifice un aspect, și anume termenul de *tulburări somatoforme* a fost înlocuit de termenul *tulburare cu simptome somatice și tulburări înrudite*. (American Psychiatric Association, 2016). Acest aspect vine în ajutorul medicului clinician, dat fiind faptul ca tulburarea psihosomatică poate însoți o tulburare organică diagnosticată.

ICD 10 cataloghează și codifică tulburările nevrotice corelate cu stresul și tulburări somatoforme între F40-F48. Astfel, F40-tulburări anxios-fobice, F41-alte tulburări anxioase, F42-tulburare obsesiv-compulsivă, F43-reacție la stres sever și tulburări de adaptare, F44-tulburări disociative (conversive), F45-tulburări somatoforme. Aceste codificări fiind utilizate în domeniul medical, ca modalitate de diagnosticare, trebuie avut în vedere că adesea anxietatea este soră cu depresia, lucru deosebit de important în actul de vindecare.

Și mai importantă însă, este limitarea psihosomatică, în sensul în care, da, medicul acceptă componenta psihologică implicată în exacerbarea sau apariția bolii, oprindu-se aici. Lucrarea de față își propune să aprofundeze acest aspect. Nu există boală organică, care să nu afecteze și starea de bine psihică, așa cum nu există tulburare psihică fără manifestare organică (cel puțin apariția unei tulburări digestive, cardio-vasculare, endocrine etc).

Capitolul III. PSIHOSOMATICA SECOLULUI XXI

În concepția abordării psihosomatice actuale, orientarea este către bolnavii cronici și cei cu patologii severe. Considerând boala severă sau cronică un factor de stres, medicina actuală tinde să limiteze psihosomatica la aceste două direcții.

În mod eronat, se face abstracție de multe alte aspecte - boli acute, traume fizice, boli cronice care nu afectează calitatea vieții, însă prin abandon terapeutic (legat de un anumit tipar de comportament față de boală) duc la invaliditate.

Este dificil, dar nu imposibil, ca medicul să abordeze pacientul atât medical cât și psihologic. Atenție însă, abordarea psihologică, nu înseamnă diagnosticare, nici tratament, ci doar *empatie*. Medicul poate, anamnestic, să depisteze un anumit tipar de comportament la risc, o anumită trăsătură de personalitate, anumite mecanisme de adaptare precare, și să își ghideze pacientul către o vindecare completă, prin colaborare cu colegii săi psihiatri și psihoterapeuți.

Abordarea psihosomatică presupune o mentalitate nouă. (Iorgulescu, 2013) Din respect și iubire față de om, medicul este obligat să abordeze psihosomatic pacientul.

Acesta, prin jurământul depus, trebuie să ofere prin toate mijloacele accesibile și posibile, îngrijirea optimă. Calitatea în sănătate nu este o opțiune, ci o conduită de urmat. Calitatea însă nu se rezumă doar la igienă și medicație de ultima generație, ci și la pregătirea medicului în vederea abordării holistice a pacientului.

În urgențe, poate fi utilizată "tehnica flash" dezvoltată de Luban Plozza și colaboratorii în 1996, legată de siguranța medicală pe care o transmitem pacientului, empatie și asigurarea că medicul va face tot ceea ce va putea pentru binele pacientului, în timp ce în patologia cronică, pot fi puse în practică mai multe metode. Se simte necesitatea unui instrument de lucru, care ar ușura mult munca clinicianului, motiv pentru care, la finalul acestei lucrări, voi supune atenției colegilor acest instrument. În lipsa lui însă, avem la îndemână o serie de elemente ajutătoare:

- Evaluarea psihologică sumară: contact vizual, evaluarea stării emoționale, depistarea trăsăturilor de personalitate dominante (Luban Plozza îi împarte în *dependenți, agresivi, apatici, timizi și psihastenici*), felul în care bolnavul își prezintă boala și simptomele (istericii vor prezenta teatral, depresivii vor prezenta cu deznădejde, nevroticii își vor exagera simptomele în comparație cu severitatea bolii) (Iorgulescu, 2013)
- Evaluarea clinică și paraclinică obligatorie
- Analiza succintă a biografiei bolnavului: cu cine locuiește, ce a pierdut în ultimul an, factori de risc comportamental, cum se simte în familie, la locul de muncă, ce îl face nefericit sau anxios și ce îl face fericit
- Consideră că simptomatologia lui poate fi declanșată sau exacerbată de stresul psihic?
- Simptomele sunt persistente sau fluctuează? Tratamentul are efect? Medicația psihotropă administrată (inconștient) are efect benefic?
- Inițierea unei forme de susținere psihologică prin întrebări deschise și empatică: ce va deranjează? Ca vă face nefericit? Ce vă lipsește? (Iorgulescu, 2013)

II. PARTEA SPECIALĂ

Capitolul IV. IMPORTANȚA PSIHOSOMATICII ÎN MEDICINA CLINICĂ

Motivul pentru care am ales această temă, este poate același cu motivul pentru care am ales să fiu medic: pentru oameni. Îmi pasă de oameni, de umanitate, de viață.

A fi medic, este o meserie la fel de nobilă ca preoția și învățământul. Ce poate fi mai frumos decât o viață în slujba vieții?

Prima facultate absolvită a fost în domeniul comunicării - Jurnalism. Cum prima iubire nu se uită niciodată, *cuvântul* și-a găsit loc în viața de medic. Cum să ajuți omul în suferință fără o vorbă bună? Dacă nu ar exista iubirea, empatia, cuvântul, mângâierea, medicina ar fi fost poate de multă vreme o meserie a inteligenței artificiale. Dar așa cum nici preotul, nici învățătorul nu ar putea fi un robot, la fel nici medicul, nu poate fi decât un OM.

Suferința umană se transmite prin limbaj non-verbal și verbal. Vindecarea vine prin limbaj, prin vorbă bună, printr-un zâmbet oferit bolnavului, printr-o încurajare, prin grijă și atenție, și abia apoi prin pastila oferită. Dacă aceste rânduri vor trezi polemici, rog medicul care nu îmi împărtășește opinia, să fie sincer cu sine: dacă el ar suferi, și-ar dori un medic empatic, interesat, răbdător, sau și-ar dori doar pastila și bisturiul? În boală, între medic și pacient se creează o relație intimă prin prisma vulnerabilității bolnavului. Tot ce are el mai de preț, viața, o pune în mâna medicului, își pune speranța în halatul alb. Responsabilitatea este enormă.

Din acest motiv, orice bine, cât de mic, este un ajutor enorm. Orice cercetare este binevenită. Omul este dator să afle, să cerceteze, să învețe, să preia și să îmbunătățească. Mi-am dăruit încă patru ani din viața acestui studiu. Am dăruit patru ani umanității, mereu cu speranța ca o picătură în ocean este importantă.

Încă din primul an de rezidențiat în medicina internă am fost fascinată de anamneză, de felul în care unii medici întrebau: Ce te doare? De când te doare? În timp ce alți medici întrebau despre durere, dar și despre om: Cu cine stai acasă? Cine are grija ta? Câți copii ai? Unde sunt ei? Din ce trăiești?

Am întrebat atunci, ca orice absolvent de facultate, care este relevanța acestor întrebări. Mi s-a răspuns așa: „*este foarte important să crezi o legătură cu pacientul tău, să simți ca îți pasă de el, de viața lui, și să știi ca o ciroză poate merge prost sau bine, în funcție de ce are omul acasă. Mai are pentru ce trăi? Are cine să-l îngrijească? Mai vrea să trăiască?*” (Dr. Iacob Maria - medic primar medicină internă)

Am vrut să aflu atunci impactul psihicului asupra bolii. Sunt studii multe pe această temă, sunt cercetări care demonstrează că psihosomatica este prea puțin elucidată, studiată, scoasă la lumina. Doar fiind sinceri cu noi vedem adevărul. Într-un spital lucrează unul sau doi psihologi. La mii de bolnavi. Asta este importanța pe care sistemul medical românesc o acordă psihicului unui pacient. Orele de psihoterapie ar salva vieți, dar nu merge nimeni la psihoterapeut pentru că ședințele nu sunt decontate de asigurarea de sănătate în primul rând, și abia în al doilea rând, din lipsa de educație sanitară. Doar la noi în țară, psihologul este asociat cu psihiatrul în accepțiunea largă a populației.

Sora mea, Ioanina Prisăcaru este astăzi psiholog clinician în Germania. A lucrat câțiva ani ca psiholog pentru pacienții cu tulburări psihosomatice. Am întrebat despre medicina psihosomatică și am aflat că în Europa, există centre foarte mari care tratează acești pacienți.

Astfel, am vrut să aflu mai mult, să înțeleg, să vad dacă psihosomatica are relevanță în practica mea de zi cu zi, dacă psihicul pacientului poate ajuta în vindecare. M-am lovit însă de imposibilitatea de a diagnostica. Chiar dacă anamnestic un medic decelează o problemă-viciu, reacție de doliu, depresie, anxietate, stima de sine foarte scăzută, comportamente la risc, gânduri iraționale etc, el nu are un instrument. Nu poți apela la psiholog pentru o evaluare ori de câte ori ai o suspiciune. Nu poți recomanda consult în spital de profil, deoarece știi ca medic, că pacientul nu va ajunge acolo. Atunci, ca medic internist, nu îți rămâne decât cuvântul, anamneza, frustrarea că pacientul tău nu e bine, dar nu poți face mai mult.

Din acest motiv, am demarat cercetarea asupra pacienților cărora anamnestic le-am decelat nevoi ce ar necesita psihoterapie.

Am dorit în primul rând să aflu dacă există legătură între numărul de zile de spitalizare și psihosomatică, sau între frecvența cu care un bolnav vine la spital și tulburarea psihosomatică. Din păcate însă, foarte puțini bolnavi sunt diagnosticați cu tulburare psihosomatică, deși practica medicală ne arată că numărul lor este covârșitor. Medicul însă nu are un instrument. Laboratorul de analize nu poate decela patologia psihică, chiar dacă în discuție, bolnavul întrebat care consideră el că este cauza diabetului, îți răspunde sigur pe el: *vecina mi-a făcut vrăji, de asta am diabet (credință irațională)*. Bolnavul acesta își va controla glicemiile? Va ține regim? Va fi compliant la tratament? Educația sanitară este utopie în acest moment. Trăim în continuare ancorați în mistică, dat fiind faptul ca nivelul cultural al României este în medie de VII clase.

Dacă nu putem ridica nivelul cultural al țării, nu putem îndepărta mistica din mediul rural, nu putem oferi educație sanitară tuturor bolnavilor noștri, ne putem ajuta pe noi ca medici, acceptând necesitatea unui instrument de a diagnostica tulburările psihosomatice și necesitatea de a colabora cu colegii psihiatri, psihoterapeuți și psihologi clinicieni.

Metodologia generală a cercetării

Cercetarea longitudinală de față are la baza un studiu retrospectiv, pe 8 ani de zile 2015-2022, dar și transversal, prin faptul că la un moment dat, de la un anumit pacient, au fost colectate toate datele posibile (în momentul aplicării chestionarului).

Având în vedere profunzimea cercetării, am pornit inițial de la o cercetare descriptivă, fără intenția de a stabili o cauzalitate sau efectele unui fenomen asupra altuia.

Pasul doi, a fost cercetarea explicativă, prin care am căutat să aflăm de ce se petrece un anumit eveniment. Considerând că o variabilă dependentă este numărul de zile de spitalizare sau o altă este frecvența de internare a unui pacient, în timp ce variabila independentă este tulburarea psihosomatică, am cercetat relația de cauzalitate între VD și VI, liniaritatea și corelațiile între acestea, culminând cu studiul retrospectiv generat de aplicarea regresiei liniare simple, acolo unde datele au permis.

Studiul a fost realizat pe un număr de 299.847 de externări și **196.709** pacienți în partea retrospectivă, în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Sfântul Apostol Andrei Galați, astfel:

- 2015 - 42.982 externări
- 2016 - 43.103 externări
- 2017 - 41.626 externări
- 2018 - 40.509 externări
- 2019 - 41.035 externări
- 2020 - 28.593 externări
- 2021 - 28.674 externări
- 2022 - 33.325 externări

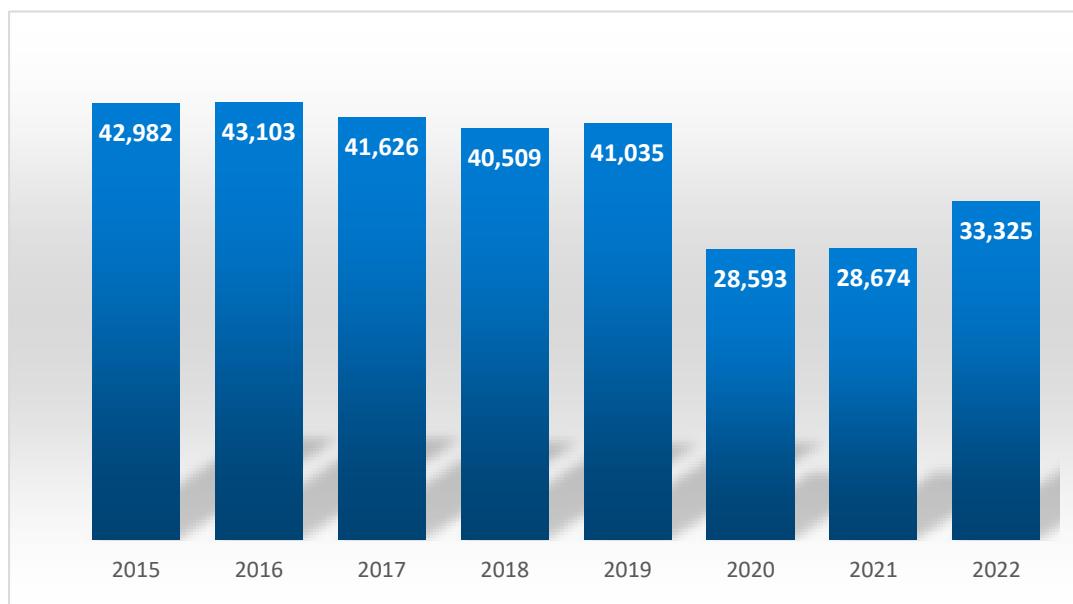


Figura 1 - Număr externări pe an

Pentru a afla care dintre diagnosticile cu cea mai mare incidență asociază tulburare psihosomatică, a fost de interes să evidențiez primele zece patologii din totalul de diagnostice întâlnite la pacienții internați în această unitate sanitară.

