



**Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca  
Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației**



# **TEZĂ DE DOCTORAT**

**Screening și evaluare psihologică  
a pacienților cu disfuncții tiroidiene**

## **REZUMAT**

**Coordonator științific  
Prof. Univ. Dr. Vasile Preda**

**Doctorand  
Lungu (Bouleanu) Elena Luminița**

**Cluj-Napoca  
2011**

---

## Argument

*”Există un spațiu gol între noi ca medici endocrinologi și medicul psihiatru în ceea ce privește abordarea terapeutică a tulburărilor de tiroidă, spațiu în care pacientul tiroidian se pierde. Acest spațiu trebuie completat cu informație psihologică”.*

Medic endocrinolog

*”Mă simt ca o epavă care, deși e într-o stare janică, se mișcă rătăcită și grăbită spre ... un nu știu ce. Am nevoie de o ancoră undeva.”*

Pacient cu hipertiroidism

*”Nu mai știu ce e cu mine. Toți mă întreabă de ce nu fac ceva, dar eu nu știu dacă mai pot. Eu vreau să fiu mai puternică, dar pur și simplu nu știu cum; parcă am clei în minte.”*

Pacient cu hipotiroidism

---

---

## CUPRINS

*Lista de tabele*

*Lista de figuri*

## INTRODUCERE

### Capitolul 1 MODELE ALE SĂNĂTĂȚII ȘI BOLII

- 1.1 Modelul medical
- 1.2 Modelul psihosomatic
- 1.3 Modelul psihologic
- 1.4 Modelul bio-psiho-social
- 1.5 Izomorfismul umoral-hormonal-neural-psihic
  - 1.5.1 Nivelul umoral
  - 1.5.2 Nivelul endocrin
  - 1.5.3 Nivelul neural
  - 1.5.4 Nivelul psihic

### Capitolul 2 STRES, APĂRARE PSIHICĂ ȘI COPING

- 2.1 *Conceptul de stres*
  - 2.1.1 Modelul reduționist al stresului
  - 2.1.2 Modelul interacționist al stresului
  - 2.1.3 Modelul tranzaționist al stresului
  - 2.1.4 Modelul reduționist vs. modelul interacționist vs. modelul tranzaționist
  - 2.1.5 Modelul bio-psiho-social (stres – vulnerabilitate)
  - 2.1.6 Caracteristici ale stresului psihic
    - 2.1.6.1 Caracteristici ale agenților stresului psihic
    - 2.1.6.2 Situații generatoare de stres psihic
  - 2.1.7 Tipuri de răspunsuri la stres
    - 2.1.7.1 Răspunsul creierului la stres
    - 2.1.7.2 Efecte asupra memoriei de lungă și scurtă durată
    - 2.1.7.3 Răspunsul sistemului cardio-vascular și pulmonar la stres
    - 2.1.7.4 Răspunsul sistemului imunitar la stres
    - 2.1.7.5 Răspunsul sistemului endocrin la stres
    - 2.1.7.6 Răspunsul acut la stres, la nivelul cavității bucale
    - 2.1.7.7 Răspunsul pielii la stres
    - 2.1.7.8 Răspunsul metabolic la stres
    - 2.1.7.9 Răspunsul sistemului muscular la stres - relaxarea
    - 2.1.7.10 Răspunsuri psiho-comportamentale la stres
  - 2.1.8 Aplicații clinice ale teoriilor stresului
    - 2.1.8.1 Abordarea stresului din perspectiva noii școli psihosomatice psihanalitice
    - 2.1.8.2 Îmbolnăvirile „mentale”
    - 2.1.8.3 Dovezi ale tulburărilor sistemului endocrin ca răspuns la stres
- 2.2 *Mecanismele psihice de apărare*
  - 2.2.1 Problematika definirii mecanismelor de apărare
  - 2.2.2 Clasificarea mecanismelor de apărare
  - 2.2.3 Perspectiva cognitivă asupra mecanismelor de apărare
  - 2.2.4 Legătura mecanismelor de apărare cu inteligența emoțională
  - 2.2.5 Costurile apărării psihice
  - 2.2.6 Evaluarea mecanismelor de apărare
    - 2.2.6.1 Tehnici self-report
    - 2.2.6.2 Tehnici de evaluare de către observator (Observer report method)
    - 2.2.6.3 Tehnici bazate pe interviu
    - 2.2.6.4 Tehnici proiective
  - 2.2.7 Corelații psiho-neuro-endocrine ale apărării la stres
    - 2.2.7.1 Apărarea biochimică a organismului la stresul psihic
- 2.3 *Strategiile de gestionare a stresului sau mecanismele de coping*
  - 2.3.1 Caracteristici generale
  - 2.3.2 Tipuri de coping
    - 2.3.2.1 Dovezi în legătură cu eficiența strategiilor de coping
  - 2.3.3 Determinanții procesului de coping
    - 2.3.3.1 Determinanții cognitivi
    - 2.3.3.2 Determinanți Conativi
    - 2.3.3.3 Determinanți situaționali
  - 2.3.4 Eficacitatea strategiilor de coping

- 2.3.5 Utilitatea cunoașterii mecanismelor adaptative în practică
- 2.3.5.1 Tipul „A” și tipul „C” de comportament
- 2.3.5.2 Coping și consecințe biomedicale
- 2.3.5.3 Copingul și recunoștința
- 2.3.6 Apărare versus coping
- 2.4 *Concluzii asupra problematicii stresului, apărării psihice și copingului*
- Capitolul 3 EMOȚIILE**
- 3.1 *Dezvoltarea emoțiilor*
- 3.1.1 Teoria evoluționistă versus teoria constructivistă
- 3.2 *Reglarea emoțiilor*
- 3.3 *Tipuri de emoții*
- 3.3.1 Emoțiile primare
- 3.3.2 Emoții negative și emoții pozitive
- 3.4 *Vulnerabilitatea cognitivă în tulburările emoționale*
- 3.5 *Psihoneuroendocrinologia emoțiilor*
- 3.5.1 Legătura dintre emoțiile primare și secreția hormonală
- Capitolul 4 TULBURARE – DEFICIENȚĂ – DISFUNȚIONALITATE**
- 4.1 *Depresia – ca trăire disfuncțională*
- 4.2 *Anxietatea – ca trăire disfuncțională*
- 4.3 *Conexiuni între depresie și anxietate*
- 4.4 *Psihoterapii validate științific în depresie și anxietate*
- 4.4.1 Psihoterapii eficiente pentru tratamentul anxietății generalizate
- 4.4.2 Psihoterapii eficiente pentru tratamentul depresiei
- Capitolul 5 DISFUNȚII TIROIDIENE**
- 5.1 *Acțiuni ale hormonilor tiroidiene*
- 5.2 *Mecanisme de reglare a secreției de hormoni tiroidiene*
- 5.3 *Tipuri de disfuncții tiroidiene*
- 5.3.1 Hipertiroidismul
- 5.3.2 Hipotiroidismul
- 5.3.3 Tiroiditele
- 5.4 *Tabloul tulburărilor psihice prezente la pacienții cu disfuncții tiroidiene*
- 5.4.1 Studii privind legătura dintre disfuncțiile tiroidiene și tulburările psihice
- 5.4.2 Acțiunea stresului asupra funcției tiroidiene
- 5.4.3 Psihofarmacologia compușilor utilizați în tratamentul tulburărilor funcției tiroidiene
- 5.4.4 Concluzii cu privire la problematica tulburărilor psihice apărute în contextul disfuncțiilor tiroidiene
- Capitolul 6 EVALUARE PSIHOLÓGICĂ ȘI PSIHODIAGNOSTIC**
- 6.1 *Psihodiagnostic în contextul condițiilor generale de boală*
- 6.2 *Dificultăți de evaluare psihologică a pacienților cu disfuncții tiroidiene*
- Capitolul 7 METODOLOGIA CERCETĂRII**
- 7.1 *Problematizare*
- 7.2 *Obiective generale*
- 7.3 *Ipoteze generale*
- 7.4 *Participanți*
- 7.4.1 Pentru studiul 1
- 7.4.2 Pentru studiul 2
- 7.4.3 Pentru studiul 3
- 7.5 *Instrumente și materiale*
- 7.5.1 Pentru studiul 1
- 7.5.2 Pentru studiul 2
- 7.5.3 Pentru studiul 3
- 7.5.4 Descrierea instrumentelor
- 7.5.4.1 Sistemul de Evaluare Clinică (SEC)
- 7.5.4.2 Chestionarul Schemelor Cognitive Young (YSQ-S3)
- 7.5.4.3 Scala de atitudini și convingeri (ABS2)
- 7.5.4.4 Profilul distresului afectiv (PDA)
- 7.5.4.5 Chestionarul Gândurilor Automate (ATQ)
- 7.5.4.6 Scala de Depresie Hamilton (HRSD)
- 7.5.4.7 Scala de Anxietate Hamilton (HRSA)
- 7.5.4.8 Chestionarul Stilului Defensiv (DSQ40)
- 7.6 *Designul cercetării*
- 7.7 *STUDIUL 1 - Identificarea dimensiunilor psihologice specifice la pacienți cu DT*

- 
- 7.7.1 Obiective
  - 7.7.2 Descrierea lotului de participanți la studiul 1
  - 7.7.3 Procedura
  - 7.7.4 Prezentarea și analiza rezultatelor
    - 7.7.4.1 Rezultate obținute în urma studiului documentelor medicale
    - 7.7.4.2 Analiza rezultatelor pentru studiul colecțiilor de date
  - 7.7.5 Studiu de caz 1
    - 7.7.5.1 Istoricul cazului
    - 7.7.5.2 Conceptualizarea cazului
    - 7.7.5.3 Planul de intervenție
  - 7.7.6 Studiul de caz 2
    - 7.7.6.1 Istoricul cazului
    - 7.7.6.2 Conceptualizarea cazului
    - 7.7.6.3 Planul de intervenție
  - 7.7.7 Studiul de caz 3
    - 7.7.7.1 Istoricul cazului
    - 7.7.7.2 Conceptualizarea cazului
    - 7.7.7.3 Planul de intervenție
    - 7.7.7.4 Rezultate obținute la chestionarul pentru pacienți cu DT
    - 7.7.7.5 Analiza rezultatelor obținute la aplicarea chestionarului pentru pacienți cu DT
  - 7.8 *Concluzii și discuții referitoare la studiul 1*
  - 7.9 *STUDIUL 2 – Traducerea, adaptarea și validarea DSQ40*
    - 7.9.1 Obiective
    - 7.9.2 Descrierea lotului de participanți pentru studiul 2
    - 7.9.3 Instrumente și material
    - 7.9.4 Designul traducerii și adaptării DSQ40
    - 7.9.5 Procedura de traducere și adaptare a DSQ40
    - 7.9.6 Analiza și adaptarea termenilor deficitari
    - 7.9.7 Procedura pentru validarea DSQ40
    - 7.9.8 Prezentarea rezultatelor pentru măsurătorile parametrice DSQ40
      - 7.9.8.1 Analiza de consistență internă pentru itemii DSQ40
      - 7.9.8.2 Analiza de consistență internă pentru factorii DSQ40
    - 7.9.9 Analiza rezultatelor parametrice pentru DSQ40
  - 7.10 *STUDIUL 3 – Analiza dimensiunilor psihologice specifice la pacienți cu DT*
    - 7.10.1 Obiective specifice
    - 7.10.2 Ipoteze specifice
    - 7.10.3 Descrierea lotului de participanți la studiul 3
    - 7.10.4 Design
    - 7.10.5 Procedura
    - 7.10.6 Prezentarea rezultatelor
      - 7.10.6.1 Diferențe între mediile stilurilor defensive și mecanismelor de apărare la grupul pacienților cu boli cronice (femei) cu grupul pacienților cu DT (femei)
      - 7.10.6.2 Diferențe înregistrate pentru dimensiunile psihologice evaluate la grupurile pacienți hipotiroidieni / pacienți hipertiroidieni.
      - 7.10.6.3 Corelații între dimensiunile psihologice evaluate la grupul pacienților cu DT
      - 7.10.6.4 Discuții referitoare la stilul defensiv al pacienților cu DT
    - 7.10.7 Prezentarea rezultatelor – Rapoarte de evaluare și psihodiagnostic pacienți cu DT
    - 7.10.8 Analiza rezultatelor – pentru studiul 3

## **Capitolul 8 CONCLUZII GENERALE**

### *8.1 Limite și direcții noi de cercetare*

#### **CODA**

#### **BIBLIOGRAFIE**

#### **Anexe**

*Anexa 1 - DSQ 40*

*Scorarea DSQ-40*

*Anexa 2 Cereri de acord – Spitalul CFR Sibiu și Spitalul Clinic Județean Sibiu*

*Anexa 3 - Consimțământ informat participanți*

*Anexa 4 - Raport de psihodiagnostic și evaluare clinică pentru pacienți cu disfuncții tiroidiene*

*Anexa 5 – Fișe scoruri participanți studiul 3*

*Anexa 6 – Chestionarul gândurilor automate ATQ*

*Anexa 7 – Scala de atitudini și convingeri ABS-2*

*Anexa 8 – Chestionarul schemelor cognitive Young YSQ-S3*

- Anexa 9 – Scala de anxietate Hamilton HRSA*
- Anexa 10 – Scala de depresie Hamilton HRSD*
- Anexa 11 – Profilul Distresului Afectiv PDA*
- Anexa 12 – Chestionar participanți studiul 1*
- Anexa 13 – Ghid interviu participanți studiul 3*

---

## INTRODUCERE

Conceptul de *stare de bine* („well being”) concentrează în jurul său cercetări tot mai diverse din domenii cum ar fi: psihologia sănătății, economie behavioristă, științe sociale sau științe medicale. Scopul comun al diverselor abordări îl constituie explicarea mecanismelor care stau la baza comportamentului și proceselor mentale ale omului în relație cu mediul intern și extern (fizic și social) și găsirea unor soluții eficiente pentru îmbunătățirea calității vieții.

O categorie larg răspândită de persoane a căror calitate a vieții este afectată de o condiție medicală, o reprezintă *pacienții cu tulburări ale funcției glandei tiroide*. Descrisă ca având cauze multiple (de la deficitul de Iod până la statusul post-partum), boala de tiroidă afectează un număr important de persoane, putând fi întâlnită la orice grupă de vârstă. Provocările în fața unui pacient cu disfuncție tiroidiană (DT) constau în: surprinderea alterărilor (calitative sau cantitative) secreției hormonale sau de structură a glandei tiroide, identificarea tipului și intensității simptomatologiei psihologice prezente, delimitarea efectelor psihologice determinate de manifestarea bolii de cele determinate de medicația specifică și importanța percepută de către pacient a evenimentelor de viață. Triada *medic endocrinolog – psiholog clinician – medic psihiatru* are rolul de a reda pacientului cu DT starea de sănătate optimală care asigură premisele calității vieții.

În prezent, evaluarea psihologică nediferențiată pe factori de risc psihologic care conduc la o evoluție prezumptivă spre afecțiuni psihiatrice a acestor pacienți și lipsa unui protocol de screening psihologic, se traduc în atitudini terapeutice de ”tatonare”, așteptând un răspuns optimal sub aspectul stării de bine a pacientului, care nu de puține ori renunță prematur la tratament sau se ”predă” pe sine unui sistem medical care îi monitorizează boala, devenind un primitiv pasiv al unor servicii specializate, renunțând la sine ca persoană proactivă. În România nu dispunem de un sistem standardizat pentru evaluarea psihologică a pacienților cu DT, fapt care conduce în multe cazuri la abordarea problemelor psihice de către medicul endocrinolog sau, eventual, psihiatru, din punct de vedere medical, implicând aproape exclusiv terapia medicamentoasă.

În practica psihologică clinică întâmpinăm dificultăți de ordin procedural și instrumental privind psihodiagnosticul pacienților cu disfuncții tiroidiene. În ultimul an, obligativitatea examenului psihologic la pacienți cu DT care intră în incapacitate de muncă (pensionarea de invaliditate), a îndreptat un număr relativ mare de persoane către cabinetele de psihologie clinică. Evaluarea psihologică poate fi foarte laborioasă, consumatoare de timp și cu costuri ridicate pentru pacient, având în vedere că nu există în acest moment o legislație privind decontarea serviciilor psihologice prin Casa de Asigurări de Sănătate.

O întrebare de cercetare ce rezultă din studiul lucrărilor de specialitate este dacă există un model maladadaptativ specific pacienților cu DT, sau chiar faptul de a fi bolnav determină instalarea unor tulburări psihologice și apărări psihice specifice oricărui bolnav cu boală cronică. Factorii psihologici joacă un rol uneori potențiator, alteori determinant în instalarea și evoluția multor condiții medicale generale. Este necesară identificarea și descrierea situațiilor în care factorii psihologici au un efect semnificativ clinic asupra evoluției și deznodământului condiției medicale generale sau expun individul unui risc semnificativ crescut de deznodământ nefavorabil. Trebuie să existe probe judicioase pentru a sugera o asociere între factorii psihologici și condiția medicală, deși adesea poate să nu fie posibil să se demonstreze cauzalitatea directă sau mecanismele subiacente relației.

Lucrarea noastră aduce în discuție procesul de evaluare și screening psihologic a pacienților cu DT, urmărind identificarea acelor dimensiuni psihologice implicate în trăirea subiectivă a bolii, calitatea percepută a vieții și evoluția stării clinice.

---



# Capitolul 1 CADRUL TEORETIC

## 1.1 Modele ale sănătății și bolii

*Modelul medical* abordează bolnavul ca pe o problemă. Bolnavul trebuie să fie adaptat la lumea în care trăiește, iar dacă adaptarea nu poate fi făcută, acesta trebuie ținut acasă sau în instituții specializate unde îi sunt satisfăcute unele nevoi. Accentul este pus pe *dependență*, atitudine provenită din stereotipurile asupra *dizabilității*, care produc milă, teamă sau atitudini de tutelare (Paglierani, 2002). De regulă atenția este centrată pe dizabilitate și nu pe nevoile persoanei, dizabilitatea fiind cea care trebuie tratată. Sarafino (2002) identifică două motive pentru care modelul este însă incomplet. Primul este acela că oamenii pot acționa în sensul prevenției sau detectării bolii în primele stadii ale sale, iar aceste acțiuni sunt guvernate de procese psihosociale. Al doilea motiv îl constituie dovezile tot mai numeroase că personalitatea și procesele psihice joacă un rol important în starea de sănătate și boală. Rolul conduitelor sanogene și diferențele interindividuale privind personalitatea și procesele psihice sunt foarte rar incluse în modelele bio-medicale (Engel, 1977, 1980) și parțial acceptate de specialiștii în științele medicale.

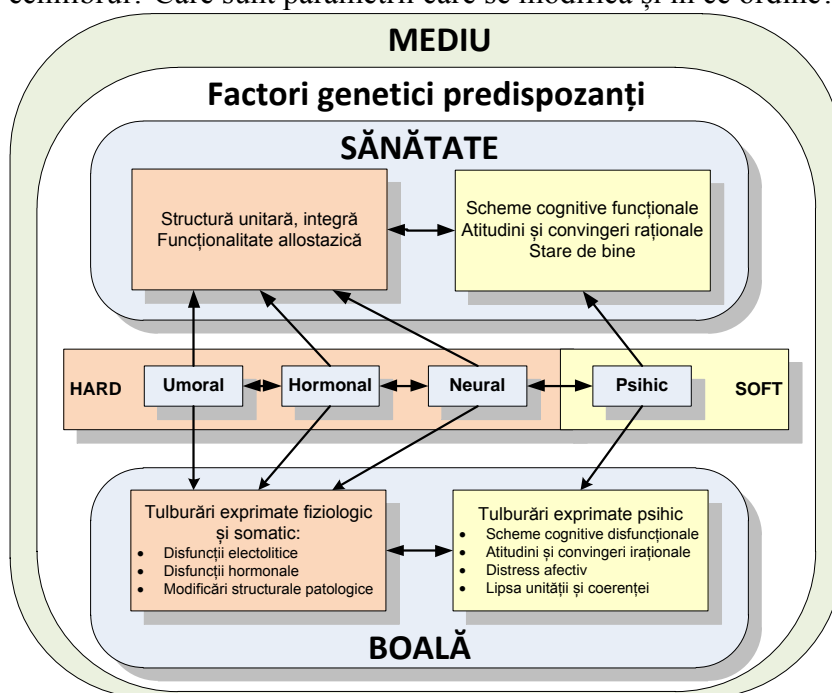
*Modelul psihosomatic* a luat naștere prin confluența a două concepte vehiculate în lumea medicală occidentală: *psihogeneza* și *abordarea holistă*. Rezultanta de bază a fost apariția în peisajul medical a *bolii psihosomatice* – boala care își are etiologia în factorii psihologici. În acord cu gândirea științifică din ultimii ani, o serie de îmbolnăviri sunt susceptibile a fi, cel puțin parțial, psihosomatice (Feld și Ruegg, 2005). Studiul relațiilor dintre stres și sistemul endocrin are o istorie îndelungată. Au fost analizate cu precădere schimbările hormonale care au loc în situații stresante, însă în ultimul timp cercetările se îndreaptă spre studii vizând modelul bio-psiho-social al stresului, cu urmărirea acțiunii diferiților hormoni asupra mecanismelor de gestionare a stresului. Se pot aduce critici modelul psihosomatic privind aplecarea (uneori cu prea puține dovezi empirice) spre componenta psihică în etiologia bolilor, ignorând factori etiologici patogeni sau traumatici, atât de bine descriși de științele medicale în prezent.

*Modelul psihologic* se detașează de cel psihosomatic ocupându-se în special de ”persoana” purtătoare a unei boli. Tot mai mulți psihologi vorbesc de simțul intern al coerenței, definit ca fiind capacitatea de a găsi sensuri lucrurilor, capacitatea de a înțelege semnificația solicitărilor la care individul este supus și capacitatea de control și decizie. În termeni psihanalitici, boala devine simbolul existenței persoanei. În termeni cognitiști, boala ar putea reprezenta modul unic de înțelegere a evenimentelor de viață, simultan cu un mod unic de restructurare a sistemului pentru redobândirea homeostaziei. În opinia noastră, rolul evaluării psihologice și intervenției psihoterapeutice este acela de a ajuta persoana să-și redobândească starea de coerență internă și reintegrarea în mediu la parametri optimi de calitate a vieții. Modelului i se poate aduce critici de ordin teoretic și de evidențe empirice.

*Modelul bio-psiho-social* plasează sănătatea și boala pe un continuum, la unul din poli aflându-se moartea, iar la celălalt calitatea vieții. Fenomenele socioculturale cu potențial patogen au o influență definitorie pentru tabloul patologiei contemporane. De precizat că acestea trebuie văzute în contextul valorilor de fond care definesc civilizația de tip modern și anume: mentalitatea materialistă, psihoza performanței, hedonismul contemporan (Băban, 2000). Ca specialiști nu putem aborda doar constatativ schimbările din ce în ce mai rapide ale comportamentului uman și patologiei. Este nevoie de o revizuire și ajustare continuă a paradigmatelor și teoriilor în acord cu schimbările prezentului, dar păstrând ancorarea în cunoașterea anterioară.

Filogenetic dar și ontogenetic, asistăm la o procesualitate de aferare continuu

îmbunătățită a resurselor sistemului psiho-fizic uman în funcție de cerințele spațio-temporale în care omul își desfășoară existența. Sănătatea este starea de coerență între cerințele mediului, capacitatea „soft-ului” de prelucrare a informației și capacitatea „hard-ului” de a oferi substrat fizic. Ce se întâmplă când celor trei componente le lipsește sincronizarea? Cum se restabilește echilibrul? Care sunt parametrii care se modifică și în ce ordine?



*Relația dintre factorii predispozanți (biologici, psihologici) și precipitanți (mediu) în determinarea bolii sau menținerea sănătății*

În sistemele biologice (sisteme aproape de echilibru) stabilitatea balanței care asigură supraviețuirea este garantată de continuitatea și fluiditatea răspunsurilor adecvate la solicitările din mediul intern și extern, prin autoreglare.

## 1.2 Stres, apărare și coping

Deși cercetările asupra stresului s-au mutat în laboratoarele de genetică și explorări neurofuncționale, în viața cotidiană stresul continuă să aibă un impact foarte mare, în paralel cu schimbarea mediului și stilului de viață al oamenilor. Una din dovezile preocupărilor continue a specialiștilor pentru acest fenomen este alocarea unui capitol separat de patologie în DSM. Specialiștii sunt unanim de acord că stresul are un *rol nespecific* în geneza bolilor. Cercetările evidențiază o relație importantă între distress și funcția glandei tiroide. Wang (2006) confirmă observația că mulți pacienți cu hipertiroidism au un istoric de stres traumatic major în raport cu grupurile de control.

*Apărarea psihică* îmbracă două forme discutate intens în domeniul psihologiei – mecanismele de apărare (MA) și strategiile de coping. Conceptul de MA care protejează individul de riscul psihologic asociat cu adversitatea, este discutat în legătură cu patru procese principale: *reducerea impactului riscului, reducerea reacției negative în lanț, stabilirea și menținerea stimei de sine (self-esteem) și autoeficienței (self-efficacy) și deschiderea la oportunități*. Concluzii ale studiilor relevă că utilizarea MA adaptative poate fi asociată cu sănătate psihică mai bună și distress mai scăzut, tradus în costuri medicale mai scăzute.

Copingul desemnează un „*efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale*” (Lazarus și Folkman, 1984). Biondi și Picardi (1999), susțin că există un larg corp de evidențe care certifică influența semnificativă a strategiilor de coping asupra răspunsului hormonal, întâlnită atât în laborator cât și în situații de stres zilnic. Cramer (2000) compară similaritățile și

diferențele dintre MA și procesul de coping. MA sunt *inconștiente, neintenționale, dispoziționale, ierarhice și asociate patologiei, în timp ce procesele de coping sunt conștiente, utilizate intențional, situațional determinate, nonierarhice și asociate cu normalitatea.*

Emoțiile sunt strâns legate de conștiință și studierea lor trebuie făcută contextual. De asemenea, în ultimii 50 de ani, mulți cercetători au stabilit că sistemul neuroendocrin reflectă în mod consistent reacțiile emoționale. În lucrarea prezentă se vor face ample referiri la interacțiunea dintre emoții și schemele cognitive la pacienți cu DT.

### 1.3 Emoțiile

La Paul Ekman, emoțiile au fie conotație pozitivă, fie negativă. Albert Ellis a împărțit pentru prima dată *emoțiile negative în funcționale și disfuncționale*. Această dihotomie a stat la baza modelului binar al distresului formulat de Ellis (1962). Caracteristicile funcționalitate-disfuncționalitate sunt atribuite unei emoții prin: experiența subiectivă asociată emoției, credințele asociate și consecințele comportamentale (Ellis și DiGiuseppe, 1993). Astfel Ellis asociază credințe raționale pentru emoții negative funcționale și credințe iraționale pentru emoții negative disfuncționale. Diferențele sunt evident subiective, iar consecințele emoțiilor negative disfuncționale se manifestă sub forma unor comportamente maladaptative.

Conform lui Ellis, oamenii se simt așa cum gândesc. Această reflexie a fost sistematizată în *modelul ABC*, unde A-ul provine de la *activator* (eveniment activator): potențial stresor sau orice altceva capabil să perturbe sau să supere individul. După evenimentul activator survine evaluarea, care se bazează pe *credințe* (beliefs) despre stresor. Termenul „belief” este sugerat de litera „B” din model. În același timp, evenimentul activator conduce la diferite *consecințe* (consequences), de unde provine abrevierea „C” a modelului (Falikowski, 2002). C-urile care derivă din convingeri iraționale, rigide despre A-uri negative, vor fi inadecvate și se vor numi *consecințe negative disfuncționale*, iar C-urile care derivă din convingeri raționale, flexibile despre A-uri negative vor fi adecvate și se vor numi *consecințe negative funcționale* (Crowford și Ellis, 1989).

