

*Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București*  
*-Specializarea Psihologie Medicală-*

## **TEZĂ DE DOCTORAT**

### **-Rezumat lucrare-**

**Utilizarea tehnicilor de psihoterapie integrativă și muzicoterapie  
În tratarea bolnavilor hipertensivi cu alexitimie**

**Coordonator:**

**Prof.Univ.Dr. Ioan-Bradu IAMANDESCU**

**Doctorand: Rodica Mitrea**

**București 2018**

## Cuprins

1.Motivația alegerii temei	3
PARTEA I	6
1. CONSIDERAȚII TEORETICE	
STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII	
2.PARTEA A II-A CERCETARE PERSONALĂ	8
2.1 Obiectivele studiului	8
2.2 Metodologie generală	9
2.3 Ipoteze de cercetare	11
2.4 Material și metodă	12
2.6 Metode de intervenție psihologică	15
3. Rezultate obținute la cele trei grupuri de pacienți incluși în studiu după aplicarea psihoterapiei integrative complexe	23
4. Concluzii rezultate din analiza psihologică a pacienților din grupurile de studiu	33
5. LIMITELE STUDIULUI	40
6. NOI PERSPECTIVE DE CERCETARE	41
7. LISTA LUCRARILOR PUBLICATE DE DOCTORAND	42
8. REFERINTE	42

## 1. Motivația alegerii temei

Bolile cardiovasculare (BCV) constituie în prezent, în lumea întreagă, o cauză principală a mortalității populației, dar și o cauză importantă în generarea și manifestarea tulburărilor psihocomportamentale. Am ales să studiez, din cadrul acestui grup de afecțiuni, dimensiunea psihologică (cu o influență covârșitoare) asupra BCV și mai ales asupra hipertensiunii arteriale (fiind ce-a mai răspândită afecțiune din grupul de boli sus amintite). Am plecat în studiul meu, de la modelul „bio-psiho-social”, al bolii, elaborat de psihiatrul G. Engel (1976) și prin urmare m-am axat pe o abordare integrativă a pacienților (prin folosirea mijloacelor psihoterapeutice), cu scopul vădit de a trata și adapta bolnavul, la lumea în care trăiește. În acest studiu am utilizat informații din domeniul: biomedical, psihofiziologic și social, ce m-au ajutat să creez pe de-o parte un puzzle al structurii psihoafective umane și pe de altă parte, un protocol de psihoterapie, având rolul de a ajuta la reconstrucția personalității pacientului și implicit în redarea stării lui de sănătate.

Activitatea mea de psiholog clinician specialist și psihoterapeut autonom integrativ, la Centrul de Recuperare PSY-03 precum și în practica privată în propriul meu Cabinet Individual de Psihologie Clinică și Psihoterapie Integrativă, m-a ajutat să cunosc îndeaproape diversele suferințele psihofiziologice și nevoile pacienților, aflați în diferite stadii ale bolilor fizice și însoțite de un tablou clinic: anxios și depresiv. Am constatat că unii dintre pacienți au o disponibilitate psihologică, dorind să se recupereze, apelând și la psihoterapie și implicit la schimbarea modului de a gândi și a stilului de viață. Am ales în studiul meu tema: Utilizarea tehnicilor de psihoterapie integrativă și Muzicotestul (Iamandescu) în tratarea bolnavilor hipertensivi cu alexitimie. Din cercetările clinice facute, până în prezent, am constatat că există la mulți pacienți o neputință în recunoașterea și exprimarea (verbaliza) emoțiilor din plan afectiv (alexitimia), acestea regăsindu-se în plan fizic, fapt ce le determină o acumulare a tensiunii intrapsihiceserie (distres) reflectată în: depresie, anxietate și stres, mergând pământ la afecțiuni psihosomatice. Utilitatea studiului de față într-un domeniu psihomedical este de un real ajutor și impetuos necesar, pentru pacienți, deoarece include psihicul și corpul uman într-un tot unitar și imprimă necesitatea tratării împreună, într-un model de terapie integrativă. Această terapie aduce conștientizarea implicită și înțelegerea problemelor de sănătate, dintr-o perspectivă psihologică. În studiul de față am considerat că este util, cunoașterea cât mai

completă a omului, începând din fragedă pruncie, aici mă refer la atașament (la tipul de atașament stabilit între copil și persoana investită emoțional a fi mama). Aceste relații interumane sunt internalizate și encodate de timpuriu, având o funcție de predicție în interacțiunile interumane (de mai târziu), continuând cu mecanismele psihologice de apărare ale eu-lui sau cu scheme adaptative (metode de copyng) și care de multe ori se dovedesc maladaptative, generând alte situații de boală psihosomatică. Selectarea pacienților incluși în studiul prezent s-a făcut ținând cont de Declarația de la Helsinki și cu respectarea practicii clinice, pacienții aflați în studiu au semnat Consimțământul Informat. Segregarea pacienților aflați în studiu, în cele trei loturi s-a făcut ținând cont de două aspecte: un aspect îl constituie gradul de îmbolnăvire al pacienților, iar altul: după dorința lor de a se implica sau nu în tratamentul psihoterapeutic. Tratamentul psihologic pe care l-am utilizat, adaptat la persoana bolnavă, cuprinde un evantai de tehnici psihoterapeutice și este de un real ajutor în recuperarea stării de sănătate, a fiecărui pacient. Tehnicile psihoterapiei integrative utilizate și mai ales cele ale testului de apercție tematică T.A.T ajută pacientul să-și exteriorizeze sentimentele și să-și elimine distresul, vorbind (fără să știe, utilizând apercția), despre emoții și sări fiziologice proprii, atunci când este ajutat de planșele proiective ale testului. De un real ajutor este și Muzicotestul Iamandescu format dintr-un număr de piese muzicale din repertoriul clasic internațional. Rolul acestui test este de a activa anumite porțiuni senzoriale din scoarța cerebrală și de a trezii sentimente și stări sufletești, ce vor putea fi psihic integrate în sentimente proprii, apoi exteriorizate, verbalizate, ajutând la eliberarea distresului. Pacienții din grupul de control, nu au acceptat o abordare psihoterapeutică integrativă, de lungă durată, motivând că nu speră într-o recuperare, prin aceste tehnici. Ei au fost de acord să susțină testele psihologice și urmărinu-le evoluția parametrilor psihologici (la fel ca la cele două grupe de studiu), la începutul studiului, la sfârșitul studiului și la trei luni de la sfârșitul studiului. Utilitatea acestui studiu pentru sănătatea umană este de un real ajutor deoarece îmbină studii și metode științifice din domeniul psihomedicale, cu rolul de a ajuta în eliminarea suferinței fizice și psihice.

În acest mod se micșorează efortul depus de unele sisteme de apărare ale organismului cu implicare majoră în viața de relație și amintim: axul hipo-talamo-hipofizo-suprarenal, precum și componenta adrenergică a sistemului nervos vegetativ. Se cunoaște faptul că aceste componente dacă sunt activate patologic (ca urmare a răspunsului fiziologic, al organismului,

în fața unui stres puternic), vor perturba o serie de procese metabolice sondate cu hiperglicemie și hiperlipidemie, hipertensiune (Iamandescu I. B., Sinescu C-2015). De asemeni este amenințată și homeostazia fluido-coagulantă și respectiv buna funcționare a aparatului cardiovascular (Alexander F. 1960).

**PARTEA I**  
**CONSIDERAȚII TEORETICE**  
**STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII**

Această parte a tezei cuprinde 4 capitole ce au rolul să constituie cadrul teoretic al studiului prezent, dar și rolul de a ghida demersul metodologic al studiului și aplicațiile acestuia, utilizate în cercetarea clinică și psihoterapeutică.

Capitolul 1 al tezei, cuprinde informații teoretice cu referire la bolile aparatului cardiovascular (în speță hipertensiunea arterială) și enumeră prezentarea factorilor de risc pentru aceste afecțiuni. Dintre factorii de risc sunt amintiți: furia, lipsa de speranță, agresivitatea, ostilitatea, personalitatea bolnavului hipertensiv. Sunt prezentați și alți factori de risc major în hipertensiune arterială și anume factorii din sfera afectiv-atiudinală: anxietatea, depresia, stresul.

Capitolul 2 al tezei cuprinde informații din domeniul medicinei psihosomaticii, deoarece aceasta, constituie legătura dintre suflet, spirit și corpul fizic. Medicina psihosomatică prin concepția sa asupra unității tuturor funcțiilor organismului (Alexander F, 2008), a demonstrat că anumiți factori psihologici sunt implicați în dezvoltarea unor boli și prin urmare există posibilitatea recuperării stării de sănătate, utilizând proceduri psihoterapeutice. Alexander F. și alți autori (Both W.H,1992), vorbesc despre conflicte inconștiente specifice, ce se pot asocia cu boli psihosomatice. De asemeni sunt implicate în aceste boli și tipul de personalitate umană ca factor determinant al afecțiunilor sus amintite. Un alt factor important în menținerea hipertensiunii arteriale este reprezentat de alexitimie. Datorită alexitimiei persoanele în cauză nu-și pot verbaliza conflictele emoționale și prin urmare se produce o acumulare a distresului, ce va avea efecte negative în starea de sănătate.

Capitolul 3 al tezei prezintă cadrul teoretic cu privire la teoria atașamentului dezvoltată de Bowlby. Conform acestei teorii se stabilesc legături afective (de timpuriu), între copil și îngrijitorul primar (cu rol de mamă).

Aceste atașamente sunt encodate ca și modele de lucru interne și care vor avea o funcție de predicție în viitor, ce vor sta la baza relațiilor interumane. Ainsworth M a adus contribuții însemnate în domeniul psihologiei clinice, având capacitatea de a explica etiologia și caracteristicile unor tulburări psihice (exemplu depresia și anxietatea severă), acestea fiind în

legătură cu insecuritatea din cadrul atașamentului. Din punct de vedere psihopatologic, această insecuritate este întâlnită și în tulburările de personalitate de tipul borderline.

Capitolul 4 al tezei se rezumă la metode de tratament, psihoterapia, utilizate în tratarea pacienților cotați în studiu. Psihoterapia este o metodă de tratament realizată prin metodologii specifice psihologiei, având un cadru clinic și teoretic cu scopul diminuării sau înlăturării unor simptome sau stări de suferință psihosomatică și comportamentală.

## **PARTEA A II-A**

### **2. CERCETARE PERSONALĂ**

Scopul cercetării noastre este acela de a demonstra contribuția benefică a psihoterapiei în tratarea alexitimiei și a celorlalte variabile psihologice (anxietate, depresie, stres), ce însoțesc boala de HA. În tabloul clinic al pacienților am constatat și prezența negativă a unor factori psiho-sociali ce produc îngrijorări excesive, în legătură cu diverse evenimente din viața lor. De multe ori aceste îngrijorări cauzează o suferință fizică semnificativă, disproporționată în raport cu impactul evenimentului generator. Tehnicile de psihoterapie au un rol de a învăța pacientul cum să-și integreze aceste evenimente, contribuind în final la singerea influenței lor. Principalul scop al acestei cercetări, este testarea psihologică a persoanelor cooptate în studiu ce au un diagnostic de hipertensiune arterială și alexitimie, alături de prezența altor variabile psihologice asociate și scăderea valorilor acestor variabile psihologice, prin implementarea unui program de psihoterapie integrativă complexă, la care se adaugă Muzicoterapia (Iamandescu) și psihoterapia proiectivă, Testul T.A.T., asociată sau nu cu o medicație psihotropă.

#### **2.1 Obiectivele studiului**

##### **2.1.a Obiective principale:**

1. Evaluarea eficienței testării psihologice la pacienții hipertensivi cu alexitimie, având asociate și variabilele psihologice (anxietate, depresie, stres) în scopul furnizării unor concluzii psiho-diagnostice, cu rol eficient în psihoterapie.
2. Evaluarea eficienței psihoterapiei integrative complexe, asociată cu Muzicoterapia-Diagnostic (Iamandescu) și psihoterapia apercceptivă prin utilizarea Testului T.A.T.
3. Compararea eficienței celor două tipuri de intervenții psihoterapeutice, utilizate în studiu: psihoterapia individuală și psihoterapia de grup (asociată și cu tratamentul psihotrop), la persoanele incluse în studiu.

### **2.1.b. Obiective derivate:**

1. Analiza factorilor psihosociali cu rol negativ și determinant în formarea gândurilor autonome negative, la pacienții aflați în studiu, ce reprezintă factori de risc în evoluția bolnavilor hipertensivi, determinând formarea unui profil maladadaptativ.
2. Urmărirea și analiza conținutului poveștilor din Testul T.A.T. spuse de pacienții aflați în studiu.
3. Urmărirea emoțiilor afective, ale pacienților, cu efect de catharsis.
4. Urmărirea exteriorizării emoțiilor (la pacienții copleșiți în studiu), prin utilizarea Muzicotestului Diagnostic Iamandescu, emoții obținute după audițiile muzicale
5. Identificarea unor corelații posibile între tipul de atașament (testat prin intermediul interviului clinic și metoda observației psihologice) și mecanismul de formare al traumei emoționale.

## **2.2 Metodologie generală**

Studiul prezent, de tip analitic (cu un desing cvasiexperimental), și-a propus să urmărească evoluția a 92 de pacienți adulți, cu hipertensiune arterială, având asociate următoarele tulburări psihologice: alexitimie, anxietate, depresie, stres. Acest studiu s-a realizat pe parcursul unui program psihoterapeutic, cu rolul de a scădea valorile variabilelor psihologice și implicit redarea stării de sănătate și a încrederii în sine, la pacienții incluși în studiu.