Tabel 1 - Primele 10 diagnostice pe an

Diagnostic externare	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Tumoră malignă sân, fără precizare	2.144	2.168	1.888	1.567	1.551	1.576	1.681	1.695	14.270
Insuficiența cardiacă congestivă	1.433	1.338	1.027	1.040	1.192	819	746	636	8.231
Alte hipertensiuni pulmonare secundare	949	936	1.014	1.096	1.144	377	427	880	6.823
Tumoră malignă a prostatei	613	764	889	753	732	828	885	834	6.298
Tumoră malignă bronhii și pulmon , fără precizare	803	809	745	683	682	712	695	774	5.903
Tumoră malignă a rectului	740	907	731	613	661	722	727	709	5.810
Infarctul cerebral datorită trombozei arterelor cerebrale	619	382	573	533	707	616	574	578	4.582
Altă ciroză a ficatului și nespecificată	567	629	673	639	687	388	301	403	4.287
Diabet mellitus tip 2 cu control slab	515	571	614	724	651	301	287	359	4.022
Tumoră cu evoluție imprevizibilă și necunoscută alte localizări precizate	540	391	493	679	695	227	245	476	3.746
Subtotal	8.923	8.895	8.647	8.327	8.702	6.566	6.568	7.344	63.972
Procent din total	20,8%	20,6%	20,8%	20,6%	21,2%	23,0%	22,9%	22,0%	21,3%
Alte diagnostice	34.059	34.208	32.979	32.182	32.333	22.027	22.106	25.981	235.875
Total	42.982	43.103	41.626	40.509	41.035	28.593	28.674	33.325	299.847

Datele au fost obținute din sistemul informatic al unității sanitare, centralizate în programul Microsoft Excel și ulterior în programul de statistica SPSS.

Din cele 299.847 de externări centralizate și studiate, 38.037 au obținut la externare diagnostic de tulburare psihosomatică, reprezentând un procent de **12,7%** .

Dintre acestea, 4.636 au primit diagnostic de tulburare psihosomatică ca diagnostic principal la externare.

Având în vedere că nu deținem un instrument pentru diagnosticarea tulburărilor psihosomatice, am fost nevoită să utilizez Sistemul de Evaluare Clinică (SEC) coordonat de Prof. „Aaron T. Beck” univ. dr. Daniel David.

Scopul aplicării acestor chestionare a fost de a depista dacă pacienții internați ar avea nevoie de suport psihologic, dacă suferă de tulburări psihosomatice, dacă există un fenomen de subdiagnosticare a tulburărilor psihosomatice și dacă da, care este impactul asupra sistemului sanitar, calculat în număr de zile de spitalizare sau în frecvența de internare.

Anterior demarării cercetării, au fost urmați pașii legislației în vigoare:

- am semnat Angajamentul de confidențialitate prin care m-am angajat să respect întocmai obligațiile cu privire la evidența, manipularea și păstrarea informațiilor, datelor și documentelor confidențiale la care am avut acces prin sistemul informatic, inclusiv după încetarea activităților ce presupun accesul la aceste informații;
- am solicitat acordul conducerii unității sanitare de a utiliza baza de date informatică;
- am solicitat acordul conducerii unității sanitare de a aplica chestionare psihologice din SEC, unor pacienți internați în vederea desfășurării activității de cercetare;
- a fost obținut Avizul Comisiei de Etică – Favorabil - din cadrul unității sanitare;
- a fost obținut anterior aplicării chestionarului psihologic, Consimțământul informat de la fiecare pacient intervievat, cu mențiunea că pacientului i-a fost explicat scopul cercetării:
 - colectarea de date pentru prelucrare cu caracter personal în scop statistic;
 - efectuarea testării psihologice prin răspunderea la teste psihologice în scop statistic;
- menționez că nu a fost cazul ca acest Consimțământ să fie semnat de tutore sau reprezentant legal, dat fiind faptul ca loturile de cercetare au fost specific delimitate la persoane capabile să răspundă în nume propriu.

SEC conține scale și chestionare de evaluare a tabloului clinic și scale, chestionare de evaluare a mecanismelor etiopatogenetice. Pentru a avea dreptul de a aplica aceste chestionare, a fost achiziționată Licență de Utilizare seria AB numărul 0724, de la SC RTS Romanian Psychological Testing Services, distribuitor autorizat Sistem de evaluare clinică, împreună cu bateriile de teste necesare.

Au fost intervievați psihologic:

- 81 de pacienți diagnosticați cu ciroză hepatică toxic-nutrițională;
- 80 de bolnavi diagnosticați cu diabet zaharat pe ADO sau insulino-necesar;
- 77 de bolnavi cu patologie polimorfă;
- 58 de bolnavi diagnosticați cu psoriazis;
- 80 de bolnavi prezentați în UPU;
- 145 de bolnavi prezentați cu politrauma și chestionați pentru stres;
- 187 de bolnavi prezentați cu politraumă și chestionați WBSI și SRGS;
- 122 de bolnavi cu simptomatologie cardio-vasculară;
- 50 de bolnavi în perioada pandemică - 30 care au suferit de COVID și 20 care nu contactaseră încă virusul.

Având în vedere că diagnosticarea semnifică distingere și cunoaștere, din punct de vedere etimologic, medicul are formarea necesară pentru a distinge și a cunoaște o patologie psihologică. Faptul că văd că există o tulburare, o disting de normalitate, o cunosc teoretic, nu înseamnă că am și competența de tratament.

Diagnosticarea fără un instrument, fără o dovadă, fără o susținere paraclinică, ajunge să fie în medicina secolului XXI, cel puțin riscantă.

După scop, cercetarea de față este o cercetare aplicată, având în vedere că își propune să descopere dacă există corelații pozitive între tulburările psihosomatice și numărul de zile de spitalizare sau frecvența de internare, și ulterior să propune soluții în diagnosticare și gestionare a cazului.

În funcție de variabile, cercetarea este una neexperimentală, dat fiind faptul că nu au fost controlate variabilele studiate, ulterior căutând corelații între VD și VI, date calitative și cantitative.

Metoda utilizată a fost una ipotetico-deductivă, utilizată în știință, în sensul că a fost generată ipoteza prin observarea unui fenomen, ulterior ipoteza fiind verificată dacă este validă sau nu. (PortCetate)

Având în vedere ca am dorit ca cercetarea de față să fie una științifică, toate tipurile de cercetare au fost necesare la un moment dat pe parcurs.

Metode statistice utilizate în analiza datelor

Bazele de date au fost inițial centralizate în programul Microsoft Excel. Au fost sortate și excluse anumite categorii de pacienți, considerați irelevanți pentru cercetarea de față: pacienții neonatologici, pediatrici, persoanele care au suferit arsuri ale corpului pe suprafețe întinse (motivația a fost numărul foarte mare de zile de spitalizare, lucru care am considerat ca poate afecta acuratețea datelor statistice-outliers).

Inițial a fost introdusă în studiul retrospectiv perioada 2015-2019. Ulterior, dată fiind situația pandemică generată de virusul SARS COV2, am decis extinderea perioadei până la anul 2022, din curiozitate pur statistică. Am dorit să aflăm dacă există diferențe notabile între externările cu cod de boală psihosomatică anterior și ulterior pandemiei. Datele vor fi prezentate în capitolul dedicat statisticii generale. Tot în anul pandemic 2020, am decis să cercetez nivelul de anxietate generat de mass-media în ceea ce privește boala COVID, dar și adresabilitatea pacientului la medic în acele condiții.

În perioada 2019-2022, au fost aplicate o serie de chestionare psihologice cu scopul de a evidenția subdiagnosticarea tulburărilor psihosomatice sau cel puțin a tulburărilor de ordin psihologic care ar fi beneficiat de pe urma unui plan de psihoterapie.

Pentru corectitudinea datelor, a fost făcută distincție clară între cele 299.847 de externări și **196.709** pacienți. Astfel, au fost create baze de date separate, pentru a evita confuzia sau suprapunerea. Inițial sortarea datelor a fost făcută după CNP pentru a putea fi identificat numărul de pacienți. Ulterior, pentru a păstra confidențialitatea datelor, pacienții au fost numerotați, evitând astfel orice risc de identificare.

După centralizarea și sortarea datelor în Microsoft Excel, datele au fost importate în programul de statistică SPSS 20.

Ulterior, au fost urmați pașii statistici pentru fiecare lot în parte:

- Cei 196.709 pacienți au creat baza de date retrospectivă, de unde au fost sortați pacienți externati cu coduri de tulburări psihosomatice
- Cei 880 de pacienți cărora li s-au aplicat chestionare psihologice, au fost la rândul lor împărțiți în funcție de patologia somatică de bază sau în funcție de secția unde a fost aplicat chestionarul, scopul fiind tot evidența clară, unicitatea, corectitudinea datelor culese

După descrierea loturilor cercetate, au fost verificate bazele de date conform cerințelor statistice:

- Compoziția loturilor
- Verificarea bazei de date
- Calcularea indicatorilor statistici
- Formularea și explicarea ipotezelor
- Testarea normalității datelor
- Verificarea liniarității variabilelor
- Analiza corelațională

- Verificarea și generarea mărimii efectului
- Predicție statistică - estimări de rezultate pentru evenimente/efecte viitoare

De un real interes pentru cercetarea de față este durata de spitalizare a pacientului cu tulburare psihosomatică. Ulterior vom compara durata de spitalizare a unui pacient cu patologie organică fără diagnostic asociat de tulburare psihosomatică, cu durata de spitalizare a unui pacient cu aceeași patologie organică, asociind și tulburare psihosomatică.

Mai exact m-a interesat dacă un pacient cu diabet zaharat, de exemplu, stă mai mult spitalizat comparativ cu pacientul care asociază diabetului și o tulburare psihosomatică?

Tabel 2 - Durata medie de spitalizare - tulburări mentale și de comportament

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Tulburări mentale organice, inclusiv tulburările simptomatice F00-09_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,75	6,50	6,27	6,53	6,36	6,14	6,53
	Cu	6,72	6,52	7,48	7,25	7,43	10,20	12,80	10,17	7,71
Tulburări mentale organice, inclusiv tulburările simptomatice F00-09_diagnostic secundar	Fără	6,69	6,75	6,72	6,44	6,21	6,51	6,33	6,09	6,48
	Cu	8,23	7,95	7,79	7,92	7,71	7,74	7,84	7,60	7,84
Tulburări mentale și de comportament datorită utilizării substanțelor psihoactive F10-19_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,29	6,56	6,40	6,16	6,54
	Cu	2,52	3,09	2,58	3,89	3,72	5,92	2,57	3,00	3,36
Tulburări mentale și de comportament datorită utilizării substanțelor psihoactive F10-19_diagnostic secundar	Fără	6,71	6,76	6,74	6,47	6,22	6,50	6,34	6,09	6,50
	Cu	7,70	7,79	7,64	7,80	8,48	9,13	8,66	8,85	8,18
Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante F20-29_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,40	6,16	6,54
	Cu	5,50	2,40	5,75	6,25	1,67	3,00	0,00	0,00	4,33
Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante F20-29_diagnostic secundar	Fără	6,73	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,39	6,16	6,54
	Cu	12,35	7,69	6,52	6,20	8,01	9,19	7,59	8,42	8,26
Tulburări ale dispoziției (afective) F30-F39_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,40	6,16	6,54
	Cu	4,57	5,94	5,51	5,01	5,76	6,46	4,23	6,19	5,34
Tulburări ale dispoziției	Fără	6,73	6,78	6,75	6,50	6,28	6,55	6,38	6,15	6,53