*Studiile neuroendocrinologice* și îmbunătățirea metodelor de măsurare biochimică, au dus la extinderea cunoștințelor privind legătura dintre schimbările hormonale, stările afective umane și starea de boală. Principalele structuri cerebrale care colaborează în procesul de reglare a emoțiilor sunt: cortexul fronto-orbital, amigdala cerebrală și cortexul cingulat anterior (Davidson et al., 2000). Sistemul endocrin în totalitatea sa este implicat sub diverse aspecte în producerea, modularea sau stingerea emoțiilor. Cu precădere studiile fac referire la axa hipotalamo-hipofizo-suprarenală și tiroida, ca având implicații majore în dinamica afectivității umane.

### 1.4 Tulburare, deficiență, disfuncție

*Deficiența* este adesea întâlnită în literatura psihologică sub înțelesul de deficiență mintală. În medicină termenul este definit ca lipsă a integrității anatomice sau funcționale a unui organ. Adesea sinonim cu defect, termenul deficiență are numeroase utilizări cu referire fie la psihic, fie la fizic. În abordarea de față, vom utiliza termenul în concordanță cu accepțiunea medicală, referindu-ne mai degrabă la integritatea funcțională a sistemului psihic.

Termenul *disfuncție* este utilizat ca reducere a capacității de adaptare sau integrare a unui subsistem la sistemul din care face parte. În speță, în lucrarea de față, se va face referire la două accepțiuni ale termenului. Disfuncția tiroidiană se va referi la tulburarea de adaptare și integrare a glandei tiroide în funcționalitatea generală a sistemului endocrin uman, iar a doua accepțiune se va referi la emoții disfuncționale ca tip de emoții negative care conduc la tulburarea de adaptare și integrare a componentei cognitive a emoțiilor cu răspunsul comportamental.

*Trăirea depresivă* are corespondent în emoțiile negative disfuncționale, însă rămâne incertă problema cauzalității între cele două. Conform teoriei lui Albert Ellis depresia este o

---

emoție disfuncțională, dar în același timp implică și consecințe comportamentale și convingeri asociate. În 1976 Aaron Beck a formulat *Triada Cognitivă a Depresiei*, implicând gânduri negative despre: sine, lume/viață și viitor.

*Trăirea anxioasă* are corespondent în perceperea viitorului într-un mod care implică potențial de pierdere a integrității (fizice sau mintale), ostilitate (din partea celorlalți) și suferinței.

Prezența concomitentă în tabloul clinic a elementelor anxioase și a celor depresive poate fi comentată fie ca o comorbiditate, fie ca o asociere a celor două sindroame, putând fi interpretată categorial sau dimensional (Tudose, 2005). Atunci când există un tablou clinic complet fie anxios, fie depresiv, vorbim de comorbiditate. Autorii care susțin modelul dimensional iau în considerare corelația puternică între cele două și susțin formularea *sindrom anxios-depresiv*.

## 1.5 Disfuncțiile tiroidiene

Bolile tiroidei pot fi provocate de alterări calitative sau cantitative ale secreției hormonale, creșterea în dimensiuni a glandei, sau prin ambele mecanisme. Insuficiența hormonilor tiroidieni produce hipotiroidism, iar secreția în exces produce hipertiroidism. Tiroiditele includ tulburări cu diverse etiologii caracterizate de inflamația glandei tiroidei.

În *hipotiroidism*, pacientul poate prezenta depresie cu tulburări senzoriale, cognitive și comportamentale. În *hipertiroidism* tulburările sunt secundare efectelor directe ale hormonilor tiroidieni și celor indirecte ale catecolaminelor asupra celulei nervoase, exprimându-se prin: manifestări schizoide, paranoide, obsesii, fobii, descărcări histeroide (Trzepacz, 1989).

În absența unor proceduri standardizate de investigație psihologică a acestor pacienți, nu putem avea o imagine reală a tulburărilor psihologice la pacienții cu DT. Se impune, în consecință, un studiu de identificare a tulburărilor psihice prin metode specifice psihodiagnostice la pacienți diagnosticați cu tulburare a funcției tiroidiene, ulterior urmând a se investiga etiologia acestor tulburări și măsura în care stresul este factor patogenetic.

## 1.6 Evaluare psihologică și psihodiagnostic

Comisia de Psihologie Clinică a Colegiului Psihologilor din România, a elaborat un ghid general de bune practici în domeniul clinic, document care a constituit punctul de plecare pentru formularea dimensiunilor psihologice care urmează a fi evaluate în cazul pacienților cu DT, adăugând aspecte specifice de psihodiagnostic și screening. Utilizarea acestui tip de raport vizează standardizarea tehnicilor de evaluare clinică, având în vedere necesitatea oferirii unor rezultate validate științific atât comunității științifice, cât și beneficiarilor acestor rezultate - pacienți și medici (endocrinolog sau psihiatru) care solicită examinarea psihologică a pacientului cu DT.

Lucrarea noastră își propune abordarea psihologică a pacienților cu DT cu scopul de a contura un tablou clinic specific și de a identifica și descrie consecințele psiho-sociale ale tabloului clinic.

## Capitolul 2 METODOLOGIA CERCETĂRII

### 2.1 Obiective generale

- *Identificarea rolului psihologului clinician în procesul de evaluare a pacienților cu DT.*
- *Descrierea particularităților tulburărilor psihice survenite la pacienți cu DT.*
- *Traducerea și adaptarea Defense Style Questionnaire (DSQ40) în vederea evaluării stilului defensiv la pacienți cu DT.*
- *Identificarea unui pattern cognitiv, afectiv și de apărare psihică la pacienții cu DT, care să ajute la formularea unor proceduri de screening și evaluare psihologică.*
- *Studiul legăturilor între nivelul de stres afectiv, scheme cognitive disfuncționale, atitudini și convingeri, stil defensiv, anxietate și depresie la pacienți cu DT.*
- *Formularea unui protocol de screening și evaluare psihologică pentru pacienți cu DT.*

### 2.2 Ipoteze generale

- *Stilul defensiv la pacienții cu DT este similar cu cel al pacienților cu boli cronice.*
- *Depresia și anxietatea coexistă la pacienții cu DT, indiferent de natura disfuncției.*
- *Pacienții cu DT prezintă un profil maladaptativ privind distresul afectiv, gândurile automate negative, schemele cognitive, atitudini și convingeri.*

### 2.3 Participanți

*Studiul 1 – 3 pacienți cu DT, aparținând următoarelor categorii nosologice: hipertiroidie, hipotiroidie, tiroidită autoimună (boală Hashimoto), care au fost incluși într-un program de evaluare și intervenție psihologică și 529 pacienți care s-au prezentat la cabinetul medical BeldeanMed Sibiu pentru consult endocrinologic, în perioada ianuarie 2010 – aprilie 2010. Lotul a cuprins 19 bărbați și 509 femei.*

*Studiul 2 - 110 pacienți cu boli cronice internați în secțiile: Medicală - Spitalul CFR Sibiu (29); Diabet (5), Medicală I (28), Medicală II (19), Cardiologie II (cronici) (29) – Spitalul Clinic Județean Sibiu, constituind un lot de disponibilitate la momentul evaluării. Lotul a cuprins 46 femei și 55 bărbați cu boli cronice (altele decât boli ale tiroidei).*

*Studiul 3 – 33 pacienți diagnosticați cu hipertiroidie sau hipotiroidie în clinica de Boli Endocrine a Spitalului Clinic Județean Sibiu și cabinetului medical SC Beldean Med Sibiu. Lotul a cuprins 23 pacienți cu hipotiroidism și 10 pacienți cu hipertiroidism.*

### 2.4 Instrumente și materiale

*Studiul 1 – Fișe de observație și registre medicale (provenite din secția de Boli Endocrine Spitalul Clinic Județean Sibiu și cabinetul medical BeldeanMed); Chestionarul pentru pacienți cu DT; DSM-IV-TR; Hamilton Depression Rating Scale\* (HRSD); Hamilton Anxiety Scale\* (HRSA); Profilul distresului afectiv\* (PDA); Chestionarul schemelor cognitive Young – forma scurtă\* (YSQ-S3); Scala de atitudini și convingeri 2\* (ABS2).*

*Studiul 2 – Defense Style Questionnaire (DSQ40); Program SPSS 17.0; Computer.*

*Studiul 3 – Lista criteriilor de selecție a cazurilor; schema de interviu psihologic semistructurat; Chestionarul Stilului Defensiv (DSQ40) – versiunea în limba română; Hamilton Anxiety Scale (HRSA); Profilul Distresului Afectiv (PDA); Chestionarul Schemelor Cognitive Young – forma scurtă (YSQ-S3); Chestionarul Gândurilor Automate (ATQ); Scala de Atitudini și Convingeri 2 (ABS2); Formular Raport de Screening Psihologic; Formular Raport Evaluare Psihologică; Program SPSS 17.0; Computer*

## **2.5 Designul cercetării**

Designul cercetării este structurat pe trei studii derivate din obiectivele urmărite.

*Primul studiu* a fost unul explorator și a vizat documentarea utilizând arhiva de registre și fișe medicale ale Secției de Endocrinologie a Spitalului Clinic Județean Sibiu și cabinetului medical SC BeldeanMed Sibiu, pentru identificare a problematicii legate de incidența disfuncțiilor de tiroidă în județul Sibiu, distribuția internărilor și consulturilor în decursul unui an și descrierea modului în care pacienții cu disfuncții de tiroidă intră în sistemul de evaluare, diagnostic și tratament. Tot în această studiu au fost realizate o anchetă care a vizat modul în care pacienții cu DT percep necesitatea evaluării și intervenției psihologice și trei studii de caz reprezentative pentru principalele categorii nosologice (hipertiroidism, hipotiroidism și tiroidită autoimună), vizând problemele de evaluare psihologică, direcții de intervenție psihologică și evoluție a stării clinice a pacienților, cu scopul de a formula ipoteze de cercetare și eventuale probleme întâmpinate de psihologul clinician. Abordarea cazurilor clinice a fost cognitiv-comportamentală, incluzând etapa de evaluare și psihodiagnostic, conceptualizare, intervenție psihologică și reevaluare.

*Studiul al doilea* a vizat traducerea și adaptarea scalei self-report pentru evaluarea stilului defensiv Defense Style Questionnaire – forma scurtă (DSQ40<sup>1</sup>) și analiza psihometrică a instrumentului aplicat pe pacienți cu boli cronice.

*Al treilea studiu* (predictiv) a pornit de la asumțiile formulate în urma studiilor de caz și a constatat în evaluarea psihologică a unui lot de 33 pacienți cu DT și efectuarea analizei corelațiilor între dimensiunile psihologice vizate. În concluziile acestui studiu s-au făcut predicții asupra dimensiunilor psihologice implicate și dinamicii tulburărilor psihice la pacienți cu DT, care au condus la formularea unor rapoarte specifice pentru screening și evaluare psihologică.

## **2.6 Studiul 1 – Identificarea dimensiunilor psihologice specifice la pacienți cu DT**

### **2.6.1 Obiective**

- *Analiza colecțiilor de date privind internările pentru boli de tiroidă în județul Sibiu pe o perioadă de trei ani;*
- *Formularea și implementarea unor proceduri de evaluare și intervenție psihologică la pacienți cu DT din diverse categorii nosologice, în vederea identificării unor tablouri clinice specifice și consecințelor psiho-sociale ale tabloului clinic;*
- *Descrierea percepției bolii și implicarea în demersul terapeutic al pacienților cu DT;*
- *Identificarea modului în care pacienții cu DT percep și acceptă evaluarea și intervenția psihologică.*

### **2.6.2 Descrierea lotului de participanți la studiul 1**

La a doua etapă a studiului (obiectivul 2) au participat 3 pacienți adulți cu diferite tulburări tiroidiene: un caz hipertiroidism, un caz hipotiroidism, un caz boală Hashimoto. Participanții au semnat un consimțământ informat.

La a treia etapă a studiului (obiectivele 3 și 4) au luat parte 529 pacienți adulți care s-au prezentat la cabinetul SC BeldeanMed Sibiu pentru consult endocrinologic, în perioada

---

<sup>1</sup> Versiunea în limba engleză a DSQ40 este disponibilă la cerere și a fost preluată de la PhD Michael Sheppard, care a utilizat versiunea în limba engleză a chestionarului în studiul realizat în 2010 pentru teza sa de doctorat, la University of Saskatchewan, Canada

ianuarie 2010 – aprilie 2010. Au fost selectați pacienți care prezentau semne și simptome specifice de disfuncție tiroidiană. Participanții au semnat un consimțământ informat.

Distribuția pe sexe a lotului de participanți este prezentată în Figura 2.

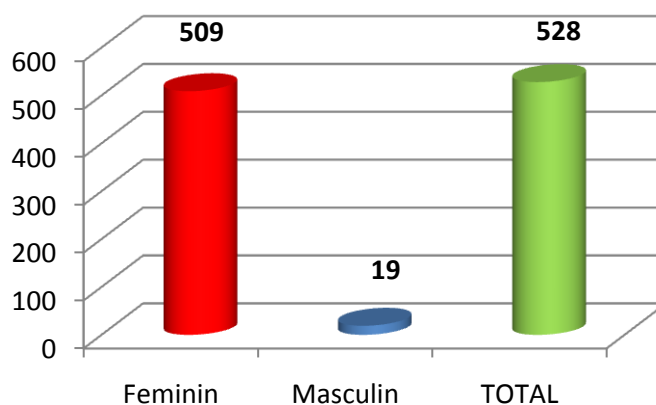


Figura 2. Distribuția pe sexe a participanților la studiul 1

Media de vârstă a participanților a fost de 48,7 ani, iar abaterea standard 11,5.

În funcție de mediul de proveniență, lotul de participanți a avut următoarea structură: 427 participanți din mediul urban, 102 participanți din mediul rural (Figura 3).

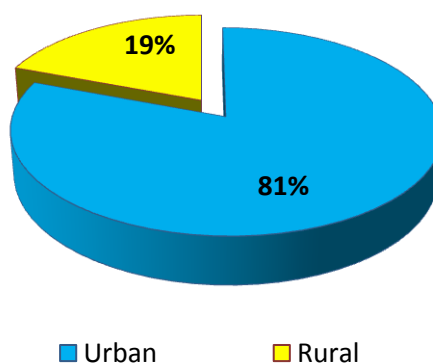


Figura 3. Structura lotului de participanți la studiul 1 în funcție de mediul de proveniență

Distribuția este reprezentativă pentru numărul de pacienți din mediul urban/rural înregistrați în documentele de consultații ale cabinetului, perioada în care s-a aplicat chestionarul fiind aleasă pentru numărul mare de consultații efectuate în raport cu alte perioade ale anului.

### 2.6.3 Procedura

Studiul s-a desfășurat în mai multe etape. Prima etapă s-a desfășurat în septembrie-octombrie 2007 în Secția Endocrinologie a Spitalului Județean Sibiu, cu acordul medicului șef de secție dl. Prof. univ. Dr. Ion Totoianu. Au fost consultate registrele de internare din Secția Endocrinologie, urmărindu-se numărul internărilor, ponderea internărilor pentru afecțiuni ale tiroidei din totalul de internări și distribuția pe luni a acestor internări, pe o perioadă de trei ani (septembrie 2004 – septembrie 2007).

În perioada mai 2009 – septembrie 2010 s-au desfășurat trei studii de caz la cabinetul BeldeanMed Sibiu, pentru care a fost încheiat un acord de colaborare cu Conf. dr. Luminița Beldean, medic primar endocrinolog.

În perioada ianuarie 2010 – aprilie 2010 au fost chestionați 529 pacienți care s-au prezentat la cabinetul BeldeanMed pentru consult medical de specialitate și prezentau

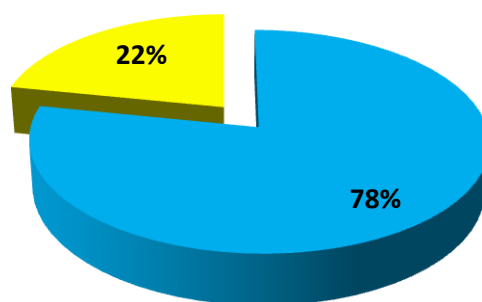
simptomatologie tiroidiană. Chestionarul a fost aplicat de psiholog Elena Bouleanu și psiholog Gabriela Matei (angajată a cabinetului menționat), după ce pacienții erau consultați de medicul specialist care consemna diagnosticul medical (de certitudine).

#### 2.6.4 Prezentarea rezultatelor

##### Rezultate obținute în urma studiului documentelor medicale

Din studiul bazelor de date puse la dispoziție în Secția de Endocrinologie a Spitalului Județean Sibiu, pentru perioada 1 octombrie 2004 – 1 septembrie 2007, au reieșit următoarele rezultate (Figura ):

- pacienți internați în clinică în perioada de referință: 3384;
- pacienți al căror diagnostic medical indică tulburări ale funcției tiroidiene: 2645.



■ Pacienți cu disfuncții de tiroidă

Figura 4. Pacienți internați în secția endocrinologie în perioada octombrie 2004 – septembrie 2007

Rezultă o pondere de 78% a bolilor de tiroidă în rândul pacienților internați în Clinică în perioada de referință. Pentru analiza statistică au fost luați în calcul și pacienți internați cu diagnostic principal altul decât tulburări tiroidiene, dar la care aceasta se regăsește ca diagnostic secundar și pe perioada internării pacienții au primit medicație tiro-reglatoare.

Distribuția internărilor pentru tulburări tiroidiene în funcție de lunile anului este prezentată în Tabel 1

Tabel 1. Incidența internărilor pacienților cu tulburări tiroidiene în secția Endocrinologie în perioada 2004-2007

Luna anului	Numărul mediu de pacienți	Procente din totalul internărilor
Ianuarie	89,5	82,5%
Februarie	83,5	81%
Martie	84,5	82,4%
Aprilie	75	82,4%
Mai	85,5	81,8%
Iunie	83	75,5%
Iulie	46,5	73,2%
August	37,5	76,5%
Septembrie	51	75%
Octombrie	71,5	78,7%
Noiembrie	92,5	73,7%
Decembrie	34,5	67,4%

A fost calculată o medie a internărilor pacienților cu patologie tiroidiană raportat la totalul internărilor în secția Endocrinologie pentru fiecare lună a celor trei ani pentru care a fost făcută analiza. Procentul este cuprins între 67,4% în lunile decembrie și 82,5% în lunile ianuarie-ale celor trei ani pentru care s-au studiat arhivele. Se observă că în lunile ianuarie-



mai se înregistrează cea mai mare frecvență a internărilor pentru pacienți cu DT.

### **Analiza rezultatelor pentru studiul colecțiilor de date**

Din analiza efectuată se observă o incidență mai mare a internărilor pentru tulburări ale funcției tiroidiene în lunile ianuarie, februarie, martie, aprilie și mai. În lunile iunie – decembrie, proporția internărilor în secția Endocrinologie a pacienților cu boli tiroidiene scade cu până la 15% (în luna decembrie). Este posibil ca diferența să fie dată de natura activităților sociale ale populației în perioadele respective, dar și de perioadele de concediu ale personalului medical, ținând cont că și numărul total al internărilor scade foarte mult în lunile august, septembrie și decembrie. Creșterea proporției internărilor pacienților cu boli tiroidiene în lunile ianuarie-mai rămâne însă un fenomen semnificativ.

Nu avem la dispoziție date comparative pentru adresabilitatea la secțiile echivalente din alte regiuni ale țării, fapt care nu permite emiterea unor concluzii pertinente referitoare la anumite particularități ale populației „tireopate” din județul Sibiu. Din rapoartele medicale se cunoaște însă faptul că incidența îmbolnăvirilor de tiroidă este mai mare în județul Sibiu, acesta făcând parte dintr-o zonă cu risc crescut datorită deficitului de iod (Rusu, .....

*S-ar putea formula la nivel speculativ o concluzie asupra creșterii riscului de apariție a bolii tiroidiene sau acutizării unor simptome la pacienți mai vechi în această perioadă. Important sub aspect psihologic este urmărirea prin procedee de screening psihologic a dinamicii eventualelor tulburări psihice în aceste perioade, pentru a determina dacă există un pattern maladadaptativ asociat cu creșterea numărului de internări (și consulturi de specialitate). Aceste rezultate vor direcționa continuarea studiului pe un lot de pacienți care au fost internați sau au efectuat consulturi de specialitate în această perioadă a anului.*

*Pentru o mare parte dintre pacienți, în lista de diagnostice secundare a fost enumerat diagnosticul de tulburare anxios-depresivă, motiv pentru care putem concluziona că pacienții tireopați au frecvent asociate manifestări psihice în sfera afectivă. Nu se specifică intensitatea tulburărilor, depresivă sau anxioasă, astfel că în continuarea studiului se va urmări evaluarea psihologică a acestui aspect și dinamica intensității în funcție de vechimea bolii de tiroidă.*

### **2.6.5 Studiul de caz 1**

**Date generale:** Numele: M. A.; Data nașterii: 24 ianuarie 1959 (50 ani)

Adresa: Sibiu; Ocupație: operator COMPA Sibiu; Nivel de educație: liceu economic

Statut social: căsătorită

#### **Istoricul cazului**

- *Acuze principale*

#### **Istoricul tulburării prezente**

Clienta se prezintă la psiholog în luna mai 2009 la recomandarea medicului endocrinolog curant.

#### **Istoric personal și social**

Este căsătorită de 30 de ani și are o relație de cuplu foarte bună. De trei ani se află în litigiu cu un fost angajator pentru încălcarea drepturilor angajatului. De doi ani este angajată ca operator într-o fabrică din Sibiu și este în concediu de boală de 21 zile.

#### **Istoric medical**

În 1994 a suferit o intervenție chirurgicală pentru extirparea unui fibroadenom la sânul stâng (tumoră benignă).

În 1999 a fost diagnosticată cu Hipertiroidism.

În 2007 a fost diagnosticată cu tiroidită autoimună (boală Hashimoto).

La 14 mai 2009 prezintă următoarele valori ale probelor de laborator: colesterolemie =

---

266,3 mg/dl; HDL colesterol = 59 mg/dl; TSH = 2,30 microUI/ml; T3 = 1,32 ng/ml; FT4 = 1,35 ng/ml, ATPO = 1424,2 IU/ml (valori normale < 5,6 IU/ml).

La data evaluării este sub tratament medicamentos antipsihotic, anxiolitic și hipnotic.

### **Status mental**

La data primei evaluări clienta este orientată spațio-temporal, are percepția corectă a propriei persoane și mediului. Gândire coerentă, cu ritm relativ încetinit. Din informațiile obținute în urma interviului inițial se constată că pacienta are conștiința bolii și afirmă dorința de cooperare pentru reechilibrarea stării psihice.

### **Diagnostic DSM-IV**

- *Axa I – tulburare depresivă episod sever; tulburare anxioasă datorată disfuncției tiroidiene; tulburare de conversie cu simptom senzorial (tactil);*
- *Axa II – nici un diagnostic;*
- *Axa III – tiroidită autoimună;*
- *Axa IV – probleme în legătură cu interacțiunea cu sistemul legal (litigiu în desfășurare);*
- *Axa V – nu s-a evaluat.*

### **Conceptualizarea cazului**

#### **Factori etiologici**

- *Disfuncția tiroidiană;*
- *Evenimente de viață cu semnificație negativă.*

#### **Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale**

Aufost evaluate următoarele dimensiuni psihologice: cogniții, distres afectiv, anxietate, depresie.

#### **Evaluarea longitudinală a cognițiilor și comportamentelor**

Își descrie comportamentul anterior tulburărilor actuale ca fiind unul corect, riguros, activ. Afirmă adesea că deviza personală înainte de îmbolnăvire era „*cinste și corectitudine*”.

#### **Aspecte pozitive și puncte tari ale clientului**

Capacitate de decizie ridicată, motivația de a depăși impasul (procesul în care este parte) și starea de boală, inteligență peste medie, disciplină personală, susținerea familiei.

#### **Ipoteza de lucru**

Clienta manifestă simptomatologie depresivă pe de o parte ca urmare a tulburării tiroidiene (în prezent hipertiroidism) și pe de altă parte datorită unor evenimente negative de viață care s-au succedat timp de 12 ani (plecarea în străinătate a soțului pentru doi ani, pierderea unui imobil în instanță, boala imobilizantă a soacrei, creșterea și îngrijirea celor patru copii, presiunile la locul de muncă anterior, soldate cu demiterea abuzivă și deschiderea unui proces civil împotriva angajatorului).

Atitudinea perfecționistă și rigidă personală, cerințele foarte ridicate transferate și către copii și insatisfacția legată de imposibilitatea continuării studiilor au determinat o serie de frustrări cărora timp îndelungat nu le-a dat curs, dar care au dezvoltat în timp tensiune psihică și au condus la simptomatologie anxios-depresivă.

#### **Planul de intervenție**

##### **Lista de probleme**

- *Simptomatologia depresivă și anxioasă;*
- *Efectele secundare ale medicației hormonale și antidepressive;*
- *Distresul provocat de implicarea în procesul penal și relația tensionată cu avocatul.*

### Scopuri terapeutice

- Reducerea gândirii distorsionate în legătură cu incapacitatea de a face față evenimentelor negative de viață (boala, procesul);
- Gestionarea stresului și reducerea nivelului emoțiilor negative disfuncționale;
- Obținerea relaxării și scăderea amplitudinii simptomatologiei psihosomatice;
- Creșterea aderenței la tratament.

### Planificarea intervenției

Intervenția s-a desfășurat pe parcursul a 14 ședințe (cu două întreruperi de trei și respectiv două săptămâni).

Pentru depresie au fost utilizate tehnici de restructurare a schemelor cognitive iraționale în legătură cu slaba autonomie / performanță (în familie și la locul de muncă), inhibiție și deficiență. În decursul celor 14 săptămâni, medicația antidepresivă a fost schimbată de 3 ori de către medicul psihiatru. A fost aplicat constant un program educațional privind igiena mentală și necesitatea respectării tratamentului medicamentos (clienta prezenta adesea tentative de renunțare la tratament sau de ajustare personală a dozelor).

Tratamentul tulburărilor somnului (în afara tratamentului medicamentos pe care deseori nu îl respecta) a constat în tehnici de relaxare și imagerie mentală.

Pentru gestionarea stresului și scăderea nivelului emoțiilor negative disfuncționale au fost aplicate și tehnici rațional-emoționale. S-a utilizat antrenamentul asertiv pentru depășirea impasului în care se afla în legătură cu continuarea procesului. Clienta experimenta aversiune puternică față de avocatul alături de care începuse procesul civil în urmă cu doi ani.

Pe tot parcursul terapiei, clienta a completat un jurnal personal în care a descris zilnic experiențele personale, rezultatele exercițiilor și temele propuse.

S-a făcut o reevaluare a distresului afectiv și a nivelului de depresie și anxietate la ședința 9. Scor total PDA = scor 76 (nivel ridicat); HRDS – scor 15 (depresie ușoară); HRSA – scor 12 (intensitate a anxietății sub nivelul clinic).

Încheierea s-a făcut pe parcursul a trei ședințe (la două, trei săptămâni și respectiv o lună). A fost stabilit un program de prevenire a recăderilor și o altă întâlnire după trei luni.

### Obstacole în intervenție

Condiția medicală și efectele adverse ale medicației au fost principalele obstacole în desfășurarea intervenției. Lipsa de aderență inițială la tratament a fost un alt factor important. Prolungirea procesului penal și dificultățile de comunicare cu propriul avocat au constituit de asemenea un obstacol în desfășurarea intervenției.