Pacienții participanți, au fost împărțiți în 3 grupuri (loturi), de cercetare. Segregarea pacienților în grupuri s-a realizat în funcție de: vechimea diagnosticului medical, de valorile variabilelor psihologice obținute la testele psihologice, de dorința acestor pacienți, de a se implica (sau nu), pe termen mai lung în tratamentul psihoterapeutic. Segregarea a mai avut în vedere și tipul de psihoterapie urmat de pacienți. Astfel s-au obținut trei grupuri omogene. Primul grup de studiu, cuprinde un număr de 30 pacienți cu vârste cuprinse între 40 și 71 ani (19 femei și 11 bărbați), cu studii liceale și universitare. Acești pacienți au un diagnostic de hipertensiune arterială (HTA), stabilit de medicii specialiști (cu o vechime mai mare de 5 ani). Pacienții acestui grup prezintă în tabloul clinic: alexitimie, anxietate, depresie, stres, ale căror valori obținute prin testare psihologică, au indicat prezența lor (în proporții ridicate). Unii dintre acești pacienți au mai prezentat și un alt diagnostic, de boală coronariană.

Grupul numărul doi de pacienți aflați în studiu, cuprinde un număr de 30 persoane, cu vârste cuprinse între 40 și 74 ani (16 femei și 14 bărbați), cu studii liceale și universitare. Pacienții au de asemenea, un diagnostic de hipertensiune arterială (HTA), diagnosticați de un an, iar prezența variabilelor psihologice (depresie, anxietate, stres, alexitimie), ce au fost evidențiate la testele psihologice, au valori mai mici și nu au fost prezente toate acestea, în tabloul clinic al unui pacient. Pacienții din cele două grupuri de studiu au un tratament medicamentos cu antihipertensive, dar nu primesc medicație psihotropă. Grupul nr. 3 este format dintr-un număr de 32 de pacienți (18 femei și 14 bărbați), cu vârste cuprinse între: 40 și 73 ani, cu studii liceale și universitare. Pacienții acestui grup, au un diagnostic de HTA (stabilit de medicii specialiști, diagnosticați relativ recent și alexitimie iar prezența anxietății, depresiei și stresului este reliefată de asemenea de testele psihologice. Acest lot de pacienți sunt tratați atât medicamentos (primesc medicație antihipertensivă și psihotropă), cât și psihoterapeutic, prin utilizarea psihoterapiei de grup. Diagnosticul clinic pe baza căruia pacienții au fost înrolați în studiul prezent, a fost hipertensiunea arterială (pacienții aveau cel puțin o internare în spital pentru acest diagnostic), și alexitimie. Studiul prezent a continuat cu investigarea pacienților, din punct de vedere al psihologiei clinice, cu scopul de a li se contura un tablou clinic specific tulburărilor psiho-afective ce însoțesc boala hipertensivă. Investigarea psihologică și tratamentul cu ajutorul psihoterapiei s-a realizat pentru fiecare pacient participant la studiu, în cabinetul individual de Psihologie Clinică și Psihoterapie Mitrea Rodica și în Centrul de Recuperare PSY 03, ambele din București. Ședințele de psihoterapie individuală (cu o durată de 50 min.), s-au desfășurat pentru fiecare pacient, după cum urmează: pacienții din grupul nr.1, au efectuat un număr de 30 ședințe de psihoterapie individuală, cu o frecvență de 2 ședințe pe săptămână. Pacienții din grupul nr.2, au efectuat 15 ședințe de psihoterapie individuală, având o frecvență de o ședință pe săptămână. Pacienții din gr. nr.3, au efectuat 12 ședințe de psihoterapie de grup cu o frecvență de o ședință pe săptămână (durata ședinței fiind de 90 minute). Studiul prezent s-a desfășurat în deplin acord cu principiile etice cuprinse în Declarația de la Helsinki (2008). Toți pacienții participanți la studiu au semnat Consimțământul informat.

Studiul realizat, prezintă o componentă descriptivă ce cuprinde:

1) fișă personală ( studiu de caz, cuprinzând date demografice și medicale);

- 2) indicii (valorile), obținuți la testele psihologice (înainte și după psihoterapie, precum și la 3 luni după încetarea psihoterapiei);
- 3) analiza psihologică și terapeutică a pacienților aflați în loturile de studiu;
- 4) grafice și discuții pe baza rezultatelor lor;
- 5) alte detalii cu referire la terapie, concluzii finale;
- 6) SPSS 17( Statistical Package for the Social Sciences), pentru analiza statistică a datelor.

## **2.3 Ipoteze de cercetare**

Vom presupune că:

### **Ipoteza de cercetare nr.1**

Psihoterapia integrativă, complexă, în asociere cu Muzicotestul Diagnostic (Iamandescu) și psihoterapia cu ajutorul Testului de apersepție tematică T.A.T, este utilă în tratarea alexitimiei măsurată cu ajutorul testului Toronto Alexythymia scale TAS-26 itemi, la pacienții hipertensivi și alexitimici, din grupurile de studiu.

### **Ipoteza de cercetare nr.2**

Psihoterapia integrativă complexă, în asociere cu Muzicotestul Diagnostic (Iamandescu) și psihoterapia cu ajutorul Testului de apersepție tematică T.A.T., este utilă în tratarea anxietății putând să scadă nivelul anxietății măsurată cu ajutorul Testului DASS-21, scala de anxietate, la pacienții hipertensivi ( alexitimici), și anxioși din grupurile de cercetare.

### **Ipoteza de cercetare nr.3**

Psihoterapia integrativă complexă, în asociere cu Muzicotestul Diagnostic (Iamandescu) și psihoterapia cu ajutorul Testului de apersepție tematică T.A.T., este utilă în tratarea depresiei putând să scadă nivelul depresiei, măsurate cu ajutorul Testului DASS-21, scala depresie, la pacienții hipertensivi cu depresie din grupurile de cercetare.

### **Ipoteza de cercetare nr. 4**

Psihoterapia integrativă complexă, în asociere cu Muzicotestul Diagnostic (Iamandescu) și psihoterapia cu ajutorul Testului de Apersepție Tematică T.A.T., pot să scadă nivelul stresului, măsurat cu ajutorul Testului DASS-21, scala pentru Stres, la pacienții hipertensivi (alexitimici) și stresați din grupurile de cercetare.

## **Ipoteza de cercetare nr.5**

Ambele tipuri de terapie sunt utile în tratarea psihoterapeutică a bolnavilor hipertensivi cu alexitimie și alte variabile psihologice asociate (anxietate, depresie, stres), și pot să aibe un efect pozitiv pe termen lung, asupra stări de sănătate a pacienților.

## **2.4 Material și metodă**

### **2.4.1. Loturile de pacienți**

#### Selecția pacienților

Participanți la acest studiu, au fost selectați din rândul pacienților diagnosticați cu hipertensiune arterială (HA), și care au avut cel puțin o internare pentru acest diagnostic și au întrunit criteriile din DSM-IV-TR și ICD-10 (clasificarea tulburărilor mentale și de comportament), pentru o afecțiune de tipul: anxietate, depresie, stres, alexitimie. Prezența alexitimiei a fost pusă în evidență, după efectuarea testului: Toronto Alexythimia Scale Tas-26 itemi. Pacienții acestui studiu, au fost selectați din rândul pacienților îndrumați de medicul de familie sau de medicul specialist cardiolog la: Cabinetul Individual de Psihologie Clinică și Psihoterapie Integrativă, Rodica Mitrea, precum și la Centrul de Recuperare Psihologică PSY 03, în perioada: ianuarie 2015, iunie 2017 și au parcurs etapele necesare includerii în studiul clinic.

#### Criteriile de includere ale pacienților în studiul prezent au fost:

- Pacienții diagnosticați cu: hipertensiune arterială, având asociate și tulburări psiho-afective precum alexitimie, anxietate, depresie, stres, întâlnite frecvent în BCV;
- Pacienții incluși în cele două loturi probande (nr.1 și nr.2), au acceptat tratamentul psihoterapeutic, individual, sperând într-o recuperare a stării lor de sănătate;
- Pacienții din grupul nr.3, au acceptat testarea psihologică la data includerii lor în studiu, au acceptat să urmeze din punct de vedere al tratamentului psihologic: psihoterapie de grup și au urmat tratamentul medicamentos specific pentru: anxietate, depresie, pe tot parcursul studiului.
- Toți pacienții incluși în studiu au acceptat să respecte programul de psihoterapie;
- Vârsta pacienților, a fost cuprinsă între 40-74 ani;
- Studiile pacienților, aceștia au studii liceale, post-liceale și universitare (pentru a putea înțelege procesul psihoterapeutic și a se include în demersul psihoterapeutic).

Criterii de excludere a pacienților din studiu:

- Vârsta, mai mică de 40 ani sau mai mare de 74 ani;
- Reticiența în urma ședințe de psihoterapie sau tratamentul medicamentos stabilit de medic (unii dintre pacienții excluși din studiul prezent, luau tratamentul medicamentos, aleatoriu);
- Refuzul de a nu mai consuma alcool și alte substanțe cu caracter energizant, pe parcursul studiului;
- Școlarizare sub nivel liceal;
- Nerespectarea programului de psihoterapie.

**2.4.2 Culegerea și gestionarea datelor**

Culegerea datelor, necesare studiului s-a realizat prin testare psihologică, în cabinetul individual de Psihologie Clinică și Psihoterapie Integrativă R. Mitrea și la Centrul de Recuperare PSY 03, București.

**2.4.3. Protocolul psihologic cuprinde:**

1) Un interviu clinic, ce a fost corelat cu, criterii de diagnostic din D.S.M-IV-TR (sau ICD-10), pentru: anxietate, depresie, stres, alexitimie. Rolul interviului clinic a mai constat și în culegerea datelor cu referire la:

- a) *trăsăturile de personalitate și comportament*, ale pacienților din grupurile de studiu;
- b) *stabilirea tipului de atașament, rezultat din istoricul de viață al pacientului;*
- c) *conștiința stării de sănătate actuale*, a pacienților incluși în grupurile de studiu.

Interviul a fost susținut de toți participanții la studiul prezent, la începutul și sfârșitul studiului, apoi la trei luni de la încetarea psihoterapiei.

2) Fișe individuale (sunt trecute datele biografice, anamneza cu privire la istoricul medical al pacienților, antecedente heredocolaterale, tratamente cronice, stilul de viață actual, factorii stresanți).

3) Consimțământul informat, semnat de fiecare pacient participant la studiu.

4) Referate ce cuprind evoluția pacienților aflați în psihoterapie, pe parcursul desfășurării studiului. Urmărirea modului de experimentare individuală a psihoterapiei.

5) Analiza conflictelor inconștiente, ieșite prin verbalizare (la grupurile de studiu) și asocierile cu proiecțiile făcute de pacienți cu ocazia vizualizării testului de apercepție tematică T.A.T., și Muzicotestul Diagnostic Iamandescu.

6) Identificarea factorilor predispozanți ce mențin starea de stres a pacientului

7) Înregistrarea valorilor la testele date pacienților în fișele personale ( înainte de includerea în studiu, la finalul studiului apoi la trei luni după terminarea studiului).

#### **2.4.5. Teste aplicate în studiu:**

1) Chestionarul Toronto Alexitymia Scale (TAS) 26 itemi (vezi anexa nr.1), utilizat pentru identificarea simptomelor alexitimiei la pacienții aflați în studiu. Este realizat de G.Taylor, R.M. Bogby, J.D. Parker, în anul 1985. Autorii testului susțin că structura factorială TAS, dispune de stabilitate și siguranță. Ca o persoană să fie declarată alexitimică scorul la acest test va trebui să fie de minim 74 puncte, iar maxim 130 puncte.

1). Chestionarul DASS (Lovibond & Lovibond, vezi anexa nr.2 ). Este un chestionar foarte util în cercetare și în clinică. Versiunea acestui chestionar în limba româna cuprinde 21 de întrebări împărțite în trei scale de autoevaluare, cu rolul de a evidenția stări emoționale surprinse în: anxietate, depresie, stres. Prin urmare chestionarul DASS 21, nu evaluează starea emoțională de moment. Funcția de bază a chestionarului constă în evaluarea severității simptomelor de anxietate, depresie, stres, utilă în determinarea etiologiei și a naturii tulburărilor emoționale. El se poate aplica la persoanele cu vârste de peste 17 ani. Chestionarul a primit acronimul DASS-21R.

3) DSM-IV-TR : Criteriile de diagnostic pentru: anxietate, depresie, stres. Acestea au fost aplicate înainte de includerea clienților în studiu și după efectuarea sesiunilor de psihoterapie, cu scopul de a urmări evoluția acestor afecțiuni ale pacienților (ușoară, moderată severă ), pentru a se putea stabili tratamentul psihoterapeutic ce va urma.

4) Testul de Apercepție Tematică TAT, (anexa nr. 7), a fost conceput de Muray, constă în vizualizarea unui nr. de 20 planșe (planșa nr.16 este albă) ce prezintă diferite imagini. Testul avut rolul de a analiza și urmări conflictele inconștiente, ale pacienților aflați în cele 3 grupuri de studiu, manifestate prin verbalizare și trăirea expresiv-emoțională a conflictelor. S-au mai urmărit: nevoile pacienților, mecanismele de apărare inconștiente și de coping.