(afective) F30- F39_diagnostic secundar	Cu	7,88	7,59	7,34	7,10	6,81	8,37	8,88	7,22	7,48
Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme F40-48_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,39	6,16	6,54
	Cu	6,10	7,17	7,98	6,86	7,17	8,00	8,52	7,82	7,19
Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme F40-48_diagnostic secundar	Fără	6,71	6,73	6,72	6,47	6,25	6,51	6,37	6,14	6,51
	Cu	8,19	9,20	8,09	7,54	7,14	8,37	7,34	6,93	7,81
Sindroame comportamentale asociate perturbărilor fiziologice și factorilor fizici F50- 59_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,40	6,16	6,54
	Cu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sindroame comportamentale asociate perturbărilor fiziologice și factorilor fizici F50- 59_diagnostic secundar	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,57	6,40	6,17	6,54
	Cu	8,33	8,56	6,40	6,48	6,18	5,91	6,05	4,57	5,97
Tulburări de personalitate și de comportament la adulți F60-69_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,40	6,16	6,54
	Cu	6,00	2,00	2,00	4,50	0,00	0,00	0,00	12,00	5,17
Tulburări de personalitate și de comportament la adulți F60-69_diagnostic secundar	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,39	6,16	6,54
	Cu	4,08	6,00	5,08	7,46	7,71	7,60	7,36	6,00	6,37
Retardare mentală F70-79_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,40	6,16	6,54
	Cu	2,89	4,40	4,29	3,00	6,50	6,50	0,00	0,00	3,97
Retardare mentală F70-79_diagnostic secundar	Fără	6,74	6,79	6,76	6,50	6,28	6,56	6,39	6,16	6,54
	Cu	7,28	6,43	6,28	7,80	7,74	6,70	7,22	7,95	7,23
Tulburări de dezvoltare psihologică F80- F89_diagnostic principal	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,40	6,16	6,54
	Cu	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00
Tulburări de dezvoltare psihologică F80- F89_diagnostic secundar	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,39	6,16	6,54
	Cu	3,71	3,69	4,62	2,87	3,00	5,00	6,57	2,36	3,69
Tulburări comportamentale și	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,40	6,16	6,54

emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescența - Tulburare mentală nespecificată F90-F99_diagnostic principal	Cu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescența - Tulburare mentală nespecificată F90-F99_diagnostic secundar	Fără	6,74	6,79	6,76	6,51	6,28	6,56	6,39	6,16	6,54
	Cu	7,71	5,14	7,57	5,28	6,36	9,20	8,86	7,00	6,81

Tabel 3 - Diferențe DMS diagnostice principale: tulburare mentală și de comportament

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Tulburări mentale organice, inclusiv tulburările simptomatice F00-09	Diag. principal	-0,02	-0,28	0,73	0,76	1,16	3,66	6,44	4,04	1,18
	Diag. secundar	1,54	1,20	1,07	1,48	1,50	1,23	1,51	1,51	1,36
Tulburări mentale și de comportament datorită utilizării substanțelor psihoactive F10-19	Diag. principal	-4,22	-3,70	-4,18	-2,61	-2,56	-0,64	-3,82	-3,16	-3,18
	Diag. secundar	0,98	1,03	0,90	1,33	2,26	2,63	2,31	2,75	1,68
Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante F20-29	Diag. principal	-1,24	-4,39	-1,01	-0,26	-4,62	-3,56	-6,40	-6,16	-2,21
	Diag. secundar	5,62	0,90	-0,23	-0,31	1,73	2,63	1,19	2,26	1,73
Tulburări ale dispoziției (afective) F30-F39	Diag. principal	-2,18	-0,85	-1,25	-1,50	-0,53	-0,10	-2,17	0,03	-1,20
	Diag. secundar	1,15	0,81	0,59	0,60	0,53	1,83	2,51	1,07	0,95
Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme F40-48	Diag. principal	-0,64	0,39	1,23	0,36	0,88	1,44	2,13	1,66	0,65
	Diag. secundar	1,48	2,47	1,37	1,07	0,89	1,86	0,97	0,79	1,30
Sindroame comportamentale secundare perturbărilor fiziologice și factorilor fizici F50-59	Diag. secundar	1,60	1,77	-0,36	-0,03	-0,11	-0,66	-0,35	-1,60	-0,57

Tulburări de personalitate și de comportament la adulți F60-69	Diag. principal	-0,74	-4,79	-4,76	-2,01				5,84	-1,37
	Diag. secundar	-2,66	-0,79	-1,67	0,96	1,43	1,04	0,96	-0,16	-0,17
Retardare mentală F70-79	Diag. principal	-3,85	-2,39	-2,47	-3,51	0,22	-0,06	-6,40	-6,16	-2,57
	Diag. secundar	0,54	-0,36	-0,48	1,30	1,46	0,13	0,83	1,80	0,69
Tulburări de dezvoltare psihologică F80-F89	Diag. principal		-2,79							-2,54
	Diag. secundar	-3,03	-3,10	-2,14	-3,64	-3,28	-1,56	0,18	-3,80	-2,85
Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență - Tulburare mentală nespecificată F90-F99	Diag. secundar	0,98	-1,65	0,81	-1,23	0,08	2,64	2,46	0,84	0,27

Se observă în tabelul de mai sus, că o persoană care asociază patologiei organice și o tulburare psihosomatică, fiind externat cu **diagnostic principal F40-48**, va sta în spital cu **1,30 zile mai mult** decât un altul care nu asociază această tulburare.

Tabel 4 - Diferențe DMS diagnostice secundare : tulburare mentală și de comportament

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tulburări mentale organice, inclusiv tulburările simptomatice F00-09	1,54	1,20	1,07	1,48	1,50	1,23	1,51	1,51
Tulburări mentale și de comportament datorită utilizării substanțelor psihoactive F10-19	0,98	1,03	0,90	1,33	2,26	2,63	2,31	2,75
Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante F20-29	5,62	0,90	-0,23	-0,31	1,73	2,63	1,19	2,26
Tulburări ale dispoziției (afective) F30-F39	1,15	0,81	0,59	0,60	0,53	1,83	2,51	1,07
Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme F40-48	1,48	2,47	1,37	1,07	0,89	1,86	0,97	0,79
Sindroame comportamentale secundare perturbărilor fiziologice și factorilor fizici F50-59	1,60	1,77	-0,36	-0,03	-0,11	-0,66	-0,35	-1,60
Tulburări de personalitate și de comportament la adulți F60-69	-2,66	-0,79	-1,67	0,96	1,43	1,04	0,96	-0,16
Retardare mentală F70-79	0,54	-0,36	-0,48	1,30	1,46	0,13	0,83	1,80

Tulburări de dezvoltare psihologică F80-F89	-3,03	-3,10	-2,14	-3,64	-3,28	-1,56	0,18	-3,80
Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență - Tulburare mentală nespecificată F90-F99	0,98	-1,65	0,81	-1,23	0,08	2,64	2,46	0,84

Se observă în tabelul de mai sus, că o persoană care asociază patologiei organice și o tulburare psihosomatică, fiind externat cu **diagnostic secundar F40-48**, va sta în spital cu **0,79 zile mai mult** decât un altul care nu asociază această tulburare.

Având în vedere ponderea relativ scăzută a pacienților cu tulburări psihosomatice din totalul pacienților, după cum se poate observa în tabelul de mai jos, am decis să continuu cercetarea pornind de la ideea ca de fapt mult mai multe persoane suferă de tulburări din sfera F40-F48, fără a fi însă diagnosticate, din varii motive: lipsa instrument de diagnosticare, lipsa unei justificări palpabile a clinicianului în această direcție, poate.

Tabel 5 - Tulburări mentale și de comportament - diagnostice asociate

Tulburări mentale și de comportament	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Tulburări mentale organice, inclusiv tulburările simptomatice F00-09	1.425	1.440	1.596	1.864	1.939	1.287	1.261	1.553	12.365
Tulburări mentale și de comportament datorită utilizării substanțelor psihoactive F10-19	1.018	990	1.013	1.134	1.136	723	630	823	7.467
Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante F20-29	72	70	61	65	68	43	70	74	523
Tulburări ale dispoziției (afective) F30-F39	374	372	498	497	560	247	214	303	3.065
Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme F40-48	904	1.005	1.113	1.259	1.426	763	728	949	8.147
Sindroame comportamentale asociate perturbărilor fiziologice și factorilor fizici F50-59	27	34	63	88	107	111	85	175	690
Tulburări de personalitate și de comportament la adulți F60-69	13	11	12	13	14	5	14	9	91

Retardare mentala F70-79	108	113	100	115	144	69	59	105	813
Tulburări de dezvoltare psihologică F80-F89	28	29	21	31	11	6	7	11	144
Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență - Tulburare mentală nespecificată F90-F99	14	14	21	18	11	5	7	7	97
TOTAL	3.983	4.078	4.498	5.084	5.416	3.259	3.075	4.009	33.402

Ulterior, voi încerca să descopăr dacă se poate realiza o regresie statistică doar pe baza datelor obținute din programul informatic al unității sanitare, făcând abstracție de ideea că tulburările psihosomatice sunt în mod cert subdiagnosticate.

CAPITOLUL V. PARTICULARITĂȚILE PACIENTULUI PSIHOSOMATIC

Tulburările psihosomatice ale pacientului cu adicții

În lucrarea de față, adicțiile la care fac referire sunt strict legate de consumul de alcool. Anterior anului pandemic 2020, ar fi trebuit ca OMS să demareze un studiu referitor la consumul de alcool pe plan mondial, studiu care a fost amânat însă, astfel că ultimele date oficiale fac referire la anul 2016. La acel moment, România ocupa locul șase pe plan european în ceea ce privește consumul de alcool pe cap de locuitor.

Potrivit aceluiași studii, 35,4% dintre români declarau ca au consumat alcool în ultima luna, iar 9,3% declarau ca au consumat alcool de-a lungul vieții, în mod frecvent (cel puțin săptămânal).

Îngrijorător este faptul ca România a fost clasată de Uniunea Europeană, pe primul loc în ceea ce privește consumul de alcool în exces, cu 8,2% dintre români, raportând consumul de cinci sau mai multe băuturi alcoolice cu o singura ocazie, cel puțin o dată pe lună.

Este important de menționat ca datele și statisticele pot varia în funcție de modelele de colectare a datelor și de perioada în care acestea au fost colectate.

Consumul cronic de alcool în Romania este o problema majora de sănătate publică. Din punct de vedere al costurilor pentru tratament și spitalizare al patologiilor cauzate de acest abuz, sumele nu pot fi corect estimate.

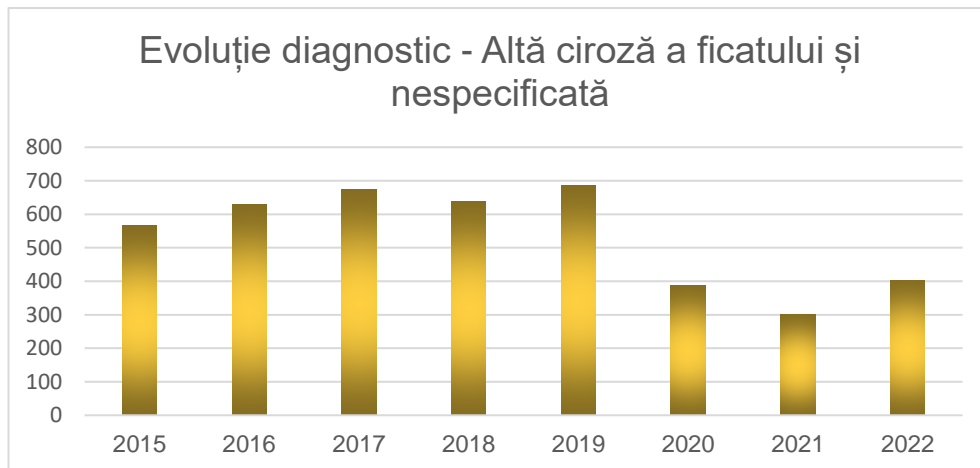


Figura 2 - Diagnosticarea cirozei hepatice/an

De asemenea este imposibil la nivel național de estimat gradul de afectare financiară, psihologică și relațională al familiilor unde cel puțin un membru este consumator cronic de alcool.

Pornind de la ideea că anamnestic, consumul de alcool tinde să fie subdiagnosticat, că dependența de alcool este aproape o normalitate în mediul rural, medicul se vede adesea în situația de a depista ciroza hepatică toxic nutrițională în faze avansate. Oamenii își pun viețile în pericol din dorința de a face momentul să fie vrednic de trăit. Nimic nu-i convinge să renunțe: nici boala, nici iubirea și nici relațiile sacrificate, nici pierderea bunurilor materiale, nici demnitatea lor zdrobită, nici teama de moarte. Dependențele își au întotdeauna originea în durere, fie aceasta evidentă, fie ascunsă în inconștient. Dependențele sunt anestezice emoționale. Oamenii sunt susceptibil la procesul dependenței dacă au o nevoie constantă de a găsi alinare fizică sau emoțională în surse exterioare, pentru mintea și trupul lor.

Personalitatea predispusă la abuzul de alcool este condusă de absența elementului de diferențiere. *Diferențierea* este capacitatea de a fi în contact emoțional cu ceilalți, totuși *autonom* în funcționalitatea emoțională. Este capacitatea de a fi conștienți de noi înșine în timp ce interacționăm cu ceilalți. Persoana cu diferențiere precară este copleșită ușor de emoțiile sale, absoarbe anxietatea de la ceilalți și generează în sine să o parte importantă de anxietate. Lipsa diferențierii și autoreglarea defectuoasă reflectă o lipsă a *maturității* emoționale. Procesele emoționale dictează perspectiva persoanei dependente: indiferent de ce simte în acel moment, acel ceva tinde să îi definească dependentului imaginea despre lume și îi controlează acțiunile.

În studiul de față au fost introduși 81 de pacienți cu diagnostic de ciroză hepatică toxic nutrițională. Din studiu au fost excluse persoanele cu istoric de encefalopatie hepatică și persoanele peste 70 de ani.

Acestor pacienți le-au fost aplicate trei chestionare din lotul SEC:

- Scala de atitudini și convingeri forma scurtă (ABSs);
- Chestionarul de acceptare necondiționată a propriei persoane (USAQ);
- Scala de stimă de sine (SS).