### Rezultate și urmărirea evoluției clientului

La reevaluarea după trei luni:

- Simptomatologie depresivă HRSD – scor total 10 (depresie ușoară);
- Simptomatologie anxioasă HRSA – scor 12 (anxietate sub nivelul clinic),
- Distresul afectiv PDA – scor total 52 (nivel mediu), emoții negative disfuncționale – scor 19 (nivel mediu).

Clienta a încheiat procesul și a demisionat de la fostul loc de muncă. A obținut un contract de muncă în străinătate unde urmează să plece împreună cu soțul. Se află sub tratament hormonal de susținere.

### 2.6.6 Studiul de caz 2

**Date generale:** Numele: S. E.; Data nașterii: 18 ianuarie 1974 (36 ani)

Adresa: Sibiu; Ocupație: asistent medical; Nivel de educație: școală postliceală

Statut social: căsătorită

---

## Istoricul cazului

- *Acuze principale*

### Istoricul tulburării prezente

Clienta se prezintă la psiholog în luna aprilie 2010 din proprie inițiativă. La data primei evaluări clienta afirmă că de aproximativ trei luni experiențiază stare de iritabilitate foarte ridicată, agresivitate verbală și fizică, anxietate (până la panică) în legătură cu starea de sănătate a copilului, îngrijorare și teamă la locul de muncă, labilitate emoțională foarte mare cu exprimarea frecventă a emoțiilor negative și plâns, indiferență pentru aspectul fizic (vestimentar, machiaj, coafură), lipsa motivației pentru orice activitate casnică sau profesională, scăderea interesului pentru activitatea sexuală, tensionarea relațiilor cu părinții (în special cu tatăl), evitarea contactului cu prieteni și cunoscuți.

După a patra ședință (în urma anamnezei, interviului clinic și evaluării afective și cognitive) s-a recomandat consult endocrinologic.

### Istoric personal și social

Este căsătorită de 5 de ani și are o relație de cuplu foarte bună. A absolvit o școală postliceală și este asistentă medicală într-o secție de pneumologie unde lucrează de 13 ani.

Provine dintr-o familie din mediu rural cu tată alcoolic și mama cu probleme cardiace (nu poate indica natura bolii). Are un frate cu care comunicarea este deficitară de aproximativ doi ani. În copilărie și adolescență a asistat în mod repetat la scene de agresivitate fizică și verbală a tatălui față de mamă și frate. Se simte responsabilă pentru condiția tatălui (în prezent alcoolism cronic și ciroză hepatică).

### Istoric medical

Neagă boli cronice sau intervenții chirurgicale. Nu a utilizat niciodată medicație pentru stările de anxietate sau depresive și nu se află în tratament medicamentos pentru altă condiție medicală. În luna iunie 2010, în urma consultului endocrinologic a fost diagnosticată cu hipotiroidism. Probele de laborator au indicat: TSH = 9,6 UI/ml (V.N. 0,4 – 4 UI/ml), ATPO = 16,4 IU/ml (V.N. 0 – 35 IU/ml). S-a instituit tratament medicamentos cu Eutirox 3x ½ tb/zi.

### Status mental

La data primei evaluări clienta este orientată spațio-temporal, are percepția corectă a propriului corp și mediului. Gândire coerentă, contextuală. Dificultăți de menținere a atenției concentrate.

### Conceptualizarea cazului

#### Factori etiologici

- *Disfuncția tiroidiană;*
- *Relația tensionată cu părinții.*

#### Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale

Au fost evaluate următoarele dimensiuni psihologice: cogniții, distres afectiv, gânduri automate negative, anxietate și depresie.

*Tabel 2. Rezultate YSQ-S3 – evaluare inițială caz 2*

Denumirea schemei cognitive	Scor	Nivel
Abandon / Instabilitate (AB)	10	Ridicat
Neîncredere / Abuz (MA)	16	Foarte ridicat
Privațiune emoțională (ED)	10	Foarte ridicat
Deficiență / Rușine (DS)	11	Ridicat
Izolare socială / Înstrăinare (SI)	12	Foarte ridicat
Dependență / Incompetență (DI)	13	Foarte ridicat

Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale (VH)	15	Foarte ridicat
Protecționism / Personalitate atrofiată (EM)	11	Ridicat
Eșec (FA)	15	Foarte ridicat
Revendicarea drepturilor personale / Dominanță (ET)	18	Ridicat
Lipsă de autocontrol și autodisciplină (IS)	17	Ridicat
Subjugare (SB)	14	Foarte ridicat
Sacrificiu de sine (SS)	20	Ridicat
Indezirabilitate socială / Nevoia de aprobare (SU/AS)	59	Foarte ridicat
Negativism / Pasivitate (NP)	45	Foarte ridicat
Inhibiție emoțională / Autocontrol exagerat (EI)	18	Foarte ridicat
Standarde nerealistice / Exigență (US)	18	Ridicat
Pedepsire (PU)	39	Ridicat
Scor total	370	

Clienta are un profil profund disfuncțional al schemelor cognitive, înregistrând nivel foarte ridicat (majoritatea schemelor) sau ridicat.

După diagnosticarea hipotiroidiei, înainte de începerea tratamentului medicamentos (intervenția se afla la a șaptea ședință), s-au reevaluat gândurile automate negative (ATQ scor = 20 – nivel scăzut), simptomatologia anxioasă (HRSA scor = 15 – intensitate sub nivelul clinic). S-a înregistrat o scădere semnificativă clinic a celor două dimensiuni psihologice evaluate, înainte de instituirea tratamentului medicamentos. Nu se pot trage concluzii privind cauzalitatea între scăderea simptomatologiei anxios-depresive și intervenția psihologică având în vedere că nu a fost realizat un design experimental, însă se notează îmbunătățirea stării afective a clientei.

### Evaluarea longitudinală a cognițiilor și comportamentelor

Clienta manifestă un conflict la nivel psihic (manifestat încă din adolescență) între comportamentul de alcoolic al tatălui și sentimentele de milă pe de o parte și admirație în ce privește capacitatea intelectuală a acestuia, pe de altă parte. Afirmă că i-ar plăcea ca tatăl ei să fie mândru de ea, de ceea ce a realizat, însă acesta nu este dispus să aibă o discuție deschisă. Își ceartă adeseori mama că a rămas în această căsnicie, dar în același timp se gândește că lipsa acesteia ar însemna un sfârșit iminent al tatălui.

### Aspecte pozitive și puncte tari ale clientului

Capacitatea intelectuală, susținerea soțului, recunoașterea faptului că există o problemă căreia nu-i poate face față singură și solicitarea personală a ajutorului specializat.

### Ipoteza de lucru

Clienta manifestă simptomatologie anxioasă ca urmare (probabil) a tulburării tiroidiene și (posibil) a antecedentelor de copil al unui părinte alcoolic. Simptomatologia depresivă (evaluată numai prin observație și scala ATQ - gânduri automate negative, care corelează cu simptomatologia depresivă (Hollon și Kendall, 2007) are o intensitate subclinică.

### Planul de intervenție

#### Lista de probleme

- Simptomatologia anxioasă cu trăiri ocazionale de panică;
- Reacțiile vegetative și comportamentale care interferează cu activitatea zilnică profesională și casnică (în special senzația permanentă de frig și plânsul necontrolat);
- Schemele cognitive profund maladaptative;
- Relația conflictuală cu părinții și fratele.

#### Scopuri terapeutice

- Reducerea nivelului anxietății;
- Reducerea gândirii distorsionate negative.

## Planificarea intervenției

Intervenția s-a desfășurat pe parcursul a 14 ședințe (săptămânale). Pentru simptomatologia anxios-depresivă s-au aplicat tehnici de restructurare cognitivă (reducerea gândurilor automate) și tehnici de control al respirației și relaxare (antrenament autogen Schultz). Pentru problemele legate de comunicarea cu părinții și fratele s-au utilizat tehnici de dezvoltare a asertivității și imagerie mentală („ce aș face, ce aș simți dacă aș fi ...”).

Încheierea intervenției a avut loc pe parcursul a două ședințe programate la distanță de două săptămâni. În penultima ședință au fost reevaluate schemele cognitive, atitudinile și convingerile.

## Obstacole în intervenție

Necunoașterea de la început a condiției de disfuncție tiroidiană a prelungit perioada de evaluare a cognițiilor și comportamentelor și identificarea unor factori etiologici ai simptomatologiei anxios-depresive.

## Rezultate și urmărirea evoluției clientului

La sfârșitul intervenției, clienta prezintă următoarele scoruri la scalele YSQ-S3, PDA, ATQ și ABSs.

- *PDA scor total – nivel ridicat; emoții negative disfuncționale – nivel scăzut; emoții negative funcționale – nivel scăzut;*
- *ABSs: iraționalitate – nivel scăzut; raționalitate nivel ridicat); înregistrează nivel ridicat doar pentru dimensiunea BAD.*
- *ATQ nivel scăzut.*

*Rezultate YSQ-S3 – reevaluare caz 2*

Denumirea schemei cognitive	Scor	Nivel
Abandon / Instabilitate (AB)	5	Scăzut
Neîncredere / Abuz (MA)	7	Scăzut
Privațiune emoțională (ED)	12	Ridicat
Deficiență / Rușine (DS)	5	Mediu
Izolare socială / Înstrăinare (SI)	10	Mediu
Dependență / Incompetență (DI)	7	Mediu
Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale (VH)	6	Mediu
Protecționism / Personalitate atrofiată (EM)	6	Scăzut/mediu
Eșec (FA)	7	Mediu
Revendicarea drepturilor personale / Dominanță (ET)	14	Mediu/ridicat
Lipsă de autocontrol și autodisciplină (IS)	11	Mediu
Subjugare (SB)	6	Scăzut/mediu
Sacrificiu de sine (SS)	9	Scăzut
Indezirabilitate socială / Nevoia de aprobare (SU/AS)	25	Ridicat
Negativism / Pasivitate (NP)	18	Mediu
Inhibiție emoțională / Autocontrol exagerat (EI)	10	Mediu/ridicat
Standarde nerealiste / Exigență (US)	7	Scăzut
Pedepsire (PU)	18	Scăzut
Scor total	181	

Clienta și-a restabilit un control optim al emoțiilor și comportamentului în situații de stres profesional. A reușit să comunice tatălui propriile gânduri și trăiri în legătură cu condiția de tată alcoolic și experiențele derivate din aceasta pe parcursul vieții, prin intermediul unei scrisori pe care i-a înmănat-o. Relația cu mama s-a îmbunătățit considerabil, comunicând săptămânal și planificând o susținere comună a intervenției de dezintoxicare a tatălui într-un centru specializat Crucea Albastră. Se află sub tratament de susținere a funcției tiroidiene.

### 2.6.7 Studiul de caz 3

**Date generale:** Numele: L. M.; Data nașterii: 18 ianuarie 1947 (62 ani)  
Adresa: Sibiu; Ocupație: pensionar (limită de vârstă); Nivel de educație: gimnaziu  
Statut social: căsătorită

#### Istoricul cazului

- *Acuze principale*

#### Istoricul tulburării prezente

Clienta se prezintă la psiholog în luna august 2009 la recomandarea unei cunoștințe.

În urmă cu două săptămâni a fost diagnosticată cu *Hipertiroidism frust*. Afirmă că a apelat la psiholog pentru că se află într-o situație „groaznică” în legătură cu vânzarea unui imobil și revendicarea unor proprietăți și „simte că nu mai poate face față stresului și efortului”.

#### Istoric personal și social

Clienta afirmă că pe parcursul vieții a avut numeroase situații în care nivelul de stres a fost foarte mare (a trecut prin decesul unui copil la șase săptămâni după naștere, s-a mutat de patru ori în localități diferite, de două ori a fost internată de urgență în stare de șoc anafilactic cu risc major de exitus).

#### Istoric medical

Clienta afirmă că nu suferă de boli cronice și a avut o intervenție chirurgicală pentru cistocel în urmă cu 10 ani. Este alergică la mai multe substanțe (clor, acetonă) și medicamente (Aspirină, Furazolidon). Nu a utilizat niciodată medicație anxiolitică, antidepressivă sau somnifere. În prezent este sub tratament medicamentos prescris de medicul endocrinolog (Tyrozol 3x1 tb/zi, Metoprolol 2x1 tb/zi și Gerodorm – la nevoie). Probele de laborator au indicat: TSH < 0,01 UI/ml (V.N. 0,4 – 4 UI/ml), FT4 = 2,18 ng/dl (V.N. 0,71 – 1,85 ng/dl), FT3 = 9,73 pg/ml (V.N. 1,45 – 3,48 pg/ml).

#### Status mental

La data primei evaluări clienta este orientată spațio-temporal, are percepția corectă a propriului corp, a propriei persoane și mediului. Gândire logică, contextuală. Dispoziție anxios-depresivă.

#### Conceptualizarea cazului

##### Factori etiologici

- *Disfuncția tiroidiană;*
- *Stres datorat evenimentelor de viață.*

#### Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale

Au fost evaluate următoarele dimensiuni psihologice: stres afectiv, simptomatologia anxioasă și depresivă, gândurile automate negative, scheme cognitive, atitudini și convingeri.

- *nivelul distresului afectiv a fost evaluat cu PDA – nivel foarte ridicat, emoții negative disfuncționale – nivel foarte ridicat, emoții negative funcționale – nivel foarte ridicat.*
- *simptomatologia anxioasă a fost evaluată cu scala HRSA – tulburare anxioasă de intensitate clinică; simptomatologia depresivă a fost evaluată cu scala HRSD – depresie moderată.*
- *gândire negativă – ATQ – nivel foarte ridicat al gândurilor automate negative.*
- *schemele cognitive - YSQ-S3 – rezultatele sunt prezentate următor.*

Denumirea schemei cognitive	Scor	Nivel
Abandon / Instabilitate (AB)	13	Foarte ridicat
Neîncredere / Abuz (MA)	17	Foarte ridicat
Privațiune emoțională (ED)	18	Foarte ridicat
Deficiență / Rușine (DS)	15	Ridicat
Izolare socială / Înstrăinare (SI)	10	Ridicat
Dependență / Incompetență (DI)	19	Foarte ridicat
Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale (VH)	17	Foarte ridicat
Protecționism / Personalitate atrofiată (EM)	14	Foarte ridicat
Eșec (FA)	16	Foarte ridicat
Revendicarea drepturilor personale / Dominanță (ET)	16	Ridicat
Lipsă de autocontrol și autodisciplină (IS)	19	Foarte ridicat
Subjugare (SB)	14	Foarte ridicat
Sacrificiu de sine (SS)	15	Mediu
Indezirabilitate socială / Nevoia de aprobare (SU/AS)	46	Foarte ridicat
Negativism / Pasivitate (NP)	40	Foarte ridicat
Inhibiție emoțională / Autocontrol exagerat (EI)	15	Foarte ridicat
Standarde nerealiste / Exigență (US)	15	Mediu
Pedepsire (PU)	45	Ridicat
Scor total	357	

Clienta are un profil profund disfuncțional al schemelor cognitive, înregistrând nivel foarte ridicat (majoritatea schemelor) sau ridicat.

### Evaluarea longitudinală a cognițiilor și comportamentelor

Clienta a absolvit șapte clase gimnaziale (cu rezultate modeste) și a urmat școala de cruce roșie la vârsta de 30 ani. Se descrie ca fiind corectă, punctuală și că întotdeauna a reușit sa-și atingă obiectivele propuse. Până la momentul instalării bolii, avea o rezistență foarte mare la efort (fizic sau cognitiv) și se implica adesea în asistarea unor persoane aflate în deficiență (vecini foarte vârstnici sau bolnavi). Era echilibrată afectiv reușind să depășească orice problemă cu luciditate și încredere în forțele proprii. A manifestat deseori comportament altruist și compasiune pentru cei din jur și dispune de un set de valori morale bine definit. În situații de stres foarte intens se baza pe suportul social și se confrunta cu problema până la găsierea unei soluții acceptabile. Are o afinitate foarte mare pentru religie încă din tinerețe și afirmă că, deseori, a depășit probleme de viață prin invocarea ajutorului divin.

### Aspecte pozitive și puncte tari ale clientului

Capacitatea foarte mare de decizie, recunoașterea problemei și acceptarea ajutorului specializat, susținerea familiei, credințele religioase puternice.

### Ipoteza de lucru

Clienta manifestă simptomatologie anxios-depresivă ca urmare (probabil) a tulburării tiroidiene suprapusă peste evenimentele de viață privind problemele administrativ-legale. Dificultățile în controlul reacțiilor vegetative și a comportamentului sunt semne ale tabloului clinic al hipertiroidianului pe de o parte, accentuate de trăirile anxioase determinate de problemele socio-economice.

### Planul de intervenție

#### Lista de probleme

- *Simptomatologia anxios-depresivă;*
- *Reacțiile comportamentale care interferează cu activitatea zilnică;*
- *Schemele cognitive disfuncționale;*



- *Relația conflictuală cu persoana care a cumpărat imobilul.*

### Scopuri terapeutice

- *Reducerea nivelului anxietății și depresiei;*
- *Reducerea gândirii distorsionate negative;*
- *Creșterea asertivității.*

### Planificarea intervenției

Intervenția s-a desfășurat pe parcursul a 16 ședințe (săptămânale). S-au aplicat tehnici de restructurare cognitivă (reducerea gândurilor automate), tehnici de dezvoltare a asertivității și tehnici de bio-feedback (clienta și-a procurat un dispozitiv bio-feedback portabil).

Încheierea intervenției a avut loc pe parcursul a trei ședințe programate la distanță de două săptămâni. În ședința 13 au fost reevaluate schemele cognitive, atitudinile și convingerile, distresul afectiv și gândurile automate negative.

### Obstacole în intervenție

Incapacitatea inițială (primele patru ședințe) de a se relaxa. Clienta spunea că îi este teamă să închidă ochii să se relaxeze pentru că are senzația că pierde controlul, motiv pentru care s-a alternat între tehnica relaxării musculare progresive Jacobson, imageria mentală și antrenamentul autogen Schultz. Pe parcursul intervenției au fost două situații care au avut un răsunet emoțional negativ important.

### Rezultate și urmărirea evoluției clientului

La sfârșitul intervenției, clienta prezintă următoarele scoruri la scalele YSQ-S3, PDA, ATQ, HRSA și HRSD.

- *PDA –nivel ridicat; emoții negative disfuncționale –nivel scăzut; emoții negative funcționale – nivel mediu;*
- *ATQ – nivel scăzut;*
- *HRSA – anxietate sub nivelul clinic;*
- *HRSD –depresie ușoară.*
- *Pentru profilul schemelor cognitive YSQ-S3, rezultatele sunt prezentate în tabelul următor.*

Rezultate YSQ-S3 – reevaluare caz 3

Denumirea schemei cognitive	Scor	Nivel
Abandon / Instabilitate (AB)	5	Scăzut
Neîncredere / Abuz (MA)	10	Mediu
Privațiune emoțională (ED)	10	Ridicat
Deficiență / Rușine (DS)	5	Scăzut/Mediu
Izolare socială / Înstrăinare (SI)	5	Scăzut
Dependență / Incompetență (DI)	5	Scăzut
Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale (VH)	6	Mediu/ridicat
Protecționism / Personalitate atrofiată (EM)	5	Scăzut
Eșec (FA)	6	Mediu
Revendicarea drepturilor personale / Dominanță (ET)	9	Scăzut
Lipsă de autocontrol și autodisciplină (IS)	6	Scăzut
Subjugare (SB)	6	Scăzut/mediu
Sacrificiu de sine (SS)	25	Foarte ridicat
Indezirabilitate socială / Nevoia de aprobare (SU/AS)	20	Scăzut
Negativism / Pasivitate (NP)	18	Scăzut
Inhibiție emoțională / Autocontrol exagerat (EI)	13	Ridicat
Standarde nerealistice / Exigență (US)	8	Scăzut
Pedepsire (PU)	31	Mediu
Scor total	191	

Clienta și-a restabilit pentru cea mai mare parte a timpului controlul reacțiilor vegetative și al emoțiilor. A renunțat la acuzele aduse persoanei cu care a fost în conflict și a restabilit legăturile sociale. Simptomatologia anxioasă mai apare uneori, dar exersează în continuare tehnicile de relaxare (antrenamentul autogen Schultz) și frecventează în mod regulat slujbele religioase. Se află sub tratament de susținere cu Tyrozol (1tb/zi) și Metoprolol (2x ½ tb/zi).

### 2.6.8 Rezultate obținute la chestionarul pentru pacienți cu DT

Chestionarul a cuprins date demografice (sex, vârstă, mediu de proveniență), statut ocupațional, vechimea bolii de tiroidă (de la data primului diagnostic), cunoașterea diagnosticului medical de către pacient și trei întrebări cu referire la solicitarea serviciilor de evaluare sau intervenție psihologică.

La *întrebarea 1* referitoare la *vechimea tulburării* (estimată aproximativ în cele mai multe cazuri), s-a obținut o medie de *12,7 ani* cu o abatere standard;

Pentru *întrebarea 2* referitoare la *cunoașterea diagnosticului medical de către pacienți*, rezultatele sunt sintetizate în **Error! Reference source not found.** Întrebarea a vizat evaluarea măsurii în care pacientul este interesat și implicat în demersul de diagnostic și tratament, dar și identificarea afecțiunilor de tiroidă cel mai des semnalate.

#### *Tipul de patologie tiroidiană*

Nr.	Natura tulburării tiroidiene	Nr. cazuri
1	Hipotiroidism	192
2	Hipertiroidism	48
3	Tiroidită autoimună	21
4	Gușă	119
5	Neoplasm tiroidian	4
6	Gușă cu hipotiroidism	72
7	Nu știu	73
TOTAL		529

Pentru *întrebarea 3* referitoare la *statutul ocupațional* rezultatele sunt centralizate în tabelul următor.

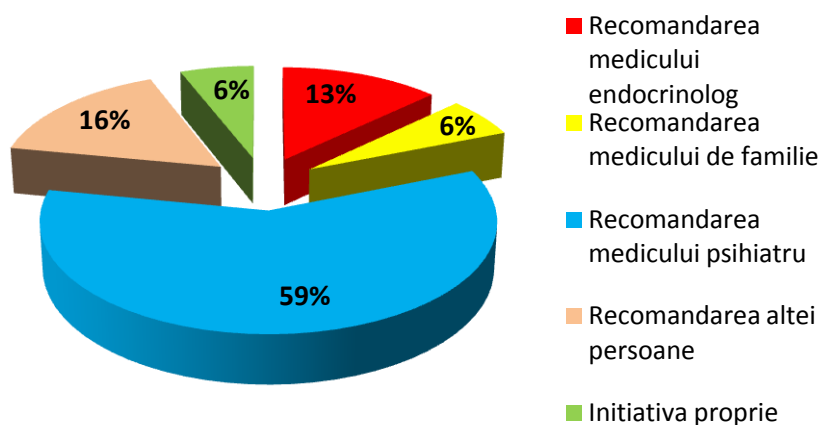
#### *Statutul ocupațional*

Nr.	Statutul ocupațional	Nr. cazuri
1	Angajat	144
2	Șomer	1
3	Fără ocupație / Casnică	48
4	Pensionar de invaliditate	288
5	Pensionar pentru limită de vârstă	48
TOTAL		529

Se observă că într-un procent foarte mare (54,4%) pacienții cu boli tiroidiene sunt pensionari de invaliditate.

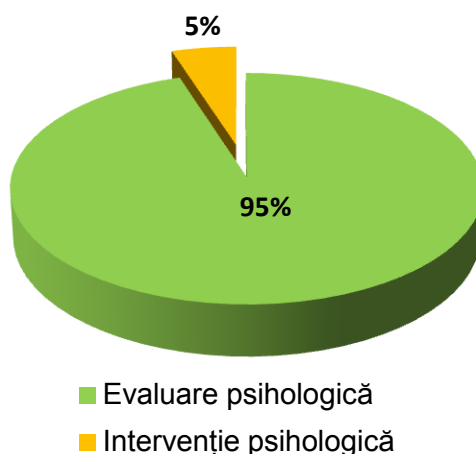
La *întrebarea 4*, referitoare la *vizita la psiholog* pentru probleme psihologice apărute după diagnosticarea tulburării tiroidiene, **95** dintre participanți au răspuns *afirmativ*, restul de **434** au răspuns *negativ*.

Pentru *întrebarea 5* (la care au răspuns cei 95 participanți care au răspuns afirmativ la întrebarea numărul 4), au fost formulate variante de răspuns privind modul în care pacienții au ajuns să solicite servicii psihologice. Răspunsurile vizau atât recomandarea medicilor de diferite specialități, cât și recomandarea altei persoane sau inițiativa proprie. Rezultatele în procente pentru răspunsurile la întrebarea 5 sunt prezentate în fura următoare.



Rezultatele răspunsurilor la întrebarea 5

Întrebarea 6 (la care au răspuns cei 95 participanți care au răspuns afirmativ la întrebarea numărul 4) a vizat tipul de serviciu psihologic solicitat. Marea majoritate a pacienților care au apelat la psiholog, (95 %), au solicitat evaluare psihologică. Restul de 5 % au solicitat intervenție psihologică (consiliere/psihoterapie).



Rezultatele răspunsurilor la întrebarea 6

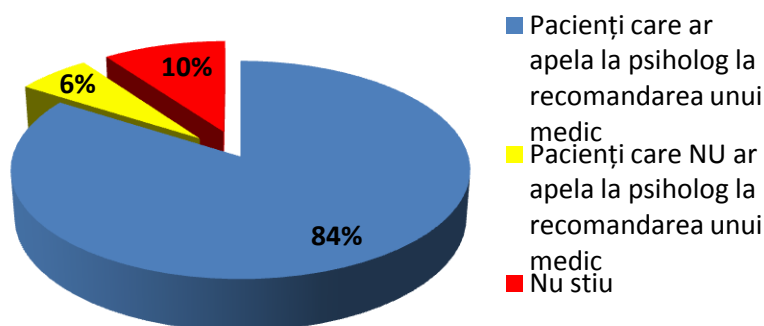
Răspunsurile la întrebarea 7 (la care au răspuns cei 434 participanți care au răspuns negativ la întrebarea 4) referitoare la motivele pentru care pacienții nu au apelat la psiholog, sunt centralizate tabelul următor

Incidența motivelor pentru care participanții nu au apelat la servicii psihologice

Nr. Crt.	Motivele pentru care pacienții nu au apelat la psiholog	Nr. răspunsuri
1	Nu știu ce este sau ce face un psiholog	10
2	Nu cred că am nevoie	86
3	Nu știam că pot să apelez la un psiholog	210
4	Nu am încredere în psiholog	8
5	Nu am resurse financiare	120
TOTAL		434

La întrebarea 8 (la care au răspuns cei 434 participanți care au răspuns negativ la

întrebarea 4) referitoare la opțiunea pacientului de a apela sau nu la un psiholog, la recomandarea medicului, 84 % au răspuns afirmativ, 6 % negativ și 10 % au spus că nu știu. Considerăm că acest lucru arată încrederea foarte mare cu care este investit medicul de către pacient.



*Rezultatele răspunsurilor la întrebarea 8*

### **Analiza rezultatelor obținute la aplicarea chestionarului pentru pacienți cu DT**

În ceea ce privește rezultatele obținute la chestionarul pentru pacienți cu DT, putem observa că incidența consulturilor pentru femei și bărbați (implicit a îmbolnăvirilor) depășește proporția arătată de diverși autori care situează prevalența îmbolnăvirilor în medie la raportul 8:1 (F/M). În studiul prezent proporția feminin/masculin a fost de 27:1. Motivul poate fi pe de o parte perioada relativ scurtă în care a fost efectuat studiul și pe de altă parte faptul că a fost vizat un singur cabinet de endocrinologie în selecția participanților. Pentru a determina dacă rezultatul este reprezentativ la nivel național, sau este o caracteristică locală sau situațională, investigația s-ar putea desfășura în mai multe cabinete, clinici și secții de Endocrinologie.