5) Aplicarea Muzicotestul Diagnostic- Iamandescu, (anexa nr. 8), testul este conceput de prof.dr. Iamandescu I.B. și are rolul de a urmări destresarea psihică și fizică, precum și inducerea unei stări de relaxare. Muzica sugerează anumite idei și stări emoționale intense ce sunt trăite la nivelul experienței psihice individuale. S-a constatat utilitatea testului și în anumite afecțiuni psihosomatice (Iamandescu, 2015). Testul este alcătuit dintr-un număr de

secvențe din piese muzicale clasice . După audiția lui s-au notat reacțiile și stările emoționale pe care pacientul le-a exprimat oral. Evaluarea pieselor de către pacient în funcție de plăcerea pe care acesta o simte, la audiția pieselor muzicale, s-a obținut prin acordarea unei note, pe o scală de la 1 la 10.

6). Prelucrarea statistica a rezultatelor a fost făcută cu programul SPSS 17..

## **2.5 Observații**

- Stabilirea atașamentului la pacienții aflați în studiu, s-a realizat tot pe baza interviului clinic și a metodei de observație psihologice.

-Pentru o mai bună informare cu privire la starea de anxietate și depresie, a pacienților coptați în grupurile de studiu nr.1 și nr.2 (care au urmat psihoterapie individuală), s-au mai făcut suplimentar și testarea psihologică cu testele: Hamilton (pentru anxietate) și Zung (pentru depresie). Cunoscând faptul că persoanele depresive au stima de sine redusă, am aplicat și testul: Stima de sine. Aceste 3 teste au o valoare orientativă pentru studiu și prin urmare rezultatele lor nu sunt supuse prelucrării analizei statistice. Rezultatele sunt trecute în foaia de observație a fiecărui pacient, cu un rol în demersul psihoterapeutic.

-Diagnosticul diferențial al afecțiunilor: anxietate, depresie, stres s-a făcut pe baza criteriilor DSM-IV-TR.

## **2.6 Metode de intervenție psihologică**

### **2.6.1 Tehnici de Psihoterapie**

Pentru realizarea actului terapeutic, pacienții cooptați în studiu au fost de acord că problemele lor de sănătate pot avea și o cauză psihologică iar această cauză va fi tratată printr-o intervenție psihoterapeutică. Actul psihoterapeutic a fost bazat în primul rând pe încredere și securitate, realizat într-un mediu adecvat, unde pacientul a fost susținut empatic și încurajat în demersul terapeutic. Această intervenție psihoterapeutică, s-a orienta în primul rând, către interrelația ce există între emoții și simptome corporale (interrelație necesară în studiul alexitimiei), apoi în observarea și tratarea mecanismelor psihologice disfuncționale ce au condus la îmbolnăvire. Astfel s-au urmărit mecanismele de apărare inconștiente și cele de coping, precum și conștientizarea emoțională obținută în timpul transei hipnotice, gestaltterapiei și muzicoterapiei. Psihoterapia realizată, a avut o abordare eclectică prin asocierea terapiei proiective, realizată cu ajutorul testului de apersepcție tematică T.A.T., și a Muzicotestului

Iamandescua, cu tehnica hipnotică ericksoniană și cu alte tipuri de terapii psihodinamice utilizate. Dintre tehnicile psihoterapeutice utilizate în studiul prezent, enumerăm:

\*Terapia proiectivă prin intermeniu testului de apersepție tematică T.A.T

Tehnicile proiective sunt foarte utile pentru faptul că favorizează descărcarea emoțiilor. Mecanismul de proiecție se realizează inconștient și determină descărcarea tensiunii nervoase a unei persoane. H.A. Murray preferă termenul de apersepție (adică întărirea noului conținut perceptiv de către conținutul anterior), în locul celui de proiecție. Altfel spus, apersepția reprezintă de fapt o modalitate de a interpreta situațiile noi, prin experiența trecută. T.A.T.-ul este o metodă psihoterapeutică și prin intermediul ei sunt relevate de către o persoană, unele aspecte ce privesc: emoțiile, sentimentele, nevoile, conflictele și complexe dominante ale personalității umane. Pacientul nu este conștient de aceste tendințe ale sale, din două motive: ori că nu le recunoaște în structura sa ori nu le poate admite existența lor, ca fiind posibilă, la sine. Testul T.A.T. este util în studiul personalității, dar și în interpretarea tulburărilor de comportament și a bolilor psihosomatice sau nevrozelor. Testul este format dintr-un număr de 20 planșe ce conțin anumite imagini (numai 19 planșe au imagini, una este albă, planșa nr.16, pe care pacientul va inventa o poveste și care de multe ori este povestea vieții sale). Unele imagini ale testului sunt numai pentru bărbați, altele numai pentru femei, ale imagini sunt pentru ambele sexe. Toate aceste planșe se vor prezenta clientului într-un mediu adecvat terapiei, cu scopul ca pacientul privindu-le, să poată inventa povești corespunzătoare pe imaginile din test. Aceste povești create de pacienți dezvăluie componente semnificative ale personalității lor și astfel putem vorbi de două tendințe psihologice, anume:

- tendința oamenilor în interpretarea unei situații ambigue și poate avea o legătură cu o anumită situație petrecută de ei;
- apelarea la fondul experienței personale pentru aș exprima sentimentele, nevoile, fie ele conștiente sau inconștiente.

Modul de utilizare al acestui test este următorul: pacientului îi sunt prezentate imaginile testului ca și test de imaginație și îndemnat să spună povești despre aceste imagini. Pacientul inventând povești la vizualizarea imaginilor din test, își va uita eul senzitiv (în sensul că, nu-l va apăra, ascunzându-l) și va povesti despre un personaj, inventând calități, defecte, sau acțiuni, la care participă personajul. Toate aceste afirmații narate și prinse într-o poveste, în mod normal pacientul nu le-ar fi comunicat examinatorului, dacă ar fi fost întrebat direct

despre ele. În acest mod pacientul va prezenta o radiografie, cât mai apropiată despre sine. Testul are rolul de stimulare a imaginației dar și de verbalizare a emoțiilor fie că sunt pozitive sau negative și tehnica constituie o procedură psihologică de diagnosticare: „non-specifică„, dar și antistres. Poveștile obținute conțin aspecte relevante din viața povestitorului iar despre validitatea întâmplărilor ce se ivesc prin narare, putem spune că ea este credibilă, mai ales dacă eroul povești are același sex, vârstă, atitudine, idealuri cu povestitorul. La administrarea testului este necesar să-i spunem pacientului necesitatea și seriozitatea implicării sale în acest test. Scopul este ca el să nu opună rezistență sau să devină suspicios având o atitudine non-responsabilă. Plecând de la afirmația că imaginația reprezintă o formă de organizare a inteligenței îi vom cere pacientului aflat în fața testului să urmărească în poveștile sale următoarele aspecte:

- Cine este eroul acestei povești?
  - Ce crede pacientul că a condus la evenimentul din imagine?
  - Ce se întâmplă acum în imagine?
  - Ce simt acum personajele și ce gândesc ele?
  - Care vor fi urmările acestor situații?
- O altă alternativă la inventarea poveștilor ar fi comunicarea ideilor vis-a-vis de imagine, în ordinea în care acestea vin în mintea pacientului. Foarte important este atunci când povestitorul are în față planșa nr.16, planșa albă. Pus în fața acestei planșe i se cere să inventeze o poveste și așa va proiecta aspecte din viața lui (poate uitate). Până la acest nivel tehnica poate fi considerată și o tehnică a psihoterapiei narrative, în care povestitorul își narează viața.
- Este necesar să se cunoască sursele poveștilor, adică sunt ele reale (dacă ele provin dintr-o temă derivată din experiența personală), sau din pură imaginație .

În analiza poveștilor T.A.T. vom folosi o metodă prin care vom analiza fiecare eveniment din mai multe puncte de vedere și anume:

- 1) din punct de vedere a forței pulsionale provenite de la erou;
- 2) din punct de vedere al forței provenită de la mediul înconjurător (ambiental);
- 3) În interpretarea testului T.A.T. se va analiza: eroul principal al poveștii și acesta va fi stabilit din rândul personajelor cu care clientul se identifică cel mai mult (acesta va avea de regulă aceeași vârstă, același sex, același statut profesional cu povestitorul). Pot exista situații

în care povestitorul să oscileze între doi eroi principali sau mai mulți. Acest aspect ne conduce cu ideea către două forțe ale personalității subiectului (subpersonalități), jucate acum de 2 personaje diferite și din punct de vedere psihologic vorbim despre o temă endopsihică, adică o situație dramatică internă.

4) Sunt situații în care eroul se află într-o poveste, aceasta fiind inclusă în altă poveste.

5) Identificarea eroului cu un personaj de sex opus, acest fapt exprimă un aspect al personalității sale (exemplu la un bărbat sunt identificate componentele feminine, la o femeie sunt identificate componentele masculine).

6) Povestea are mai mulți eroi principali, subiectul nu s-a identificat cu nici un erou, dar s-a observat pe sine, ca și cum ar fi un străin sau o persoană neplăcută cu care a avut de-a face.

7) Personajul principal al povești nu este o persoană ci un obiect.

În descrierea personajului principal se va ține cont de următoarele caracteristici:

- Superioritate sau inferioritatea personajului;
- Impuls antisocial sau conștiința;
- Normalitatea mintală au anormalitatea;
- Afilieră la un grup sau izolarea eroului;
- Gradul de provocare al conflictelor sau nu.

Alte aspecte pe care le va urmări un psiholog în analiza eroului principal sunt: motivele, tendințele și sentimentele eroilor din cele 20 de povești. Se vor nota tipurile de personalitate sau de boli mintale, dar și însușirile neobișnuite sau cele obișnuite, ce apar mai frecvent sau mai puțin. Apoi se va analiza comportamentul personajului principal și astfel se vor putea evidenția anumite aspecte psihologice și putem vorbi despre: extraversia, introversia, nevrotismul personajului, masculinitatea-feminitatea, ascendența-submisivitatea, sentimentul de vină sau inferioritate. În acest mod putem găsi sursele unor sentimente și stări profund înrădăcinate în anxietate, depresie. Nevoile pe care le au subiecți pot fi exprimate în două moduri:

a) subiectiv: ca o dorință sau impuls;

b) obiectiv: ca o tendință de comportament manifestată deschis.

Aceste nevoi pot fuziona și se pot exprima într-o acțiune sau atitudine, având capacitatea de a satisface mai multe nevoi odată. Criterii ale puterii sunt enumerate astfel: intensitatea, durata,

frecvența, importanța în scenariu.. Trebuie specificat că fiecare poveste la o planșe, va avea în jur de 300 cuvinte.

### Terapia cognitiv- comportamentală

Terapia cognitiv-comportamentală are o abordare vastă în medicină (în tratarea cu succes a anxietății, depresiei, stres), prin utilizarea de: tehnici (strategii terapeutice) și proceduri terapeutice. Procedurile terapeutice, reprezintă o combinație de tehnici terapeutice, exemplu: tehnici de identificare a structurilor cognitive ( gânduri autonome), ce pot fi disfuncționale.

Câteva elemente de terapie cognitiv –comportamentală merită să fie amintite:

- identificarea gândurilor autonome, disfuncționale și înlocuirea lor cu unele funcționale;
- identificarea unor cogniții iraționale, legate de unele aspecte de viață și înlocuirea lor cu unele raționale (David,2012).

### Terapia gestalt

Ciclu gestalt reprezintă un proces psihologic important ( în viața unei persoane), include o cale de urmat, într-un travaliu terapeutic prin intermediul căruia sunt integrate toate aspectele din viața pacientului. Dacă o nevoie ivită pe parcursul vieții nu este satisfăcută, aceasta indică faptul că a întâlnit un obstacol venit din mediul exterior sau din cel interior, opunând rezistență. În actul terapeutic se va găsi drumul procesului natural în satisfacerea nevoii respective. Acest ciclu cuprinde:

- a) Vidul fertil ( adică echilibrul) a rămâne în câmpul nediferențiat.
- b) Senzație (nevoi emergente), reprezintă punctul de plecare în orice proces: „ce simt acum,, înainte de a gândi. A simți este baza terapiei gestalt și acest fapt se datorează senzației care este prima ce cade peste organele noastre de simț ( ce văd, ce aud, simț tactil...) Așa apare firească întrebarea specifică gestaltterapiei „ ce simți acum?,,.
- c) Recunoaștere (trezire, conștientizare, evaluare). După apariția senzației în corp, persoana devine conștientă de nevoia sa. Trezirea conștiinței poate să apară subit sau după ce clientul a parcurs un număr de ședințe de psihoterapie unde a avut de întâmpinat unele obstacole sau de trecut anumite rezistențe. Prin intermediul transferului clientul devine conștient de o nevoie nesatisfăcută.
- d) Mobilizare sau energizare (planificare, decizie, pregătire). În această postură clientul va lua măsuri pentru îndeplinirea situației sale. Dacă acțiunea se desfășoară greu,

terapeutul poate propune soluții clientului, de exemplu să-și exprime sentimentele în fața unui scaun gol cu scopul și de aș mobiliza energia.