Din SEC au fost alese cele 3 chestionare, având în vedere ca anamnestic, am observat că dependenții prezintă fie credințe iraționale, fie o stimă de sine scăzută, dar mai

ales o acceptare necondiționată a sinelui și a mediului foarte redusă, utilizată adesea ca *scuză* pentru viciul lor.

După ce au fost parcurse toate etapele statistice necesare și obligatorii, a fost posibilă efectuarea regresiei liniare simple.

Testarea ipotezelor statistice

În cercetarea de față am formulat, așa cum am descris în capitolul 3-Scopul și obiectivele cercetării, două ipoteze: H0 și H1.

Lotul ales, de pacienți cu adicții și diagnostic de ciroză hepatică toxic-nutrițională, vine în susținerea celor două ipoteze, dar și mai important, își propune să cerceteze dacă există o subdiagnosticare a pacientului cu tulburare sau boală psihosomatică.

- **H0=nu există legătură între zilele de spitalizare/frecvența de internare și rezultatele testelor psihologice (cu caracter demonstrativ în sensul unei tulburări psihosomatice)**
- **H1=exista o corelație între persoanele cu tulburări psihosomatice și frecvența de internare și/sau un număr de zile de spitalizare.**

Ipoteza de cercetare este bidirecțională, mai exact, nu știu la acest moment dacă tulburările psihosomatice sunt subdiagnosticate și dacă ele au impact asupra duratei de spitalizare sau asupra frecvenței de internare.

Este importantă stabilirea tipului de ipoteze, datorită *pragului de semnificație p*. Acesta este o măsură a probabilității de a obține un rezultat sau o diferență între grupuri, dacă nu există nicio diferență reală sau efect între grupuri în populația de la care a fost extras eșantionul.

Acest prag de semnificație este de 0,05 (sau 5%). Dacă $p < 0,05$ înseamnă că există o diferență semnificativă între grupuri sau o asociere între variabile.

Pragul de semnificație p , nu demonstrează magnitudinea diferenței sau a relației între grupuri sau variabile. Este doar o măsură a probabilității de a obține rezultate observate sau extreme, în absența unei diferențe reale sau a unui efect. Deci, chiar și la valori $p < 0,0001$, nu înseamnă întotdeauna că diferența observată sau asocierea este semnificativă într-un sens practic sau teoretic.

Pentru a evita pe cât posibil și eroarea de tip I și pe cea de tip II, am încercat ca lotul ales să fie omogen, considerând că un bolnav este un bolnav, fără să existe diferențe majore între ciroza hepatică și boala renală cronică de exemplu. Instrumentele de măsurare au fidelitate și validitate crescute, fiind instrumentele Sistemului de evaluare clinică, utilizate în medicină și psihologie. În final, lotul de 81 de subiecți este considerat suficient pentru a putea genera regresia liniară.

Regresia liniară simplă

Regresia liniară simplă este utilă și obligatorie în cercetare pentru că ea ajută la predicția valorilor viitoare ale variabilei dependente pe baza valorilor cunoscute ale variabilei independente. Ea este o extensie a corelației Pearson.

Astfel, vom putea prezice scorul la VD-numărul de zile de spitalizare/frecvența de internare (creșterea acestui număr, proporțional cu creșterea scorului VI) în funcție de VI.

În regresia liniară simplă VD=criteriu și VI=predictor, fiind o regresie cu scop predictiv.

Având în vedere că variabilele independente nu pot fi transformate în dihotomice, cu valori de 0 sau 1=variabile dummy, vom utiliza regresia liniară pentru o VD și câte o VI, pe rând=regresie liniară bivariată, pentru acuratețea cercetării.

Regresie liniară cu VD Zile de spitalizare și VI valorile testului USAQ

Tabel 6 - Model Summary – Zile de spitalizare/Acceptare Necondiționată

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,982 ^a	,964	,964	2,465

a. Predictors: (Constant), Acceptare Necondiționată

b. Dependent Variable: Zile de spitalizare (full data)

Tabelul ne oferă date importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,982$, ceea ce semnifică o corelație foarte puternică între numărul de zile de spitalizare și rezultatele testului USAQ.

În concluzie, rezultatele regresiei liniare simple între influența unei acceptări necondiționate a propriei persoane scăzută și creșterea numărului de zile de spitalizare, sunt semnificative.

Regresie liniară cu VD Zile de spitalizare și VI valorile testului ABSs scala de iraționalitate

Tabel 7 - Model Summary – Zile de spitalizare/Scor Iraționalitate

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,813 ^a	,660	,656	7,625

a. Predictors: (Constant), Scor Iraționalitate

b. Dependent Variable: Zile de spitalizare (full data)

Tabelul ne oferă date importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,813$, ceea ce semnifică o corelație foarte puternică între numărul de zile de spitalizare și rezultatele testului ABSs.

$R^2 = 0,660$ ceea ce semnifică faptul că 66% din variația VD poate fi explicată prin variația VI. Putem afirma că 66% dintre subiecți, au un număr crescut de zile de spitalizare datorită unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază.

În concluzie, rezultatele regresiei liniare simple între influența unei creșteri a iraționalității și creșterea numărului de zile de spitalizare, sunt semnificative.

Regresie liniară cu VD Zile de spitalizare și VI valorile testului ABSs scala de raționalitate

Tabel 8 - Model Summary - Zile de spitalizare/Scor Raționalitate

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,824 ^a	,679	,675	7,412

a. Predictors: (Constant), Scor Raționalitate

b. Dependent Variable: Zile de spitalizare (full data)

Tabelul ne oferă date importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,824$, ceea ce semnifică o corelație foarte puternică între numărul de zile de spitalizare și rezultatele testului ABSs.

$R^2 = 0,679$ ceea ce semnifică faptul că 67,9% din variația VD poate fi explicată prin variația VI. Putem afirma că 67,9% dintre subiecți, au un număr crescut de zile de spitalizare datorită unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază.

În concluzie, rezultatele regresiei liniare simple între influența unei raționalități scăzute și creșterea numărului de zile de spitalizare, sunt semnificative.

Regresie liniară cu VD Zile de spitalizare și VI valorile testului SS

Tabel 9 - Model Summary – Zile de spitalizare/Stimă de sine

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,982 ^a	,964	,964	2,465

a. Predictors: (Constant), Stimă de sine
b. Dependent Variable: Zile de spitalizare (full data)

Tabelul ne oferă date importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,982$, ceea ce semnifică o corelație foarte puternică între numărul de zile de spitalizare și rezultatele testului SS.

$R^2 = 0,964$ ceea ce semnifică faptul că 96,4% din variația VD poate fi explicată prin variația VI. Putem afirma că 96% dintre subiecți, au un număr crescut de zile de spitalizare datorită unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază.

În concluzie, rezultatele regresiei liniare simple între influența unei stime de sine scăzută și creșterea numărului de zile de spitalizare, sunt foarte semnificative.

Regresie liniară cu VD Frecvență internare și VI valorile testului USAQ

Tabel 10 - Model Summary - Frecvență internare/Acceptare Necondiționată

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,712 ^a	,507	,500	1,821

a. Predictors: (Constant), Acceptare Necondiționată
b. Dependent Variable: Frecvență internare

Tabelul ne oferă date importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,712$, ceea ce semnifică o corelație puternică între numărul de zile de spitalizare și rezultatele testului USAQ.

$R^2 = 0,507$ ceea ce semnifică faptul că 50,7% din variația VD poate fi explicată prin variația VI. Putem afirma că 50,7% dintre subiecți, au un număr crescut de zile de spitalizare datorită unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază.

În concluzie, rezultatele regresiei liniare simple între influența unei acceptări necondiționate a propriei persoane scăzută și frecvența de internare, sunt semnificative.

Regresie liniară cu VD Frecvență internare și VI valorile testului ABSs scala de iraționalitate

Tabel 11 - Model Summary - Frecvență internare/Scor Iraționalitate

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,625 ^a	,391	,383	2,023

a. Predictors: (Constant), Scor Iraționalitate
b. Dependent Variable: Frecvență internare

Tabelul ne oferă date importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,625$, ceea ce semnifică o corelație medie între numărul de zile de spitalizare și rezultatele testului USAQ.

$R^2 = 0,391$ ceea ce semnifică faptul că 39,1% din variația VD poate fi explicată prin variația VI. Putem afirma că 39,1% dintre subiecți, au un număr crescut de zile de spitalizare datorită unei patologii psihosomatice asociate bolii de baza.

În concluzie, rezultatele regresiei liniare simple între influența iraționalității crescute și creșterea frecvenței de spitalizare, sunt medii.

Regresie liniară cu VD Frecvență internare și VI valorile testului ABSs scala de raționalitate

Tabel 12 - Model Summary - Frecvență internare/Scor Raționalitate

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,572 ^a	,327	,318	2,126

a. Predictors: (Constant), Scor Raționalitate

b. Dependent Variable: Frecvență internare

Tabelul ne oferă date importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,572$, ceea ce semnifică o corelație medie între frecvența de spitalizare și rezultatele testului ABSs.

$R^2 = 0,327$ ceea ce semnifică faptul că 32,7% din variația VD poate fi explicată prin variația VI. Putem afirma că 32,7% dintre subiecți, au un număr crescut de internări datorită unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază.

În concluzie, rezultatele regresiei liniare simple între influența unei raționalități scăzute și creșterea frecvenței de spitalizare, sunt medii.

Regresie liniară cu VD Frecvență internare și VI valorile testului SS

Tabel 13 - Model Summary - Frecvență internare/Stimă de sine

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,712 ^a	,507	,500	1,821

a. Predictors: (Constant), Stimă de sine

b. Dependent Variable: Frecvență internare

Tabelul ne oferă date importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,712$, ceea ce semnifică o corelație puternică între frecvența de spitalizare și rezultatele testului SS.

$R^2 = 0,507$ ceea ce semnifică faptul că 50,7% din variația VD poate fi explicată prin variația VI. Putem afirma că 50,7% dintre subiecți, au un număr crescut de zile de spitalizare datorită unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază.

În concluzie, rezultatele regresiei liniare simple între influența unei stime de sine scăzută și creșterea frecvenței de spitalizare, sunt semnificative.

In concluzie valorile R^2 ajustat sunt:

- 0,96-regresie liniară între VD zile de spitalizare și VI rezultate test USAQ
- 0,96-regresie liniară între VD zile de spitalizare și VI rezultate test SS
- 0,67-regresie liniară între VD zile de spitalizare și VI rezultate test ABSs scala de raționalitate
- 0,65-regresie liniară între VD zile de spitalizare și VI rezultate test ABSs scala de iraționalitate
- 0,50-regresie liniară între VD frecvență internare și VI rezultate test SS
- 0,50-regresie liniară între VD frecvență internare și VI rezultate test USAQ

- 0,38-regresie liniară între VD frecvență internare și VI rezultate test ABSs scala de iraționalitate
- 0,31-regresie liniară între VD frecvență internare și VI rezultate test ABSs scala de raționalitate

Urmărind datele de mai sus, putem afirma că există o strânsă legătură, cu predicție foarte mare între zilele de spitalizare și rezultatele testelor USAQ și SS. Astfel, cu cât scade scorul testelor USAQ și SS, cu atât crește numărul de zile de spitalizare.

Pentru variabila VD-frecvență internare, conform valorii R^2 ajustat, în continuare testele USAQ și SS au predicția cea mai mare.

Rezultate cercetării au fost publicate în revista de profil Brain. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience DOI <https://doi.org/10.18662/brain/15.1/540>

Mecanismele de adaptabilitate la mediu ale pacientului diabetic

Prezentul lot de cercetare este alcătuit din 80 de pacienți ce prezintă diagnostic principal de diabet zaharat, cu vârste cuprinse între 19-70 ani, 40 femei și 40 bărbați, urmăriți în perioada 2015-2022 și selectați doar pe baza diagnosticului de diabet zaharat. Datele sunt furnizate de programul informatic al unității sanitare și a fost de interes la finalul cercetării prezența frecvenței spitalizărilor și a numărului de zile de spitalizare însumate, dar și diagnosticele secundare asociate. Cele două ipoteze formulate la debutul cercetării au fost:

- Ipoteza de nul - nu există legătură între tulburarea psihosomatică și frecvența de internare sau numărul de zile de spitalizare însumate.
- Ipoteza de cercetare - tulburarea psihosomatică duce la creșterea numărului de zile de spitalizare sau la creșterea frecvenței de internare.

Participanților li s-au aplicat următoarele două chestionare din SEC:

- Scala de atitudini și convingeri forma scurtă (ABSs);
- Chestionarul de acceptare necondiționată a propriei persoane (USAQ).

După parcurgerea etapelor statistice necesare: descrierea lotului, verificarea bazei de date și calcularea indicatorilor statistici de bază, testarea ipotezelor statistice, testarea normalității datelor culese, testarea liniarității a două variabile cantitative, în funcție de o a treia calitativă și analiza corelațională, a fost posibilă calculul regresiei liniare.

Prelucrarea statistică evidențiază următoarele:

- corelație negativă semnificativă, ridicată, $r(80) = -0,765$ $p = 0,001 < 0,05$, confirmând faptul că un scor mare al raționalității conduce la scăderea numărului de internări ;
- corelație pozitivă semnificativă, ridicată, $r(80) = 0,755$ $p = 0,001 < 0,05$, concluzionând că numărul de internări crește odată cu scorul variabilei iraționalității;
- corelație negativă semnificativă, moderată, $r(80) = -0,503$ $p = .001 < 0,05$, ceea ce denotă că scoruri ridicate ale acceptării necondiționate conduc la un număr mai mic de internări.