Un număr relativ mare de participanți au declarat că nu știu care este disfuncția tiroidiană de care suferă, în multe cazuri înregistrându-se afirmația că medicul este cel care trebuie să știe care este diagnosticul și ce trebuie să facă. La acești pacienți s-a înregistrat frecvent un răspuns negativ în legătură cu posibilitatea consultării unui psiholog, chiar și în condițiile în care recomandarea ar fi făcută de medic.

Numărul mare al participanților al căror statut ocupațional este cel de pensionar de invaliditate este o dovadă că boala de tiroidă este o afecțiune adesea invalidantă, lucru semnificativ având în vedere că vârsta medie a lotului de participanți a fost de 48,7 ani, valoare care se situează cu 11,3 ani sub pragul de pensionare pentru femei și 16,3 ani pentru bărbați. Acest lucru poate constitui un motiv în plus pentru efortul de asistență complexă a acestor pacienți în vederea recuperării capacității de muncă în condiții optime și creșterea calității vieții. Odată cu încetarea vieții active profesionale, persoana adaugă la tabloul clinic specific bolii și stresul schimbării stilului de viață și a sentimentului de neîmplinire/eșec. În plus, pentru pacienții cu DT care sunt activi profesional, se întâmplă adesea să apară necesitatea schimbării locului de muncă datorită incapacității de a mai face față solicitărilor postului. Acest lucru se poate răsfrânge asupra imaginii de sine, iar uneori asupra veniturilor. Zilele de concediu de boală reprezintă o altă dimensiune de costuri personale dar și sociale pentru pacientul cu DT.

Un procent foarte mare (82%) din lotul de participanți au declarat că nu au apelat niciodată la psiholog, iar dintre cei care au apelat la servicii psihologice, 59% au solicitat evaluare psihologică la cererea medicului psihiatru. În cele mai multe cazuri s-a solicitat evaluare psihologică pentru obținerea raportului de evaluare psihologică cerut de comisia medicală de expertiză pentru întocmirea dosarului de pensionare pentru invaliditate, sau reevaluarea dosarelor mai vechi.

Se poate aduce o interpretare a acestor rezultate privind percepția pacienților față de psiholog în general, care poate fi comparată cu percepția populației generale și adresabilitatea la psiholog în populația generală. Nu s-au găsit studii de specialitate pe populație românească din care să rezulte aceste aspect, motiv pentru care interpretarea este una intuitivă.

Motivele principale pentru care pacienții cu DT nu apelează la psiholog sunt: *lipsa de informare cu privire la posibilitatea sau necesitatea consultării unui psiholog și resursele financiare limitate*. Considerăm că pe de o parte este o lipsă foarte mare de informare corectă din partea psihologilor atât către populație cât și către corpul medical privind practica psihologică bazată de dovezi științifice solide, iar pe de altă parte există o reticență acumulată în perioada lungă în care psihologia a fost scoasă din domeniile de formare universitară în România. Recuperarea acestui spațiu necesită un efort suplimentar și o delimitare a obiectului de studiu și instrumentelor/tehnicilor specifice, mai ales în domeniul psihologiei clinice.

Raportarea unor probleme psihologice identificate la pacienți cu DT (pentru cazurile în care a fost făcută) rămâne din păcate la nivelul unor documente formale, fără continuarea firească a recomandărilor pentru recuperare prin intervenții specifice. Absența psihologului în multe dintre secțiile de spital unde sunt internați pacienți ale căror boli sunt recunoscute a produce efecte importante la nivel psihologic, este resimțită într-o atitudine resemnată sau suspicioasă a pacienților.

Din răspunsurile oferite de pacienții cu DT, un procent foarte mare (84%) au afirmat că ar apela la un psiholog dacă un medic le-ar recomanda. Fără îndoială medicul este coordonatorul echipei de evaluare și tratament în cazul îmbolnăvirilor, însă nu trebuie neglijată componenta psihică a pacientului, care, dincolo de boala sa, rămâne o persoană cu dimensiune psihologică, socială, profesională și culturală. Dacă modelul medical oferă soluții din ce în ce mai spectaculoase de recuperare și vindecare, modelul psihologic oferă o redimensionare a persoanei care a avut sau are de suferit în relația cu boala și schimbările produse datorită acesteia.

Deseori în timpul completării chestionarului, pacienții cu DT au afirmat că *odată ce au aflat că sunt bolnavi de „glandă”, au știut că viața lor va fi din ce în ce mai grea și că nu au mare lucru de făcut în acest sens, dar că ar avea nevoie să vorbească despre problemele lor cu cineva care i-ar înțelege și i-ar putea îndruma. O altă atitudine întâlnită a fost aceea în care pacienții (în mare majoritate hipotiroidieni) afirmă că pensia de invaliditate este tot ce au și că dacă nu ar mai obține încadrarea într-un grad de pensionare de invaliditate, nu s-ar putea angaja nicăieri. Este o realitate socială care intră în competența altor servicii sociale, dar care contribuie la menținerea condiției medicale și psihice precare a acestei categorii de pacienți*. În urma acestor reflecții, s-a conturat ideea unor studii de caz care să vizeze diferite modalități de evaluare și intervenție psihologică la pacienți cu disfuncții tiroidiene. Lucrările de specialitate românești din ultimii ani semnalează câteva studii interesante (Luchian și Bivol, 2007; Chiriță, Paraliiov și Panait, 2008) privind specificul tulburărilor psihice în disfuncțiile tiroidiene și rezultate ale intervențiilor psihoterapeutice. Am remarcat însă o abordare a evaluării dimensiunilor psihologice restrânsă de regulă la tulburările de stare sau la funcționalitatea socială.

## **2.6.9 Concluzii referitoare la studiul 1**

Patologia tiroidiană ocupă primul loc în categoria bolilor endocrine pentru care pacienții ajung la medicul endocrinolog. Județul Sibiu este o zonă cu incidență crescută a acestor afecțiuni față de restul țării, având în vedere factori etiologici legați de deficitul de iod. Studiul s-a desfășurat numai în municipiul Sibiu, însă este posibil ca o parte din pacienții tireopați să solicite servicii medicale din alte orașe ale județului (Mediaș, Cisnădie, Agnita, Avrig, Dumbrăveni).

Informațiile obținute în urma unei evaluări psihologice amănunțite ar putea facilita decizia de orientare a pacientului către consultul psihiatric și implicit tratamentul de

---

specialitate, sau către psiholog, presupunând implicit intervenție psihologică, pentru acei pacienți care prezintă tulburări emoționale, de comportament sau cognitive. Opinia cvasigenerală a medicilor specialiști este că pacienții cu hipotiroidism sunt cei care ridică cele mai multe probleme sub aspect psihic. Există încă tendința medicilor specialiști în alte specialități decât psihiatria, de a clasifica tulburările psihice în tulburări nevrotice și psihotice, deși DSM-IV nu mai abordează categoria nosologică nevroze.

Practicile terapeutice medicale au la bază în primul rând reducerea simptomatologiei și reglarea funcțiilor în dezechilibru. Multe conduite terapeutice au aceste componente, fapt ce derivă din modelul medical. Disfuncția este cea vizată și constituie centrul preocupărilor terapeutice. Actul medical terapeutic implică, așa cum arată marea majoritate a medicilor endocrinologi, și urmărirea altor indicatori la pacientul tireopat. *În unele cazuri componenta psihologică poate juca un rol foarte important în conduita terapeutică și cu siguranță joacă un rol decisiv în perceperea subiectivă a calității vieții pacientului cu DT.*

Faptul că un număr destul de mare de participanți nu își cunosc diagnosticul medical poate avea efecte directe asupra modului în care pacientul își percepe și monitorizează simptomatologia și asupra implicării personale în planul terapeutic propus de medicul endocrinolog. Atitudinea de „receptor” pasiv al unor servicii de sănătate a pacientului a fost întâlnită mai des în cazul pacienților cu hipotiroidism și al pacienților proveniți din mediul rural. În cazul acestora din urmă apare tendința foarte accentuată de a percepe medicul ca singurul responsabil de starea lor de sănătate și de respingere a intervenției psihologului.

*Cazurile prezentate în cadrul acestei cercetări sunt elocvente în ceea ce privește beneficiile intervenției psihologice de scurtă durată, focalizată pe schimbare cognitiv-comportamentală și tehnici de relaxare.*

Așa cum arată rezultatele la reevaluarea dimensiunilor psihologice, starea clinică (obiectivă și subiectivă) s-a îmbunătățit semnificativ. În toate cazurile au avut loc schimbări cognitive importante, modificări ale comportamentului emoțional, angajarea în sarcini pentru cazurile 1 și 2, luarea de decizii (în cazul 1), reducerea semnificativă a gândurilor automate negative (mai pregnant la cazul 3). Toate aceste modificări au survenit evident și pe fondul aderenței la tratament (în special pentru cazul 1).

Se pot face în continuare experimente cu un singur subiect sau pe grupe nosologice pentru a determina o eventuală relație cauzală între intervenția psihoterapeutică și evoluția clinică a pacientului, cu DT, precum și mărimea efectului.

*Cazurile prezentate au avut ca scop abordarea unor modalități diferite (utilizând modele și instrumente diferite) de evaluare psihologică și identificarea unor dimensiuni psihologice prin modificarea cărora se pot produce perturbări importante în starea clinică a pacienților cu DT. Rezultatele obținute, deși nu pot fi generalizate, particularizează câteva tablouri clinice la cele trei categorii nosologice abordate.*

*Se poate formula ipoteza că simptomatologia depresivă și anxioasă coexistă la pacienții cu DT, indiferent de natura disfuncției. Astfel, evaluarea psihologică și abordarea psihoterapeutică ar trebui să vizeze ambele patologii. De asemenea se conturează un profil profund maladadaptativ al schemelor cognitive la pacienții cu DT, indiferent de natura disfuncției. Acest lucru conduce la orientarea evaluării psihologice spre instrumente de evaluare derivate din paradigma cognitiv-comportamentală, care oferă posibilitatea măsurării tipurilor de scheme maladaptative și urmărirea lor în dinamica tabloului clinic.*

*O altă dimensiune psihologică alterată la pacienți cu DT a fost identificată ca fiind distresul afectiv, cu prevalența crescută a emoțiilor negative disfuncționale. Pentru cazurile studiate nu s-a evaluat apărarea psihică (mecanisme de apărare / stil de coping), însă din evoluția clinică se poate desprinde o diferență semnificativă interindividuală în ceea ce privește eficiența-ineficiența unor comportamente de adaptare la stres, derivate din stiluri defensive probabil diferite. Prin evoluția de lungă durată a tulburării, în situații particulare de viață și nerespectarea unor scheme terapeutice de susținere, pacientul cu DT poate fi încadrat în categoria pacienților cu boli cronice. Astfel, putem face predicția că tabloul*

apărării psihice dezvoltat de acești pacienți pe parcursul bolii este similar cu cel al pacienților cu alte boli cronice. Prin urmare, apărarea psihică maladaptativă s-ar putea datora ipostazei de pacient cu boală cronică și nu este o particularitate a pacientului cu DT.

Pentru a testa această ipoteză este necesară utilizarea unui instrument de măsurare a mecanismelor de apărare sau stilului de coping, cu măsurători parametrice realizate pe populație clinică (pacienți cu boli cronice) în România.

## 2.7 Studiul 2 – Traducerea, adaptarea și validarea DSQ40

### 2.7.1 Obiective

- Traducerea și adaptarea DSQ40;
- Validarea DSQ40 versiunea în limba română pentru pacienți cu boli cronice.

### 2.7.2 Descrierea lotului de participanți pentru studiul 2

Cei 110 participanți au fost pacienți cu boli cronice internați în secțiile: Medicală – Spitalului CFR Sibiu (29), Secția Diabet (5), Medicală I (28), Medicală II (19), Cardiologie II (cronici) (29) Spitalul Clinic Județean Sibiu, constituind un lot de disponibilitate la momentul evaluării. Distribuția participanților pacienți cu boli cronice în funcție de secția unde au fost internați la momentul evaluării este prezentată în următor.

*Distribuția pacienților cu boli cronice în funcție de secția în care au fost internați*

Nr. crt.	Secția	Număr pacienți
1	Medicală (spital CFR și Spital Județean Sibiu)	76
2	Cardiologie (cronici)	29
3	Diabet	5
TOTAL		110

- Lotul de participanți a cuprins 46 femei și 55 bărbați. Media de vârstă a fost de 56,1 ani cu o abatere standard de 9,9.

### 2.7.3 Designul traducerii și adaptării DSQ40

Datorită necesității utilizării unui instrument de evaluare a stilului defensiv, a fost preluat Chestionarul Stilului Defensiv – forma scurtă (DSQ40) în limba engleză și s-a realizat traducerea și adaptarea după metoda *traducere-retraducere*, utilizând echipă de trei traducători independenți (doi traducători specializați de limbă engleză și o persoană bilingvă – british english – română).

### 2.7.4 Procedura de traducere și adaptare a DSQ40

Prima traducere a fost realizată de un traducător autorizat<sup>2</sup> limba engleză. S-a obținut prima versiune în limba română a chestionarului. Această versiune a fost dată pentru retraducere în limba engleză unei persoane bilingve engleză – română<sup>3</sup>, independentă de primul traducător. Versiunea retradusă în limba engleză a fost retradusă în limba română de al doilea traducător<sup>4</sup> (translator limba engleză la Comisia Europeană, Bruxelles), rezultând versiunea redactată pentru aplicare.

Chestionarul a fost aplicat unui număr de 10 pacienți cu boli cronice, în vederea analizei

<sup>2</sup> Pentru conformitate – Andrei Simona: simona\_maican@yahoo.com

<sup>3</sup> Pentru conformitate – Mags Zaharia: mags-liviu@talktalk.net

<sup>4</sup> Pentru conformitate – Amalia Lebu: toaderamalia@yahoo.com

---

eventualelor dificultăți de interpretare a termenilor. S-au analizat termenii care au prezentat dificultăți de înțelegere și s-au făcut modificările impuse, rezultând versiunea finală a traducerii.

### 2.7.5 Analiza și adaptarea termenilor deficitari

Termenii anxios/anxietate au fost semnalati ca ambigui de patru dintre cei zece participanți cărora li s-a aplicat prima versiune (cu termeni nemodificați) în limba română. Toți cei patru participanți au afirmat că nu știu exact ce înseamnă și au cerut explicații. Termenii au fost păstrați totuși în această formă, având în vedere că termenii neliniște și teamă apar în alți itemi cu înțeles ușor diferit.

Termenul Superman din itemul 9 a fost înlocuit în versiunea finală cu cuvântul compus *supra-om*, deoarece cei trei participanți nu înțeles sensul.

Itemul 10 (I pride myself on my ability to cut people down to size) a fost tradus inițial în forma: „*Mă mândresc cu abilitatea mea de a-i face pe oameni să-și recunoască adevărata valoare*”. După retraducerea în limba engleză, s-a decis că sensul este schimbat devenind: „I pride myself in my ability to *make people realise their true value*”, ceea ce schimba radical înțelesul inițial al afirmației. S-a reformulat itemul astfel: „*Mă mândresc cu abilitatea mea de a-i pune pe oameni la punct*”. Formularea vine în conformitate cu mecanismul de apărare pe care îl măsoară (devalorizarea).

Itemul 25 (“I can keep the lid on my feelings if letting them out would interfere with what I’m doing”) a fost tradus inițial în forma „*Pot să-mi stăpânesc sentimentele în situația în care, dacă le-aș da frâu liber, acestea nu ar fi compatibile cu activitatea mea*”. Această versiune a itemului s-a dovedit greu de înțeles de către șase dintre participanți, motiv pentru care a fost reformulat în varianta: „*Pot să-mi stăpânesc sentimentele în situația în care, dacă le-aș da frâu liber, acestea mi-ar afecta munca*”. Formularea este în acord cu mecanismul de apărare pe care îl măsoară (supresia).

### 2.7.6 Procedura pentru validarea DSQ40

Pentru analiza datelor parametrice ale versiunii în limba română a DSQ40, chestionarul a fost aplicat pe 110 pacienți cu boli cronice la Spitalul Clinic Județean Sibiu (patru secții) și Spitalul CFR Sibiu (o secție), în luna februarie 2011 (timp de 2 săptămâni). Pentru această etapă au fost formulate cereri de acces în cele două spitale, semnate de fiecare dintre medicii șefi de secții și managerul general. Chestionarul a fost aplicat pacienților în grup (în salonul de spital), în prezența cercetătorului. Participarea la studiu a fost voluntară; toți pacienții care au participat au semnat un consimțământ informat. Completarea chestionarului a avut loc în intervalul orar 15:30 – 17:30 pentru a evita perturbarea programului de tratament și intervenții medicale.

### 2.7.7 Prezentarea rezultatelor pentru măsurătorile parametrice DSQ40

Din totalul de 110 chestionare au fost invalidate 9 chestionare pentru date incomplete, astfel că analiza statistică a fost făcută pentru 101 participanți.

#### Analiza de consistență internă pentru itemii DSQ40

Rezultatele testului alfa Chronbach pentru analiza fidelității itemilor scalei este prezentată în tabelul următor

*Consistența internă a itemilor (Fidelitate - Alpha Chronbach – DSQ 40 itemi)*

Alpha Cronbach	N
0,870	40



Consistența internă a itemilor (Fidelitate -  
Alpha Chronbach – DSQ 40 itemi)

Alpha Cronbach	N
----------------	---

Fidelitatea itemilor DSQ40 a fost măsurată și prin metoda split half, rezultatele fiind prezentate în următor.

Split half – DSQ 40 itemi

Alpha Cronbach	Partea 1	Valoare	<b>0,741</b>
		N itemi	20 <sup>a</sup>
	Partea 2	Valoare	<b>0,790</b>
		N itemi	20 <sup>b</sup>
	Total N itemi		40
Corelație între forme		0,783	
Coeficient Spearman-Brown		Lungime egală	0,878
		Lungime inegală	0,878
Coeficient Guttman Split-Half		<b>0,875</b>	

a. Itemi partea 1: DSQ\_i1, DSQ\_i2, DSQ\_i3, DSQ\_i4, DSQ\_i5, DSQ\_i6, DSQ\_i7, DSQ\_i8, DSQ\_i9, DSQ\_i10, DSQ\_i11, DSQ\_i12, DSQ\_i13, DSQ\_i14, DSQ\_i15, DSQ\_i16, DSQ\_i17, DSQ\_i18, DSQ\_i19, DSQ\_i20.

b. Itemi partea 2: DSQ\_i21, DSQ\_i22, DSQ\_i23, DSQ\_i24, DSQ\_i25, DSQ\_i26, DSQ\_i27, DSQ\_i28, DSQ\_i29, DSQ\_i30, DSQ\_i31, DSQ\_i32, DSQ\_i33, DSQ\_i34, DSQ\_i35, DSQ\_i36, DSQ\_i37, DSQ\_i38, DSQ\_i39, DSQ\_i40.

**Analiza de consistență internă pentru factorii DSQ40**

Analiza de fidelitate a fost efectuată și pentru fiecare factor al scalei (stiluri defensive), prin metoda alfa Chronbach și split-half.

**STILUL MATUR**

Fidelitate statistică (stil matur)

Alpha Cronbach	N itemi
<b>0,701</b>	8

Rezultatele analizei de fidelitate a subscalei Stil Matur prin metoda split-half sunt prezentate în tabelul următor.

Fidelitate statistică Split Half – Stil Matur

Alpha Cronbach	Partea 1	Valoare	0,508
		N itemi	4 <sup>a</sup>
	Partea 2	Valoare	0,462
		N itemi	4 <sup>b</sup>
	Total N itemi		8
Corelație între forme		0,638	
Spearman-Brown Coefficient		Lungime egală	0,779
		Lungime inegală	0,779
Coeficient Guttman Split-Half		<b>0,776</b>	

a. Itemii au fost: DSQ\_i2, DSQ\_i3, DSQ\_i5, DSQ\_i25.

*Fidelitate statistică Split Half – Stil Matur*

Alpha Cronbach	Partea 1	Valoare	0,508
		N itemi	4 <sup>a</sup>
	Partea 2	Valoare	0,462
		N itemi	4 <sup>b</sup>
	Total N itemi		8
Corelație între forme		0,638	
Spearman-Brown Coefficient		Lungime egală	0,779
		Lungime inegală	0,779
Coeficient Guttman Split-Half		<b>0,776</b>	

a. Itemii au fost: DSQ\_i2, DSQ\_i3, DSQ\_i5, DSQ\_i25.

b. Itemii au fost: DSQ\_i26, DSQ\_i30, DSQ\_i35, DSQ\_i38.

Rezultă un coeficient robust Guttman split-half pentru subscala Stil Matur.

### STILUL NEVROTIC

Pentru Stilul Nevrotic rezultatele testului de consistență internă alfa Chronbah a subscalei sunt prezentate în tabelul următor.

*Fidelitate statistică (Stil Nevrotic)*

Alpha Cronbach	N itemi
<b>0,566</b>	8

Rezultatele analizei de fidelitate a subscalei Stil Nevrotic prin metoda split-half sunt prezentate în tabelul următor.

*Fidelitate statistică (Split Half - Stil Nevrotic)*

Alpha Cronbach	Part 1	Valoare	0,321
		N itemi	4 <sup>a</sup>
	Part 2	Valoare	0,379
		N itemi	4 <sup>b</sup>
	Total N itemi		8
Corelație între forme		0,463	
Coefficient Spearman-Brown		Lungime egală	0,633
		Lungime inegală	0,633
Coeficient Guttman Split-Half		<b>0,631</b>	

a. Itemi: DSQ\_i1, DSQ\_i7, DSQ\_i21, DSQ\_i24.

b. Itemi: DSQ\_i28, DSQ\_i32, DSQ\_i39, DSQ\_i40.

Se constată un coeficient Guttman split-half bun, dar mai slab decât pentru subscala Stil Matur, rezultate asemănătoare fiind înregistrate și pentru versiunea originală a scalei.

### STIL IMATUR

Pentru Stilul Imatur rezultatele testului de consistență internă alfa Chronbah a subscalei sunt prezentate în tabelul următor.

Fidelitate statistică (Stil Imatur)

Alpha Cronbach	N Itemi
<b>0,820</b>	24

Rezultatele analizei de fidelitate a subscalei Stil Imatur prin metoda split-half sunt prezentate în tabelul următor.

Fidelitate statistică (Split Half - Stil Imatur)

Alpha Cronbach	Partea 1	Valoare	<b>0,664</b>
		N itemi	12 <sup>a</sup>
	Partea 2	Valoare	<b>0,710</b>
		N itemi	12 <sup>b</sup>
Total N itemi			24
Corelație între forme			0,723
Coeficient Spearman-Brown	Lungime egală		0,839
	Lungime inegală		0,839
Coeficient Guttman Split-Half			<b>0,836</b>

a. Itemi: DSQ\_i4, DSQ\_i6, DSQ\_i8, DSQ\_i9, DSQ\_i10, DSQ\_i11, DSQ\_i12, DSQ\_i13, DSQ\_i14, DSQ\_i15, DSQ\_i16, DSQ\_i17.

b. Itemi: DSQ\_i18, DSQ\_i19, DSQ\_i20, DSQ\_i22, DSQ\_i23, DSQ\_i27, DSQ\_i29, DSQ\_i31, DSQ\_i33, DSQ\_i34, DSQ\_i36, DSQ\_i37.

Se constată un coeficient Guttman split-half foarte bun. Rezultatele consistenței între mai bune înregistrare pentru subscala stil Imatur se datorează unui număr suficient de mare de itemi (24 itemi) față de celelalte două subscale (câte 8 itemi).

Am testat ipoteza de nul pentru diferențe între femei/bărbați pacienți cronici, pentru a stabili dacă pentru studiul 3 se vor utiliza comparații ale grupului pacienților cu DT cu întreg grupul pacienților cronici. Rezultatele statistice sunt prezentate în următor.

Diferențe femei/bărbați la pacienții cu boli cronice pentru subscalele DSQ40

Scor DSQ 40	Stil Matur		Stil Nevrotic		Stil Imatur	
	Variante omogene asumate	Variante omogene neasumate	Variante omogene asumate	Variante omogene neasumate	Variante omogene asumate	Variante omogene neasumate
<b>Test Levene</b> pentru variante omogene	2,684		0,001		0,021	
	0,105		0,980		,885	
<b>Test t</b> pentru egalitatea mediilor	-2,163	-2,207	-0,539	-0,540	-0,404	-0,400
	99	98,785	99	96,812	99	91,320
	<b>0,033</b>	<b>0,030</b>	0,591	0,590	0,687	0,690

Rezultatele arată că se respinge ipoteza de nul pentru stilul matur, ceea ce indică diferențe la nivelul acestui factor pentru femei/bărbați pacienți cu boli cronice.

S-a realizat analiza diferențelor femei/bărbați pacienți cronici pentru factorii DSQ40 (stil defensiv) și pentru cele 20 mecanisme de apărare. Au fost utilizate teste neparametrice având în vedere că distribuția cazurilor nu este normală. Rezultatele analizei statistice pentru teste neparametrice măsurând diferenței între femei – bărbați pacienți cu boli cronice sunt prezentate în tabelul următor.

## Analiza parametrică pentru DSQ40

Din analiza datelor rezultă consistență internă foarte bună a celor 40 itemi DSQ40 atât pentru coeficientul Alpha Chronbach ( $\alpha = 0,87$ ), cât și Split half (Guttman Split-Half = 0,875; ( $\alpha$  partea 1 = 0,741;  $\alpha$  partea 2 = 0,790).

Analiza consistenței interne pentru cei trei factori supraordonați ai scalei arată rezultate robuste pentru stilul matur Stil Matur ( $\alpha = 0,701$ ; Guttman Split-Half = 0,776) și pentru factorul Stil Imatur ( $\alpha = 0,820$ ; Guttman Split-Half = 0,836). Pentru factorul Stil Nevrotic, datele indică o consistență internă mai puțin robustă ( $\alpha = 0,566$ ; Guttman Split-Half = 0,631). Valorile obținute sunt asemănătoare celor prezentate de Andrews, Singh și Bond (1993) care prezintă următoarele rezultate: pentru Stil Imatur  $\alpha = 0,80$ ; pentru Stil Matur  $\alpha = 0,59$ , iar pentru Stil Nevrotic  $\alpha = 0,54$ . Numărul relativ mic de itemi pentru stilurile Nevrotic și Matur (8 pentru fiecare factor) poate fi o cauză a consistenței mai scăzute față de stilul Imatur (20 itemi).

### Statistica testului

Scor DSQ 40	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Sublimare	1155,500	2695,500	-0,750	0,453
Umor	938,000	2478,000	-2,238	0,025
Anticipare (unidirecțional)	981,000	2521,000	-1,945	0,052
Supresie	1115,000	2655,000	-1,026	0,305
Anulare	1260,000	2800,000	-0,034	0,973
Pseudo-altruism	1033,500	2573,500	-1,593	0,111
Idealizare (unidirecțional)	1005,500	2086,500	-1,779	0,075
Formarea reacției (unidirecțional)	1024,000	2564,000	-1,652	0,099
Proiecție	1097,000	2178,000	-1,151	0,250
Agresivitate pasiva	1222,000	2303,000	-0,294	0,769
Acțiuni	1198,500	2279,500	-0,455	0,649
Izolare (unidirecțional)	1027,500	2567,500	-1,626	0,104
Devalorizare	1049,500	2130,500	-1,478	0,139
Fantezie autistă	963,500	2503,500	-2,062	0,039
Negare	1264,000	2345,000	-0,007	0,995
Înlocuire	1206,000	2287,000	-0,405	0,685
Disociere	1197,000	2737,000	-0,466	0,641
Scindare	1222,500	2762,500	-0,292	0,770
Raționalizare	1064,500	2604,500	-1,373	0,170
Somatizare	1233,500	2773,500	-0,216	0,829
Stil Matur (unidirecțional)	1028,500	2568,500	-1,614	0,107
Factor Nevrotism	1242,000	2782,000	-0,157	0,875
Factor Imaturitate	1259,000	2799,000	-0,041	0,967

a. Variabila de grupare: Sex

Deși autorii chestionarului prezintă în studiul de validare și datele cu privire la consistența internă a itemilor pentru fiecare mecanism de apărare, considerăm că acestea nu ar fi reprezentative deoarece fiecare mecanism de apărare este evaluat doar prin doi itemi.