- e) Acțiune, implicare, experimentare, în gestaltterapie acțiunea poate fi simbolică.
- f) Contact ( finalizare, experiența eu-tu), poate fi simbolic, de exemplu a trăi o traumă și a plânge din abundență.
- g) Satisfacere ( integrare, reevaluare, acceptare).
- h) Retrageră ( renunțare, pierderea interesului sau a implicării). Când contactul este satisfăcut intervine retrageră. Retrageră satisfăcătoare, intervine printr-un sentiment de bine și totodată o deschidere spre alte nevoi.

În psihoterapia gestalt un rol important îl are așa numitul proces corporal, adică: expresia corporală și este manifestarea lumii interioare a fiecărei persoane. Felul în care se mișcă sau stă, felul în care se apropie sau se depărtează, o persoană, constituie un tablou clinic de la care se poate pleca în terapie. Tocmai acest mod însumează nevoile, sentimentele, credințele, aspirațiile unei persoane. Pentru multe credințe și culturi ale lumii aceste mesaje se pot traduce într-un mod anume și unele dintre aceste aspecte chiar pot fi pedepsite. Pentru psihoterapeuți această expresie corporală poate reprezenta, o conștientizare a ceea ce a fost evitat și de la care se va pleca în procesul terapeutic. Lucrul corporal mai poate însemna și focalizarea interesului în analiza expresiei fizice a clientului sau atingerea clientului pentru intervenția terapeutică de exemplu al ține de mână atunci când se află în suferință. Toate aspectele unei persoane vor fi analizate dintr-o perspectivă holistică

Terapia stărilor eu-lui. Principiul teoretic pleacă de la ideea: „observatorului ascuns” (a lui Hilgard), care consideră că la nivelul psihismului inconștient, se află un număr de observatori ascunși ce reprezintă de fapt mai multe stări ale Eului. Acești observatori ascunși (metaforic numiți așa) pot fi: segmente ale personalității sau diferite valori ale persoanei cu anumite principii morale și scopuri ce pot acționa ca,, sisteme de control cognitiv,,. Aceste părți disociate ale eului, de cele mai multe ori aflate într-un conflict unele cu altele au capacitatea de a genera simptome psihosomatice.

#### Terapia de relaxare

Acțiunea ei produce modificări la nivel psihofiziologic.

Relaxarea presupune reducerea ritmului cardiac și apariția undelor alfa (unde cerebrale).

### Terapia prin psihodramă

Psihodrama are două concepte și anume: jocul și spontaneitatea iar efectul lor este acela că: prin joc se deblochează spontaneitatea. Moreno (întemeietorul acestei psihoterapii), consideră că blocarea sau pierderea spontaneității atrage după sine sursa suferinței psihologice. O altă tehnică în psihodramă este tehnica inversării de rol. De exemplu se poate realiza inversarea de rol în cadrul aceleiași familii: între părinți și copii, sau între copii și personaje fantastice, acceptate de ei. Putem să experimentăm câteva situații, ca de exemplu: ce simte persoana vis-a-vis de noi sau ce nevoi are ea, de la noi. Psihodrama are o importanță foarte mare ca metodă terapeutică deoarece permite apropierea de Sine într-un mod creativ și spontan. Prin psihodramă se produce o restructurare a modurilor noastre disfuncționale, adică a felului de a fi în relație cu ceilalți.

### Terapia ericksoniană

Metoda ericksoniană utilizează tehnici precum: sugestia indirectă, metafore, cu rolul de a influența partea conștientă a psihicului și de a determina schimbarea. O altă teorie a hipnozei ericksoniene este aceea că fiecare persoană are resurse proprii pentru rezolvarea problemelor sale. Prin urmare terapia ericksoniană este un proces de accesare a propriilor răspunsuri cu soluții existente la nivel inconștient. În procesul hipnotic pacientul oferă: emoții, simptome, cogniții, toate acestea fiind folosite în relația terapeutică cu rolul de a facilita schimbarea psihologică a pacientului.

### Terapia existențială

Abordarea psihoterapiei existențiale își îndreaptă atenția asupra unor elemente de genul: existența proprie sau asupra spaimelor pe care oamenii le au, uneori asupra alegerilor făcute în viață și nu în ultimul rând, asupra posibilităților uneori limitate pe care le au la îndemână. Psihoterapia existențială are o abordare clinică și este privită ca „o conștiință”, ce participă la construcția realității.

### Terapia prin muzică (muzicotestul diagnostic Iamandescu)

Muzicoterapia este o metodă terapeutică, prin intermediul căruia terapeutul folosește muzica cu toate implicațiile ei: psiho-emoționale, estetice, sociale și spirituale, pentru a ajuta pacientul să se vindece și să-și mențină starea de sănătate reflectată în trup, minte și spirit. Acest fapt se realizează în urma investigațiilor clinice ce au drept scop: relaționarea profilului psihologic cu sunetele muzicii, respectiv a melodiilor ce vor fi date spre audiție (fiecare

fragment muzical va dura 5 minute). Muzicoterapia este o formă de arteterapie, prin care psihicul bolnavului este influențat de sunetul (limbajul) muzicii. Acest gen de terapie se poate aplica omului ce se află într-un impas existențial, ajutându-l în alinarea suferinței. O altă influență a terapiei prin muzică este aceea că ea stimulează: voința, încrederea în sine, inteligența, memoria. De asemeni muzica restabilește unele ritmuri fundamentale ale organismului, acționând ca și un „agent homeostatic”, (Iamandescu, 2011).

Dacă vom vorbi de muzicoterapia receptivă, constatăm că intervenția ei se referă la ascultare și la exprimare. Plecând de la afirmația lui Wagner: „ acolo unde se sfârșeste puterea cuvântului începe muzica”, (Iamandescu, 2012), constatăm că obiectivele psihoterapiei sunt dincolo de puterea cuvântului. Cu toate acestea obiectivele acestei terapii sunt specifice ca și în cazul celorlalte terapii. Iamandescu (2011), face o enumerare succintă a lor, pornind de la date din experiența personală. Acestea sunt:

- Realizarea unei stări de relaxare și destindere;
- Provocarea unor reacții emoționale cu scopul de a fi explorate în celelalte forme de terapii, în așa fel încât să obținem anumite date necesare transformării;
- Stimularea elementelor pozitive cu scopul de a rafina personalitatea pacientului;
- Stimularea imaginației și a creativității;
- Realizarea capacității de exprimare verbală mai ales la alexitimici.

Din punct de vedere al muzicodiagnosticului, acesta constă în:

- Urmărirea conduitei pacientului pe parcursul unei audiții muzicale. Pot apărea de exemplu anumite stări de tipul: timiditate, curiozitate, ticuri, emoții puternice, hohote de plâns sau râs;
- Convorbirea cu pacientul după audierea unor piese muzicale și urmărirea răspunsurilor pe care pacienții le dau;
- Urmărirea particularităților imaginative și verbalizarea lor. Metoda constă în audierea unui număr de 5 piese muzicale și notarea răspunsurilor subiecților;
- Acordarea de note pentru starea de plăcere, simțită de fiecare pacient. Notele au fost: 1-la 10;
- Găsirea unui titlu la imaginea pe care a produs-o piesa muzicală;
- Urmărirea caracterului concret sau abstract al răspunsurilor date, precum și vocabularul.

### **2.6.2 Medicația**

Pacienții care au urmat un tratament medicamentos cu antihipertensive, nu a fost întrerupt pe parcursul studiului prezent. Pacienții din cele două gr. de studiu (gr.nr1 și gr.nr 2), nu au urmat

o medicația psihotropă. Pacienții din grupul nr.3, au urmat atât un tratament pentru hipertensiune cât și o medicația psihotropă (tratament cu sertralină, s-a utilizat o doză între 50 mg/ zi și de 100 mg/zi în funcție de caz). Medicamentația a fost stabilită de medicii specialiști psihiatri.

### **3. Rezultate obținute la cele trei grupuri de pacienți incluși în studiu după aplicarea psihoterapiei integrative complexe –**

#### **3.1 Ipoteza de cercetare nr.1**

Psihoterapia integrativă complexă în asociere cu Muzicotestul Diagnostic (Iamandescu) și testul de a percepție tematică T.A.T., pot să scadă valoarea alexitimiei, la pacienții cooptați în studiu, după parcurgerea unui program de psihoterapie- **ipoteză confirmată de rezultatele studiului:**

Vom testa dacă există vreo influență a tratamentului aplicat asupra stării de sănătate a pacienților uitându-ne la scorurile obținute de aceștia la testele aplicate la începutul și la finalul tratamentului și comparând mediile acestora. Considerând un prag de semnificație de 5%, observăm că  $p\text{-value} = 0.000 < 0.05$ , astfel concluzionăm că la nivelul întregii populații media scorurilor inițiale (84.42) este semnificativ statistic diferită de media scorurilor de la finalul terapiei (74.85).

Această concluzie se menține și când verificăm această ipoteză și separat pentru cele 3 grupuri incluse în cercetare.

Dacă verificăm stadiul pacienților la 3 luni de la finalul tratamentului și comparăm rezultatul testelor cu cele obținute la finalul terapiei, observăm că la nivelul întregului eșantion sunt diferențe considerate semnificative statistic între mediile acestor 2 scoruri ( $p\text{-value} = 0.00 < 0.05$ ), dar acestea sunt relativ mici (aprox. 1 punct).

Aplicând același test și separat pentru fiecare grup în parte, observăm că această concluzie se menține. Așadar există diferențe semnificative statistic între valorile obținute la test la momentul finalizării terapiei și la 3 luni după, iar scorul pentru diagnosticarea Alexitimiei a crescut cel mai puțin pentru grupul care a urmat 30 ședințe de psihoterapie (în medie cu 0.76 puncte, de la 72.8 la 73.6). Chiar dacă diferența aceasta este relativ mică inclusiv pentru grupul care a realizat 12 ședințe de psihoterapie, de grup și tratamentul medicamentos (în medie 1.1 puncte de la 79.7 la 80.8), abaterea standard este mult mai mare

decât aceea a celorlalte grupuri arătând faptul că scorurile acestor pacienți sunt cu mult diferite de valoarea așteptată.

În continuare vom testa dacă există diferențe semnificative între valorile obținute de cele 3 grupuri la testul de la finalul terapiei și vom încerca să estimăm efectul pe care îl are apartenența la grup asupra scorului obținut. În acest scop vom aplica testul ANOVA, care ne oferă posibilitatea comparării mediilor mai multor grupuri. În cazul acestui test ipoteza nulă este că mediile grupurilor testate sunt egale, cu alternativa că cel puțin 2 grupuri au medii diferite. Rezultatul testului indică o valoare p-value mai mică decât pragul de semnificație de 5% ales ceea ce ne conduce la respingerea ipotezei nule și la concluzia că există diferențe semnificative statistic între mediile celor 3 grupuri. 43% din varianța scorurilor obținute la finalul terapiei este dată de apartenența la grup. Grupul cu cea mai mare medie a scorurilor este cel care nu a beneficiat de ședințe de psihoterapie individuala (în medie 79, ceea ce indică prezența Alexitimiei).

Comparând în același fel și mediile scorurilor obținute de cele 3 grupuri la finalul terapiei cu cele obținute la 3 luni după aceasta s-a încheiat observăm că există diferențe semnificative statistic între mediile celor 3 grupuri și că în continuare aproximativ 35% din variația scorurilor este dată de apartenența la grup. În continuare și la 3 luni de la finalul terapiei, pacienții care au urmat ședințe de psihoterapie se mențin sub pragul care sugerează prezența Alexitimiei.

În continuare vom testa dacă media scorurilor grupurilor la finalul terapiei este mai mică decât 74, valoarea sub care se consideră că Alexitimia nu există. Pentru acest lucru vom aplica un test t pentru un singur esantion unilateral. Valorile critice pentru 29 grade de libertate și respectiv 30 și un prag de semnificație de 5% sunt 1.699 și 1.697. Ipoteza nulă a testului este că între cele 2 medii testate nu există diferențe semnificative statistice. Pentru că este un test t unilateral de stânga, în care testăm dacă media observată este mai mică decât o valoare ipotetică, vom respinge ipoteza nulă dacă valoarea testului t se află la stânga valorii critice. Așadar, observăm că pentru cele două grupuri care au urmat tratamentul prin psihoterapie individuala, valoarea testului t este de -1.808 și, respectiv -6.164, mai mici decât -1.699 care este valoarea critică de referință, ceea ce ne indică faptul că putem accepta ipoteza alternativă conform căreia valoarea medie a scorurilor obținute la testul de la finalul terapiei este mai mică decât 74, așadar starea lor de sănătate s-a ameliorat și boala nu mai este prezentă. Acest

lucru nu se poate spune și despre grupul care a urmarit tratament medicamentos si psihoterapie de grup, pentru care valoarea t a testului este 5.49, mult mai mare decât valoarea de referință. Pentru aceștia nu putem respinge ipoteza nulă. Așadar, pentru ei, chiar dacă s-a observat o ameliorare a stării de sănătate, scorul mediu scăzând de la 83 la 79 la finalul terapiei, boala nu a fost vindecată. Aplicând același test și pentru scorurile obținute la 3 luni de la finalul terapiei, observăm conform valorilor obținute în urma testului că nu putem respinge ipoteza nulă pentru niciunul dintre cele 3 grupuri, ceea ce ne găsește în imposibilitatea de a accepta ipoteza conform căreia rezultatele testelor sunt în medie mai mici decât 74, valoarea peste care de obicei este considerată prezentă Alexitimia.