Analizând datele obținute putem concluziona că în cazul pacienților cu diabet zaharat ar fi necesar să acordăm importanță modului în care aceștia gândesc și efectul lui asupra somatizării bolii.

Datele cercetării au fost publicate în revista de profil Brain. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience <https://doi.org/10.18662/brain/14.4/528>

Regresie liniară cu VD zile de spitalizare și VI valorile testului USAQ

Tabel 14 - Regresia liniară a variabilei număr zile de spitalizare în funcție de acceptare necondiționată

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.622 ^a	.387	.379	9.071

a. Predictors: (Constant), Acceptare Necondiționată (max 140)

b. Dependent Variable: Zile_spitalizare

Tabelul ne oferă informații importante despre eficiența modelului de regresie. $R=0,622$, reprezintă o corelație moderată între numărul de zile de spitalizare și rezultatele testului USAQ.

$R^2 = 0,387$ ne arată faptul că 38,7% din varianța VD poate fi explicată prin varianța VI. Putem afirma că 39% dintre subiecți, au un număr crescut de zile de spitalizare datorită unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază.

R^2 ajustat = 0,379. Având în vedere că ne interesează generalizarea rezultatelor, R^2 ajustat va fi valoarea supusă atenției și ca urmare considerăm că acceptarea necondiționată influențează în proporție de 37,9% numărul de zile de spitalizare.

În concluzie, influența acceptării necondiționate a propriei persoane asupra numărului de zile de spitalizare este medie.

Regresie liniară cu VD zile de spitalizare și VI valorile testului ABSs scala raționalitate, scala iraționalitate

Tabel 15 - Regresia liniară a variabilei număr zile de spitalizare în funcție de raționalitate

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.848 ^a	.720	.716	6.131

a. Predictors: (Constant), Raționalitate (max. 16)

b. Dependent Variable: Zile_spitalizare

$R=0,848$, indică o corelație ridicată între numărul de zile de spitalizare și scala raționalitate.

$R^2 = 0,720$, ne arată faptul că 72% din varianța VD poate fi explicată prin varianța VI. Putem afirma că 72% dintre subiecți, au un număr scăzut de zile de spitalizare dacă nu prezintă semnele unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază.

R^2 ajustat = 0,716. Scopul nostru este generalizarea rezultatelor, astfel R^2 ajustat va fi valoarea supusă atenției și ca urmare considerăm că raționalitatea influențează în procent de 71,6% numărul de zile de spitalizare.

Concluzionăm că:

Rezultatele regresiei liniare simple între influența unei raționalități scăzute și creșterea numărului de zile de spitalizare, sunt semnificative.

Rezultatele regresiei liniare simple între influența unei iraționalități crescute și creșterea numărului de zile de spitalizare, sunt semnificative.

Regresie liniară cu VD frecvența de internare și VI scorurile testului USAQ

Pentru a determina dacă există o relație între frecvența de internare și acceptarea necondiționată, vom urma aceiași pași ca și în cazul variabilei dependente zile de spitalizare.

Rezultatele regresiei liniare simple evidențiază următoarele (Tabelul 96):

- $R=0,503$, reprezintă o corelație medie între frecvența de internare și acceptarea necondiționată;

- $R^2 = 0,253$, astfel că 25,3% din varianța VD poate fi explicată prin varianța VI. Afirmăm că 25,3% dintre subiecți, au un număr scăzut de internări dacă nu prezintă semnele unei patologii psihosomatice asociate bolii de bază;
- R^2 ajustat = 0,243. R^2 ajustat va fi valoarea supusă atenției și conform cu aceasta, concluzionăm că acceptarea necondiționată influențează în procent de 24,3% frecvența de internare.
- Eroarea standard a estimării = 1,618.

Tabel 16 - Regresia liniară a variabilei frecvență de internare raportată la acceptarea necondiționată

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.503 ^a	.253	.243	1.618

a. Predictors: (Constant), Acceptare Necondiționată (max 140)
 a. Dependent Variable: Frecvență internare

Tabel 17 - Rezultatele obținute în urma analizei de regresie care vizează estimarea frecvenței de internare în funcție de scorurile acceptării necondiționate, raționalitate, iraționalitate

	R	R ²	β	b	SE b
Acceptarea necondiționată	0,503	0,253	-0,503*	-0,047*	0,009
Raționalitate	0,765	0,585	-0,765*	-0,516*	0,049
Iraționalitate	0,766	0,587	0,766*	0,517*	0,049

Notă. Variabila dependentă: frecvență de internare ; * p<0,001

Concluzionăm următoarele:

- **Influența acceptării necondiționate asupra frecvenței de internare este scăzută din punct de vedere statistic.**
- **Existența unui nivel ridicat al iraționalității influențează creșterea frecvenței de internare;**
- **Cu cât scade scorul raționalității, cu atât crește frecvența de internare.**

Depresia pacientului internat cu patologie polimorfă

Lotul de cercetare este format din 77 de pacienți, 24 bărbați și 53 femei, cu vârste cuprinse între 20-72 ani. Variabilele care m-au interesat la final de cercetare, zilele de spitalizare și frecvența cu care s-au internat acești pacienți în unitatea sanitară, au fost obținute din programul informatic, pentru perioada 2015-2022.

Chestionarul utilizat a fost parte a Sistemului de Evaluare Clinică-Scala de depresie Hamilton (HRSD).

Obiectivul acestei cercetări este de a evidenția existența unui fenomen de subdiagnosticare a pacientului care prezintă tulburare psihosomatică și îl realizăm prin intermediul testării următoarelor ipoteze bidirecționale:

- **H0: Nu există nicio legătură între zilele de spitalizare/frecvența de internare și rezultatul de la testul psihologic (cu caracter demonstrativ în sensul unei tulburări psihosomatice).**

- **H1: Exista o corelație semnificativă între persoanele cu tulburări psihosomatice și frecvența de internare și/sau un număr de zile de spitalizare.**

Astfel, o valoare a pragului de semnificație $p < 0,05$, ne relevă că există o diferență semnificativă, o asociere între variabile. De asemenea, credem că lotul de 77 de participanți este suficient pentru a folosi prelucrarea statistică corelația Spearman. Instrumentul psihologic de măsurare a depresiei prezintă coeficienții de fidelitate și validitate ridicați.

În urma prelucrării statistice au rezultat următoarele:

- $\rho(75)=0,585$, $p < 0,001$, corelație pozitivă semnificativă moderată, însemnând că pacienții cu un scor ridicat al depresiei au o frecvență de internare mare și invers.
- $\rho(75)=0,916$, $p < 0,001$, corelație pozitivă semnificativă foarte ridicată, ceea ce relevă că pacienții care prezintă un nivel ridicat al depresiei necesită un număr de zile de spitalizare ridicat.

Concluzionăm că, pacienții cu un scor ridicat al depresiei necesită un număr de zile de spitalizare mare și prezintă un număr crescut de internări.

Anxietatea pacientului ajuns în camera de primiri urgențe

Anxietatea este frică. Cea mai mare frică a omului este moartea. Uneori nu propriul deces ne sperie, cât pierderea cuiva drag poate fi mai mare declanșatoare de fobii. Această fobie poate fi uneori cauza pentru care reacțiile aparținătorilor vis-a-vis de tratamentul primit și starea rudei bolnave generează atât de multe conflicte între medic și familia de afară.

Pentru un lot de 80 de pacienți care în perioada 2018-2020 s-au prezentat în UPU Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ap. Andrei" Galați, a fost obținut Consimțământul de a completa un chestionar psihologic din SEC - Scala de anxietate Hamilton (HRSA) (Hamilton, 2007). Scala are 14 itemi, dintre care 7 măsoară anxietate psihică și 7 măsoară anxietatea somatică. Scorurile obținute pe fiecare scală sunt între 0 și 28 de puncte. Scorurile mai mari de 20 de puncte se înregistrează la persoanele diagnosticate cu tulburări de anxietate de intensitate clinică. Pentru detalii legate de numărul de prezentări și frecvența de internare, a fost utilizată baza de date informatică a unității sanitare.

Am formulat două ipoteze:

1. H0: Ipoteza de nul - nu există nici o legătură între anxietatea psihică sau somatică și numărul de prezentări al unui bolnav în camera de primiri urgente (UPU).
2. H1: Ipoteza de cercetare - bolnavul cu grad ridicat de anxietate psihică, va avea mai puține prezentări în UPU, comparativ cu pacientul cu grad de anxietate somatică ridicată. Mai exact, anxietatea psihică îl ține pe pacient departe de *halatul alb*, în timp ce în faza în care apar tulburările psihosomatice, acesta se va prezenta tot mai des la medic, însă fiind vorba despre acuze subiective ce nu pot fi inițial probate paraclinic, numărul de internări va fi relativ redus.

Având în vedere că Sig. Shapiro-Wilk este mai mic decât 0,05, nu putem afirma că datele sunt normal distribuite. Astfel, în continuare, pentru analiza statistică vom alege teste neparametrice (pentru date anormal distribuite).

Pentru a determina corelația dintre două variabile ale căror date nu sunt normal distribuite, vom utiliza în continuare coeficientul de corelație R (Spearman). Avantajul testelor neparametrice este faptul ca folosesc mai puține ipoteze, fiind considerate mai robuste. (Rotenștein, fără an)

Testul Spearman este o metodă statistică folosită pentru a evalua corelația între două variabile clasificate în mod ordonat (având în vedere faptul că acestea măsoară doar relații

monotone). Acest test se bazează pe coeficientul de rang al lui Spearman, care cuantifică în ce măsură există o relație liniară între cele două variabile ordonate.

Vom determina astfel în cele ce urmează dacă două variabile prezintă o asociere monotonă, ceea ce înseamnă că schimbările în variabila independentă, vor duce la schimbări în variabila dependentă, dar nu neapărat într-o relație liniară directă, în sensul că modificările pot fi atât în sens pozitiv, cât și în sens negativ. Acest test poate fi utilizat pentru a analiza corelații între scorurile la teste, evaluări de performanță sau alte variabile ordonate.

Dacă Spearman's $\rho=0$, nu există nici o corelație între variabile. Dacă >0 în sens pozitiv, corelația este pozitivă, dacă <0 , există corelație negativă.

Tabel 18 - Corelații între numărul de prezentări în UPU fără internare și rezultatele testului de anxietate psihică

				Prezentări UPU fără internare	Categorie anxietate psihică
Spearman's rho	Prezentări internare	UPU	fără	Correlation Coefficient	1,000
				Sig. (2-tailed)	,595**
			N	.	,000
			N	80	80
Spearman's rho	Categorie psihică	anxietate	fără	Correlation Coefficient	,595**
				Sig. (2-tailed)	1,000
			N	,000	.
			N	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation Coefficient <1 .

Correlation Coefficient = 0,595.

Corelația între numărul de prezentări în UPU, fără ca bolnavul să fie internat și categoria scorul testului de anxietate psihică, este de 59,5%.

Altfel spus, anxietatea psihică nu modifică testele paraclinice, pacientul are doar simptome specifice, și vine adesea în camera de primiri urgențe, fără însă a necesita internare.

Ținând cont de faptul că media de prezentări în UPU, fără internare este de 7,95 ori, anxietatea psihică crește cu aproape 60% șansele ca pacientul anxios să revină în UPU.

Tabel 19 - Corelații între numărul de prezentări în UPU fără internare și rezultatele testului de anxietate somatică

				Prezentări UPU fără internare	Categorie anxietate somatică
Spearman's rho	Prezentări internare	UPU	fără	Correlation Coefficient	1,000
				Sig. (2-tailed)	,183
			N	.	,103
			N	80	80
Spearman's rho	Categorie somatică	anxietate	fără	Correlation Coefficient	,183
				Sig. (2-tailed)	1,000
			N	,103	.
			N	80	80

Correlation Coefficient <1 .

Correlation Coefficient = 0,183

Corelația există, însă este foarte slabă. Putem concluziona că anxietatea somatică nu influențează pozitiv prezentările în UPU *fără internare*.

Tabel 20 - Corelații între numărul de prezentări în UPU cu internare și rezultatele testului de anxietate somatică

				Prezentări UPU cu internare	Categorie anxietate somatică
Spearman's rho	Prezentări internare	UPU	cu	Correlation Coefficient	1,000
				Sig. (2-tailed)	,684**
			N		,000
			N		80
Spearman's rho	Categorie somatică	anxietate	cu	Correlation Coefficient	,684**
				Sig. (2-tailed)	1,000
			N		,000
			N		80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation Coefficient < 1.
Correlation Coefficient = 0,684.

Corelația între numărul de prezentări în UPU, cu internare (finalizate cu internarea bolnavului) și anxietatea somatică, este de 68,4%. Pacientul cu anxietate somatică clinică, va necesita internare, dat fiind faptul că atât semnele și simptomele, cât și valorile evaluării paraclinice orientează către un diagnostic necesar a fi elucidat și/sau tratat.

Tabel 21 - Corelații între numărul de prezentări în UPU cu internare și rezultatele testului de anxietate psihică

				Prezentări UPU cu internare	Categorie anxietate psihică
Spearman's rho	Prezentări UPU cu internare		cu	Correlation Coefficient	1,000
				Sig. (2-tailed)	,162
			N		,152
			N		80
Spearman's rho	Categorie anxietate psihică		cu	Correlation Coefficient	,162
				Sig. (2-tailed)	1,000
			N		,152
			N		80

Correlation Coefficient < 1.
Correlation Coefficient = 0,162

Corelația între prezentările în UPU care au necesitat internare și categoria de anxietate psihică este foarte slabă.