Testul *t* pentru diferența mediilor femei/bărbați pacienți cronici a respins ipoteza nulă pentru stilul Imatur, astfel că au fost analizate diferențele femei/bărbați pentru toate mecanismele de apărare ale DSQ40, utilizând teste neparametrice (Mann-Whitney).

În ceea ce privește diferențele între femei / bărbați, s-au obținut rezultate semnificative

pentru următoarele mecanisme de apărare: umor, anticipare și fantezie autistă (bidirecțional), scoruri mai mari obținând femeile; anticipare, idealizare, izolare și Stil Imatur (unidirecțional), scoruri mai mari obținând de asemenea femeile.

## **2.8 Studiul 3 – Analiza dimensiunilor psihologice specifice la pacienți cu DT**

### **2.8.1 Obiective specifice**

- *Analiza comparativă a stilului defensive la pacienți cu DT și pacienți cu alte boli cronice.*
- *Evaluarea nivelului depresiei și anxietății, schemelor cognitive, atitudinilor și convingerilor, profilului distresului afectiv, gândurilor automate negative și stilului defensiv la pacienți cu DT.*
- *Analiza strategiilor cognitive, dinamicii emoțiilor și stilul defensiv, în raport cu vechimea bolii la pacienții cu DT pentru care se înregistrează comorbiditate depresiv-anxioasă.*
- *Identificarea unor dimensiuni specifice de screening și evaluare psihologică pentru pacienții cu DT*
- *Identificarea unor direcții psihoterapeutice pentru integrarea psihoterapiei în schema de tratament la pacienții cu DT.*

### **2.8.2 Ipoteze specifice**

- *Stilul defensiv al pacienților cu DT este similar celui al pacienților cu alte boli cronice.*
- *Depresia și anxietatea sunt prezente la pacienții cu DT, indiferent de categoria nosologică.*
- *Depresia și anxietatea scad odată cu vechimea bolii la pacienții cu DT.*
- *Pacienții cu DT prezintă scheme cognitive maladaptative în raport cu populația nonclinică.*
- *Pacienții cu hipotiroidism prezintă atitudini și convingeri iraționale de tipul catastrofării și auto-devalorizării, în timp ce pacienții hipertiroidieni vor prezenta atitudini și convingeri iraționale de tipul toleranței scăzute la frustrare și cerințe categorice.*
- *Pacienții cu DT prezintă distres afectiv indiferent de vechimea bolii.*
- *La pacienții cu DT nivelul gândurilor automate negative corelează cu stilul defensiv.*

### **2.8.3 Descrierea lotului de participanți la studiul 3**

S-a realizat eșantionare multifazică. Într-o primă fază s-a folosit o eșantionare prin aplicare de criterii de selecție. Populația a cuprins 3174 pacienți cu disfuncții tiroidiene (2645 pacienți proveniți din evidentele medicale ale clinicii de Boli Endocrine a Spitalului Clinic Județean Sibiu în perioada 01 octombrie 2007 – 01 septembrie 2010 și 529 pacienți aflați în registrele de evidență a cabinetului Beldean Med Sibiu în perioada 01 ianuarie 2010 – 30 aprilie 2010. În urma aplicării primului set de criterii de selecție a rezultat un eșantion neprobabilistic de 2430 participanți. S-a realizat în continuare eșantionare probabilistică aplicând selecție sistematică cu pas de numărare 10 cu start aleatoriu. A rezultat un eșantion de 243 participanți care au fost contactați telefonic pentru participarea la cercetare. Au răspuns invitației 78 participanți care au fost intervievați conform planului de cercetare. În urma interviului semistrukturat au fost selectați pentru continuarea studiului 33 participanți (23 pacienți cu hipotiroidism, 10 pacienți cu hipertiroidism) care au îndeplinit toate criteriile cercetării.

### **2.8.4 Design**

Studiul a fost unul predictiv utilizând teste și chestionare standardizate și interviu psihologic semistrukturat. Rezultatele au fost interpretate calitativ și cantitativ, rezultând o

descriere a particularităților cognițiilor, profilului stresului afectiv, stilului defensiv și tulburărilor anxioasă și depresivă la pacienți cu disfuncții tiroidiene. Datele obținute au făcut subiectul unui studiu corelativ, în vederea identificării unor posibile legături între mai multe variabile: scheme cognitive, anxietate, depresie, stres afectiv și stil defensiv. Studiul corelațiilor pe grupuri independente care investighează legătura dintre stilul defensiv la pacienți cu disfuncții de tiroidă și stilul defensiv la pacienți cu boli cronice.

## 2.8.5 Procedura

Studiul s-a desfășurat în perioada februarie – aprilie 2011, în secția Endocrinologie și un cabinet psihologic (practică privată). Pacienții care au acceptat participarea la studiu au semnat un consimțământ informat și au fost evaluați individual prin interviu psihologic semistrukturat și cele șapte scale psihologice prezentate anterior. Pe parcursul interviului și testării au fost făcute note de observație privind comportamentul participantului. Evaluarea a durat în medie două ore pentru fiecare pacient.

## 2.8.6 Prezentarea rezultatelor

### Diferențe între mediile DSQ40 la grupul pacienților cu boli cronice cu grupul pacienților cu DT

Având în vedere rezultatele obținute pentru femei – bărbați cu boli cronice, în analiza comparativă cu pacienți cu DT (31 femei), au fost selectate numai cazurile de femei cu boli cronice. Rezultatele sunt prezentate în tabelul următor.

*Diferență medii mecanisme de apărare și stil defensiv la femei cu boli cronice comparativ cu femei cu DT*

Scor DSQ 40	F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Dif. medii	Dif. eroare std.	Min.	Max.
Sublimare	0,59	0,442	2,84	<b>0,006</b>	1,24	0,43	0,37	2,12
Umor	3,51	0,065	0,07	0,940	0,03	0,46	-0,89	0,96
Anticipare	0,39	0,530	4,39	<b>0,000</b>	1,70	0,38	0,93	2,47
Supresie	5,95	0,017	0,25	0,802	0,13	0,53	-0,92	1,19
Anulare	0,11	0,737	-0,42	0,670	-0,24	0,57	-1,40	0,90
Pseudo-altruism	0,64	0,426	0,98	0,329	0,42	0,43	-0,43	1,28
Idealizare	0,32	0,569	0,11	0,911	0,05	0,53	-1,01	1,12
Formarea reacției	1,73	0,191	-1,95	<b>0,054</b>	-0,78	0,40	-1,58	0,01
Scor DSQ 40, Proiecție	0,56	0,454	0,67	0,504	0,35	0,52	-0,69	1,40
Agresivitate pasiva	0,00	0,974	1,94	<b>0,055</b>	0,97	0,49	-0,02	1,96
Acțiune	0,08	0,766	0,26	0,794	0,15	0,60	-1,04	1,35
Izolare	0,05	0,808	1,73	0,087	0,88	0,50	-0,13	1,89
Devalorizare	0,12	0,725	-2,46	<b>0,016</b>	-1,24	0,50	-2,25	-0,24
Fantezie autistă	0,00	0,990	1,77	0,079	0,99	0,56	-0,12	2,11
Negare	0,92	0,339	-0,12	0,901	-0,06	0,51	-1,09	0,96
Înlocuire	0,58	0,448	0,33	0,740	0,18	0,56	-0,93	1,31
Disociere	0,57	0,451	0,67	0,502	0,33	0,49	-0,65	1,32
Scor DSQ 40, Scindare	0,33	0,563	0,75	0,453	0,36	0,48	-0,59	1,32
Raționalizare	0,42	0,518	1,09	0,277	0,49	0,44	-0,40	1,38
Somatizare	1,80	0,183	0,89	0,374	0,50	0,56	-0,61	1,62
Stil Matur	0,63	0,427	2,48	<b>0,015</b>	0,78	0,31	0,15	1,40

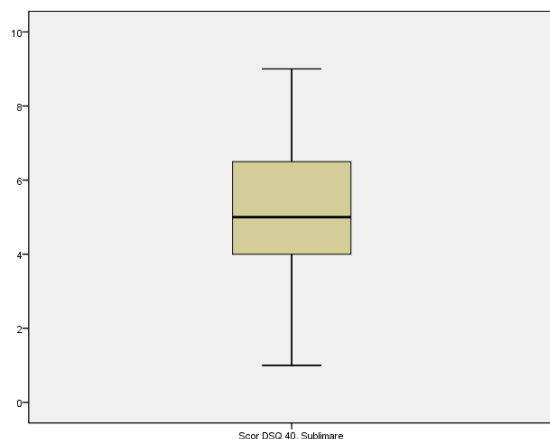
## Screening și evaluare psihologică a pacienților cu disfuncții tiroidiene

Stil Nevrotic	0,21	0,646	-0,45	0,654	-0,13	0,30	-0,74	0,46
Stil Imatur	0,45	0,504	1,07	0,288	0,32	0,30	-0,28	0,93

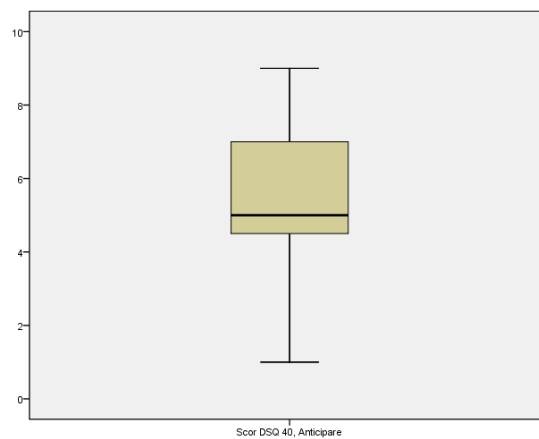
Interval de încredere a diferenței 95%, Varianță egală asumată,  $df=75$

Din datele prezentate reies câteva diferențe semnificative pentru mecanismele de apărare la pacienți cu boli cronice față de pacienți cu DT. Rezultatele semnificative au fost subliniate în tabel și vor fi discutate la capitolul analiza rezultatelor.

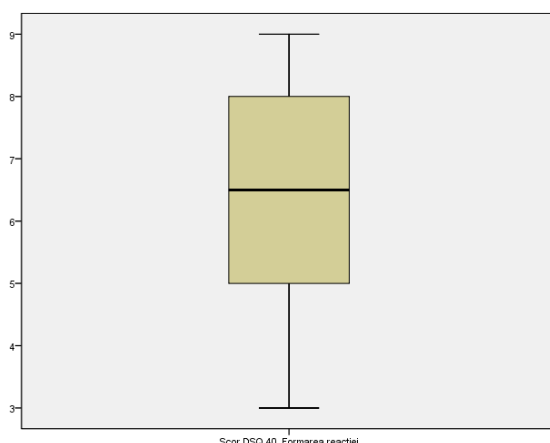
În Figura 1 sunt ilustrate distribuția scorurilor pentru subscalele identificate ca prezentând diferențe semnificative la testul t.



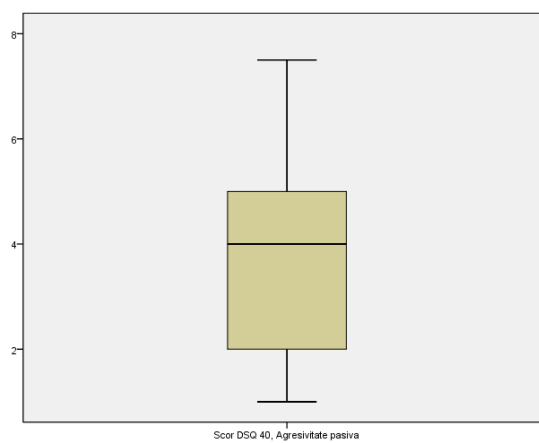
a) Sublimare



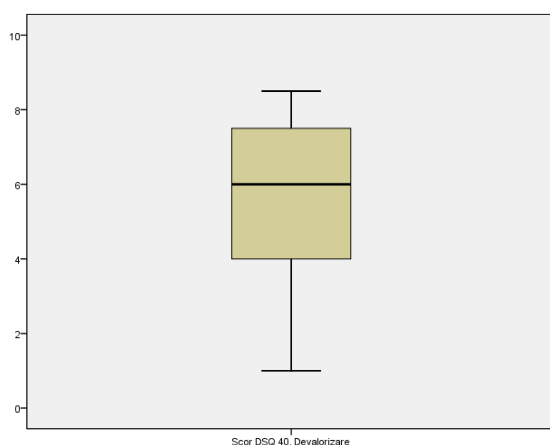
b) Anticipare



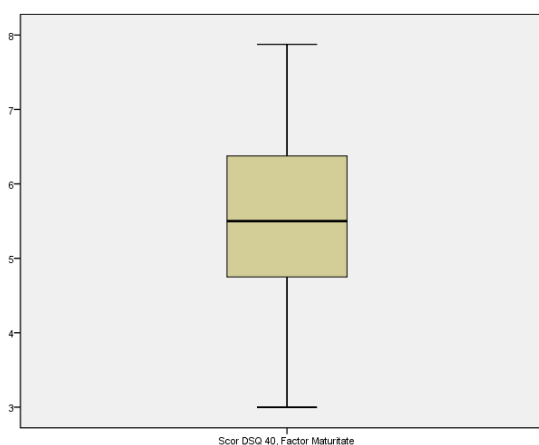
c) Formarea reacției



d) Agresivitate pasivă



e) Devalorizare



f) Factor Maturitate

Figura 1. Distribuția scorurilor DSQ 40 pentru subscalele identificate ca prezentând diferențe semnificative la testul *t*

Având în vedere că distribuția cazurilor nu este complet simetrică, s-au analizat diferențele și prin metoda testelor neparametrice, rezultatele fiind prezentate în **Error! Reference source not found.**

Teste neparametrice pentru diferențe femei cu boli cronice – femei cu DT

Scor DSQ 40	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Sublimare	453,50	949,50	-2,71	0,007
Umor	705,00	1786,00	-0,08	0,933
Anticipare	344,00	840,00	-3,85	0,000
Supresie	662,00	1158,00	-0,53	0,595
Anulare	675,00	1756,00	-0,39	0,691
Pseudo-altruism	605,50	1101,50	-1,12	0,261
Idealizare	706,00	1202,00	-0,07	0,942
Formarea reacției	524,00	1605,00	-1,97	0,048
Proiecție	664,50	1160,50	-0,50	0,613
Agresivitate pasivă	541,00	1037,00	-1,79	0,072
Acțiuni	688,50	1184,50	-0,25	0,798
Izolare	524,50	1020,50	-1,96	0,049
Devalorizare	478,50	1559,50	-2,44	0,014
Fantezie autistă	540,00	1036,00	-1,80	0,071
Negare	706,00	1787,00	-0,07	0,942
Înlocuire	679,50	1175,50	-0,34	0,727
Disociere	662,50	1158,50	-0,52	0,598
Scindare	671,00	1167,00	-0,44	0,658
Raționalizare	556,00	1052,00	-1,63	0,101
Somatizare	646,00	1142,00	-0,69	0,484
Factor Maturitate	492,00	988,00	-2,27	0,022
Factor Nevrotism	649,00	1730,00	-0,66	0,506
Factor Imaturitate	636,50	1132,50	-0,79	0,427

Variabila de grupare: femei cronici - femei tiroidiene

Corelația între stilul defensiv și vârsta participanților în raport cu grupul pacienților cronici vs pacienți cu DT (Spearman's rho; 0=pacienți cronici, n=101; 1=pacienți DT, n=33):

Corelații între vârstă și stilul defensiv la pacienți cu boli cronice și pacienți cu DT

Scor DSQ 40		Stil Matur	Stil Nevrotic	Stil Imatur
Vârsta pacienți cronici	Coeficient de corelație	0,154	0,099	0,289**
	Sig. (2-tailed)	0,123	0,323	0,003
Vârsta pacienți DT	Coeficient de corelație	-0,213	0,220	0,113
	Sig. (2-tailed)	0,234	0,218	0,530



\*\* p < 0.01

Din analiza corelațiilor semnalate în **Error! Reference source not found.**, se constată o legătură directă semnificativă între vârsta pacienților cu boli cronice și stilul defensiv imatur (Spearman's rho=0,289, p=0,003). În cazul grupului pacienților cu DT, nu se mai înregistrează această corelație. Pacienții cu DT înregistrează scoruri mai mari

### Diferențe înregistrate pentru dimensiunile psihologice evaluate la grupurile pacienți hipotiroidieni / pacienți hipertiroidieni.

- *Diferențe pentru scalele anxietate și depresie*

Pentru analiza tuturor diferențelor s-au utilizat teste neparametrice (Test Mann-Whitney), având în vedere numărul mic de participanți pentru cele două categorii nosologice (hipotiroidism 23 participanți, hipertiroidism 10 participanți). În tabelul următor se prezintă rezultatele pentru teste neparametrice privind diferențe între grupurile pacienților hipotiroidieni și hipertiroidieni.

*Statistica teste neparametrice pentru pentru scalele anxietate și depresie*

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Scor Hamilton Anxietate	113,000	168,000	-0,079	<b>0,937</b>	0,954*
Scor Hamilton Depresie	98,500	374,500	-0,648	<b>0,517</b>	0,524*

Variabila de grupare: Disfuncție tiroidiană; \* fără corecție

Se observă că nu există o diferență semnificativă între grupurile hipertiroidian – hipotiroidian în ceea ce privește scalele anxietate și depresie.

- *Diferențe pentru scalele DSQ40*

Tabelul următor prezintă rezultatele pentru teste neparametrice privind diferențe între grupurile pacienților hipotiroidieni și hipertiroidieni, în ceea ce privește mecanismele de apărare și stilul defensiv.

*Statistica testului pentru scala DSQ40*

Scor DSQ 40	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]*
Sublimare	110,00	165,00	-0,197	0,843	0,862
Umor	111,50	166,50	-0,138	0,890	0,893
Anticipare	108,50	384,50	-0,258	0,797	0,802
Supresie	91,00	367,00	-0,945	0,345	0,363
Anulare	80,50	356,50	-1,368	0,171	0,180
Pseudo-altruism	113,50	168,50	-0,059	0,953	0,954
Idealizare	85,00	361,00	-1,180	0,238	0,253
Formarea reacției	105,00	160,00	-0,394	0,694	0,714
Proiecție	96,00	151,00	-0,748	0,454	0,475
Agresivitate pasivă	105,50	160,50	-0,375	0,707	0,714
Acțiuni	83,50	359,50	-1,242	0,214	0,221
<b>Izolare (unidirecțional)</b>	<b>72,00</b>	<b>127,00</b>	<b>-1,695</b>	<b>0,090</b>	<b>0,096</b>
Devalorizare	85,00	140,00	-1,181	0,238	0,253
Fantezie autistă	98,00	153,00	-0,676	0,499	0,524

Negare	99,00	375,00	-0,628	0,530	0,550
Înlocuire	101,00	156,00	-0,552	0,581	0,603
Disociere	102,00	157,00	-0,511	0,609	0,630
Scindare	81,00	357,00	-1,367	0,172	0,193
Raționalizare	101,00	156,00	-0,555	0,579	0,603
Somatizare	93,00	148,00	-0,869	0,385	0,406
Factor Maturitate	109,50	385,50	-0,216	0,829	0,832
Factor Nevrotism	88,50	364,50	-1,039	0,299	0,305
Factor Imaturitate	105,00	160,00	-0,392	0,695	0,714

Variabila de grupare: Disfuncție tiroidiană; \* Valori necorectate

*Reiese o diferență între pacienți cu hipertiroidism / hipotiroidism în ceea ce privește mecanismle de apărare doar pentru izolare (unidirecțional) ca mecanism de apărare imatur, scor mai mare obținând pacienții cu hipotiroidism (pentru lotul studiat).*

- *Diferențe pentru scalele ABS2*

Tabelul următor prezintă rezultatele pentru teste neparametrice privind diferențe între grupurile pacienților hipotiroidieni și hipertiroidieni, în ceea ce privește scala de atitudini și convingeri ABS2.

*Statistica testului pentru scala ABS2*

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]*
Cerințe absolutiste	112,50	167,50	-0,09	0,922	0,923
Evaluare globală negativă	105,50	160,50	-0,37	0,710	0,714
Toleranță scăzută la frustrare	96,50	151,50	-0,72	0,468	0,475
Catastrofare	106,00	161,00	-0,35	0,724	0,743
Trebuințe confort	113,50	389,50	-0,05	0,953	0,954
Realizare	92,50	147,50	-0,88	0,376	0,384
Aprobare	99,50	154,50	-0,60	0,543	0,550
Iraționalitate	112,00	167,00	-0,11	0,906	0,923
Raționalitate	92,50	147,50	-0,88	0,378	0,384
Scor ABS2	98,50	153,50	-0,64	0,518	0,524

Variabila de grupare: Disfuncție tiroidiană; \* Valori necorectate

*În ceea ce privește profilul atitudinilor și convingerilor, nu se înregistrează nici o diferență semnificativă pentru pacienți cu hipertiroidism / hipotiroidism (pentru lotul studiat).*

- *Diferențe pentru scala ATQ*

Rezultatele analizei rangurilor pentru scala ABS2 la cele două grupuri sunt prezentate în tabelul 46.

*Tabel 3. Ranguri testul Mann-Whitney pentru scala ATQ*

	Disfuncție tiroidiană	N	Media rangurilor	Suma rangurilor
<b>Gânduri automate negative</b>	hipotiroidism	23	17,09	393,00
	hipertiroidism	10	16,80	168,00

Tabelul 47 prezintă rezultatele pentru teste neparametrice privind diferențe între grupurile pacienților hipotiroidieni și hipertiroidieni, în ceea ce privește scala ATQ.

Tabel 4. Statistica testului pentru scala ATQ

	Gânduri automate negative
Mann-Whitney U	113,000
Wilcoxon W	168,000
Z	-0,078
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,938
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0,954*

Variabila de grupare: Disfuncție tiroidiană; \* Valori necorectate

Nu există o diferență semnificativă statistic în ceea ce privește gândurile automate negative și disfuncția tiroidiană (hipotiroidism / hipertiroidism), pentru lotul studiat.

- *Diferențe pentru scala PDA*

Tabelul următor prezintă rezultatele pentru teste neparametrice privind diferențe între grupurile pacienților hipotiroidieni și hipertiroidieni, în ceea ce privește scala PDA.

Statisticile testului pentru scala PDA

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2x(1-tailed Sig.)]*
Emoții pozitive	107,50	383,50	-0,29	0,769	0,773
Emoții negative disfuncționale	94,00	149,00	-0,82	0,410	0,428
Emoții negative funcționale	99,00	154,00	-0,62	0,530	0,550
Scor Profil distres afectiv	102,00	157,00	-0,50	0,610	0,630

Variabila de grupare: Disfuncție tiroidiană; \* Valori necorectate

În ceea ce privește profilul distresului afectiv nu se înregistrează diferențe semnificative statistic între pacienți cu hipertiroidism și pacienți cu hipotiroidism.

- *Diferențe pentru scala YSQ-S3*

Tabelul următor prezintă rezultatele pentru teste neparametrice privind diferențe între grupurile pacienților hipotiroidieni și hipertiroidieni, în la scala YSQ-S3.

Statisticile testului pentru scala YSQ-S3

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2x(1-tailed Sig.)]*
Privațiune emoțională	111,00	387,00	-0,157	0,875	0,893
Abandon / Instabilitate	110,50	165,50	-0,178	0,859	0,862
Neîncredere / Abuz	94,00	149,00	-0,827	0,408	0,428
Izolarea socială / Înstrăinare	85,00	140,00	-1,194	0,232	0,253
Deficiență / Rușine	93,00	148,00	-0,884	0,377	0,406
Eșec	92,50	147,50	-0,885	0,376	0,384

Dependență / Incompetență	81,00	136,00	-1,335	0,182	0,193
Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale	100,50	155,50	-0,571	0,568	0,576
Protecționism / Personalitate atrofiată	90,50	366,50	-0,964	0,335	0,343
Subjugare	82,00	358,00	-1,304	0,192	0,207
Sacrificiu de sine	100,50	155,50	-0,570	0,569	0,576
Inhibiție emoțională / Autocontrol exagerat	106,00	161,00	-0,353	0,724	0,743
Standarde nerealiste / Exigență	113,50	389,50	-0,059	0,953	0,954
Revendicarea drepturilor personale / Dominanță	99,00	375,00	-0,629	0,529	0,550
Lipsă de autocontrol și autodisciplină	96,00	372,00	-0,747	0,455	0,475
Indezirabilitate socială / Nevoia de aprobare	97,50	373,50	-0,686	0,493	0,499
Negativism / Pasivitate	108,50	384,50	-0,255	0,799	0,802
Pedepsire	112,50	388,50	-0,098	0,922	0,923

Variabila de grupare: Disfuncție tiroidiană; \* Valori necorectate

*În ceea ce privește schemele cognitive nu se înregistrează diferențe semnificative între pacienții cu hipertiroidism și pacienții cu hipotiroidism, pentru lotul studiat.*

*Având în vedere rezultatele prezentate în ceea ce privește diferențele existente între grupul pacienților hipotiroidieni și cel al pacienților hipertiroidieni, analiza ulterioară a corelațiilor între scalele utilizate a fost făcută considerând pacienții cu DT un singur grup (N = 33).*

### **Corelații între dimensiunile psihologice evaluate la pacienți cu DT**

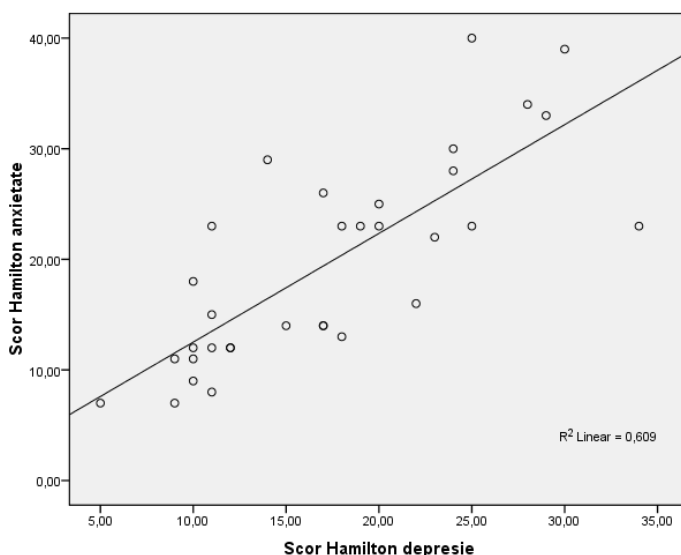
- *Corelații anxietate – depresie HRSA - HRSD*

În tabelul următor sunt prezentate rezultatele pentru testul de corelație dintre scalele Anxietate și Depresie la pacienți cu DT.