Mediile scorurilor la finalul terapiei pentru grupurile care au făcut ședințe de psihoterapie individuala sunt asemenătoare și mai mici decât cea a grupului cu psihoterapie de grup 12 sedințe și medicație. Aceste diferențe se pot testa printr-un test t independent pentru care ipoteza nulă este că mediile celor 2 grupuri testate sunt egale. În cazul grupurilor cu psihoterapie individuală, diferența nu este semnificativă statistic, ipoteză nulă nu este respinsă, deoarece  $p\text{-value } 0.124 > 0.05$ . In cazul testul efectuat pe mediile grupului cu 30 ședințe și a celui cu medicație, ipoteza nulă este respinsă pentru un  $p\text{-value de } 0.000 < 0.05$ , scorurile obținute de cei cu 30 ședințe de terapie fiind semnificativ statistic diferite de cele ale pacienților care au urmat doar tratament medicamentos. Așadar psihoterapia se dovedește benefică în tratamentul Alexitimiei, chiar daca este vorba de 15 sau 30 ședințe.

### **3.2 Ipoteza de cercetare nr.2**

Psihoterapia integrativă complex în asociere cu Muzicotestul Diagnostic (Iamandescu) și testul de apersepție tematică T.A.T., pot să scadă valoarea anxietății (măsurate cu ajutorul Testului Dass-21 R, pentru anxietate), la pacienții hipertensivi care au urmat ședințe de psihoterapie- **ipoteză confirmată de** ipoteză confirmată de rezultatele studiului.

Vom testa dacă există vreo influență a tratamentului aplicat asupra stării de sănătate a pacienților uitându-ne la scorurile obținute de aceștia la testele aplicate la începutul și la finalul tratamentului și comparând mediile acestora. Considerând un prag de semnificație de 5%, observăm că la nivelul întregii populații media scorurilor inițiale pentru testul Dass Anxietate (10.57) este semnificativ statistic diferită de media scorurilor de la finalul terapiei (8.14), cu un

p-value de  $0.000 < 0.05$ . Putem concluziona că tratamentul a ajutat pacienții să ajungă mai aproape de limita superioară a intervalului considerat normal.

Observăm că mediile diferențelor dintre scorurile obținute între momentul inițial și finalul terapiei par că sunt cele mai mici pentru grupul care a urmat doar psihoterapie de grup și tratament medicamentos și cele mai mari pentru grupul care a urmat 30 ședințe de psihoterapie. În continuare vom testa dacă aceste diferențe observate între mediile grupurilor sunt și semnificative statistic și vom încerca să estimăm efectul pe care îl are apartenența la grup asupra scorului obținut la finalul terapiei. În acest scop vom aplica testul ANOVA, care ne oferă posibilitatea comparării mediilor mai multor grupuri. În cazul acestui test ipoteza nulă este că mediile grupurilor testate sunt egale, cu alternativa că cel puțin 2 grupuri au medii diferite. Rezultatul testului indică o valoare p-value mai mică decât pragul de semnificație de 5% ales ceea ce ne conduce la respingerea ipotezei nule și la concluzia că există diferențe semnificative statistic între mediile celor 3 grupuri. 41% din varianța scorurilor obținute la finalul terapiei este dată de apartenența la grup.

a. Asymptotically F distributed.

În continuare vom testa dacă media scorurilor grupurilor la finalul terapiei este mai mică decât 7, valoarea sub care se consideră că nivelul anxietății este normal. Pentru acest lucru vom aplica un test t pentru un singur esantion unilateral. Valorile critice pentru 29 grade de libertate și respectiv 30 și un prag de semnificație de 5% sunt 1.699 și 1.697. Ipoteza nulă a testului este că între cele 2 medii testate nu există diferențe semnificative statistice. Pentru că este un test t unilateral de stânga, în care testăm dacă media observată este mai mică decât o valoare ipotetică, vom respinge ipoteza nulă dacă valoarea testului t se află la stânga valorii critice. Așadar, observăm că pentru niciunul din cele 3 grupuri nu putem respinge ipoteza nulă, valorile testului t fiind peste 1.699, valoarea critică de referință, ceea ce ne indică faptul că deși nivelul anxietății s-a diminuat după tratamentul aplicat, acesta încă nu a ajuns să fie considerat în limite normale la finalul terapiei, deși este marginal limitei superioare a intervalului de referință.

Observăm că mediile scorurilor pentru grupurile care au făcut ședințe de psihoterapie individuală, sunt asemănătoare și mai mici decât cea a grupului cu psihoterapie de grup și medicație. Aceste diferențe se pot testa printr-un test t independent pentru care ipoteza nulă este că mediile celor 2 grupuri testate sunt egale. În cazul grupurilor cu psihoterapie, chiar

dacă diferența mediilor pare ne semnificativă, ipoteză nulă este respinsă, așadar putem spune că există diferență semnificativ statistic între cele 2 grupuri ( $p\text{-value } 0.037 < 0.05$ ). Același lucru se poate spune și pentru testul efectuat pe mediile grupului cu 30 ședințe și a celui cu medicație, ipoteza nulă fiind respinsă pentru un  $p\text{-value}$  de  $0.000 < 0.05$ .

### **La 3 luni de la finalul terapiei:**

Vom reface toată analiza anterioară, însă de data aceasta vom încerca să înțelegem cum au evoluat lucrurile pentru cele 3 grupuri de pacienți după 3 luni de la finalul terapiei. În testele aplicate se vor compara rezultatele testelor de la finalul terapiei cu cele obținute la testele făcute la 3 luni după ce s-a încheiat terapia. Având în vedere faptul că am observat că media scorurilor grupurilor care au urmat tratament psihoterapeutic a ajuns în jurul valorii de 7 considerate normale, situația optimă ar fi ca și la 3 luni după tratament scorurile acestora să fie tot în jurul acelor valori, aceasta traducându-se în a accepta ipoteza nulă a testului statistic de comparare aplicat și anume aceea că nu există diferențe între cele 2 valori. La nivelul întregului șantion, considerând același prag de semnificație de 5%, nu ne aflăm în poziția de a accepta aceasta ipoteză ( $p\text{-value} = 0.019 < 0.05$ , astfel că putem concluziona că cele 2 medii sunt semnificativ statistic diferite).

Vom merge însă mai în detaliu și vom încerca să vedem dacă există diferențe la nivel de grup. Aplicând același test, observăm că pentru grupul care a urmat cele 30 de ședințe de psihoterapie cât și pentru grupul care a urmat doar tratament medicamentos, valorile  $p\text{-value}$  sunt 0.379 și, respectiv, 0.247, ambele  $> 0.05$ , ceea ce ne permite acceptarea ipotezei nule a testului conform căruia nu există diferențe semnificativ statistice între mediile scorurilor de la finalul terapiei și cele de la 3 luni de la încheierea terapiei. Totuși, în timp ce pentru grupul cu 30 ședințe de psihoterapie media scorurilor la finalul și la 3 luni de la finalul terapiei se învârt în jurul valorii 7, pragul considerat normal, pentru cei care au avut doar medicație mediile sunt în jurul valorii 9-10, valori ce indică anxietate ușoară și moderată. În cazul grupului cu 15 ședințe de psihoterapie, putem respinge ipoteza nulă și putem concluziona că există diferențe semnificative statistic între mediile scorurilor obținute la teste în cele 2 momente diferite, însă și pentru acest grup valorile medii și la 3 luni de la finalul terapiei sunt foarte apropiate de valoarea până la care aceste scoruri sunt considerate normale. Așadar, putem remarca în

continuare beneficiile pe care le poate avea psihoterapia în tratarea acestei afecțiuni și menținerea efectelor pozitive pe o perioadă mai îndelungată.

Reaplicarea unei ANOVA pentru variabila care conține scorurile la 3 luni de la finalul terapiei ne arată că în continuare apartenența la grup influențează valorile obținute la testul Dass Anxietate. Rezultatul testului indică o valoare p-value mai mică decât pragul de semnificație de 5% ales ceea ce ne conduce la respingerea ipotezei nule și la concluzia că există diferențe semnificative statistic între mediile celor 3 grupuri. 28% din varianța scorurilor obținute la finalul terapiei este dată de apartenența la grup.

### 3.3 Ipoteza de cercetare nr.3

Psihoterapia integrativă complex în asocieră cu Muzicotestul Diagnostic (Iamandescu) și Testul de apersepcție tematică T.A.T., pot să scadă valoarea depresiei la pacienții hipertensivi și depresivi, coopțați în studiu- **ipoteză confirmată de rezultatele studiului.**

Vom testa dacă există vreo influență a tratamentului aplicat asupra stării de sănătate a pacienților uitându-ne la scorurile obținute de aceștia la testele aplicate la începutul și la finalul tratamentului și comparând mediile acestora. Considerând un prag de semnificație de 5%, observăm că la nivelul întregii populații media scorurilor inițiale pentru testul Dass Depresie (12.05) este semnificativ statistic diferită de media scorurilor de la finalul terapiei (9.45), cu un p-value de  $0.000 < 0.05$ . Conform scalei testului Dass un nivel normal este acela sub 9, așadar tratamentul aplicat a avut roade și a adus pacienții mai aproape de limita considerată normală. În continuare vom testa dacă există diferențe semnificative între valorile obținute de cele 3 grupuri la testul de la finalul terapiei și vom încerca să estimăm efectul pe care îl are apartenența la grup asupra scorului obținut. În acest scop vom aplica testul ANOVA, care ne oferă posibilitatea comparării mediilor mai multor grupuri. În cazul acestui test ipoteza nulă este că mediile grupurilor testate sunt egale, cu alternativa că cel puțin 2 grupuri au medii diferite. Rezultatul testului indică o valoare p-value mai mică decât pragul de semnificație de 5% ales ceea ce ne conduce la respingerea ipotezei nule și la concluzia că există diferențe semnificative statistic între mediile celor 3 grupuri. 33% din varianța scorurilor obținute la finalul terapiei este dată de apartenența la grup.

Vom testa dacă media scorurilor grupurilor la finalul terapiei este mai mică decât 9, valoarea sub care se consideră că nivelul depresiei este normal. Pentru acest lucru vom aplica

un test t pentru un singur eșantion unilateral. Valorile critice pentru 29 grade de libertate și respectiv 30 și un prag de semnificație de 5% sunt 1.699 și 1.697. Ipoteza nulă a testului este că între cele 2 medii testate nu există diferențe semnificative statistice. Pentru că este un test t unilateral de stânga, în care testăm dacă media observată este mai mică decât o valoare ipotetică, vom respinge ipoteza nulă dacă valoarea testului t se află la stânga valorii critice. Așadar, observăm că doar pentru grupul care a urmat cele 15 ședințe de psihoterapie putem respinge ipoteza nulă, valoarea testului t fiind -3,434, mai mică decât -1.699, valoarea critică de referință, ceea ce ne indică faptul că pentru aceștia nivelul depresie a scăzut până la limite normale după ce au finalizat terapia, în timp ce pentru celelalte 2 grupuri, deși nivelul s-a diminuat după tratamentul aplicat, acesta încă nu a ajuns să fie considerat în limite normale la finalul terapiei.

### **La 3 luni de la finalul terapiei:**

Vom reface toată analiza anterioară, însă de data aceasta vom încerca să înțelegem cum au evoluat lucrurile pentru cele 3 grupuri de pacienți după 3 luni de la finalul terapiei. În testele aplicate se vor compara rezultatele testelor de la finalul terapiei cu cele obținute la testele făcute la 3 luni după ce s-a încheiat terapia. Având în vedere faptul că am observat că media scorurilor grupurilor care au urmat tratament psihoterapeutic a ajuns în jurul valorii de 9 considerate normale, situația optimă ar fi ca și la 3 luni după tratament scorurile acestora să fie tot în jurul acelor valori, aceasta traducându-se în a accepta ipoteza nulă a testului statistic de comparare aplicat și anume aceea că nu există diferențe între cele 2 valori. La nivelul întregului șantion, considerând același prag de semnificație de 5%,  $p\text{-value} = 0.383 > 0.05$ , astfel nu putem respinge ipoteza nulă și putem concluziona că cele 2 medii nu sunt semnificativ statistic diferite.

Vom merge însă mai în detaliu și vom încerca să vedem dacă există diferențe la nivel de grup. Aplicând același test, observăm că pentru grupul care a urmat cele 30 de ședințe de psihoterapie cât și pentru grupul care a urmat doar tratament medicamentos, valorile p-value sunt 0.420 și, respectiv, 0.343, ambele  $> 0.05$ , ceea ce ne permite acceptarea ipotezei nule a testului conform căruia nu există diferențe semnificativ statistice între mediile scorurilor de la finalul terapiei și cele de la 3 luni de la încheierea terapiei. Totuși, în timp ce pentru grupul cu 30 ședințe de psihoterapie media scorurilor la finalul și la 3 luni de la finalul terapiei se învârt în jurul valorii 9, pragul considerat normal, pentru cei care au avut 12 ședințe de psihoterapie

de grup și medicație mediile sunt în jurul valorii 10, valori ce deja indică depresie ușoară. În cazul grupului cu 15 ședințe de psihoterapie, putem respinge ipoteza nulă și putem concluziona că există diferențe semnificative statistic între mediile scorurilor obținute la teste în cele 2 momente diferite, însă și pentru acest grup valorile medii și la 3 luni de la finalul terapiei sunt sub valoarea de 9 de la care se consideră că există depresie ușoară. Așadar, putem remarca în continuare beneficiile pe care le poate avea psihoterapia în tratarea acestei afecțiuni și menținerea efectelor pozitive pe o perioadă mai îndelungată.