Putem concluziona din datele obținute, că anxietatea psihică aduce bolnavul la spital. Odată ce anxietatea depășește gradul psihic și devine somatică, evidentă clinic (cu manifestări de tip respirator, cardiac, gastric, etc), pacientul continuă să vina la medic, însă prezentările se vor finaliza cu internare. Probabil că după internări repetate și asigurări din partea medicilor că riscul de deces sau boală gravă este minim, pacientul își continuă tratamentul la domiciliu, cu prezentări în ambulator.

Indiferent dacă bolnavul este internat sau nu, corelația între gradul de anxietate foarte ridicat și adresabilitatea la medic, este foarte strânsă (peste 60%).

Anxietatea este psihică inițial, netratată ajunge să aibă manifestări somatice. Din păcate însă, de la debut (din punctul în care gradul de anxietate este foarte mare), pacientul începe să viziteze UPU. Inițial are număr mare de prezentări, fără a fi internat. Ulterior, când anxietatea atinge cote somatice, pacientul va fi și internat pentru investigații amănunțite. Astfel presiunea pe sistemul sanitar se menține ridicată, la fel ca și gradul de anxietate al pacientului.

Friedman Test (echivalentul ANOVA datelor normal distribuite)

Testul Friedman este metoda statistică non-parametrică utilizată pentru a compara diferențele între grupurile de măsuri sagitale în cazul unui singur set de subiecți. Este o variantă non-parametrică a analizei de varianță ANOVA, utilizată atunci când datele nu îndeplinesc asumția de normalitate sau independență a variabilelor. Rezultatele indică dacă cel puțin două grupuri sunt diferite între ele.

Tabel 22 - Semnificația VI asupra VD

	Mean Rank
Prezentări UPU fără internare	2,90
Prezentări UPU cu internare	1,18
Scor anxietate somatică	2,64
Scor anxietate psihică	3,28

Tabel 23 - Valoarea chi-square

N	80
Chi-Square	130,912
df	3
Asymp. Sig.	,000

a. Friedman Test

Valoarea chi-square arată dacă există diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește variabila dependentă. Valoarea chi-square mare indică o diferență semnificativă, în cazul nostru 130,912.

Gradul de libertate df indică o putere mare a testului de a detecta diferențe semnificative.

Asymp. Sig este mai mică decât 0,05, ceea ce înseamnă că putem respinge ipoteza de nul formulată la început. Putem concluziona că există o influență foarte mare a variabilei independente VI-categoria de anxietate asupra variabilei dependente VD- prezentări în UPU.

În concluzie, interpretarea testului Friedman se bazează pe valoarea chi-square, gradul de libertate și sigma <0,05 pentru a putea susține ipoteza de cercetare formulată.

Astfel, numărul de prezentări în UPU este crescut în cazul pacientului cu anxietate somatică, în timp ce numărul de prezentări în UPU este mai redus la pacientul cu grad mare de anxietate psihică.

Tulburările anxioase ale pacientului post infecție SARS COV2

În anul 2020, cercetările tezei de față nu erau finalizate. M-am văzut atunci în fața unui eveniment medical la care mulți dintre noi nici nu gândisem vreodată. Citisem în literatura de specialitate despre epidemii și pandemii, însă era greu de conceput ca așa ceva ni se poate întâmpla noua în secolul XXI.

Am gândit atunci că patologiile psihosomatice vor lua amploare, că trauma va lăsa urme la fel de adânci ca fibroza pulmonară generată de boala respiratorie cu care ne luptam.

Având în vedere că trăiam în izolare, am utilizat cu toții mijloacele de comunicare virtuale, mai mult ca niciodată. Anxietatea era la cote alarmante atât în mediile restrânse cât și în cercurile sociale extinse.

Plecând de la ideea că mass-media a contribuit la educația sanitară în acel an mai mult ca oricând, de la ideea că omul se informează prin mijloace TV și internet, că domeniul social a devenit aproape în totalitate virtual, am demarat un studiu de cercetare liniar împreună cu colegi medici cărora le mulțumesc pentru sprijin și curiozitate academică. Rezultatele cercetării au fost ulterior publicate în revista de profil Brain-Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience (DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1Sup1/306>).

În anul 2021 au fost aplicate o serie de chestionare unui lot de 30 de persoane care *au avut* infecție cu SARS COV2 și unui lot de 20 de persoane care *nu au contactat* acest virus până la acel moment. Am dorit în principal să aflu dacă gradul de anxietate se corelează cu gradul de dependență de mass-media, dacă ceea ce ne speria era boala în sine, sau știrile oferite de presa. Ne ajuta la acel moment informarea abuzivă despre tragedia care ne înconjură? Erau persoanele anxioase mai predispuse la forme severe de boală sau adresabilitatea lor la medic mai redusă tocmai din cauza acestei anxietăți?

Am utilizat:

- Chestionarul anxietății de coronavirus www.researchcentral.ro
- Chestionarul dependenței de mass-media www.researchcentral.ro
- Scala de dezvoltare post-traumatică SRGS ;Crystal Park, Lawrence Cohen și Renee Murch-aplicat doar persoanelor care au trecut prin boala (COVID 19)

Rezultate

Din 50 de persoane chestionate, 30 au suferit boala, iar 20 nu. Din prima categorie, 7 au fost vaccinate antigripal, iar din a doua categorie, 11. La acel moment, vaccinul antigripal era de mare importanță, dat fiind faptul că organismul uman cu greu ar fi putut să facă față atât gripei cât și infecției SARS COV2.

Tabel 24 - Distribuția loturilor

	Număr de persoane	Vaccinate antigripal
Lotul 1 - persoane care au fost infectate cu SARS COV2	30	7
Lotul 2 - persoane care nu au fost infectate cu SARS COV2	20	11

Tabel 25 - Chestionarul anxietății de Coronavirus

	Punctaj		
	Maxim	Mediu	Minim
Lotul 1 – 30 persoane	17	12	1
Lotul 2 – 20 persoane	10	10	0

Tabel 26 - Chestionarul dependentei de mass-media

	Punctaj		
	Maxim	Mediu	Minim

Lotul 1 – 30 persoane	4	9	17
Lotul 2 – 20 persoane	2	6	12

Tabel 27 - Scala dezvoltării post-traumatice SRGS

	Punctaj		
	Maxim	Mediu	Minim
Lotul 1 – 30 persoane	15	8	7

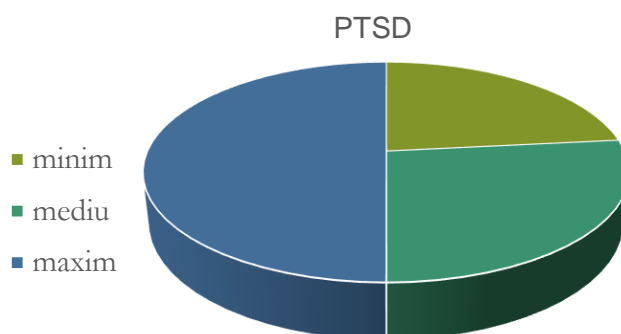


Figura 3- Distribuția gradului de PTSD ale subiecților

Considerând infecția cu SARS COV2 o traumă, acest chestionar a fost aplicat doar persoanelor care trecuseră prin boală la acel moment.

Concluzii:

1. Anxietatea în rândul persoanelor care au suferit de COVID19 a fost similară cu gradul de anxietate al persoanelor care nu au trecut prin boală.
2. În proporție de 100% subiecții chestionați au declarat ca în ceea ce privește dependența de mass-media, se considerau dependenți în anul 2020, deși astăzi se pot declara suprasaturați. Aceștia au declarat că își doresc să reducă la maximum utilizarea tehnologiei audio-vizuală. De observat este faptul că doar 4, respectiv 2 persoane din cele doua loturi, au obținut punctaje notabile la acest chestionar.
3. Chestionați referitor la viața socială în virtual, subiecții au declarat că preferă să se rezume la conversații cu familia, deși anterior anului 2020, rețelele de socializare erau utilizate ca metoda de recreere.
4. Suprasolicitarea psihică timp de aproximativ 1 an prin materiale media ce induc anxietatea, a avut ca rezultat refuzul absolut de a mai fi informat prin mijloace TV, reducerea timpului petrecut on-line pentru socializare și înstrăinarea de familia extinsă.

În ceea ce privește scala de dezvoltare post-traumatică, am concluzionat:

1. Plecând de la ideea că boala COVID19 ar putea fi catalogată drept *traumă*, după cum au declarat și subiecții intervievați, acest chestionar a fost aplicat doar celor care au trecut prin boală și carantină. Având în vedere că 50% dintre ei au obținut punctaj maxim iar 30% au obținut punctaj mediu, procentele pot fi corelate pozitiv cu severitatea simptomelor prezentate.

2. 70% dintre pacienți declară că ar fi preferat să nu treacă prin boală, în timp ce 30% declară că trecerea prin boala le-a redus considerabil gradul de anxietate simțindu-se fericiți și ușurați ca au depășit boala.
3. În proporție de 100%, subiecții trecuți prin boala au declarat ca *anxietatea și mass-media* au jucat un rol major în evoluția bolii.

Așteptam ziua când voi începe să mă simt tot mai rău. Fiecare nou simptom apărut mă speria. Știam de la televizor că ziua 9 e cea mai rea. Știam de la știri că nu exista tratament. Nu aveam curaj să merg la spital. Nu aveam curaj să stau acasă. Mă gândeam că nu o să îmi mai văd niciodată familia. Gândul morții era aproape, deși eu mă simțeam bine.

Acestea sunt câteva dintre relatările suplimentare ale celor trecuți prin boală.

Limitările studiului sunt strict de natură numerică. Loturile de subiecți au fost restrânse, din categorii de vârstă diferite între 20 și 55 de ani, 80% dintre subiecți fiind de sex feminin. Fiind vorba de un lot de 50 de persoane, acesta nu poate oglindi opinia publică.

Plecând de la premisa că bolnavii care au resimțit boala COVID 19 ca pe o traumă, cu posibilitatea dezvoltării ulterioare a unei tulburări psihosomatice (relație de cauzalitate traumă-tulburare psihosomatică, deja demonstrată în literatura de profil) se conturează următoarele ipoteze:

- Pacienții cu tulburări psihosomatice prezintă adesea semne de depresie, anxietate, tulburări de personalitate. Persoanele cu punctaj maxim la chestionarul dezvoltării traumei sunt viitorii pacienți cu tulburări de acest gen?
- Mecanismele de coping erau deja afectate în rândul persoanelor care au catalogat această boala ca pe o trauma? Sau tocmai mecanismele de adaptare funcționale, le-au ajutat să mențină boala la o formă ușoară-medie?

La trei ani distanța de pandemie, marea majoritate dintre noi trăiește senzația unui vis îndepărtat. Pare că a fost de mult, nici nu mai dorim să ne amintim, să vorbim despre asta. Ne dorim să uităm așa o traumă în masa, similară unui război.

După război, oamenii vorbesc doar despre pace, îngroapă adânc amintiri și răni. După pandemie, medicii - martori ai morții mai abitir ca oricând și aceia dintre noi care și-au pierdut oameni dragi, vor doar să uite, să nege tot ceea ce au trăit. Această negare este de fapt tot o manifestare a traumei. Este doar o etapă a ei.

Corelații între diagnosticele la externare F40-F48 și durata medie de spitalizare din datele informatice ale unității sanitare

Introducere

Definirea problemei

Internarea repetată cu diagnostic de tulburări nevrotice, de stres și somatoforme și durata de spitalizare mai mare decât media este premiza cercetării statistice, cunoașterea influenței acestor factori fiind foarte importantă în luarea deciziilor de îmbunătățire a calității serviciilor medicale.

Am folosit informații și date despre pacienții internați în Spitalul Clinic Județean de Urgență Galați în diferite secții, ele au fost extrase din programul Hipocrate.

Codurile folosite pentru observare și analiză, conform specificațiilor sistemului de clasificare în grupe de diagnostice (Diagnostic Related Groups – DRG) se împart în două categorii:

- A. Diagnostice somatice (principale și secundare):
 1. Ciroza hepatică (K70.0, K70.3, K74.6);
 2. Diabet zaharat (E11, E12);
 3. Hipertensiune arterială (I10);
 4. Insuficiență cardiacă (I50);
 5. Psoriazis (L40);
 6. Boală pulmonară cronică obstructivă (J44);
 7. Astm (J45);
 8. Poliartrită reumatoidă (M13);
 9. Boală renală cronică (N18);
 10. Obezitate (E66.9);
 11. Anemie prin carență de fier (D50.9);
 12. Hipercolesterolemie (E78);
- B. Diagnostice psihosomatice (principale și secundare):
 1. Tulburări mentale organice, inclusiv tulburările simptomatice (F00-09);
 2. Tulburări mentale și de comportament datorate utilizării substanțelor psihoactive (F10-19);
 3. Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante (F20-29);
 4. Tulburări ale dispoziției (afective) (F30-F39);
 5. Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme (F40-48);
 6. Sindroame comportamentale secundare perturbărilor fiziologice și factorilor fizici (F50-59);
 7. Tulburări de personalitate și de comportament la adulți (F60-69);
 8. Retardare mentală (F70-79);
 9. Tulburări de dezvoltare psihologică (F80-F89);
 10. Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență (F90-F98)
 11. Tulburare mentală nespecificată (F99).