#### *Corelații anxietate – depresie la pacienți cu DT*

		<b>Scor Hamilton Anxietate</b>	<b>Scor Hamilton Depresie</b>
<b>Scor Hamilton anxietate</b>	Corelație Pearson	1	<b>0,780**</b>
	Sig. (2-tailed)		0,000

\*\* p < 0,01, N=33



Grafic de corelație anxietate – depresie pentru pacienți cu DT

Așa cum ne așteptam, există o corelație puternic pozitivă (explică 60% din cazuri) între nivelul anxietății și al depresiei pentru pacienții cu DT, cele două tulburări înregistrându-se concomitent atât la pacienții cu hipotiroidism cât și cu hipertiroidism.

• Corelații anxietate – depresie în funcție de vechimea bolii la pacienți cu DT

S-a analizat și corelația scalelor anxietate – depresie cu vechimea bolii la pacienți cu DT, presupunându-se că intervenția medicamentoasă ar putea influența semnificativ nivelul anxietate/depresie în sensul scăderii nivelului pentru ambele scale.

Tabel 5. Corelații depresie și anxietate cu vechimea bolii

		Scor Hamilton anxietate	Scor Hamilton depresie	Vechimea bolii
Scor Hamilton anxietate	Corelație Pearson	1	0,780**	<b>-0,025</b>
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,891
Scor Hamilton depresie	Corelație Pearson		1	<b>-0,217</b>
	Sig. (2-tailed)			0,225

\*\* p < 0,01 , N =33

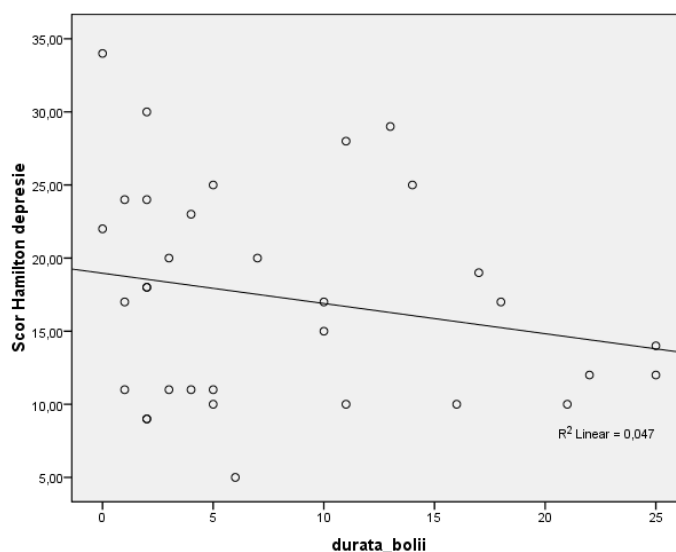


Figura 2. Corelație depresie – vechimea bolii la pacienți cu DT

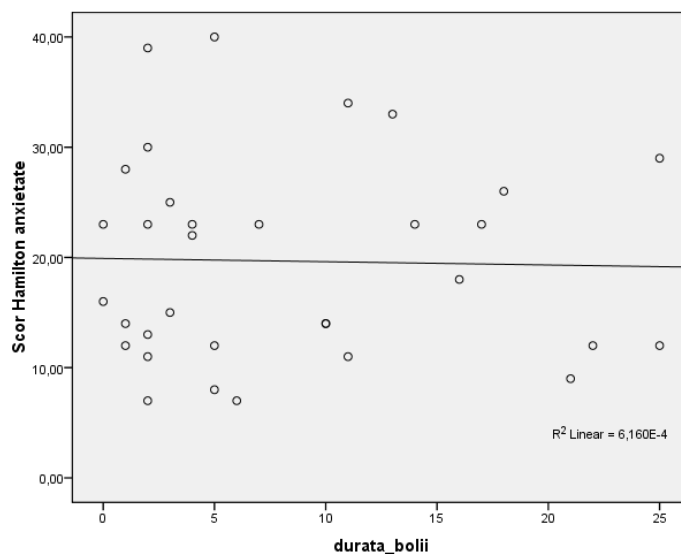


Figura 3. Corelație anxietate – vechimea bolii la pacienți cu DT

Așa cum reiese atât din valorile prezentate, nu se înregistrează o corelație semnificativă statistic între nivelul depresiei și vechimea bolii pentru pacienți cu DT, ceea ce denotă o păstrare a nivelului depresiei aproximativ constant pe durata bolii. Există o ușoară tendință de scădere la vechime mai mare a bolii, însă scăderea nu are semnificație clinică, păstrându-se același tablou al tulburării de stare. De asemenea se observă că nu se înregistrează corelație a nivelului de anxietate cu vechimea bolii. Pacienții cu DT păstrează un nivel la limita dintre clinic și subclinic al intensității tulburării anxioase.

- Corelații YSQ-S3 în funcție de vechimea bolii la pacienți cu DT

În următoarele două tabele sunt prezentate corelațiile pentru subscalele YSQ-S3 la pacienți cu DT cu o vechime a bolii mai mică de 6 ani, respectiv mai mare de 6 ani. Împărțirea în cele două perioade ale vechimii bolii s-a realizat prin calcularea mediane pentru perioada de la diagnosticare. O discuție mai detaliată este prezentată la analiza rezultatelor pentru studiul 3.

Tabel 6. Corelații YSQ-S3 în funcție de vechime a bolii la pacienți cu DT (mai mică de 6 ani)

		ED	AB	MA	SI	DS	FA	DI	VH	EM	SB	SS	EI	US	ET	IS	AS	NP	PU	YSQ-S3
<b>ED</b>	Pearson	1	,79**	,54*	,66**	,58*	,50*	,39	,57*	,58*	,69**	,35	,48*	,77**	,66**	,85**	,62**	,71**	,66**	,81**
	Sig.		,000	,019	,003	,011	,031	,10	,013	,010	,001	,148	,043	,000	,003	,000	,005	,001	,003	,000
<b>AB</b>	Pearson		1	,77**	,79**	,78**	,59**	,48*	,80**	,53*	,81**	,24	,65**	,81**	,66**	,74**	,68**	,84**	,80**	,91**
	Sig.			,000	,000	,000	,009	,040	,000	,023	,000	,332	,003	,000	,003	,000	,002	,000	,000	,000
<b>MA</b>	Pearson			1	,73**	,71**	,46	,44	,79**	,46	,76**	,43	,67**	,72**	,47*	,50*	,48*	,67**	,65**	,78**
	Sig.				,001	,001	,053	,066	,000	,053	,000	,070	,002	,001	,047	,032	,041	,002	,003	,000
<b>SI</b>	Pearson				1	,85**	,48*	,45	,63**	,53*	,81**	,08	,61**	,67**	,46	,57*	,38	,59**	,70**	,76**
	Sig.					,000	,040	,057	,004	,021	,000	,737	,007	,002	,054	,012	,120	,009	,001	,000
<b>DS</b>	Pearson					1	,52*	,58*	,74**	,43	,79**	,13	,76**	,63**	,41	,52*	,56*	,69**	,71**	,80**
	Sig.						,024	,010	,000	,074	,000	,601	,000	,005	,087	,024	,016	,002	,001	,000
<b>FA</b>	Pearson						1	,89**	,57*	,20	,43	,20	,16	,47*	,05	,26	,44	,46	,45	,57*
	Sig.							,000	,012	,413	,068	,416	,508	,044	,820	,287	,063	,054	,060	,012
<b>DI</b>	Pearson							1	,57*	,15	,45	,12	,28	,32	-,07	,16	,42	,42	,41	,52*
	Sig.								,013	,546	,058	,626	,247	,193	,760	,520	,081	,078	,090	,026
<b>VH</b>	Pearson								1	,34	,72**	,26	,64**	,70**	,42	,46	,71**	,88**	,67**	,83**
	Sig.									,164	,001	,293	,004	,001	,077	,053	,001	,000	,002	,000
<b>EM</b>	Pearson									1	,78**	,17	,40	,54*	,65**	,66**	,51*	,55*	,74**	,66**
	Sig.										,000	,477	,098	,018	,003	,003	,030	,017	,000	,003
<b>SB</b>	Pearson										1	,31	,71**	,70**	,60**	,69**	,69**	,79**	,88**	,90**
	Sig.											,204	,001	,001	,008	,001	,001	,000	,000	,000
<b>SS</b>	Pearson											1	,40	,55*	,31	,42	,35	,34	,31	,41
	Sig.												,100	,016	,207	,083	,151	,156	,202	,085
<b>EI</b>	Pearson												1	,59**	,44	,54*	,52*	,73**	,69**	,73**
	Sig.													,009	,062	,020	,025	,001	,001	,000
<b>US</b>	Pearson													1	,75**	,80**	,64**	,79**	,72**	,86**
	Sig.														,000	,000	,004	,000	,001	,000
<b>ET</b>	Pearson														1	,90**	,68**	,68**	,73**	,72**
	Sig.															,000	,002	,002	,001	,001
<b>IS</b>	Pearson															1	,68**	,74**	,77**	,81**
	Sig.																,002	,000	,000	,000
<b>AS</b>	Pearson																1	,86**	,79**	,84**
	Sig.																	,000	,000	,000
<b>NP</b>	Pearson																	1	,85**	,93**
	Sig.																		,000	,000
<b>PU</b>	Pearson																		1	,92**
	Sig.																			,000
<b>YSQ-S3</b>	Pearson																			1
	Sig.																			

\*\*p < 0.01; \* p < 0.05; Vechimea bolii = mai mica de 6 ani, N = 18

Tabel 7. Corelații YSQ-S3 în funcție de vechime a bolii la pacienți cu DT (mai mare de 6 ani)

		ED	AB	MA	SI	DS	FA	DI	VH	EM	SB	SS	EI	US	ET	IS	AS	NP	PU	YSQ-S3	
<b>ED</b>	Corel. c	1	,88**	,83**	,62*	,83**	,50	,59*	,82**	,77**	,71**	,02	,63*	,40	,61*	,88**	,68**	,89**	,74**	,88**	
	Sig. (2t)	.	,000	,000	,014	,000	,05	,020	,000	,001	,00	,93	,01	,13	,014	,000	,005	,000	,00	,000	
<b>AB</b>	Corel. c		1	,87**	,75**	,83**	,55*	,58*	,75**	,72**	,75**	-,1	,40	,14	,54*	,78**	,62*	,85**	,50	,81**	
	Sig. (2t)	.	.	,000	,001	,000	,03	,024	,001	,002	,00	,60	,136	,61	,035	,001	,013	,000	,055	,000	
<b>MA</b>	Corel. c			1	,66**	,71**	,49	,55*	,69**	,59*	,78**	-,0	,403	,08	,58*	,80**	,73**	,83**	,58*	,81**	
	Sig. (2t)	.	.	.	,006	,003	,06	,032	,004	,020	,00	,74	,136	,76	,022	,000	,002	,000	,023	,000	
<b>SI</b>	Corel. c				1	,64*	,42	,38	,68**	,33	,44	-,2	,32	,16	,51*	,61*	,58*	,63*	,40	,64**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	,010	,113	,161	,005	,227	,095	,29	,236	,56	,049	,014	,022	,011	,137	,010	
<b>DS</b>	Corel. c					1	,53*	,65**	,79**	,64**	,65**	-,1	,56*	,26	,54*	,86**	,66**	,79**	,57*	,80**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	,039	,008	,000	,010	,008	,69	,029	,34	,034	,000	,007	,000	,026	,000	
<b>FA</b>	Corel. c						1	,45	,47	,43	,52*	-,2	,41	,19	,31	,50	,53*	,52*	,60*	,53*	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	,089	,076	,103	,043	,37	,121	,48	,251	,055	,040	,046	,017	,041	
<b>DI</b>	Corel. c							1	,70**	,71**	,46	,25	,34	,15	,27	,64**	,52*	,73**	,48	,72**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	,003	,003	,083	,36	,208	,57	,313	,009	,045	,002	,067	,002	
<b>VH</b>	Corel. c								1	,58*	,51*	-,1	,58*	,12	,43	,78**	,60*	,85**	,61*	,79**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	,021	,048	,67	,023	,65	,109	,000	,016	,000	,015	,000	
<b>EM</b>	Corel. c									1	,73**	,30	,49	,41	,54*	,71**	,61*	,71**	,61*	,80**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,002	,26	,063	,12	,036	,003	,016	,003	,015	,000	
<b>SB</b>	Corel. c										1	,07	,50	,18	,56*	,74**	,77**	,65**	,56*	,73**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,79	,058	,50	,029	,002	,001	,008	,029	,002	
<b>SS</b>	Corel. c											1	,22	,37	,06	,02	,12	-,02	,04	,13	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,430	,17	,811	,944	,647	,927	,881	,628	
<b>EI</b>	Corel. c												1	,43	,56*	,74**	,76**	,62*	,82**	,72**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,10	,030	,001	,001	,013	,000	,002	
<b>US</b>	Corel. c													1	,28	,31	,28	,11	,46	,29	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,299	,251	,305	,690	,081	,280	
<b>ET</b>	Corel. c														1	,78**	,80**	,61*	,69**	,78**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,000	,000	,015	,004	,001	
<b>IS</b>	Corel. c															1	,88**	,91**	,84**	,95**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,000	,000	,000	,000	
<b>AS</b>	Corel. c																1	,73**	,79**	,89**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,002	,000	,000
<b>NP</b>	Corel. c																	1	,76**	,92**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,001	,000
<b>PU</b>	Corel. c																		1	,81**	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,000
<b>YSQ-S3</b>	Corel. c																			1	
	Sig. (2t)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

\*\*p < 0.01; \* p < 0.05; Vechimea bolii = mai mare de 6 ani, N = 15



Având în vedere că stilul defensiv este o dimensiune relativ stabilă pe parcursul vieții, s-a făcut o analiză a corelațiilor DSQ40 cu celelalte dimensiuni psihologice evaluate la pacienți cu DT în cadrul studiului, pentru a determina în ce măsură acesta este asociat cu un profil specific maladaptativ la pacienți cu DT.

- Corelații ale stilului defensiv (DSQ40) cu celelalte dimensiuni psihologice evaluate la pacienții cu DT

În tabelul următor sunt prezentate rezultatele corelațiilor între stilul defensiv și scala de atitudini și convingeri ABS2.

Tabel 8. Corelații stil defensiv (DSQ40) cu ABS2 la pacienți cu DT

		Stil Matur	Stil Nevrotic	Stil Imatur	DEM	SD /GE	LFT	AWF	Treb. confort	Treb. realiz	Treb. A-prob	I	R	Scor ABS2
Stil Matur	Pearson	1	,19	,22	-,45**	-,37*	-,47**	-,44**	-,45**	-,42*	-,4*	-,08	-,73**	-,48**
	Sig.		,279	,210	,008	,034	,005	,009	,007	,015	,020	,635	,000	,005
Stil Nevrotic	Pearson		1	,25	,08	,37*	,12	,29	,21	,29	,23	,41*	-,04	,27
	Sig.			,157	,626	,032	,493	,091	,226	,091	,183	,017	,822	,115
Stil Imatur	Pearson			1	,32	,41*	,39*	,31	,31	,33	,43*	,51**	,06	,41*
	Sig.				,061	,018	,023	,074	,074	,054	,011	,002	,722	,017

\*\*p < 0.01; \* p < 0.05; N = 33

Se observă corelații negative semnificative între stilul defensiv matur și toate cele patru atitudini și convingeri iraționale (cerințe categorice, evaluare globală negativă, toleranță scăzută la frustrare și catastrofare. De asemenea se înregistrează corelații negative semnificative între stilul defensiv matur și nevoia de confort, realizare și aprobare. Cea mai puternică corelație negativă s-a înregistrat între stilul defensiv matur și nivelul de raționalitate. Corelație semnificativă directă s-a obținut între stilul defensiv imatur și subscalele iraționalitate a chestionarului. Cele mai puține corelații se înregistrează pentru stilul nevrotic.

În tabelul următor sunt prezentate rezultatele corelațiilor între stilul defensiv și gândurile automate negative.

Corelații stil defensiv (DSQ40) cu ATQ la pacienți cu DT

	Scor DSQ 40	Factor Maturitate	Factor Nevrotism	Factor Imaturitate	Gânduri automate negative
Stil Matur	Pearson	1	,194	,224	-,181
	Sig.		,279	,210	,313
Stil Nevrotic	Pearson		1	,252	,336
	Sig.			,157	,056
Stil Imatur	Pearson			1	,515**
	Sig.				,002

\*\*p < 0.01; N=33

S-a înregistrat corelație pozitivă puternică între stilul defensiv imatur și nivelul gândurilor automate negative.

În tabelul următor sunt prezentate rezultatele corelațiilor între stilul defensiv și nivelul de anxietate – depresie la pacienți cu DT.

Corelații stil defensiv (DSQ40) cu anxietate și depresie la pacienți cu DT

		Stil Matur	Stil Nevrotic	Stil Imatur	HRSA	HRSD
<b>Stil Matur</b>	Pearson	1	,194	,224	-,246	-,136
	Sig.		,279	,210	,167	,450
<b>Stil Nevrotic</b>	Pearson		1	,252	,062	,096
	Sig.		-	,157	,733	,595
<b>Stil Imatur</b>	Pearson			1	,387*	,508**
	Sig.			-	,026	,003

\*\*p < 0.01; \* p < 0.05; N = 33

Rezultatele arată corelație pozitivă între stilul defensiv imatur și ambele scale anxietate – depresie, cu o corelație mai puternică pentru nivelul de depresie.

Corelațiile între stilul defensiv și profilul distresului afectiv sunt prezentate în tabelul următor.

Corelații stil defensiv (DSQ40) cu PDA la pacienți cu DT

		Stil Matur	Stil Nevrotic	Stil Imatur	Emoții pozitive	Em neg. disf.	Em. neg. Fcț.	Scor PDA
<b>Stil Matur</b>	Pearson	1	,194	,224	-,057	-,122	-,016	-,075
	Sig.		,279	,210	,752	,500	,929	,677
<b>Stil Nevrotic</b>	Pearson		1	,252	,367*	,355*	,230	,352*
	Sig.			,157	,036	,043	,197	,045
<b>Stil Imatur</b>	Pearson			1	,346*	,523**	,484**	,504**
	Sig.				,049	,002	,004	,003

\*\*p < 0.01; \* p < 0.05; N = 33

Stilul defensiv imatur corelează puternic pozitiv cu prezența emoțiilor negative disfuncționale, emoții negative funcționale și scorul total PDA. Stilul nevrotic corelează pozitiv cu scorul total al profilului distresului afectiv, cu emoțiile pozitive și emoțiile negative disfuncționale.

Corelațiile între stilul defensiv și schemele cognitive sunt prezentate în tabelul următor.

Corelații stil defensiv (DSQ40) cu YSQ-S3 la pacienți cu DT

		ED	AB	MA	SI	DS	FA	DI	VH	EM	SB	SS	EI	US	ET	IS	AS	NP	PU
<b>Stil Matur</b>	Pearson	-,05	-,09	-,12	-,08	-,07	-,1	,03	,00	,35*	,09	,04	-,05	-,03	,08	,13	,03	,05	,05
	Sig.	,74	,61	,47	,63	,68	,4	,84	,99	,04	,5	,81	,76	,859	,640	,441	,869	,751	,762
<b>Stil Nevrotic</b>	Pearson	,17	,32	,26	,24	,43*	,36*	,52**	,55**	,30	,48**	,11	,38*	,12	,02	,23	,35*	,47**	,36*
	Sig.	,326	,069	,132	,165	,011	,035	,002	,001	,087	,005	,537	,026	,499	,884	,188	,043	,005	,037
<b>Stil Imatur</b>	Pearson	,58**	,56**	,45**	,56**	,64**	,24	,25	,58**	,58**	,56**	,01	,62**	,32	,52**	,63**	,48**	,59**	,64**
	Sig.	,000	,001	,007	,001	,000	,17	,153	,000	,000	,00	,928	,000	,065	,002	,000	,004	,000	,000

\*\*p < 0.01; \* p < 0.05; N = 33

Se poate observa că stilul defensiv imatur corelează puternic pozitiv cu cele mai multe dintre schemele cognitive disfuncționale, la pacienți cu DT.

### Discuții referitoare la stilul defensiv al pacienților cu DT

Deoarece chestionarul a fost utilizat doar pe populație clinică, s-au făcut analize de validitate și reliabilitate doar pentru această categorie din populație, chestionarul deserving doar scopului cercetării de față. O cercetare viitoare va viza aplicarea instrumentului și pe populație nonclinică și realizarea analizelor parametrice pentru populația generală.

Analizând rezultatele obținute în special pentru stilul defensiv la pacienți cu disfuncții tiroidiene, s-a constatat intuitiv un pattern al apărării psihice în ansamblu corelat cu celelalte dimensiuni psihologice evaluate. Deși autorii DSQ40 nu recomandă utilizarea scorului mediu general pentru stilul defensiv, s-a realizat o analiză a corelațiilor acestei dimensiuni cu celelalte dimensiuni psihologice evaluate la pacienții cu DT.

În **Error! Reference source not found.** următor sunt prezentate rezultatele semnificative pentru corelații între scorul general DSQ40 și scorurile YSQ-S3.

Corelații semnificative scor general DSQ40 – YSQ-S3

Schema cognitivă		DSQ40 scor mediu general
Abandon / Instabilitate	Pearson	<b>,376*</b>
	Sig.	,031
Izolare socială / Înstrăinare	Pearson	<b>,345*</b>
	Sig.	,049
Deficiență / Rușine	Pearson	<b>,477**</b>
	Sig.	,005
Dependență / Incompetență	Pearson	,379*
	Sig.	,029
Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale	Pearson	<b>,538**</b>
	Sig.	,001
Protecționism / Personalitate atrofiată	Pearson	<b>,604**</b>
	Sig.	,000
Subjugare	Pearson	<b>,539**</b>
	Sig.	,001
Inhibiție emoțională / Autocontrol exagerat	Pearson	<b>,452**</b>
	Sig.	,008
Lipsă de autocontrol și autodisciplină	Pearson	<b>,485**</b>
	Sig.	,004
Indezirabilitate socială / Nevoia de aprobare	Pearson	,414*
	Sig.	,016
Negativism / Pasivitate	Pearson	<b>,534**</b>
	Sig.	,001
Pedepsire	Pearson	<b>,510**</b>
	Sig.	,002
Scor total YSQ-S3	Pearson	<b>,515**</b>
	Sig.	,002

\*p<0,05; \*\*p<0,01; N = 33

Rezultatele pot fi interpretate în termenii dezadaptativității pe care o produc mecanismele de apărare, indiferent de stilul defensiv utilizat de persoană.

În tabelul următor sunt prezentate rezultatele de corelație între scorul mediu general DSQ 40 și scorul general PDA, respectiv scorul pentru emoții negative funcționale.

Corelații între scorul mediu general DSQ 40 și scorul general PDA, respectiv scorul pentru emoții negative funcționale

		DSQ40 scor mediu general
<b>Scor total PDA</b>	Pearson	<b>,369*</b>
	Sig.	,035
<b>Emoții negative disfuncționale</b>	Pearson	<b>,357*</b>
	Sig.	,041

\* p < 0,05; N = 33

Se remarcă, de asemenea, o corelație pozitivă a DSQ40 cu profilul distresului afectiv, ceea ce indică un nivel ridicat al emoțiilor (în special emoții negative disfuncționale) la pacienții cu DT care prezintă apărare psihică mare.

*Evaluarea stilului defensiv la pacienți cu DT poate aduce informații importante privind aspectele adaptative sau maladaptative, fiind un instrument care surprinde cu sensibilitate destul de mare dimensiunile psihologice: anxietate, depresie, scheme cognitive, gânduri automate negative și atitudini și convingeri.*

*Dacă disfuncția tiroidiană este rezultatul unor mecanisme bio-fiziologice dintre cele mai diverse, mecanismele de apărare la evaluările cognitive realizate de o persoană în condiții de stres, pot influența în mod semnificativ starea psihică, dar, credem noi și fiziologică. În aceste condiții, conduita terapeutică medicamentoasă ce vizează reglarea funcției tiroidiene în lipsa schimbării schemelor cognitive maladaptative vizând factorii de stres poate fi insuficientă sau temporară. Recurența crizelor tiroidiene asociate perioadelor stresante din viața pacientului, chiar sub acțiunea tratamentului tireo-reglator, constituie în opinia noastră un indicator că fiziologia hormonală tiroidiană reacționează constant în sensul echilibrării stărilor tensionale psihice, indiferent de ajustările medicamentoase, după ce organismul a "învățat" un anumit pattern chimic determinat de prezența acestora.*

*Putem face predicția că vindecarea disfuncției tiroidiene poate surveni doar atunci când pe lângă tratamentul hormonal și simptomatic, persoana construiește ajustări și adaptări eficiente, survenite ca rezultat al unor evaluări cognitive pozitive a resurselor personale.*

### 2.8.7 Analiza rezultatelor – pentru studiul 3

Din totalul de 33 participanți, 5 au apelat direct la serviciile medicului endocrinolog, prezentându-se la consult din proprie inițiativă sau la recomandarea unor cunoștințe. Distribuția numărului de consulturi efectuate de pacienți reliefează tipul de semne și simptome care însoțesc disfuncția tiroidiană. Așa cum era de așteptat, consulturile la medicul de familie înregistrează cel mai mare număr, având în vedere necesitatea prezentării biletului de trimitere către medicul endocrinolog, pentru ca investigația să fie acoperită prin Casa de Asigurări de Sănătate. Următoarea specialitate ca frecvență a consulturilor anterioare este Cardiologia, fapt explicat prin simptomatologia cardio-vasculară înregistrată în cele mai multe cazuri, urmată de specialitățile Boli interne, Reumatologie/Fizioterapie și Psihiatrie, specializări care exprimă majoritatea semnelor și simptomelor asociate disfuncției tiroidiene.

Deloc surprinzător este rezultatul obținut pentru consultarea specialiștilor în terapii alternative, cu mențiunea că un număr relativ mare de pacienți nu au declarat în chestionar consultarea unor astfel de servicii din motive de confidențialitate.

Cei mai mulți dintre participanți au declarat că au consultat triada medic de familie, medic cardiolog și medic internist înainte de a fi îndrumați către specialistul în boli endocrine.

Investigația noastră a urmărit descrierea cât mai detaliată a parcursului pe care persoana cu disfuncție tiroidiană îl are înaintea începerii unui tratament de specialitate și identificarea unor "spații libere" în modelul medical în care Psihologia poate aduce informație.

Au fost identificate următoarele diferențe de stil defensiv între grupul pacienților cronici și grupul pacienților cu DT.

Evaluarea comparativă a stilului defensiv pacienți cronici - pacienți cu DT

Stil defensiv	t	p
Sublimare	2,76	0,007
Anticipare	3,55	0,001
Formarea reacției	-2,04	0,043
Proiecție	1,96 (unilateral)	0,026
Agresivitate pasivă	2,41	0,019
Devalorizare	-1,66 (unilateral)	0,042
Stil matur	1,80 (unilateral)	0,037

Pentru sublimare, anticipare, proiecție, agresivitate pasivă (ca mecanisme de apărare) și stil matur (ca factor supraordonat) scoruri mai ridicate au fost înregistrate la pacienții cronici, în timp ce pentru formarea reacției și devalorizare scoruri mai mari au fost înregistrate la pacienții cu DT.

Pentru comparația *hipotiroidism-hipertiroidism* s-au înregistrat următoarele rezultate la teste neparametrice. Diferențe semnificative statistic între pacienții cu *hipertiroidism* și *hipotiroidism* au fost detectate pentru doar pentru ”izolare” ca mecanism de apărare, ( $U = 72,000$ ;  $n_1=23$ ,  $n_2=10$   $p=0,045$ ) scoruri mai mari obținând persoanele cu hipotiroidism.

Au fost surprinse următoarele asocieri semnificative statistic, între nivelul depresiei și anxietății cu dimensiunile profilul distresului afectiv, scheme cognitive, atitudini și convingeri, gânduri automate negative, în funcție de vechimea bolii (sub șase ani și peste șase ani).