### **3.4 Ipoteza de cercetare nr.4**

Psihoterapia integrativă complex în asociere cu Muzicotestul Diagnostic (Iamandescu) și testul de a percepție tematică TAT., pot să scadă valoarea stresului măsurat cu testul Dass 21 R, pentru stress, la pacienții hipertensivi și stresați, cooptați în studiu- **ipoteză confirmată de rezultatele obținute la studiu.**

Vom testa dacă există vreo influență a tratamentului aplicat asupra stării de sănătate a pacienților uitându-ne la scorurile obținute de aceștia la testele aplicate la începutul și la finalul tratamentului și comparând mediile acestora. Considerând un prag de semnificație de 5%, observăm că la nivelul întregii populații media scorurilor inițiale pentru testul Dass Stres (16.4) este semnificativ statistic diferită de media scorurilor de la finalul terapiei (13.8), cu un p-value de  $0.000 < 0.05$ . Conform scalei testului Dass un nivel normal este acela sub 14, așadar tratamentul aplicat a avut roade și a adus pacienții mai aproape de limita considerată normală.

Pentru fiecare din cele 3 grupuri incluse în cercetare observăm că între valorile testelor de la începutul tratamentului și cele de la finalul terapiei sunt diferențe semnificative statistic, pentru un prag de semnificație de 5% ( $p\text{-value} = 0.000 < 0.05$ ).

Observăm că mediile diferențelor dintre scorurile obținute între momentul inițial și finalul terapiei par că sunt cele mai mici pentru grupul care a urmat doar tratament medicamentos și cele mai mari pentru grupul care a urmat 30 ședințe de psihoterapie. În continuare vom testa dacă aceste diferențe observate între mediile grupurilor sunt și semnificative statistic și vom încerca să estimăm efectul pe care îl are apartenența la grup asupra scorului obținut la finalul terapiei. În acest scop vom aplica testul ANOVA, care ne oferă posibilitatea comparării mediilor mai multor grupuri. În cazul acestui test ipoteza nulă

este că mediile grupurilor testate sunt egale, cu alternativa că cel puțin 2 grupuri au medii diferite. Rezultatul testului indică o valoare p-value mai mică decât pragul de semnificație de 5% ales ceea ce ne conduce la respingerea ipotezei nule și la concluzia că există diferențe semnificative statistic între mediile celor 3 grupuri. 32.6% din varianța scorurilor obținute la finalul terapiei este dată de apartenența la grup.

În continuare vom testa dacă media scorurilor grupurilor la finalul terapiei este mai mică decât 14, valoarea sub care se consideră că nivelul stresului este normal. Pentru acest lucru vom aplica un test t pentru un singur esantion unilateral. Valorile critice pentru 29 grade de libertate și respectiv 30 și un prag de semnificație de 5% sunt 1.699 și 1.697. Ipoteza nulă a testului este că între cele 2 medii testate nu există diferențe semnificative statistice. Pentru că este un test t unilateral de stânga, în care testăm dacă media observată este mai mică decât o valoare ipotetică, vom respinge ipoteza nulă dacă valoarea testului t se află la stânga valorii critice. Așadar, observăm că doar pentru grupul celor care au urmat tratamentul prin 15 ședințe de psihoterapie, valoarea testului t este de -6.071, mai mică decât -1.699, valoarea critică de referință, ceea ce ne indică faptul că putem accepta ipoteza alternativă conform căreia valoarea media a scorurilor obținute la testul de la finalul terapiei este mai mică decât 14, așadar nivelul lor de stres a scăzut până la un prag considerat normal. Pentru celelalte 2 grupuri nu putem respinge ipoteza nulă. Așadar, chiar dacă media lor nu este considerată în intervalul normal, s-a observat o ameliorare a nivelului stresului cu scoruri medii ajungând de la 17.5 la 14.03 pentru grupul cu 30 ședințe de psihoterapie și de la 16.41 la 14.69 pentru cei cu tratament medicamentos, așadar marginal apropiate de limita superioară de referință a intervalului considerat normal.

### **La 3 luni de la finalul terapiei:**

Vom reface toată analiza anterioară, însă de data aceasta vom încerca să înțelegem cum au evoluat lucrurile pentru cele 3 grupuri de pacienți după 3 luni de la finalul terapiei. În testele aplicate se vor compara rezultatele testelor de la finalul terapiei cu cele obținute la testele făcute la 3 luni după ce s-a încheiat terapia. Având în vedere faptul că am observat că media scorurilor grupurilor care au urmat tratament psihoterapeutic a ajuns în jurul valorii de 14 considerate normale, situația optimă ar fi ca și la 3 luni după tratament scorurile acestora să fie tot în jurul acelor valori, aceasta traducându-se în a accepta ipoteza nulă a testului statistic de comparare aplicat și anume aceea că nu există diferențe între cele 2 valori. La nivelul

întregului șantion, considerând același prag de semnificație de 5%,  $p\text{-value} = 0.006 < 0.05$ , astfel că putem respinge ipoteza nulă și putem concluziona că cele 2 medii sunt semnificativ statistic diferite.

Vom merge însă mai în detaliu și vom încerca să vedem dacă există diferențe la nivel de grup. Aplicând același test, observăm că pentru grupurile care au urmat ședințe de psihoterapie, valorile  $p\text{-value}$  sunt 0.032 și, respectiv, 0.012, ambele  $< 0.05$ , ceea ce ne duce la respingerea ipotezei nule a testului și concluzionarea că există diferențe semnificative statistic între cele 2 medii. Totuși, valorile medii obținute de cele 2 grupuri ce au urmat ședințe de psihoterapie se mențin sub sau în jurul pragului considerat normal și la 3 luni după terminarea psihoterapiei, în ciuda ușoarei creșteri înregistrate. În cazul grupului care a urmat 12 ședințe de psihoterapie de grup și tratament medicamentos, nu putem respinge ipoteza nulă ( $p\text{-value} = 1$ ) și putem concluziona că nu există diferențe semnificative statistic între mediile scorurilor obținute la teste în cele 2 momente diferite. Pentru acest grup valorile medii și la finalul terapiei și la 3 luni de la finalul terapiei au stagnat și sunt peste 14, valoarea până la care se consideră că nivelul stresului este normal, astfel că ei intră deja în categoria celor care se consideră că se confruntă cu un nivel ușor crescut al stresului. Așadar, putem remarca în continuare beneficiile pe care le poate avea psihoterapia în tratarea acestei afecțiuni și menținerea efectelor pozitive pe o perioadă mai îndelungată.

### **3.5 Ipoteza de cercetare nr.5**

Psihoterapia de grup în asociere cu tratamentul medicamentos este utilă în tratarea: alexitimiei, anxietății, depresiei și stresului- **ipoteză confirmată** de rezultatele studiului prezent.

Din datele statistice relatate în acest studiu s-a confirmat importanța ședințelor de psihoterapie de grup, asociate cu un tratament medicamentos pentru simptomele amintite. De reținut este faptul că în acest caz, starea de bine a pacienților mai poate fi datorată și continuării tratamentului medicamentos, după încetarea psihoterapiei.

## **4. Concluzii rezultate din analiza psihologică a pacienților din grupurile de studiu**

### **4.1 Analiza relației dintre alexitimie și trauma emoțională la pacienții din cele două grupuri de studiu, care au efectuat ședințe de psihoterapie individuală**

Toți pacienții din cele 3 grupuri de studiu, 92 au fost identificați cu alexitimie. Dacă ne vom referi la pacienții din grupele de studiu nr.1 și 2 (60 pacienți), care au făcut psihoterapie individuală, au fost identificați dintre ei un număr de 32 pacienți (53,33%) ce au experimentat o traumă emoțională în istoria lor de viață. Dintre aceștia un număr de 15 pacienți (46,33%), acuză o traumă emoțională din perioada copilăriei (de genul absența unui părinte, sau a ambilor părinți, sau neimplicarea lor emoțional-afectivă, în creșterea copilului). Un număr de 17 (28,33%), pacienți acuză traume emoționale pe parcursul vieții (de genul: divorț, pierderea locului de muncă, lipsuri materiale, decesul unei persoane dragi). Dintre pacienții din gr. nr 3 (32 pacienți), un număr de 8 pacienți consideră că au avut o traumă emoțională (25%). Astfel 3 dintre ei au avut trauma în perioada copilărie, 2 în perioada adolescenței și 3 în perioada adultă). Terapiile cu ajutorul Testului T.A.T, dar și hipnoza ericsoniană au scos la lumină (din inconștientul personal al pacienților), tendințe inconștiente reprimite ce sunt exprimate în gândire și acțiune (ele rămân focare, dacă nu sunt exteriorizate, determinând apariția afecțiunilor psihosomatice). În urma terapiei am putut sesiza greutatea pe care o întâmpină acești pacienți în exprimarea emoțiilor și sentimentelor, față de cei apropiați. Deoarece scorurile alexitimiei obținute (înainte și după aplicarea terapiei) la testul Toronto Alexithymia Scale (TAS) 26 itemi, sunt mai ridicate la persoanele ce au experimentat o traumă emoțională, decât la cele care nu au experimentat o traumă emoțională, mă determină să afirm că există posibilitatea relației favorizante între apariția alexitimiei și trauma emoțională avută de o persoană.

### **4.2. Analiza relației dintre alexitimie, atașament și celelalte variabile psihologice, la pacienții din grupurile de studiu nr.1 și nr.2**

Din interviul clinic și pe parcursul ședințelor de psihoterapie, am putut urmări atașamentul pacienților participanți la studiul prezent. Din totalul pacienților ce au constituit cele două grupuri de studiu (60 pacienți), 18 pacienți (30%) au un atașament securizant, dar și un scor mai mic la variabilele psihologice asociate, la testele date în studiu. Prin urmare am constatat

la acești pacienți că au o anxietate și depresie mai mică și o deschidere mare spre participarea mai activ la sesiunile de psihoterapie, fiind dispuși să-și schimbe stilul de viață (renunță mai ușor la principii învățate defectos). Cu ajutorul testului T.A.T., s-au putut observa mai ușor trebuințele manifeste și trebuințele latente. Acestea au fost observabile prin apercipția tematică. La un număr de 26 pacienți (45%), am constatat un atașament nesigur- evitant. Aceștia au valori mai mari la testul alexitimiei, și la testul DASS 21, pentru scala anxietate și depresie, stres. Din punct de vedere al psihoterapiei realizate cu ajutorul Testului T.A.T., am constatat că există o relație între informația latentă și comportamentul manifest. Pacienții foloseau evitarea ca mecanism de apărare. În ceea ce privește sesiunile de psihoterapie am constatat la acești pacienți că uneori opun rezistență în a accepta anumite situații sau la anumite schimbări pe care trebuiau să le facă în viața lor. La un număr de 12 (20%), pacienți am constatat un atașament nesigur -ambivalent. Ei au un scor ridicat al alexitimiei (dar și la celelalte variabile psihologice), sunt mai anxioși sau depresivi, stresați și mai neimplicați în propria lor viață. La testul T.A.T. s-a observat neimplicarea lor în analiza planșelor iar atunci când narau, poveștile lor erau defensive. La un număr de 4 pacienți (6,6%), aceștia au un atașament dezorganizat. Ei au obținut scoruri ridicate la testele aplicate. În poveștile spuse pe marginea testului T.A.T, au realizat greu aceste povești și greu le-au finalizat. S-a putut desprinde un supraeu, slab integrat, iar unele dintre personajele testului aveau de realizat mici pedepse, sau se comportau ca urmare a unor pedepse primite cândva. Uneori scăpau firul povești (acest fapt tradează un impuls agresiv). Toate aceste rezultate obținute mă determină să cred că pot exista corelații între experiențele afective din copilărie și pattern-urile de atașament ale adulților, precum și predispoziția lor spre anumite afecțiuni de genul: anxietate, depresie, stres. Stima de sine a acestor persoane este redusă. Relația de atașament poate constitui un factor predispozant al alexitimiei.

#### **4.3. Mecanismele de formare al simptomelor**

Din punct de vedere psihologic acesul la percepția unei persoane, se poate obține numai cu ajutorul relatărilor acelei persoane.

În urma analizei poveștilor obținute de la pacienți, pe baza testului de Apercipție Tematică:T.A.T., putem să identificăm după acțiunile eroului principal din poveste (admitem că acesta este chiar pacientul), motivațiile comportamentului său, ca sursă posibilă, ivită din tipul de personalitate dar și în urma unor probleme de sănătate. Ca posibili factori detreminanți

în formarea simptomelor pot fi luați în discuție: tipul de atașament, trauma emoțională avută, precum și trebuințele psihologice ale pacienților (supunere, dominare, trebuința de realizare, pasivitate, sexualitate, agresivitate, solitudinile). În măsura în care aceste trebuințe sunt pozitive sau negative sau pot fi satisfăcute ori nu, putem vorbi de anumite conflicte inconștiente, premergătoare în formarea unor simptome. În acord cu teoria freudiană putem considera următoarele conflicte inconștiente cauzatoare în formarea simptomelor:

- Trebuința de realizare: identificată la 33 pacienți (55,5%);
- Pasivitate: identificată la 4 pacienți (6,6%);
- Solitudine: identificată la 33 pacienți (55,5%), favorizează anxietate;
- Agresivitate reprimată: identificată la 4 pacienți (6,6%);
- Trăsături alexitimice, sunt întâlnite la toți pacienții participanți la studiu 100%.