Fiind vorba despre o analiza extrem de laborioasă, am ales să introduc în studiu 12 diagnostice somatice care sunt de interes ca incidență în sfera medicinei interne.

Am ales ca perioadă de analiză perioada 2015 - 2022 inclusiv, deoarece intenționez să creez un tablou cât mai real anterior și ulterior pandemiei.

Obiectivul studiului

În acest studiu îmi propun să analizez variabilele statistice alese, în vederea conturării unei perspective despre influența diagnosticelor psihosomatice și somatice asupra duratei de spitalizare. Astfel, se urmărește o analiză dimensională a corelației dintre diagnostice și posibilitatea creării unor modele statistice de predicție: a duratei de spitalizare, existenței unui diagnostic psihosomatic la pacienții care au anumite diagnostice somatice cu durată mare de spitalizare folosind software-ul Microsoft SPSS.

Vom stabili două ipoteze de cercetare:

- diagnosticul psihosomatic crește durata de spitalizare;
- numărul mare de zile de spitalizare este datorat existenței unui diagnostic psihosomatic asociat.

Construirea bazei de date

Alegerea variabilelor analizate

Baza de date a fost creată din rapoarte extrase din software-ul Hipocrate, prelucrate tabelar însumând externările din Spitalul Clinic Județean de Urgență Galați din perioada 2015 – 2022; au fost incluse diagnosticele de externare (principal) și secundare.

Pentru a putea efectua analiza statistică, am stabilit următoarele variabile conform tabelului de mai jos:

Tabel 28 - Variabile bază de date - externări

Nr. Crt.	Identificare variabilă	Denumire variabilă	Măsură variabilă	Observații
1	IDExt	Identificare externare	Nominală	Numeric
2	Vârsta	Vârsta pacient	Scală	Numeric
3	Gen	Gen pacient	Nominală	1-Masculin; 2-Feminin;
4	ZS	Zile de spitalizare	Scala	Numeric
5	ZS_binar	Durată de spitalizare - categorială	Nominală	0-Sub 7 zile 1-Peste 7 zile
6	Luna_Ext	Luna externării	Nominală	1-12 – Ian - Dec
7	An_Ext	Anul externării	Nominală	1-8 – 2015 - 2022
8	Sect_Ext	Secție externare	Nominală	1-30 Secții
9	TMentOrganSimpt	Tulburări mentale organice, inclusiv tulburările simptomatice (F00-09)	Nominală	0-Nu; 1-Da;
10	TMentCompSA	Tulburări mentale și de comportament datorate utilizării substanțelor psihoactive (F10-19)	Nominală	0-Nu; 1-Da
12	SchizoTulbDel	Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante (F20-29)	Nominală	0-Nu; 1-Da
13	TDisp	Tulburări ale dispoziției (afective) (F30-39)	Nominală	0-Nu; 1-Da
14	TStressSomat	Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme (F40-48)	Nominală	0-Nu; 1-Da
15	SCompPertFizio	Sindroame comportamentale secundare perturbărilor fiziologice și factorilor fizici (F50-59)	Nominală	0-Nu; 1-Da
16	TPersCompA	Tulburări de personalitate și de comportament la adulți (F60-69)	Nominală	0-Nu; 1-Da
17	RMental	Retardare mentală (F70-79)	Nominală	0-Nu; 1-Da
18	TDezvPsi	Tulburări de dezvoltare psihologică (F80-89)	Nominală	0-Nu; 1-Da
19	TCompCopil	Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență (F90-F98) și tulburare mentală nespecificată (F99)	Nominală	0-Nu; 1-Da
20	CH	Ciroza hepatică (K70.0, K70.3, K74.6)	Nominală	0-Nu; 1-Da
21	DZ	Diabet zaharat (E11, E13)	Nominală	0-Nu; 1-Da
22	HTA	Hipertensiune arterială (I10)	Nominală	0-Nu; 1-Da
23	InsCard	Insuficiență cardiacă (I50)	Nominală	0-Nu; 1-Da
24	Psor	Psoriazis (L40)	Nominală	0-Nu; 1-Da
25	BPOC	Boală pulmonară cronică	Nominală	0-Nu; 1-Da

		obstructivă (J44)		
26	Astm	Astm (J45)	Nominală	0-Nu; 1-Da
27	PoliReum	Poliartrită reumatoidă (M13)	Nominală	0-Nu; 1-Da
28	BRC	Boală renală cronică	Nominală	0-Nu; 1-Da
29	Obez	Obezitate (E66.9);	Nominală	0-Nu; 1-Da
30	Anemie	Anemie prin carență de fier (D50.9)	Nominală	0-Nu; 1-Da
31	HiperCole	Hipercolesterolemie (E78)	Nominală	0-Nu; 1-Da

Baza de date include un număr de 299.847 înregistrări reprezentând externările din anii 2015 - 2022. Din baza de date inițială au fost excluse externările din:

- Secția Cronici prematuri ;
- Secția Neonatologie;
- Compartiment Arși;
- Pacienții de altă naționalitate.

Analiza de regresie aplicată pe întreaga bază de date

Deși gradul de asociere sau corelație este nesemnificativ vom încerca în continuarea studiului elaborarea a două modelele de predicție. Variabilele fiind dihotomice aplicăm din testul neparametric regresia logistică binară.

Vom genera în SPSS două modele de regresie logistică binară după cum urmează:

Model 1 : Durată de spitalizare prezisa de 8 variabile independente

Variabila dependentă: **Durată de spitalizare - categorială;**

Variabile independente:

- vârstă pacient;
- gen pacient;
- tulburări nevrotice, de stres și somatoforme (diagnostice secundare);
- hipertensiune arterială (diagnostice secundare);
- insuficiență cardiacă (diagnostice secundare);
- diabet zaharat (diagnostice secundare);
- boală pulmonară cronică obstructive (diagnostice secundare);
- boală renală cronică (diagnostice secundare).

Model 2 : Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme prezise de 8 variabile independente

Variabila dependentă: **Tulburări nevrotice, de stres și somatoforme (diagnostice secundare)**

Variabile independente:

- vârstă pacient;
- durată de spitalizare - categorială;
- gen pacient;
- hipertensiune arterială (diagnostice secundare);

- insuficiență cardiacă (diagnostice secundare);
- diabet zaharat (diagnostice secundare);
- boală pulmonară cronică obstructive (diagnostice secundare);
- boală renală cronică (diagnostice secundare).

Datele obținute releva următoarele concluzii:

Modelul 1 de regresie logistică este semnificativ statistic dar nu are putere de predicție deoarece:

- numărul de diagnostice psihosomatice este mic (posibilă subdiagnosticare)
- incidența diagnosticelor somatice stabilite ca predictor este mică în ciroza hepatică după cum se vede în tabelul 195.

Modelul 2 de regresie logistică este semnificativ statistic dar nu are putere de predicție deoarece:

- numărul diagnosticelor psihosomatice este mic (posibilă subdiagnosticare)
- incidența diagnosticelor somatice stabilite ca predictor este redusă în ciroza hepatică.

Făcând o comparație cu modelele de regresie generate pentru întregul eșantion putem spune următoarele:

- modelele de regresie propuse pentru ciroza hepatică sunt semnificative statistic față de cele ale eșantionului de bază;
- gradul de corelație dintre predictor și variabila dependentă a crescut atunci când am redus eșantionul prin filtrarea pacienților cu ciroză.

Capitolul VI

Concluzii

Pe parcursul întregii perioade de studiu și cercetare, m-am convins că munca mea a meritat acest efort. Am stabilit încă de la început că a fi medic înseamnă a căuta mereu un plus valoare pentru pacient. A fi medic nu înseamnă să urmezi un traseu, un tratat, un tratament prestabilit la un diagnostic oferit de dovezile paraclinice. Dacă ne limităm la asta, putem la fel de bine să ne limităm la inteligența artificială.

În cel mai fericit caz, poți să îți urmărești colegii să vezi ce au mai cercetat, descoperit și demonstrat, și să pui în practică, fiind mereu un medic informat și în continuă evoluție.

În cazul ideal însă, devii tu însuși cercetător cu fiecare consult, la patul fiecărui bolnav și în discuția cu fiecare om al cărui suflet îl ai alături.

Doar din dorința de a face bine, am pornit pe acest drum. Citisem foarte puțin din sfera medicinei bio-psiho-sociale, știam că anamneza și empatia sunt importante, dar cam atât. Dacă pacientul ar fi mama mea, dacă aș fi chiar eu....ce mi-aș dori? Vreau să fiu acel medic pe care mi l-aș dori aproape atunci când voi fi bolnavă. Îmi doresc un medic atent la mine, la om, nu doar la boala mea. Îmi doresc ca medicul meu să îmi aline suferința dar și să îmi dea curaj. Îmi doresc ca medicul meu să mă facă să simt că nu sunt singură, că mă cunoaște, ca îmi e alături. De foarte multe ori am auzit pacienți vorbind despre medici ca fiind *foarte drăguți*, spunând cu uimire....*medicul mi-a explicat, m-a ascultat, mi-a zâmbit*. Niciodată însă în practică nu am auzit un pacient să își judece sau să își cuantifice medicul prin prisma pregătirii medicale. Pacientul nu știe câtă medicină cunoaște medicul de lângă

patul său. Pacientul știe doar că lângă el este un om în mâna căruia se află vindecarea. De prea multe ori însă, o vorbă bună face mai mult decât un medicament.

Am început ulterior să studiez psihosomatica, să mă întreb de ce nu a fost predată în facultate, de ce nu avem clinici care să abordeze pacientul cu tulburări psihosomatice. De ce unii pacienți au nevoie să revină atât de des în spital doar pentru a fi reasigurați că boala este bine controlată? De ce unii pacienți au sacose întregi cu medicamente, pe care le administrează sau nu, în funcție de simptomele de peste zi? De ce unii pacienți sunt văzuți de foarte mulți medici, primesc medicamente pentru simptomele lor și cu toate acestea se simt tot bolnavi și speriați? Suntem oare o populație atât de bolnavă? Suntem oare un popor lipsit de educație sanitară și comportamentele sanogene sunt o utopie?

Cercetările a patru ani și centralizările ulterioare mi-au conturat următoarele concluzii:

1. Tulburările psihosomatice sunt subdiagnosticate.
2. Depresia, anxietatea, stima de sine scăzută, credințele iraționale, ruminanța, traumele de orice fel, distresul duc cu siguranță la o formă de tulburare psihosomatică, urmată de boala psihosomatică dacă nu se urmează nici o formă de terapie în această direcție.
3. Bolnavii care asociază o tulburare psihosomatică unui diagnostic somatic, vor avea o durată mai mare de spitalizare comparativ cu aceia care nu prezintă această asocieră.
4. Bolnavii care asociază o tulburare psihosomatică unui diagnostic somatic vor avea mai multe prezentări la medic (UPU, medic de familie sau specialist din orice sferă) decât aceia care nu asociază cele două patologii.
5. Tulburările psihosomatice sunt subdiagnosticate din lipsa unui instrument ajutător.
6. Tulburările psihosomatice nu pot fi diagnosticate de psihologul clinician, dat fiind faptul că numărul bolnavilor care ar trebui testați este enorm, făcând imposibilă această conduită terapeutică chiar și în eventualitatea în care în fiecare secție ar exista un psiholog clinician.
7. Este clară nevoia populației de a se adresa cel puțin anual unui psiholog pentru evaluare și terapie, așa cum anual se efectuează profilactic un set de analize de bază.
8. Este vitală implementarea unui instrument ajutător în diagnosticarea tulburărilor somatoforme de către un clinician - instrument aplicat sau autoaplicat.
9. Este de dorit ca pentru început să demarăm dezvoltarea medicinei bio-psiho-sociale prin crearea cadrului relațional pacient-psiholog în spital, bineînțeles prin colaborare și modificări legislative care să permită existența unui psiholog în spital la maxim 50 de pacienți. Doar în acest fel, psihologul va putea interveni cu o formă de terapie încă din perioada internării, acolo unde este cazul, reușind astfel să schimbe o imagine eronată, o mentalitate deloc sănătoasă vis-a-vis de activitatea unui psiholog și mai ales vis-a-vis de patologia celui care necesită ajutor de specialitate.
10. Așa cum un organ va genera boală în tot organismul, la fel și sufletul va genera boală, pentru că da....*sufletul vorbește prin corp.* (Sator, 2016)

Capitolul VII

Contribuții

Având în vedere că scopurile principale și simplificate ale lucrării de față au fost :

- de a observa dacă tulburările psihosomatice au incidență mare;
- dacă au impact asupra numărului de zile de spitalizare și asupra frecvenței cu care un pacient vine la medic;
- dacă tulburările psihosomatice sunt de fapt subdiagnosticate;
- dacă se demonstrează statistic faptul că sunt subdiagnosticate, este cert că medicului îi lipsește instrumentul de lucru.

Având în vedere că paloarea sclero-tegumentară poate fi semn pentru anemie, peteșiile pot fi semn de trombocitopenie, ralurile bronșice pot decela o pneumonie, disuria o infecție de tract urinar și exemplele pot continua pe sute de pagini, este de la sine înțeles că pentru un diagnostic, medicul utilizează un instrument. Chiar și în psihiatrie, medicul utilizează chestionare acreditate care să îl ajute în susținerea diagnosticului.

Medicul de medicină internă, gastroenterolog, hematolog sau cardiolog etc, nu are nici o posibilitate de a susține paraclinic diagnosticul de tulburare psihosomatică. Diagnosticul apare destul de rar în practică din două motive: lipsa unui instrument care să justifice concluzia medicului, negarea pacientului că ar suferi în urma unei traume, reacții de doliu, anxietate, depresie, etc.