Profilul de asociere *depresie și anxietate* cu YSQ-S3, PDA, ABS2, ATQ la pacienții cu DT în funcție de vechimea bolii este redat în Tabel 9.

Tabel 9. Matricea de corelații (Spearman's rho) scoruri HRSD și HRSA – YSQ-S3, PDA, ABS2, ATQ

	Pacienți cu DT Vechimea tulburării sub șase ani, N=18		Pacienți cu DT Vechimea tulburării peste șase ani, N=15		
	HRSD	HRSA	HRSD	HRSA	
HRSD		,838**		,824**	HRSD
HRSA	,838**		,824**		HRSA
Scor Profil distres afectiv	,479*	,480*	,658**	,586*	Scor Profil distres afectiv
Scor DSQ 40, Factor Imaturitate	,555*	,396	,582*	,203	Scor DSQ 40, Factor Imaturitate
Privațiune emoțională	,743**	,710**	,597*	,309	Scor DSQ 40, Factor Nevrotism
Abandon / Instabilitate	,569*	,429	,616*	,453	Deficiență / Rușine
Izolarea socială / Înstrăinare	,523*	,481*	,566*	,339	Dependență / Incompetență
Standarde nerealistice / Exigență	,593**	,617**			
Revendicarea drepturilor personale / Dominanță	,577*	,338	,757**	,501	Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale
Lipsă de autocontrol și autodisciplină	,750**	,679**			
Negativism / Pasivitate	,511*	,456	,539*	,211	Negativism / Pasivitate
Pedepsire	,523*	,319	,720**	,689**	Emoții negative disfuncționale
Scor YSQ-S3	,511*	,431	,560*	,468	Emoții pozitive
Emoții negative funcționale	,479*	,390	,679**	,576*	Emoții negative funcționale
Cerințe absolutiste	,521*	,681**	,685**	,513	Evaluare globală negativă
Nevoia de realizare	,428	,594**	,575*	,532*	Nevoia de realizare
Nevoia de aprobare	,565*	,609**			

Iraționalitate	,475*	,524*		
Scor ABS2	,444	,513*		
Gânduri automate negative	,502*	,558*	,613*	,495 Gânduri automate negative

\*p<0,05;\*\*p<0,01

Se păstrează o asocieră foarte puternică între scorurile înregistrate pentru *depresie și anxietate* indiferent de vechimea bolii.

În raport cu *depresia*, se poate observa că există *strategii cognitive disfuncționale* distincte în funcție de vechimea bolii. La pacienți cu vechime a bolii sub șase ani, domeniile schemelor cognitive disfuncționale sunt *separare/respingere, limite defectuoase și hipervigilență/inhibiție*. Pentru o vechime a bolii mai mare de șase ani, principalul domeniu de scheme cognitive disfuncționale este *slaba autonomie și performanță*.

În ceea ce privește *profilul distresului afectiv*, la o vechime a bolii de peste șase ani, se constată apariția corelațiilor semnificative cu toate tipurile de emoții (pozitive, negative funcționale și negative disfuncționale), în raport cu *depresia*, prin comparație cu pacienții cu o vechime a bolii sub șase ani, la care corelația semnificativă în raport cu *depresia*, s-a înregistrat numai pentru emoții negative funcționale.

*Atitudinile și convingerile iraționale* în raport cu *depresia* la pacienții cu vechime a bolii sub șase ani, se manifestă sub forma *cerințelor absolutiste* în timp ce la pacienții cu vechime a bolii de peste șase ani, acestea se manifestă sub forma *evaluării globale negative*. *Nevoia de realizare* corelează semnificativ cu *depresia* indiferent de vechimea bolii, în timp ce *nevoia de aprobare și iraționalitatea* corelează semnificativ cu *depresia* doar la pacienții cu o vechime a bolii mai mică de 6 ani.

Din perspectiva *stilului defensiv*, pentru pacienții cu DT și vechime a bolii mai mare de șase ani, putem semnala o asocieră semnificativă statistic între nivelul *depresiei* și factorii 2 și 3 (stil nevrotic și stil imatur), în timp ce pentru pacienții cu o vechime a bolii sub șase ani corelația directă se înregistrează doar cu factorul 3 (stil imatur).

#### *Analiza comparativă a pacienților cu DT în funcție de vechimea bolii*

n <sub>1</sub> =18 n <sub>2</sub> =15	Mann-Whitney U	P Two-tailed
Emoții pozitive	70,00	0,019
Emoții negative funcționale	76,50	0,034
Scor Profil distres afectiv	71,50	0,022

Diferențe înregistrate conduc la asumția că ajustarea la stres are loc sfera emoțiilor pe fondul menținerii la nivel ridicat (conform etalonului PDA) a emoțiilor negative disfuncționale.

Urmărind *semnificația clinică a modificărilor survenite pentru dimensiunile psihologice evaluate*, observăm o suprapunere cu semnificația statistică pentru emoțiile negative funcționale dar și evoluții în raport cu etalonul scalelor (în sensul scăderii disfuncționalității cognitive) pentru o vechime a bolii mai mare de șase ani, evidențiate în **Error! Reference source not found.**

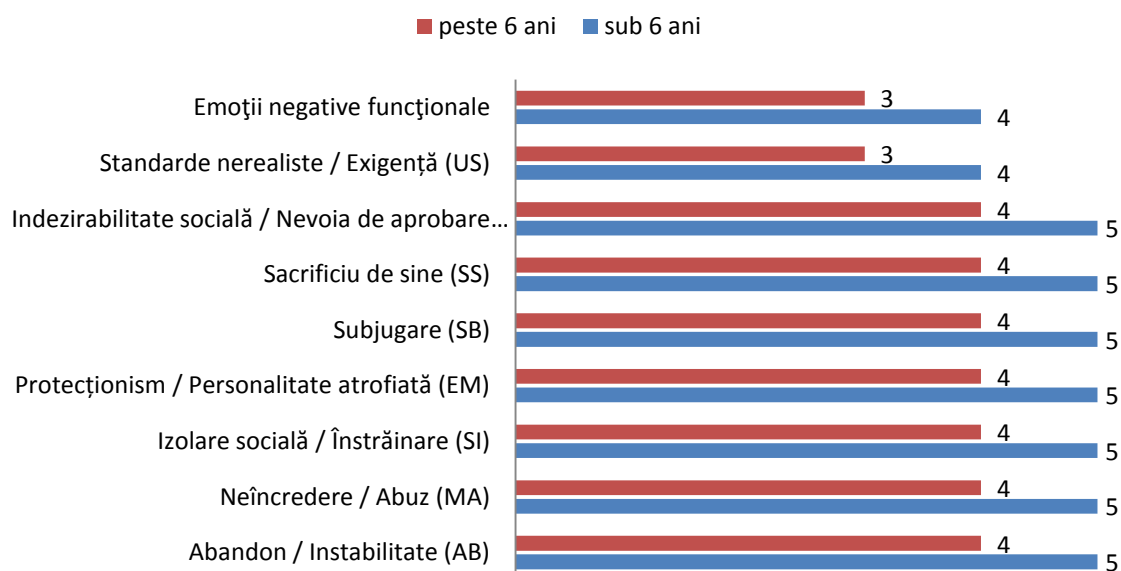


Figura 4. Profil comparativ cogniției disfuncționale – emoții, pacienți DT în funcție de vechimea bolii (1-foarte scăzut, 2-scăzut, 3-mediu, 4-ridicat, 5-foarte ridicat)

În practica medicală este unanim acceptat faptul că pacienții cu hipotiroidie ridică probleme mai mari de evoluție și tratament pe termen lung. Drept urmare, pentru această categorie nosologică au fost urmărite modificările dimensiunilor psihologice evaluate în funcție de vechimea bolii.

Tabel 10. Diferențe pacienți cu hipotiroidie în funcție de vechimea bolii (sub șase ani / peste șase ani)

$n_1=10; n_2=13$	Mann-Whitney U	p
Privațiune emoțională	36,50	,038 (unidirecțional)
Abandon / Instabilitate	35,50	,032 (unidirecțional)
Neîncredere / Abuz	28,00	,021
Scor YSQ-S3	36,00	,036 (unidirecțional)
Emoții pozitive	28,00	,022
Emoții negative disfuncționale	38,50	,05 (unidirecțional)
Emoții negative funcționale	25,00	,013
Scor Profil distres afectiv	28,50	,023
Scor DSQ 40, Formarea reacției	26,50	,016

Dintre cele patru mecanisme defensive subordonate stilului nevrotic (anulare, pseudo-altruism, idealizare, formarea reacției), pentru *formarea reacției* se înregistrează scoruri semnificativ mai mari la pacienții cu hipotiroidism cu o vechime a bolii mai mare de șase ani.

### Capitolul 3 CONCLUZII GENERALE

Analiza rezultatelor pentru cele două categorii nosologice (hipotiroidism – hipertiroidism), nu au arătat diferențe semnificative în raport cu scalele evaluate, fapt ce a condus la analiza participanților ca un singur grup. Deși medicii endocrinologi semnaleză o diferență netă între pacientul hipertiroidian și hipotiroidian, sub aspect psihologic ambele categorii nosologice sunt în situația de disfuncționalitate (personală, profesională sau socio-culturală), de detresă emoțională (de polarități diferite) și de trăire subiectivă a bolii.

Oarecum surprinzător este faptul că nivelurile *depresiei* (moderat) și *anxietății* (subclinic) rămân constante, în pofida scăderii ușoare a nivelului schemelor cognitive disfuncționale (de la foarte ridicat pe majoritatea schemelor, la ridicat), odată cu vechimea tulburării. Dacă analizăm însă profilul distresului afectiv, se constată o *scădere* în timp a nivelului *emoțiilor negative funcționale*, în timp ce *emoțiile negative disfuncționale* rămân constant la nivel foarte ridicat. Astfel, putem aprecia că tulburarea depresiv-anxioasă se menține pe fondul unei *vulnerabilități autopercepute crescânde la factori de stres afectiv, în același timp cu scăderea așteptărilor pacientului privind nevoia de aprobare, și păstrarea la același nivel (ridicat) al gândurilor automate negative*. Complexitatea vieții psihice nu permite generarea unor modele flexibile de reflectare a realității (mediată subiectiv) conducând la incertitudine. *Reducerea incertitudinii se manifestă după cum se observă prin intervenția apărării psihice.*

O posibilă explicație a înregistrării unor scoruri mai mari pentru mecanismul de apărare nevrotic *formarea reacției*, pentru o vechime mai mare a bolii, derivă din descrierea acestui mecanism de apărare în DSM-IV-TR. Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin substituirea de comportamente, gânduri sau sentimente diametral opuse gândurilor sau sentimentelor sale proprii, care sunt inacceptabile; (aceasta survine de regulă în legătură cu refularea lor). În abordare cognitivă, putem vorbi de reinterpretarea realității în termeni care anulează efectul disruptiv al acesteia, prin *anticiparea unor amintiri* (Kahneman, 2010) cu final pozitiv pentru propria persoană, păstrând astfel coerența imaginii despre sine.

Modificarea stilului defensiv în raport cu vechimea bolii de tiroidă, surprinde un pattern semnificativ în ceea ce privește dinamica depresiei. Modelul de supraclasificare a mecanismelor de apărare în factori, definește și ierarhizează trei stiluri defensive (Andrews, Singh, Bond, 1993): funcțional (F1 – stil matur), intermediar (F2 – stil nevrotic) și disfuncțional (F3 – stil imatur). Astfel, asocierea *depresie – stil imatur și nevrotic* la pacienții cu DT și vechime a bolii mai mare, sugerează un model psihologic de tranziție spre un *stil defensiv nevrotic*, pe fondul creșterii rezilienței. *Mecanismele de apărare par să rămână o constantă în viața psihică a pacienților, compensând într-o oarecare măsură distresul afectiv foarte ridicat autoperceput.*

*Tulburarea depresiv-anxioasă se cronicizează, conducând în timp la o identificare a pacientului tiroidian (și în special hipotiroidian) cu suferința autopercepută. Comparația pare să nu mai aibă loc cu o stare anterioară de bine, ci cu o stare permanent actualizată de deficiență, dependență și vulnerabilitate.*

Stresul oferă o foarte bună imagine de funcționare compensatorie a subsistemelor organismului uman. Distresul va angrena o serie de ajustări menite să reducă sau să elimine efectul disruptiv al factorilor de stres recepționați ca amenințare. O concluzie importantă este aceea care derivă din corelațiile dintre nivelul *depresiei-anxietății* și *profilul distresului afectiv*. În mod surprinzător, la o vechime mai mare a bolii, depresia corelează semnificativ cu *emoțiile pozitive* (evident și cu cele negative funcționale și disfuncționale). La o primă analiză, prezența emoțiilor pozitive în contextul depresiei (nivel moderat conform HRSD) ar



părea un non-sens! Pentru argumentarea concluziilor, vom face o scurtă referire la simțul intern al coerenței și la modul de abordare a chestionarelor de tip self-report. Simțul intern al coerenței înseamnă capacitatea de a găsi sensuri lucrurilor, capacitatea de a înțelege semnificația solicitărilor la care individul este supus și capacitatea de control și decizie. Conceptul de simț al coerenței are similitudini cu alte teorii de rezistență la stres, cum ar fi: capacitatea de control, eficiența proprie, conceptul de putere și optimismul dispozițional. Totuși, simțul intern al coerenței este un concept mai larg decât fiecare dintre acestea, incluzând și dimensiunea socială a solicitărilor individului, făcând astfel conceptul aplicabil diferitelor culturi. Simțul intern al coerenței este o sinteză a concepției despre lume a persoanei în timp (Tudose, 2006, p. 45).

Aldwin și Yancura (2006) atrag atenția asupra rezultatelor înșelătoare privind efectele copingului, utilizând probe self-report. După considerarea factorilor de personalitate ca variabile covariate, efectul copingului asupra sănătății a dispărut.

Ameliorarea în timp a profilului strategiilor cognitive, conduce la asumția că o intervenție psihologică precoce focalizată pe *terapia rezolvării de probleme* și *terapia self management / autocontrol*, terapii care au la bază un suport puternic în cercetarea clinică, ar putea aduce beneficii considerabile evoluției bolii și implicit calității vieții acestor pacienți, prin scurtarea perioadei de disfuncționalitate psihologică datorată percepției subiective a bolii și acțiunii secreției hormonale asupra funcțiilor psihice.

În opinia noastră, tulburarea depresiv-anxioasă prezentă în cazul pacienților cu disfuncții tiroidiene, se datorează gestionării deficitare a situațiilor de stres, ca urmare pe de o parte a funcționării compensatorii a sistemului endocrin, care este obligat să răspundă specific la acest tip de agresiune și, pe de altă parte, evaluărilor ineficiente ale evenimentelor de viață de către sistemul psihic al persoanei, grefate pe un sistem de credințe centrale iraționale despre sine, lume și viață. *În consecință, se impune intervenția reglatoare atât la nivelul sistemului endocrin, prin agenți chimici specifici, cât și la nivel psihic prin informație cu efect de înlăturare a evaluărilor ineficiente și înlocuirea lor cu modele eficiente.*

*În cazul pacienților cu DT, capacitatea de ajustare la stres este depășită în raport cu cerințele actuale, fapt ce duce la necesitatea unor procesări din ce în ce mai elaborate, resursele neputând fie accesate în ritmul cerut de o adaptare optimală.*

În practica clinică, la pacienții cu DT am întâlnit adeseori o atitudine de „rezistență” la soluționarea problemelor psihologice cu care se confruntă, dezvoltând, așa cum arată și cercetarea de față, *scheme cognitive dezadaptative de tipul slabei autonomii și performanțe sau de tipul inhibiției și hipervigilenței.*

Deseori, vizita la medicul psihiatru constituie o etichetă greu de îndepărtat, fapt ce face ca în unele cazuri pacientul să se ancoreze într-o ipostază de „nevrotic” incurabil, alături de dimpotrivă, să refuze o intervenție medicamentoasă psiho-reglatoare obligatorie. Rolul educativ pe care îl poate avea intervenția psihologică în ecuația de tratament al acestor bolnavi, poate aduce beneficii reale procesului de restabilire a sănătății și îmbunătățirea calității vieții.

O parte din cazuistica personală din ultimii patru ani de activitate o constituie persoane pensionate pentru invaliditate care solicitau evaluare psihologică pentru completarea documentației necesară evaluării invalidității de către Comisia de Expertiză Medicală. Responsabilitatea psihologului clinician este aceea de a oferi informații detaliate privind componentele psihologice în acord cu condiția de boală în care se află pacientul. De rigurozitatea acestui demers depinde (cel puțin la nivel declarativ) într-o anumită măsură decizia specialiștilor cu privire la încadrarea persoanei într-o anumită categorie de pensionar de invaliditate. Nu vom face o dezbatere cu caracter social sau economic, însă vom semnală un fenomen des întâlnit în circumstanțele amintite.

Persoana care se prezintă la psiholog pentru o astfel de evaluare, este în primul rând într-o confuzie de rol în ceea ce privește psihologul. *„Nu știu de ce m-au trimis la dumneavoastră, că doar am fost la medicul psihiatru și dumnealui/dumneaei mi-a scris ce*

---

am.” Psihologii clinicieni recunosc în mod sigur acest răspuns. Ce se mai poate spune după ce pacientul are un diagnostic psihiatric? În unele cazuri psihologul caută tulburarea în DSM-IV și enumeră criteriile de diagnostic. În alte cazuri oferă un diagnostic multiaxial utilizând DSM-IV, problema intervenind atunci când pacientul trebuie anunțat că acest document ar trebui vizat de medicul psihiatru pentru a fi acceptat. În opinia noastră acest fapt se datorează și lipsei unei atitudini de profesionalism și uneori chiar de etică a psihologului clinician, care oferă servicii de evaluare și intervenție psihologică alese arbitrar sau incorect.

Demersul întreprins în ultimul an de către Comisia de Psihologie Clinică a Colegiului Psihologilor din România cu privire la publicarea *Ghidului General de Bune Practici\** în domeniul clinic a adus un plus de clarificare și standardizare a practicii clinice<sup>5</sup>. Modelul de Raport de Psihodiagnostic și Evaluare Clinică și/sau Educațională publicat de aceeași comisie, a constituit baza formatului raportului pe care l-am construit în urma cercetărilor întreprinse cu privire la aspectele psihologice de evaluare și screening la pacienții cu DT.

### **Limite și direcții noi de cercetare**

Având în vedere numărul mic de participanți la studiul 3, nu putem generaliza rezultatele pentru categoriile nosologice considerate. Se impune continuarea cercetărilor utilizând un lot mai mare de participanți. Trebuie menționat că distribuția pe sexe nu permite o analiză pertinentă feminin-masculin, având în vedere că în grupul pacienților cu disfuncții tiroidiene au fost doar doi participanți de sex masculin (un caz hipotiroidism, un caz hipertiroidism). Analizate separat, mediile obținute pe toate scalele evaluate nu diferă semnificativ de mediile obținute de grupul pacienților de sex feminin, fapt care a condus la analiza unitară a grupului. Totuși păstrăm o rezervă privind generalizarea rezultatelor pentru ambele sexe.

Împărțirea pacienților în funcție de durata bolii în studiul 3 a rezultat din distribuția cazurilor luate în studiu. Pentru a putea stabili un reper temporal de diferențiere în surprinderea modificărilor strategiilor cognitive sunt necesare studii mai ample. O abordare mai riguroasă (studiu clinic controlat) ar putea fi întreprinsă ținând cont și de nivelul TSH, FT3, FT4 și medicația hormonală.

Tendința ultimilor ani în evaluarea stărilor tensionale psihice este de a măsura suportul „hard” bio-fiziologic prin dozări de markeri fiziologici. Un astfel de studiu ar putea aduce o și mai bună clarificare a legăturilor umoral-hormonal-neural-psihic și oferirea de către psihologie a unor explicații fundamentate empiric pentru îmbunătățirea screeningului și eficientizarea intervențiilor terapeutice, având ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților cu DT.

Construirea unui program computerizat de screening psihologic pentru pacienți cu DT care să fie administrat de psihologul clinician din spital sau clinici/cabinete de psihologie, pentru identificarea tipurilor de tulburări psihologice și eventual direcționare a intervenției psihologice la această categorie de pacienți ar putea constitui un alt obiectiv de cercetare ulterioară.

---

<sup>5</sup> pentru detalieri a se consulta <http://www.copsi.ro>

## BIBLIOGRAFIE

- Ahlquist, J., Franklyn, J., Ramsden, D. și Sheppard M. (1989). The influence of dexamethasone on serum thyrotrophin and thyrotropin synthesis in the rat, *Mol Cell Endocrinol*, 64:55–61.
- Aldwin C. M. și Yancura, L. A. (2004). Coping and Health: A Comparison of the Stress and Trauma Literatures Chapter prepared for P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Alexandrescu, L. (1997). Stresul psihic-concepte generale, *Revista Română de Sănătate Mintală*, 6:6-10
- Allen, J.P. (2003). An Overview of Beck's Cognitive Theory of Depression in Contemporary Literature, online la <http://www.personalityresearch.org/papers/allen.html>, accesat la 18.03.2010.
- Alloy, L., Riskind, J. (2005). *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*, New Jersey, Lawrence Earlbaum Associates
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Raniere, D., & Dyller, I. (1999). Research methods in adult psychopathology. In P.C. Kendall, J.N. Butcher, & G.N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Allport, G.W. (1991). *Structura și dezvoltarea personalității*. Editura Politică, București
- American Psychiatric Association (2003). *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, DSM-IV-TR*, ed. A-IV-a revizuită, Ed. APLR, București
- Anderson, J. R. (1985). *Cognitive psychology and its implications* (2nd ed.). New York: Freeman, online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=125679211&sid=3&Fmt=4&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>, accesat la 21 ianuarie 2008
- Andrews, G., Pollock, C., & Steward, G. (1989). The Determination of Defense Style by Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 46, pp. 455-460.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, pp. 246-256.
- Angst, J. (1997). A regular review of the long-term follow-up of depression. *British Medical Journal*, 315, 1143–114
- Anthony, E., și Kohler, B. (Eds.). (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford Pres
- Armario, A., Castellanos, J., Balasch, J. (1984). Effect of acute and chronic psychogenic stress on corticoadrenal and pituitary-thyroid hormones in male rats. *Horm Res*, 20:241–245.
- Asher, R. (1949). Myxoedematous madness. *Br Med J*, 9:555-62, online la <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=524961>, accesat la 21 octombrie 2009
- Aslan, S., Ersoy, R., Kuruoglu, A.C., Karakoc, A., Cakir, N. (2005). Psychiatric symptoms and diagnosis in thyroid disorders: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9 (3):187-192
- Athanasiu, A. (1998) *Tatratat de Psihologie Medicală*, ed. Oscar Print, București
- Baniki, K. (2007). Defence Mechanisms The Modern conceptualisation and Measurement, online la <http://www.scribd.com/doc/7884281/Defense-Mechanisms-Modern-Conceptualization-and-Measurement>
- Baumgartner A. (2000). Thyroxine and the treatment of affective disorders: An overview of the results of basic and clinical research. *Int J neuropsychopharmacol* 2000; 3: 149–165.
- Băban, A. (1998). *Stress și personalitate*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca
- Băban, A. (2002) *Metodologia cercetării calitative*. Editura Presa Universtitară Clujeană, Cluj-Napoca. ISBN: 973-610-089-8.
- Băban, A. (2002). *Psihologia sanataii: abordare psihosociala a sanataii publice*. Editura ASCR, Cluj-Napoca
- Băban, A. și Szentagotai, A. (2003). *Cognitive representation of illness and treatment*. In Psychosomatic Medicine- recent progress and current trends. D.L. Dumitrascu (Ed.) Editura UMF, Cluj-Napoca, pp. 50-60. ISBN: 973-8385-63-8.
- Băban, A.(2009). *Psihologia sănătății*, support de curs electronic
- Beardmore, R. O. (2003). Normative Study of the Mahan and DiTomasso Anger Scale Psychology Dissertations, online la [http://digitalcommons.pcom.edu/psychology\\_dissertations/9/](http://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/9/)
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5–37
- Beck, A. T. et Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Bridges (1932).
- Begley, S. (2006). All in Your Head? Yes, and Scientists Are Figuring Out Why. *Wall Street Journal*. (Eastern edition). New York, N.Y.: Mar 17, 2006. pg. B.1, online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1004896281&sid=2&Fmt=3&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>

- Biondi, M., & Picardi, A. (1999) Psychological stress and neuroendocrine function in humans; the last two decades of research. *Psychother.Psychosom.* 68, 114-150.
- Birț, M.A. (2006). *De la Psihosomatică la Alexitimie*. Ed. Grinta, Ed. Todesco, Cluj Napoca.
- Boeree, C.G. (2006). *Personality Theories*, Psychology Department Shippensburg University, Original E-Text-  
<http://www.ship.edu/%7Ecgboeree/perscontents.html>, accesat la 18 decembrie 2007
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59:525-537. in <http://www.csun.edu/~vcpsy00h/students/coping.htm>
- Bond, M., Perry, J. C., Gautier, M., Goldenberg, M., Oppenheimer, J., & Simand, J. (1989). Validating the Self-report of Defense Styles. *Journal of Personality Disorders*, 3, pp. 101-112.
- Bonfils, S. (1993). *Impertinente Psychosomatique*, PUF, Paris
- Boulton, M.J., Smith, P.K. (1992). The social nature of play fighting and play chasing: Mechanisms and strategies underlying cooperation and compromise. In J.H. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp. 429-444). New-York: Oxford University Press.
- Brenner, C. (1973). *An elementary textbook of psychoanalysis*. New York: Doubleday, online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=125679211&sid=3&Fmt=4&clientId=65090&RQT=309&VNam e=PQD>, accesat la 21 ianuarie 2008
- Brissette, I., Scheier, M.F. și Carver, C.S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 82(1): 102-111.
- Brouchon-Schweitzer, M. (2001). Coping et la strategies d'ajustement face au stres. *Recherche de la soins infirmiers*, 67:68-82
- Brouchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*, Presse Univ. de France, Paris.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. New York: Free Press
- Camras, L. (1991). *Expressive development and basic emotions*. *Cognition and Emotion*, 6, 269-283.
- Carpi, J. (1996). Stress: It's Worse Than You Think, *Psychology Today Magazine*, online la <http://psychologytoday.com/articles/index.php?term=pto-19960101-000027&page=2>, accesat la 21 ianuarie 2008
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., Jr., Clark și K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2):375-390.
- Cazacu, C., Călin, C. (2008). Mecanismele de apărare la militarii în termen în etapa 1 de instruire, online la [http://www.e-scoala.ro/psihologie/mecanisme\\_aparare\\_militari.html](http://www.e-scoala.ro/psihologie/mecanisme_aparare_militari.html) accesat la 21 ianuarie 2008
- Chabrol, H. și Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*, Paris: Dunod
- Cheng C., Hui Wai-mo, Lam Shiu-kum, (2004). Psychosocial Factors and Perceived Severity of Functional Dyspeptic Symptoms: A Psychosocial Interactionist Model, *Psychosomatic Medicine*, 66:85-91 online la <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/66/1/85>
- Chida, Y., Sudo, N., Sonoda, J., Hiramoto, T. și Kubo, C. (2007). Early-Life Psychological Stress Exacerbates Adult Mouse Asthma via the Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 175(4):316-323.
- Chiriță, A., Paraliiov, A. și Panait O.. (2010). Affective disorders in endocrine pathology, *Romanian Journal of Psychopharmacology*, 4:173-181.
- Circo, E., Seceleanu, M. (2005). *Tulburări endocrine asociate bolilor psihice*. Online la <http://www.emcb.ro/article.php?story=20050201164157553>
- Cizza, G., Brady, L., Escpales, M., Blackman, M., Gold, P., Chrousus, G. (1996). Age and gender influence basal and stress-modulated hypothalamic-pituitary- thyroidal function in Fisher 344/N rats. *Neuroendocrinology*; 64: 440-448.
- Cohen, S. și Edwards, J.R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R.W.J. NEUFELD (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*. New York: Wiley, chap. 7, pp. 235-283.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & O'Donnell Teti, L. (1994). The Development of Emotion Regulation and Dysregulation : A Clinical Perspective. In Fox, N. A. (Ed.). *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3, Serial No. 240) (pp. 73-100). Chicago: The University of Chicago Press.
- Contrada, R.J., Leventhal, H. et O'Leary, A. (1990). Personality and health. In L.A. PERVIN (Ed.), *Handbook of personality theory and research*, New York : Guilford, chap. 24, pp. 638-669.
- Costuleanu, M.(1999). *Fundamente de fiziopatologie*, Editura Cantes, Iași.
- Cramer, P. (1991). Anger and the use of defense mechanisms in college students. *Journal of Personality*, 59, 39-55.
- Cramer, P. (1998). Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? *Journal of Personality*, 66, pp.