Am putea lua în considerare ca mecanism de formare al simptomelor și factorii de stres actuali, determinați de mediul socio-profesional sau familial.

#### **4.4. Analiza rezultatelor obținute din istoricul medical al pacienților**

Pentru această analiză (de care s-a ținut cont în programul de psihoterapie) s-au luat în considerare următoarele aspecte:

a) Câți pacienți din grupurile de studiu au avut internări în spital pentru diagnosticul de boli cardiovasculare și hipertensiune, înaintea începerii studiului;

Din anamneza pacienților a reieșit că toți pacienții participanți la studiu au avut cel puțin o internare în spital. Acest fapt pentru unii pacienți a avut un efect pozitiv, în sensul că li s-a stabilit un diagnostic medical pe baza căruia urmează un tratament medicamentos și ei s-au implicat în schimbarea regimului de viață, dorind să se însănătoșască (sunt chiar optimiști). Pentru unii pacienți internarea în spital a fost percepută negativ (mai ales pentru depresivi), în sensul că de acum sunt bolnavi și așa vor rămâne.

b) Câți pacienți au avut internări în spital pe parcursul psihoterapiei sau la sfârșitul psihoterapiei (programului de studiu);

Pe parcursul psihoterapiei și la finalul ei, nici un pacient nu a avut nevoie de internare în spital.

c) S-au luat în calcul dacă pacienții au avut tratament medicamentos înaintea începerii ședințelor de psihoterapie și dacă tratamentul medicamentos a fost schimbat sau întrerupt, în timpul studiului;

Toți participanții la studiu au urmat tratament antihipertensiv. La unii dintre pacienți, 20 pacienți- 21%) având o stare fiziologică mai bună (pacienții au înregistrat valori ale tensiunii arteriale mai scăzute, decât media lor inițială), tratamentul medicamentos a fost diminuat ca dozaj sau schimbat, de medicul lor curant.

**d)** S-au luat în calcul și celelalte afecțiuni (pe lângă hipertensiune, alexitimie, anxietate, depresie, stres), pe care le-au avut pacienții înainte de începerea studiului, ca de exemplu: afecțiuni psihosomatice, endocrine, psihiatrice.

Rezultatele au fost următoarele:

-10 pacienți (11%), din totalul lor, au fost înainte de începerea psihoterapiei diagnosticați cu tulburări somatoforme;

-3 pacienți (3,2%) au fost internați în secții de psihiatrie, diagnosticați cu depresie severă;

-5 pacienți ( 5,3%) au avut diagnosticul de tiroidă autoimună (Hașimoto);

-4 (3,3 %) pacienți au avut diabet.

#### **4.5 Analiza rezultate obținute în funcție de durata psihoterapiei**

Noi am constatat în urma studiului realizat că: este foarte importantă durata (timpul) psihoterapiei exprimată printr-un număr mai mare de ședințe de psihoterapie. Această durată mai mare a ședințelor, este necesară pentru cunoașterea mai exactă a mecanismelor defectoase de copyng sau a proceselor psihice inconștiente, ce stau la baza formării simptomelor psiho-afective. Am mai constatat că psihoterapia dacă este începută de timpuriu (adică imediat după instalarea bolii) șansa de recuperare psiho-afectivă este foarte mare. Acest fapt s-a observat foarte bine la pacienții (din gr.nr.2), ce au urmat un număr de 15 ședințe de psihoterapie. Un mod de evoluție surprinzător l-au avut pacienții din gr. nr.3. Aceștia (deși nu au făcut psihoterapie individuală), au făcut psihoterapie de grup și au luat tratament medicamentos psihotrop, evoluția stării lor de sănătate a fost foarte bună. Se remarcă la sfârșitul terapiei de grup, valori schimbate ale parametrilor psihologici. Concluzia noastră în acest caz, este aceea că : grupul se comportă ca o familie, există, în cadrul lui există o susținere afectivă mai mare din partea membrilor. Un alt aspect este acela al solidarității și al cunoașterii că există persoane ce au aceleași probleme de întâmpinat în viață ca și tine. Deci psihoterapia de grup alături de tratamentul medicamentos psihotrop este benefică în cazul tratamentului bolnavilor hipertensivi cu alexitimie. La trei luni după psihoterapie pentru gr. nr.3 (la unii pacienți), se

remarcă o reactualizare a bolii, într-o proporție mai mare decât la cele două grupuri. Faptul că au rămas din nou singuri, că mulți dintre pacienți nu și-au integrat schimbarea în stilul de viață, a determinat reactualizarea într-o proporție de aproximativ: 40%, față de 20% din gr. nr.2 și 20% din gr. nr.1.

Un alt factor important în recuperarea stării de sănătate la bolnavii hipertensivi cu alexitimie, este jucat de rezistențele (credințele personale) ale unei persoane. Într-o terapie individuală aceste credințe defectoase sunt mai ușor înlocuite cu unele credințe pozitive necesare și individuale.

#### **4.6. Concluzii cu privire la atașamentul pacienților**

Atașamentul persoanei a jucat un rol important în relația terapeutică, în sensul că el a condus către stabilirea complianței terapeutice mai bună (sau mai anevoioasă), respectiv la integrarea pacientului în procesul terapeutic și recuperarea stării lui de sănătate mai facilă. Un alt rol al cunoașterii atașamentului a fost acela că el poate contribui la formarea unor mecanisme de apărare și de coping. De asemenea atașamentul unei persoane poate fi o latură (pozitivă sau negativă), a personalității sale și poate fi un factor favorizant în determinarea bolilor psihosomatice.

#### **4.7. Concluzii cu privire la traumele emoționale în copilăria timpurie au avut un rol important la formarea alexitimiei**

Din interviul clinic structurat și relatările pacienților, pe parcursul psihoterapiei, am putut constata (identifica), că unii pacienți au avut anumite traume, pe care le-am clasat în:

- Trauma emoțională din copilărie;
- Trauma emoțională la vârstă adultă.

Din conținutul poveștilor T.A.T., spuse de pacienți (din conținutul latent al acestora), putem desprinde ideea potrivit căreia, trauma emoțională avută în perioada copilăriei, poate juca un rol important în formarea alexitimiei, anxietății și stresului. Acest fapt este observabil la un număr de 30 pacienți (50%), din cele două grupe de studiu (60 pacienți) și care au experimentat în decursul vieții, traume.

Trauma emoțională avută în perioada adultă, poate determina afecțiuni de tip: anxietate, depresie, stres, boli psihosomatice. Aceste variabile psihologice au fost prezente la toți pacienții aflați în studiu, dar cei care au experimentat o traumă, au valori mai mari ale acestor variabile.

#### **4.8 Analiza rezultatelor în funcție de psihoterapia urmată de pacienții incluși în studiu**

Muzicoterapia: am constatat că indiferent de vârsta și sexul pacienților, muzica a avut un efect favorabil asupra stării psihice a pacientului, creindui stări emoționale și inducând o stare de relaxare fizică și psihică. Piese muzicale din testul Iamandescu, au determinat la unii pacienți exteriorizarea anumitor sentimente și astfel s-a produs catharsis-ul, ce a determinat o scădere a tensiunii emoționale. Cel mai important rol pe care muzica l-a avut în acest studiu, a fost acela de comunicare, în sensul că pacientul comunica după audiție, ceea ce simțea fizic și emoțional. Acest fapt l-a ajutat să învețe, să aibă emoții și totodată să și le exprime. Mulți pacienți au declarat că prin intermediul acestei terapii s-au simțit mai liberi. Unii pacienți au spus că muzica a avut pentru ei, un efect relaxant și calmant, încât nu au mai simțit dureri după audițiile muzicale.

Psihoterapia proiectivă T.A.T.: a avut de asemenea un rol extrem de important în tratamentul psihoterapeutic deoarece, a ajutat pacientul să-și exteriorizeze sentimentele și trăirile sufletești, prin apercepție tematică (fără să știe că vorbește despre sine), prin intermediul planșelor din test. Așa s-a produs verbalizarea conflictului intrapsihic (datorat reprimării sau refulării afectelor) și eliminarea traumelor emoționale ce aveau un sediu în inconștient.

Psihoterapia gestalt: și-a dovedit utilitatea în tratamentul pacienților care aveau ciclul gestalt întrerupt (în sensul conștientizării unei experiențe din viață, ce a fost întreruptă din cauza unor mecanisme de apărare psihice). Această terapie a jucat un rol însemnat în integrarea emoțiilor pe care nu le puteau percepe unii pacienți. Aceștia au fost învățați să simtă și să diferențieze o emoție de o senzație.

Psihoterapia eriksoniană: a avut o influență pozitivă în tratarea unor pacienți, deoarece a permis sondarea inconștientului unei persoane și a facilitat eliberarea materialului emoțional reprimat. De asemenea sugestiile către unii pacienți au fost mai facile precum și stimularea resurselor individuale pentru schimbare.

Psihoterapia prin psihodramă: a fost importantă deoarece a permis jocul de rol cu subpersonalitățile eului, spre integrarea lor și dialogul cu persoanele importante din viață.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală: a fost utilă datorită tehnicilor folosite cu rolul de a identifica și schimba gânduri autonome disfuncționale (generatoare de simptome) și înlocuirea lor cu cogniții raționale.

#### **4.9 Concluzii finale**

-Considerăm că rezultatele cercetării noastre prin folosirea unei metode novatoare datorită asocierii în programul de psihoterapie individuală a tehnicilor din psihoterapia proiectivă a Testului de apersepcție tematică T.A.T și Muzicotestului Diagnostic Iamandescu, pot fi utile în primul rând medicilor –psihoterapeuți, din toate specializările, cu scopul de a lua ca posibil tratament și psihoterapia complexă.

-Considerăm foarte utilă introducerea testării psihologice, a bolnavilor coronarieni și hipertensivi, cu rolul de a decela nivelul de: alexitimie, stres, depresie și anxietate la acești bolnavi. Uneori relatările numai verbale, pe care le fac acești bolnavi, despre starea lor de sănătate, nu sunt suficient de relevante (ele fiind minimalizate sau exacerbate în funcție de personalitatea lor). Testele psihologice au o valoare psihometrică cu un rol foarte important în psihodiagnoză și în terapie.

-Considerăm foarte utilă empatia față de pacient, în demersul terapeutic, deoarece acesta nu se va mai simți singur în procesul lui spre însănătoșire.

-Considerăm de o reală utilitate în tratarea bolilor cardio-vasculare și hipertensive, ședințele de psihoterapie deoarece constituie o metodă de tratament facilă și benefică în eliminarea fricii de boală și fobiei de moarte (mai ales în susținerea moralului unei persoane și redarea încrederii în sine).

-Considerăm ca, dacă psihoterapia este începută la debutul bolii coronariene și hipertensive, recuperarea pacientului este mai facilă și ameliorarea stării de sănătate mai rapidă.

## 5. LIMITELE STUDIULUI

**5.1.** Studiul prezent nu s-a adresat unui număr mare de pacienți. Pacienții incluși în studiul prezent au fost selectați din rândul pacienților ce au fost trimiși la psihoterapie, de medicii specialiști sau medicii de familie. Unii dintre pacienți au solicitat ei, de bună voie aceste ședințe de psihoterapie, în baza unor diagnostice medicale.

**5.2.** Pentru cooptarea pacienților în studiu s-au luat în considerare:

- capacitatea lor de a înțelege procesul psihoterapeutic și motivația temeinică de a se include în acest demers pentru vindecare;
- nivelul intelectual al pacienților pentru a putea percepe schimbările ce apar în urma psihoterapiei;
- dorința lor de aș schimba modul de viață;
- nu s-au coptat în studiu pacienții reticienți la proceduri psihoterapeutice;
- nu s-au coptat în studiu pacienți ce au doar studii gimnaziale.
- limita de vârstă a fost aleasă ca fiind poziționată în intervalul 40 ani-74 ani.

**5.3.** Numărul ședințelor de psihoterapie nu a fost același pentru cele 3 grupuri incluse în studiu. Astfel pacienții din grupul nr.1 cu un diagnostic de hipertensiune arterială mai vechi de 5 ani au făcut mai multe ședințe de psihoterapie individuală (30 ședințe), și mai variate ca tehnică psihoterapeutică iar frecvența ședințelor de psihoterapie a fost de 2 ședințe pe săptămână. Acest fapt s-a datorat rezultatului la testele psihologice, ce au indicat valori ale parametrilor măsurati (anxietate, depresie, stres, alexitimie), fiind mai mari la acest grup. Pacienții din grupul nr. 2 aflați în studiu, cu un diagnostic validat de un an, au realizat 15 ședințe de psihoterapie individuală cu o frecvență de o ședință pe săptămână. Acest fapt s-a datorat rezultatului obținut la testele psihologice, ce au indicat valori mai mici la testele aplicate. S-a constatat o ameliorare mai mare a pacienților din această grupă, pentru toate variabilele psihologice. Gr.nr.3, au efectuat un număr de 12 ședințe de psihoterapie de grup și tratament medicamentos. Rezultatele acestei grupe au fost mai mici comparativ cu rezultatele din grupele:1 și 2.

**5.4 .** Urmărirea pacienților aflați în studiu s-a realizat pe o durată scurtă de timp, până la 3 luni de la sfârșitul psihoterapiei. Ar fi fost necesar ca acești pacienți să fie urmăriți pe o perioadă mai lungă de timp, pentru a putea constata dacă modificările psiho-fiziologice care s-au obținut în urma psihoterapiei, se mențin pe o perioadă mai mare de timp.