În momentul în care pacientul neagă cu vehemență componenta psihologică a patologiei sale, medicul aproape că e temător în a diagnostica patologie din sfera psihologică. Până la urmă, medicul de medicină internă are competența de a diagnostica o tulburare depresiv anxioasă în urma cursului de psihiatrie din facultate? Dacă un pacient externat cu diagnostic F43 sau F45 mă acuză în instanță pentru acest diagnostic, am instrument doveditor că la acel moment, pacientul prezenta semne și simptome de reacție acută la stres sau tulburare de somatizare?

Răspunsul este NU.

În consecință este o soluție să ignor tulburările psihosomatice? Din nou, NU. Acest tip de diagnostic are implicații majore asupra calității vieții pacientului meu. Să vad și să aleg să nu diagnostichez, să nu consiliesc, este cel puțin o lipsă de calitate în actul medical, dacă nu malpraxis. În plus, tulburările psihosomatice am demonstrat deja că sunt subdiagnosticate și cu impact major asupra duratei de spitalizare și asupra frecvenței de prezentare la medic.

Deci atât pacientul, cât și unitatea sanitară și implicit statul român, suferă financiar de pe urma tulburărilor psihosomatice.

Dacă medicul diagnostichează, o face fără o dovadă, fără un instrument. Dacă nu o face, este indiferent, își încalcă de fapt jurământul depus, este lipsit de etică și moralitate prin nepăsarea sa.

Mă veți întreba acum: Și ce e de făcut?

Scorul DALI MED

1. Aveți același interes ca odinioară față de lucrurile care vă plac?

2. Simțiți nevoia de a plânge mai des decât de obicei?

(răspunsul afirmativ se încadrează în diagnosticare F32)

3. Aveți coșmaruri sau vise vii frecvent? Au același conținut?

4. Vă simțiți hipervigilent chiar și când nu este nevoie?

(răspunsul afirmativ se încadrează în diagnosticare F43)

5. Vă simțiți nesigur sau incomod când sunt prea mulți oameni în jurul dumneavoastră ?

6. Vă e greu să ieșiți din casa singur și/sau să călătoriți singur?

(răspunsul afirmativ se încadrează în diagnosticare F40)

7. Uneori gândurile dumneavoastră devin deranjante, sau prind voce? Vă auziți gândurile ca pe o voce exterioară?

8. Persoanele din jurul dumneavoastră vorbesc des despre dumneavoastră într-o manieră negativă?

9. Cei din jurul dumneavoastră vă doresc răul ?

(răspunsul afirmativ se încadrează în diagnosticare F20)

10. Prezentați adesea: dureri de burtă, greață, vărsături, dureri în piept, senzație de sufocare, urinări dese, senzație neplăcută în zona genitală, dureri ale extremităților (mâini, picioare), amorțeală a mâinilor sau picioarelor, senzație de căldură intensă, constipație, diaree?

(Dacă bifează 6 dintre simptomele de mai sus, dacă a avut în antecedente de internare pentru simptomele menționate, fără diagnostic și tratament la domiciliu se încadrează în diagnosticare F45)

Instrumentul propus are la bază colaborarea cu Psiholog Clinician și Terapeut în formare Ioanina Prisăcaru, din cadrul Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Reutlingen, Germania.

Scorul DALI MED poate fi aplicat de medic la internare sau după, de cadrul medical mediu sau de pacientul însuși dacă starea sa psihică și fizică o permit.

Perspective

Perspectivile sunt dorințe. Sunt vise. Perspectivile acestei lucrări pot fi catalogate ca fiind prea îndrăznețe, utopice cel puțin pentru următoarea perioadă de timp.

Îmi doresc ce e mai bun pentru mine, pentru ai mei, pentru om și umanitate. Viața ar putea fi schimbată în bine dacă am înceta să ne mai mulțumim cu a fi mediocri sau medii. Eu îmi doresc excelență în medicină, îmi doresc excelență în tratamente, excelență în starea de bine. Dacă pacientul poate să fie foarte bine, de ce să ne mulțumim cu bine?

Dacă eu pot să aleg între excelent și bine, voi alege superlativul. Plecând de la această premisă, pacientul este datoriu actului medical. Hrana acestuia, respectul acordat, tratamentul holistic, atenția la detalii, atenția la binele lui *și psihic*, niciodată doar fizic. Nici măcar chirurgia nu ar trebui să își permită luxul limitării actului medical la act chirurgical.

Cu iubire pentru Dumnezeu și creație, voi continua să mă întreb și să caut răspunsuri.

Bibliografie

- (fără an). Preluat de pe PortCetate: <https://portcetate.ro/%e2%9c%93-16-tipuri-de-cercetare-%e3%80%90calitative-si-cantitative%e3%80%91/>
- Ackerknecht, E. H. (1982). *A short History of Medicine* . Medical.
- Alexander, F. (2011). *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*. Bucuresti: Trei.
- Alla Landa, B. S. (2012). Somatoform Pain: A developmental theory and translational research review. *Psychosom Med*, 717-727. doi::10.1097/PSY.0b013e3182688e8b
- Allport, G. W. (1981). *Structura si dezvoltarea personalitatii*. Didactica si Pedagogica.
- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5:Manual de diagnostic si clasificare statistica a tulburarilor mintale*. Bucuresti: Callisto.
- Ana-Maria Ciubara, ,. G. (2013). abordarea psihosomatica a bolilor digestive la copil . *Revista Română de Pediatrie*, vol.LXII.
- Anzieu, D. (1988). *L'Autoanalyse de Freud*. Paris: PUF.
- Avram, E. (2009). *Psihologia personalitatii*. Bucuresti: Editura Universitara.
- B.L.Green. (1994). Psychosocial research in traumatic stress:an update. În *Trauma stress* (pg. 341-362).
- Bauman, S. (1983). *AMDP-Sistem e evaluare a straii psihiatrice*.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press.
- C. CHOJNACKI, ,. A. (2018). THE EFFECT OF LONG-TERM MELATONIN SUPPLEMENTATION. *JOURNAL OF PHYSIOLOGY AND PHARMACOLOGY* , 297-304.
- Chelcea, S. (2010). *Psihosociologie*. Iasi: Polirom.
- Chelcea, S. (2010). *Psihosociologie*. Iasi: Polirom.
- Crystal Park, L. C. (fără an). Scala de dezvoltare post-traumatica. *SRGS, SEC*. (E. Kallay, Trad.) Cluj: RTS.
- Dafinoiu, I. (2007). *Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observatia si interviul*. Iasi: Polirom.
- Dahlke, R. (2012). *Boala ca șansă*. București: Trei.
- Daniel Wegner, S. Z. (fără an). Inventarul de supresie Ursul Alb. *WBSI, SEC*. (A. Szentagotai, Trad.) Cluj-Napoca: RTS.
- David Opreș, B. M. (2007). Profilul distresului afectiv. *Chestionar psihologic in cadrul Sistemului de evaluare clinica*. Cluj: RTS.
- David, D. (2017). *tratat de psihoterapii ed. a III-a*. Iasi: Polirom.
- Elisabet Torrubia-Pérez, S. R.-V.-S.-A.-P. (2022). Analysis of Psychosomatic Disorders According to Age and Sex in a Rural Area: A Population-Based Study. *Journal of Personalized Medicine*.

- Enachescu, C. (2001). *Tratat de psihopatologie*. București: Tehnică.
- Enachescu, C. E. (2008). *Psihosomatica*. Iasi: Polirom.
- Erikson, E. (fără an). *Stages of Development*. Preluat de pe <https://www.verywellmind.com/erik-eriksons-stages-of-psycho-social-development-2795740>.
- Ey, H. (1954). *Etudes psychiatrique-Hypochondrie*. Paris: Desclee de Brouwer&Cie.
- Ey, H. (1978). *Defense et illustration de la psychiatrie, la realite de la maladie mentale*. Paris: Masson.
- F.Tudose, C. L. (2011). *Tratat de psihopatologie si psihiatrie pentru psihologi*. Bucuresti: Trei.
- Federica Sancassiani, S. M. (2017). The management of fibromyalgia from a psychosomatic perspective: an overview. *International Review of Psychiatry*. doi:10.1080/09540261.2017.1320982
- Ferrence, M. &. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pg. 31(3), 248–252. doi:<https://doi.org/10.1037/h0024648>
- Fischer, P. R. (2007). *Tratat de psihotraumatologie*. Trei.
- Freud, S. (fără an). *Psihologia colectiva si analiza eului*.
- Golu, M. (2005). *Dinamica personalitatii*. Bucuresti: Geneze.
- Hamilton, M. (2007). Scala de anxietate Hamilton. *Chestionar psihologic*. (B. Macavei, Trad.) Cluj-Napoca: RTS.
- Hartley, P. (1999). *Interpersonal communication*. Routledge.
- Heider, F. (1958). *The psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Hewstone, M. (1995). *Causal Attribution: From Cognitive Processes to Collective Beliefs*. Oxford.
- Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 226–244.
- Ioan-Bradul Iamandescu, C. J. (2015). *Psihocardiologie*. București: ALL.
- Ionescu, G. (1993). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)-o taxinomie psihiatrica ateoretica, pragmatica, nontraditionala, revolutionara. *Revista Romana de Psihiatrie, Pedopsihiatrie si Psihologie Medicala*, 2-3.
- Iorgulescu, I. B. (2013). *Medicina dentara comportamentala*. București: Medicală.
- Ishizaki&co. (2008).
- Jianxin Cao, L. D. (2019). Psychosomatic Practice in Gastroenterology: New Insights and Models from China. *Psychotherapy and Psychosomatics*. doi:10.1159/000502780
- Jonas DE, C. K. (2013). Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Agency Healthcare Res Quality (AHRQ)*, (4):1-760.
- Katz, D. (1964). The motivational basis of organizational behavior. *Behavioral science*.
- Kelley, H. H. (1980). *A Theory of Interdependence*. New York: John Wiley&Sons.

- L.D. Goodstein, R. &. (1997). *Personality Assessment*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lăzărescu, M. (1999). *Calitatea vietii in psihiatrie*. Bucuresti: Infomedica.
- Lebois LA, W. J. (2016). Neuroimaging genetic approaches to posttraumatic stress disorder. *Exp Neurol.*, 284.
- Lipsitt. (2001).
- Luthans, F. (1989). *Organizational Behavior*. Nebraska.
- Marina S. Artemieva, B. D. (2021). PSYCHOSOMATICS IN EATING DISORDERS. *Psychiatria Danubina*.
- Mate, G. (2008). *In the realm of the Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. Canada.
- Mate, G. (2022). *The Myth of Normal: Trauma, Illness, and Healing in a Toxic Culture*. New York: Penguin Random House LLC.
- Melissa Ann Kalarchian, M. D. (2020). Psychosomatic aspects of obesity. *Frontiers in psychiatry*.
 Preluat de pe <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.614903>
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt.
- Miller, D. L. (1985). *Introduction to Collective Behavior*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Morschitzky, s. S. (2004). *Cand sufletul vorbeste prin corp. Sa intelegem si sa tratam tulburarile psihosomatice*. Bucuresti: Trei.
- Necula, P. (2022). (M. Morar, Operator interviu)
- Neculau, A. (2004). *Manual de psihologie socială*. Iași: Polirom.
- Nemiah. (1987). *Taylor*.
- Park, E. B. (1921). *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago.
- Paunescu-Podeanu, A. (1981). *Baze clinice pentru practica medicala*. Medicala.
- Pierloot, r. (1956). *Problemes generaux de psychosomatique clinique*. Editions Nauwelaerts/Béatrice-Nauwelaerts, Louvain/Paris.
- porter. (1997).
- Porter. (1997).
- R W McCarley, C. G. (1999). MRI anatomy of schizophrenia. *Biological Psychiatry*.
- Reuchlin, M. (1992). *Psicologia*. Spania: Ediciones Morata.
- Rotenștein, C. d. (fără an). www.uaic.ro. Preluat de pe <https://www.math.uaic.ro/~eduard/Capitolul%207.%20Teste%20nparametrice.pdf>
- S. K. CHATURVEDI, G. D. (2006). Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behaviour. *International Review of Psychiatry*.
- Sator, H. M. (2016). *Când sufletul vorbește prin corp*. TREI-Psihologie practică.
- Schneider. (1964).

- SCHWAB, J. J. (1972). Psychosomatics and Consultation. *OFFICIAL JOURNAL OF THE ACADEMY OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE*, vol XIII.
- Shoenberg, P. (2017). *Psihosomatica*. Bucuresti: Trei.
- Skeffington PM, R. C. (2013). The primary prevention of PTSD: a systematic review. . *Trauma Dissociation*, 404-422.
- Starobinski, J. (fără an). *Le corps et ses raisons*.
- T. S. Sathyanarayana Rao, K. H. (2013). Psychosomatic paradigms in psoriasis: Psoriasis, stress and mental health. *Indian Journal of Psychiatry*. doi:10.4103/0019-5545.120531
- Tajfel, H. (1982). *Social Identity and Intergroup Relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tate&colegii. (2007).
- Ulusoy, M. R. (2005). Teaching content reading and writing (4th ed.). Hoboken. *International Journal of Progressive Education*, 1(1), 52-53.
- Vawater. (2007).
- William D. Kenner, M. S. (2015). Psychosomatic Disorders of Gravida Status: False and. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 119-128.
- Zlate, M. (1999). *Psihologia mecanismelor cognitive*. Polirom.