## **6. NOI PERSPECTIVE DE CERCETARE**

**6.1.** Următorul studiu în tratarea alexitimiei și a celorlalte variabile psihologice, asociate (anxietate, depresie, stres) ce însoțesc HTA, ar trebui să fie randomizat, cu rolul de a-i crește validitatea în rândul pacienților și să beneficieze alături de psiholog- psihoterapeut și de un medic psihiatru, cu scopul stabilirii obiectivității evaluării rezultatelor.

**6.2.** Următorul studiu în tratarea variabilelor psihologice la pacienții hipertensivi ar trebui să utilizeze alături de Testul T.A.T. și de alte teste proiective de tipul: Rorsha, Shondi, Testul Persoanei, pentru a urmări mai profund, convertirea afectelor reprimite în mecanismele de apărare și copyng, ce pot constitui factori favorizanți în apariția bolilor psihosomatice.

**6.3.** Ar trebui aprofundat și analizat modul în care psihoterapia acționează pe aceeași afecțiune la un grup de pacienți dar rezultatele finale sunt diferite la pacienții.

**6.4.** Ar trebui să fie analizată mai profund interrelația dintre psihoterapie și tratamentul medicamentos cu rolul de a-i crește validitatea în rândul populației cu probleme de sănătate. Din studiul prezen s-au observat rezultatele benefice ale psihoterapiei.

**6.5.** Ar trebui să existe o cooperare medic- psiholog într-un studiu similar pentru a urmări mai profund evoluția stări de sănătate fizică și psihică, a pacienților aflați în studiu.

**6.6.** Studiile în domeniul afecțiunilor psihosomatice ar trebui să urmărească:

-a) emoțiile refulate ale pacienților

- b) în ce măsură alexitimia determină instalarea unor mecanisme psihologice de apărare.

**6.7.** Ar trebui să se urmărească relațiile de transfer și de contratransfer între pacient și psihoterapeut.

**6.8** Aar trebui să se urmărească exprimările corporale (gestaltul) ale pacienților aflați în psihoterapie cu influente în manifestările somatoforme.

**6.9.** Ar fi util un studiu comparativ între 3 loturi de pacienți, conform unui protocol terapeutic, un lot tratat cu psihoterapie individuală și medicamente, un lot tratat numai medicamentos și un lot tratat numai cu psihoterapie individuală. Rolul acestui studiu ar fi acela de a se evidenția abordările terapeutice cu implicare majoră în sănătatea publică.

## 7. LISTA LUCRARILOR PUBLICATE DE DOCTORAND

-**Mitrea R.**, Iamandescu B.I., Tudor L.C. (2016), Studiul comparativ privind beneficiile ședințelor de psihoterapie integrativă asupra pacienților coronarieni cu anxietate și depresie- *Jurnal Revista Medicală Română, Vol. LXIII, Nr.4*; pag 319-324.

-**Mitrea R.**, Tudor L.C. (2017), Tentative terapeutice în abordarea alexitimiei- *Jurnal Revista Medicală Română, Vol.LXIV. Nr.1*; pag: 71-76

**Mitrea Rodica**, (2017), Abordarea psihoterapeutică integrativă a pacienților hipertensivi cu alexitimie-*Revista Practica Medicală, Vol 12, Nr.4 (53), pag.236-240.*

## 8. REFERINȚE

-Alexander F. G.(2008) *Medicina Psihosomatică*, Ed. Trei București.

-Alexander F.G.(1939)- Emotional factors in essential hypertension.*Psychosom Med*1:175-179

-Andersen B .L(1997)-*Aprogrammatic Approach to Studying the Industrial,,Environment and Mental Health,,*

-Andersen B.L, Shelby R.A, Golden-Kreutz DM:RCT of a psychological intervention for patients with cancer. Mechanisms of change *J Consult clin Psychol* 2007;75:927-938

-Annelieke M. Roest, Elisabeth J. Martens, Peter de Jonge (2010)- Anxiety and Risk of incidents Coronary Heart Disease Meta-Analysis *J. Am.Coll.Cardiol.*56(1):38-46.

-Bowlby J (1969) *Attachment and Loss. Vol.1* London: Hogarth (page numbe refer to Pelican edition 1971).

--Barabasz A. (2000), „EFG markers of alert hypnosis: The induction makes a difference”*Sleep and Hypnosis*,2 (4),164-168.

-Barabasz A.,Watkins J.G., (2011) *Tehnici de hipnoterapie*, Ed. Polirom Iași.

-Barbel P., (2015)-*Terapia Gestalt-Reevaluată*, Ed. Liber Mundi, Craiova.

--Beck A.T.,Rush A. J., Shaw B.F.(1979),- *Cognitive Therapy of Depression*,Guilford Press, New York.

-Beck A.T.(1976)- *Cognitive Therapy and the Emoțional Disorders*, International University Press, New York.

- Beack A.T., Hollon S.D., Young J.E., Budenz D.(1985) Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline, *Archives of General Psychiatry*, 42-142-148.
- Bellak L., (2008) T.A.T.,T.A.C, T.A.B.,în utilizarea clinică. Ed. Profex București.
- Bowlby J. (2011)- Aplicații clinice ale teoriei atasamentului. Ed. Trei Bucuresti.
- Beresnevoite M.,-Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease: a preliminary study *Psychother Psychosom.* 2000,69,117-122.
- Bowlby J. (1988)- A Secure Base Clinical Applications of Attachment Theory London Routledge .
- Brad A., Beck T., (2011)-*Puterea interioară a psihoterapiei cognitive* Ed.Trei, București.
- Brătescu GH.(1999)- O istorie a utopismului medical, Ed. Humanitas, București.
- Brelet F., Chabert C.,(2004), Psihologie, Noul manual TAT abordare psihanalitică, Ed. Trei București.
- Dafinoiu, I. (2001), Elemente de psihoterapie integrativă, *Ed. Polirom, Iași*
- Dafinoiu, I. (2002), Hipnoza clinică, *Ed. Erola, Iași*
- David. D. (2006), Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale, *Ed. Polirom Iași*
- Dornelas E.A. (2008),*Psychotherapy with Cardiac Patients*, ed American psychological association Washinton, D.C.
- DSM-IV-TR (2000), Ediția a patra revizuită, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 2003, București.
- Eng P.M., Fitemaurice G.,et. Col.(2003), Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. *Psychosom Med.*66 (6):814-822.
- Faris R. Et al. (2002)- Clinical depression is common and significantly associated with reduced survival in patients with non-ischaemic heart failure, *European Journal of Heart Failure*,vol 4.
- Fava G.A., Guidi J., Porcelli P., Rafanelli C., Bellomo A., Grandi S., Grassi L.,(2012), *A cluster analysis-derived classification of psychological distress and illness behavior in the medically ill.* *Psychological Medicine/ Volume 42/ Issue 02/ 2012*,pp401-407.
- Fava G.A. et al., (1995)- Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom.*63:1-8.
- Fenichel, O: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis.* W.W.Norton & Company, Inc., 1945.

- Gilbert M., Orlans V.,(2013), Psihoterapie Integrativă, Ed. Liber Mundi Craiova.
- Golu M. (2002) *Bazele Psihologiei Generale*, Ed. Universală, București.
- Gorman J.M., Sloan R.P. (2000)- Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *Am. Heart.J.140* (suppl 4): 77-83.
- Holdevici I.(2008),- *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Ed. Trei, București.
- Holdevici I.(2010)-*Hipnoză clinică*, Ed. Trei, București.
- Holdevici I. (2011)- *Psihoterapie de scurtă durată*, Ed.Trei, București.
- Hoppe K.D., Bogen J.E.(1977)- Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychotherapy and psychosomatics* 28 (1-4): 148-56.
- [https://ro.wikipedia.org/wiki/ Teoria\\_ atașamentului](https://ro.wikipedia.org/wiki/Teoria_atașamentului)
- Iamandescu I.B.(2005) Psihologia sănătății, Ed.Infomedica, București.
- Iamandescu I.B., Frunza A., (2009) Elemente de psihosomatică cardiovasculară, Ed. Infomedica, București-
- Iamandescu I.B. (2006)- *Stresul psihic din perspectiva psihologică și psihosomatică*, Ed Infomedica, București.
- Iamandescu I.B. (2011) *Muzicoterapie receptivă*, ediția a-II-a, Editura Fundației Andrei Șaguna Constanța.
- Iamandescu I.B., (1993) Stresul Psihic și bolile interne, vol I, Ed. ALL
- Iamandescu I.B.,(2007)- *Comportament și sănătate*, Ed. Amaltea, București.
- Iamandescu I.B., Sinescu C.J. (2015), Psihocardologie Ed. All
- Ionescu G. (1990)- *Psihoterapia*.Ed. Științifică Enciclopedia București.
- Ionescu Ș. (2008)- Al treilea Forum Internațional: Securitate Psihologică, Traumă, reziliență. Bulgaria.
- Irimia C. (2017)-Peisaje interioare. *Rescrierea istoriei emoționale prin psihoterapie psihanalitică*. Ed. Trei. București.
- Jacobi J.(2015)- Complex, arhetip, simbol-în psihologia lui C.G. Jung, Ed. Trei București.
- Jung C.G. (2003) Psihogeneza bolilor spiritului Ed.Trei București.
- Jung C.G. (2017)- Cercetări experimentale-*Opere complete*, Vol 2. Ed. Trei, București.
- Karukivi M.,Hautala L.,KalaevO.,(2010)-Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *J.Affect Disord.* Sept; 125(1-3):383-7.

- Lazarus A.A. (1989) The practice of multimodal therapy. Baltimore Johns Hopkins University Press.
- Lazarus R S., Folkman S (1984),-*Stress, Appraisal and Coping*.New York, Springer.
- Luban- Plozza B., Poidinger W.,Kroger F.(1996)- *Bolile psihosomatice în practica medicală*, Ed. Medicală București.
- Muntean A.(2011)- Reziliența, 237-323,*Violență.Traumă. Reziliență*. Ed. Polirom Iași.
- Murray H.A. (1938) Explorations in personality.New York: Oxford Univers. Press.
- Murray H.A.,(1943). *The Thematic Apperception Test Plates and manual*.Cambridge, Ma:Harvard University Press.
- Nemiah J.C., Freyberger H.,& Sifneos P.E.,(1976)-*Alexithymia: Aview of the psychosomatic process* In O.Hill, ed., Modern Trends in Psvchosomatic Medicine, pp.430-439. London& Boston: Butterworth.
- Organizația Mondială a Sănătății, Bolile Cardiovasculare, <http://www.who.int/cardiovascular-diseases/> en Accessat dec.2015.
- Porcelli P., Lorusso D., Taylor G.J., Bagby R.M.-The influence of alexithymia on persistent symptoms of dyspepsia after laporoscopie cholecystectomy. *Int J. Psychiatry Med* 2007; 37:173-184.
- Porcelli P., Bagby R.M., Taylor G.J.- Alexithymia of predictor treatment antcome in patiens with functional gastrointestinal disordets *Psychosom Med* 2003;65, 911-918.
- Rafanelli C., Roncuzi R., Milaneschi Y. Tomba E., Colistro M.C., Pancaldi L.G., Di Pasquale G. (2005) -Stressul life events depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease, *Psihoter,Pszchosom*, 74:179-184.
- Ruppert F. (2012) Traumă, atașament, constelații familiale. *Psihoterapia traumei*, Ed. Trei București.
- Schneider W. ,Klauer T. (2011), Symptom level treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy, *Psychoter. Res.*, 11: 153-164.
- Schwartz G.F., (1975)-Biofeedback, self-regulation and the patterning of psychological processes, *American Scientist*.
- Selye H.(1957)- The stress of life, Longman, Green, London.
- Sherwood J.V., Potash H.M.,(1988)- Induced anxiety, defensive style, and performance on the T.A.T., *J. Of Psychology*, 44(5): 816-825.

- Shentoub V.(1981), T.A.T.test de creativite. *Psychologie Francaise*
- Sifneos, P.E. (1987)- Anhedonia and alexythimia:A potentional correlation. In D.C. Clark & J.Fawcett (Eds.), *Anhedonia and Affect Deficit States* (pp.119-28). New York: PMA Publishing.
- Sifneos P.E. (1996)- Alexithymia: past and present.*The American Journal of Psychiatry* 157 (7Suppl): 137-42.
- Spintge R.,Droh R. (1992)- *Musik- Medizin*,Fischer, Stuttgart.
- Taylor G.J., Doody K (1985), Verbal measures of alexithymia: What do they measure?*Psychother,Psychosom.*,43 (1):32-37.
- Taylor G.J., Bagby, R.M.,(2013), Psychoanalysis and Empirical Research. The Example of Alexithymia, *J. Am.Psychoanal. Assoc.*,61,1:99-133.
- Taylor G.J., Bagby R.M.(2012)-*The alexithymia personality dimension*.In *The Oxford Handbook of Personality Disorders*, edited by T.A. Widiger. Oxford University Press: New York, pp648-674.
- Taylor G.J., (2000)- Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J.Psychiatry*. Mar; 45 (2):134-42.
- Vlastelica M, (208) Emotional stress as a trigger in sudden cardiac death, *Psichiatr.Danube*, 20(3), 411-416.
- Von Eiff A. (1984) Zur Psychologie und Klinik des stres- *Therapiewoche*,34,52,7192-7194.
- Watkins,J.G., (1980), The silent abreaction, *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis*,23 (2): 101-112.