- 919-946.
- Cramer, P. (2000). Defense Mechanisms In Psychology Today: Further Processes for Adaptation. *American Psychologist*, 55, pp. 637-646.
- Cramer, P. (2001). The Unconscious Status of Defense Mechanisms. *American Psychologist*, 56, pp. 762-763.
- Cramer, P. (2003). Defense Mechanisms and Physiological Reactivity to Stress. *Journal of Personality*, 71:221-244.
- Cramer, P. (2006). *Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action*. New York: Guilford Press
- Crile, G.W. (1998). *Origin and Nature of Emotions*, The Project Gutenberg E-text, format electronic
- Crockford S. (2003). Thyroid rhythm phenotypes and hominid evolution: A new paradigm implicates pulsatile hormone secretion in speciation and adaptation changes. *Comp Biochem Physiol A Mol Integr Physiol* 2003; 135: 105-129.
- Crowford, T. și Ellis, A. (1989). A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 7, 3-27.
- David, D. (2006). *Metodologia cercetării clinice – Fundamente*, Polirom, Iași
- David, D., Schnur, J., & Birk, J. (2004). Functional and dysfunctional emotions in Ellis' cognitive theory; An empirical analysis. *Cognition and Emotion*, 18, pp. 869-880.
- Davidson, K. și MacGregor, M.W. (1998). A critical appraisal of self-report defense mechanisms measures. *Journal of Pers.* 66:965-992.
- Davidson, R. J., Maxwell, J. S., și Shackman, A. J. (2004). The privileged status of emotion in the brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101:11915-11916.
- Davidson, R. J., Shackman, A. J. și Maxwell, J. S. (2004). Asymmetries in face and brain related to emotion, *TRENDS in Cognitive Sciences*. 8(9).
- Dellovade, T., Zhu, Y.S., Krey, L. și Pfaff, D. (1996). Thyroid hormone and estrogen interact to regulate behavior. *Proc Natl Acad Sci USA*. 93: 12581-12586.
- Demet, M.M., Ozmen, B., Deveci, A., Boyvada, S., Adiguzel, H. și Aydemir, O. (2002). Depression and anxiety in hyperthyroidism. *Arch Med Res*, 33:552-556.
- Denham SA. (1997). "When I have a bad dream, my Mommy holds me": Preschoolers conceptions of emotions, parental socialization, and emotional competence. *International Journal of Behavioral Development*, 20: 301-319.
- Denham, S.A., Zoller, D. et Couchoud, E.A. (1994). Socialization of preschoolers' emotion understanding. *Developmental Psychology*, 30, 928-936. Eisenberg et collab., 1989
- Derevenco P., Anghel I., Băban, A. (1992). Stresul în sănătate și boală, Editura Dacia, Cluj-Napoca.
- Derryberry, D., Tucker, D.M. (1994). Motivating the focus of attention. In P.M. Neidenthal & S. Kitayama (Eds.), *The heart's eye: Emotional influences in perception and attention* (pp. 167/196). San Diego, CA: Academic Press
- DiGiusepe, R., Leaf, R., Exner, T. și Robin, M. (2007). Scala de atitudini și convingeri (adaptat de Macavei B.). În D. David (coordonator), *Sistemul de evaluare clinică*. Editura RTS, Cluj-Napoca.
- Drake, R.E. și Vaillant, G.E. (1985). A validity study of axis II of DSM-III. *Am J Psychiatry*, 142:553-558
- Drossman, D. A. (1994). Irritable bowel syndrome. *The Gastroenterologist*, 2: 315-326, online la <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=2&hid=109&sid=48aad583-6684-4448-a82e-f96640e94461%40sessionmgr106>
- Dryden, W. și DiGiuseppe, R. (2003). *Ghid de Terapie Rațional-Emotivă și Comportamentală*, ASCR, Cluj-Napoca
- Dumitrache, C. (2002). *Endocrinologie*. Ed. Medicală Națională, București
- Eatough, V., Smith, J. (2006). 'I was like a wild wild person': Understanding feelings of anger using interpretative phenomenological analysis, in *British Journal of Psychology*, 97, 483 - 498.
- Ederlyi, M. H. (2001). Defense Processes Can Be Conscious or Unconscious. *American Psychologist*, 56, pp. 761-762.
- Eisenberg, N. et J. Strayer (1990). *Empathy and its development* (292-316). New York: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., et Miller, P. (1987). *Empathy, sympathy, and altruism empirical and conceptual links*. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (292-316). New York: Cambridge University Press.
- Ekman P. (2004). *Emotions revealed: recognising facial expressions*, BMJ Career Focus, 75-76.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 17, 124-129.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*, New York: Lyle Stuart, online la <http://www.google.com/books?hl=ro&lr=&id=YWNeh3VuWdEC&oi=fnd&pg=PA69&dq=Ellis+A.:+1962,+Reason+and+Emotion+in+Psychotherapy,+Lyle+Stuart,+New+York&ots>
- Ellis, A., și Dryden, W. (1997). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Emmons, R. A., și McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation

- 
- of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84:377-389.
- Endler, Norman S.; Parker, James D. A.; Summerfeldt, Laura J. Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, Vol 10(3), Sep 1998, 195-205.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196(4286):129-136. DOI:10.1126/science.847460
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137:535-54
- Engum, A., Bjøro, T., Mykletun, A. și Dahl, A. A. (2002). An association between depression, anxiety and thyroid function – a clinical fact or an artefact?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 27-34.
- Eysenk, M.W. (2004). *Psychology – an International Perspective*, Psychology Press (varianta electronică)
- Faravelli, C. and Ambonetti, A. (1983). Assessment of life events in depressive disorders, *SOCIAL Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 18(2):51-56, DOI: 10.1007/BF00583987
- Fava, G. and C. Riuni. 2003. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychology*, 34: 45-63.
- Fekete, C., Legradi, G., Mihaly, E., Huang, Q.H., Tatro, J., Rand, W., Emerson, C. și Lechan, R. (2000). Melanocyte-stimulating hormone is contained in nerve terminals innervating thyrotropin-releasing hormone-synthesizing neurons in the hypothalamic paraventricular nucleus and prevents fasting-induced suppression of prothyrotropin-releasing hormone gene expression. *J Neurosci*; 20: 1550-1558.
- Feld, M. și Ruegg, C.J. (2005). Head attack. *Scientific American Mind*, 16(2): 66-71.
- Fogel, A., Nwokah, E., Dedo, J., Messinger, D., Dickson, K.L., Matusov, E. and Holt, S. (1992). *Social Process theory of emotion : A dynamic Systems approach*. *Social Development*, 1, 122-142.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology*, Vol. 2, No. 3, pp. 300-319.
- Freeling, P. (1985). Health outcomes in primary care: an approach to the problems, *Fam. Practice*, 4(2):149-151.
- Freeman, A., Simon, K., Beutler, L.E. și Arkowitz, H. Eds. (1989). *Comprehensive Handbook of Cognitive therapy*, Plenum Press, New York
- Freud, A. (2002) *Eul și mecanisme de apărare*, Ed. Fundației Generația, București
- Freud, S. (1992) *Introducere în Psihanaliză. Prelegeri de Psihanaliză. Psihopatologia Vieții Cotidiene*, E.D.P., București
- Frijda, N. (1986). *The emotions*, Cambridge University Press.
- Gendall, K. A., Joyce, P. R., Carter, F. A., McIntosh, V. V. și Bulik, C. M. (2003). Thyroid indices and treatment outcome in bulimia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108: 190-195. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00117.x
- Golec, P. (2004) *Feedback*, online la <http://economicswebinstitute.org/glossary/feedback.htm#m3>, accesat la 13 martie 2011
- Goodrick, G.K., Kneuper S. și Steinbauer J.R (2005). Stress perceptions in community clinic: a pilot survey of patients an psycicians, *Journal of Community Health*.
- Gorgos, C. (1989). *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, Editura Medicală București.
- Grabe, H. J., Völzke, H., Lüdemann, J., Wolff, B., Schwahn, C., John, U., Meng, W. și Freyberger, H. J. (2005), Mental and physical complaints in thyroid disorders in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 286-293.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Process of self environment organization*. San Diego, CA: Academic Press
- Haddy, R., Clover, R. (2001). Families, Systems & Health. *The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 19 (3):291-301.
- Hadwin, J. and Perner, J. (1991). "Pleased and surprised: Children's cognitive theory of emotion." *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 215-234.;
- Haggerty, J.J. Jr, Stern, RA., Mason, G.A., Beckwith, J., Morey, C.E., Prange, A.J. Jr. (1993). Subclinical hypothyroidism: A modifiable risk factor for depression? *Am Journal of Psychiatry*, 150:508-10.
- Hamilton, M. (2007). *Scala de depresie Hamilton (adaptat de Macavei B.)*. În D. David (coordonator), *Sistemul de evaluare clinică*. Editura RTS, Cluj-Napoca.
- Hamilton, M. (2007). *Scala de anxietate Hamilton (adaptat de Macavei B.)*. În D. David (coordonator), *Sistemul de evaluare clinică*. Editura RTS, Cluj-Napoca.
- Hankin, B.L. și Abela, J.R.Z. (Eds.) (2005). *Development and Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Harris, C.L. (1993). *Using old words in news ways: The effect of argument structure, form class and affixation*. *Proceedings of the 1993 Meeting of the Chicago Linguistics Society*. Hoffman, 1984.
- Hazard, J., Perlemuter, L. (1978). *Abrege d'endocrinologie*, Masson et Cie, Paris
-

- Helmreich, D., Parfitt, D.B., Lu, X-Y., Akil, H., Watson, S.J. (2005). Relation between the Hypothalamic-Pituitary-Thyroid (HPT) Axis and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis during Repeated Stress, *Neuroendocrinology* 2005;81:183–192.
- Hermann, D., Hewer, W. și Lederbogen, F. (2004). Testing the association between thyroid dysfunction and psychiatric diagnostic group in an iodine-deficient area. *Journal of Psychiatry & Neuroscience* : JPN. Ottawa, 29(6):444-449
- Hervey, A.S., Epstein, J.N., și Curry, J.F. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neuropsychology*, 18:485–503.
- Holdevici I. (2002). *Psihoterapia anxietatii*, editura Dual Tech, București
- Hollon, S. și Kendall, P. Hamilton, M. (2007). Chestionarul gândurilor automate (adaptat de Moldovan, R.). În D. David (coordonator), Sistemul de evaluare clinică. Editura RTS, Cluj-Napoca.
- Holmes, T. H. și Rahe, R. H. (1967), The social readjustment rating scaje. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-219.
- <http://articole.famouswhy.ro/tiroida/#ixzz1DXsy4rVr> accesat la 29 ianuarie 2009
- <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=125679211&sid=3&Fmt=4&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>, accesat la 21 ianuarie 2008
- <http://www.bfi.org.uk/education/teaching/disability/thinking/medical.html> accesat la 11 martie 2011
- [http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/disorders /depression\\_main.php](http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/disorders /depression_main.php) accesat la 12 noiembrie 2010
- [http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/treatments/anxiety\\_cbt.html](http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/treatments/anxiety_cbt.html) accesat la 12 noiembrie 2010
- <http://www.uk.sagepub.com/books/Book209914> accesat la 12 noiembrie 2010
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Balaskas, E., Manika, A., Markopoulou, M., Kaprinis, G. și Tourkantonis, A. (2002). Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis, *Aging Clin Exp Res*, 14(5):354
- Iamandescu I.B. (1995). *Psihologie medicală*, Editura Infomedica, București
- Iamandescu, I.B. (1998). *Psychoneuroallergology*, Romcartexim, București.
- Iamandescu, I.B. (2005). *Psihologie medicală*. Ed.InfoMedica, București
- Ionescu, S., Jacquet, M.M. și Lhote, C. (2002). *Mecanisme de aparare. Teorie și aspecte clinice*, Polirom, Iași.
- Isen, A.M. (1987). Positive affect, cognition processes, and social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 20, 203-253.
- Isen, A.M., Daubman, K.A., Nowicki, G.P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and social Psychology*, 47, 1206-1217.
- Izard, C.E. (1971). *The face of Emotion*. New York: Meredith.
- Izard, C.E. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C.E. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum.
- Izard, C.E.; Malatesta, C.Z. (1987). *Perspectives on emotional development I : Differential emotions theory of early emotional development*. In: Osofsky J.D., editor. Handbook of infant development. 2nd ed. Wiley; New York: 1987. pp. 494–554.
- Izard, E.C. (1993). *Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes*. *Psychological Review*, 100(1):68–90.
- Jarrett, R. D., Kraft, Doyle, D., Foster, B. M., Eaves, G. G., & Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: A randomized clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 58, 381-388.
- Joffe, R., Segal, Z. și Singer, W. (1996). Changes in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *Am J Psychiatry*, 153:411-413
- Just, N., Abramson, L.Y., & Alloy, L.B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 63-83.
- Kahneman, D. și Riis, J. (2005) in *The Science Of Well-Being*, eds Huppert FA, Baylis N, Keverne B (Oxford Univ. Press, Oxford), pp 285–304.
- Kahneman, D (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being, online la <http://www.pnas.org/content/107/38/16489.full>
- Kakucksa, I., Qi, Y., Lechan, R. (1995 ). Changes in adrenal status affect hypothalamic thyrotropin-releasing hormone gene expression in parallel with corticotropin-releasing hormone. *Endocrinology* 136: 2795–2802.
- Kaplan, J. R. (2004). Modeling women’s health with non human primates and other animals. *ILAR J* 45, 83–88 online la [http://dels-old.nas.edu/ilar\\_n/ilarjournal/45\\_2/pdfs/v4502kaplan.pdf](http://dels-old.nas.edu/ilar_n/ilarjournal/45_2/pdfs/v4502kaplan.pdf)
- Kihlstrom, J. F. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445-1452, online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=125679211&sid=3&Fmt=4&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>
- Kirkegard, C., Faber, J. (1998). The role of thyroid hormones in depression, *EJ End*, 138:1-9.

- Kondo, K., Harbuz, M., Levy, A., Lightman, S. (1997). Inhibition of the hypothalamic-pituitary-thyroid axis in response to lipopolysaccharide is independent of changes in circulating corticosteroids. *Neuroimmunomodulation*, 4:188–194.
- Kopp, C. (1992). Emotional distress and control in young children. In N. Eisenberg & R. A. Fabes (Eds.), *Emotion and its regulation in early development*. New Directions in Child Development, no. 55 (pp. 41–56). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Kramer, U. (2010). Coping and defence mechanisms: What's the difference? Second act. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83: 207–221. doi: 10.1348/147608309X475989.
- Lackner, J.M. (2005). No Brain, No Gain: The Role of Cognitive Processes in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 Issue 2, p125-136, online la <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=18360255&site=ehost-live>
- Langer, P., Foldes, O., Kvetnansky, R., Culman, J., Torda, T., El Daher, F. (1983). Pituitary-thyroid function during acute immobilization stress in rats. *Experimental Clinical Endocrinology*; 82: 51–60.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press. Lewis.
- Lazarus, R. S. și Folkman S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European journal of personality*, 1:141-169.
- Lazarus, R. S., și Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer online la <http://www.csun.edu/~vcpsy00h/students/coping.htm>
- Lazarus, R.S., și Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. In L. A. Pervin & M. Lewis, eds. *Perspectives in Interactional Psychology*. Plenum Press, New York:.
- Lazăr, M. (1993). Thyroid hormone receptors: Multiple forms, multiple possibilities. *Endocr Rev*, 14:184–193.
- Legeron P. (2003). *Cum să te aperi de stres*, editura Trei, București
- Luchian, M. și Bivol, O. (2007). Un caz de hipertiroidism vindecat prin meditație transcendențială, revista Somatoterapia, 9 online la <http://www.somatoterapia.ro/?page=articole&CatId=7&ArticolId=14>
- Li Wood, R. (2004). *Understanding the „Miserable Minority”: a Diastesis-Stress Paradigm for Post Concussional Syndrome*.
- Lindauer, R.J.L., Olff, M., van Meijel, E.P.M. Carlier, I.V.E. și Gersons, B.P.R. (2006). Cortisol, Learning, Memory, and Attention in Relation to Smaller Hippocampal Volume in Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder, *Biological Psychiatry*, 59(2):171-177
- Luban-Plozza, B. și Iamandescu I.B. (sub.red.) (2003). *Dimensiunea psihosocială a practicii medicale*, Editura Infomedica, București.
- Luban-Plozza, B. (2002). *Stresul psihic din perspectiva psihologică și psihosomatică*, Editura Infomedica, București.
- Luban-Plozza, B., Pozzi U. și Carlevaro T. (2000). *Conviețuirea cu stresul*, editura Medicală, București.
- Luo, L.G., Bruhn, T. și Jackson, I. (1995). Glucocorticoids stimulate thyrotropin-releasing hormone gene expression in cultured hypothalamic neurons. *Endocrinology*, 136: 4945–4950.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., și Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9,111-131.
- MacGregor, M. Wm., Davidson, K., Black, S., & MacLean, D. (2003). Adaptive defense use and resting blood pressure in a population based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 531-541.
- Maes, M., Scharpé, S., Cosyns P. și Meltzer, H. (1994). Relationships between basal hypothalamic- pituitary-thyroid-axis activity and plasma haptoglobin levels in depression, *Journal of Psychiatric Research*, 28 (2):123-134
- Manea, M. (2002). *Psihologie medicală*, Editura Tehnica, București.
- Marti, O., Gavaldà, A., Jolin, T., Armario, A. (1996). Acute stress attenuates but does not abolish circadian rhythmicity of serum thyrotropin and growth hormone in the rat. *European Journal of Endocrinology*, 135: 703–708.
- Mascola, M.F. et Fischer, K.W. (1995). *Developmental transformations in appraisals for pride, shame, and guilt*. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (eds.). *Self-conscious emotions :The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, p. 64-113, New Yor, Guilford.
- Mattlin, J., Wethington, E., și Kessler, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31:103-122. Online la <http://www.csun.edu/~vcpsy00h/students/coping.htm>
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112-127.
- McIntosh, C. N., & Fischer, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: One versus three factors. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 32, 153-157
- McKelvey, R.S., Pfaff J.J. și Acress J.G. (2001). The relationship between chief complaints, psychological



- distress and suicidal ideation in 15-24 -year -old patients presenting to general practitioners, *Med. J.*, 175:553-554
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2001). Further Distinctions Between Coping and Defense Mechanisms? *Journal of Personality*, 69, pp. 287-296.
- Miclea, M. (1997). *Stres și adaptare psihică*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca
- Mihăescu, (2003) *Imunologie și imunochimie*, online la <http://ebooks.unibuc.ro/biologie/mihaiescu/12.htm>
- Mikels, J. A., Fredrickson, B. L., Larkin, G. R., Lindberg, C. M., Maglio, S. J., & Reuter-Lorenz, P. A. (2005). Emotional category data on images from the International Affective Picture System. *Behavior Research Methods*, 37, 626-630
- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Monnier, J., Hobfoll, S.E., Dunahoo, C.L., Hulsizer, M.R., & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping. Part 2: Construct validity and further model testing. *Anxiety, Stress, and Coping*. 11, 247-272.
- Mueller, C. J., Rosenkranz, M. A., Ryff, C. D., Singer, B. H. și Davidson, R. J. (2004). Making a Life worth living, Neural Correlates of well-being, *Psychological Science*, Vol. 15, no. 6
- Newman, L. S. (2001). Coping and Defense: No Clear Distinction. *American Psychologist*, 56, pp. 760-761.
- Nolan, L., Windle, R., Wood, S., Kershaw, Y., Lunness, H., Lightman, S., Ingram, C., Levy, A. (2000). Chronic iodine deprivation attenuates stress-induced and diurnal variation in corticosterone secretion in female Wistar rats. *J Neuroendocrinol*, 12:1149-1159.
- Northcutt, A. R., Harding, J. P., Kong, S., Hamm, L. R., Perschy, T. B., Heath, A. T., et al. (1999). Urgency as an endpoint in IBS. *Gastroenterology*, 116 (Pt. 2), A1036. Online la <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=2&hid=18&sid=73b8a50f-667c-4940-b64e-80278791d330%40SRCSM2>
- Northoff, G., Bermpohl, F., Schoeneich, F., Boeker, How, H. (2007). Does Our Brain Constitute Defense Mechanisms? First-Person Neuroscience and Psychoanalysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Basel, 76(3).141, online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1255908501&sid=1&Fmt=2&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>
- Oatley, K., Jenkins, J.M. (1996). *Understanding emotions*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Olteanu, A. și Lupu, V. (2000). *Neurofiziologia sistemelor senzitivă – senzorială*, Ed. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca
- Omdahl, B. (1995). Cognitive appraisal, emotion, and empathy. Mahwah, NJ: Erlbaum, online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=125679211&sid=3&Fmt=4&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>
- Oomen, H.A., Schipperijn, A.J. și Drexhage, H.A. (1996). The prevalence of affective disorder and in particular of a rapid cycling of bipolar disorder in patients with abnormal thyroid function tests. *Clin Endocrinol* 45:215-23.
- Opriș, D. și Macavei, B. (2005). The distinction between functional and dysfunctional negative emotions; An empirical analysis. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 5, 181-195.
- Opriș, D și Macavei, M. (2007). Profilul distresului afectiv. În D. David (coordonator), Sistem de evaluare clinică. Editura RTS, Cluj-Napoca.
- Ordas, D.M. și Labbate, L.A. (1995). Routine screening of thyroid function in patients hospitalized for major depression or dysthymia? *Ann Clin Psychiatry*, 7:161- 165.
- Pagliarini S. (2002). *The Psychology of Mental health and Illness-Dedining Health and Illness more Accurately*, online la <http://theemergencesite.com/Tech/Psychology-of-Mental-Health-Illness.htm>
- Pellitteri, J. S.(2010). Emotional intelligence in the context of adaptive personality: Implications for counselling psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(2):129 – 141.
- Perry, J.C., Hoglend, P., Shear, K. et al. (1998). Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *J Personality Disorders*, 12:56-68, online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=968144651&sid=3&Fmt=4&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>
- Placidi, G.P.A., Boldrini, M. și Patronelli, A. (1998). Prevalence of psychiatric disorders in thyroid diseased patients. *Neuropsychobiology*, 38:222-255.
- Popa-Velea, O. (1999). *Elemente de psihosomatică generală și aplicată*. Infomedica, București
- Popescu, A., (2004). Tiroida, o glandă mică, probleme mari. *Revista Magazin*, online la <http://www.revistamagazin.ro/content/view/208/31/>
- Preda, V. (1997). Testul de apercție tematică, Fundația Culturală Forum, Cluj-Napoca
- Preda, V. coord. (2007). *Elemente de psihopedagogie specială*, Ed. Eikon, Cluj-Napoca
- Pressman, S.D. și Cohen, S. (2005). Does Positive affect Influence Health? *Psychological Bulletin*, 131(6): 925-071
- Puymirat J. (1992). Thyroid receptors in the rat brain. *Prog Neurobiol*; 39: 281-294.

- Rao, R.S., Parikh, H.K., Deshmane, V.H., Parikh, D.M., Shridhande, S.S. și Havaladar, R. (1996). Prognostic factors in follicular carcinoma of the thyroid: a study of 198 cases. *Head Neck*, 18: 118-124.
- Reistad-Long, S. (2006). Stress-out Skin. *Allure*. New York: Nov 2006. pg. 117 in <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1206064191&sid=3&Fmt=3&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>
- Riskind, J. H., Alloy, L. B. (2006). *Cognitive vulnerability to psychological disorders: overview of theory, design, and methods*. Journal of Social and Clinical Psychology. New York: Sep 2006. Vol. 25, Iss. 7, p. 705-725.
- Rotter, J. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements*. Psychological Monographs
- Roudal, J.A. et Esperet, E. (1999). *Manuel de Psychologie de l'Enfant*, Mardaga, cap. 12, pp. 236-244.
- Roy-Byrne, P.P. & Katon, W. (1997). Generalized anxiety disorder in primary care: the precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry* 58, 34-38
- Ryff, C. and B. Singer. 2000. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology*, 4: 30-44
- Saarni, C. et Harris, P.L. (eds.) (1989). *Children's understanding of emotion*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sagi, A. et Hoffman, M.L. (1976). *Emphatic distress in the newborn*. Development Psychology, 12, 175-176.
- Salthouse, T.A. (2003). *Interrelations of aging, knowledge, and cognitive performance*. In U. Staudinger & U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development: Lifespan psychology in exchange with other disciplines* (pp. 265-287). Berlin, Germany: Kluwer Academic.
- Salthouse, T.A., Atkinson, T.M., și Berish, D.E. (2003). Executive functioning as a potential mediator of age-related cognitive decline in normal adults. *J Exp Psychol Gen*, 132(4):566-594.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions* (ediția a 4-a). New York: Wiley
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. și Pierce, G.R. (1990). *Social support: an interactional view*, New York, Wiley
- Sarason, I.G., Johnson, J., Siegel, S. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46:932-946.
- Sawka, A.M., Fatourechi, V., Boeve, B.F. și Mokri B. (2002). Rarity of encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis: a case series from Mayo-Clinic from 1950 to 1996, *Thyroid*, 12:393-398.
- Schlote, B., Nowotny, B., Schaaf, L., Kleinbohl, D., Schmidt, R., și Teuber, J. (1992). Subclinical hyperthyroidism: physical and mental state of patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 241: 357-64
- Schneider, M., Forthoer, M., (2005). Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment. *Health & Social Work*, 30(3):183-191.
- Schnurr, P.P. și Green, B.L. (2004). *Trauma and health: physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schulberg H.C. și Burns B.J. (1989). Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatment research directions, *Gen Hosp. Psychiatry*, 10:79-87.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2001) *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. și Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60:410-421.
- Selye, H.B. (1987). *Știință și viață*, Ed. Politică, București
- Servatius, R., Natelson, B., Moldow, R., Pogach, L., Brennan, F. și Ottenweller J. (2000). Persistent neuroendocrine changes in multiple hormonal axes after a single or repeated stressor exposures. *Stress*, 3: 263-274.
- Shi, Z.X., Levy, A. și Lightman, S. (1994). Thyroid hormone-mediated regulation of corticotropin-releasing hormone messenger ribonucleic acid in the rat. *Endocrinology*, 134:1577-1580.
- Shin, R. S., Anisman, H., Merali, Z. and McIntyre, D. C. (2004), Amygdala amino acid and monoamine levels in genetically Fast and Slow kindling rat strains during massed amygdala kindling: a microdialysis study. *European Journal of Neuroscience*, 20: 185-194.
- Silverman, R.E. (1960). Affect and vascular correlates to catecholamines. *Psychiatry Res.* 12:16-30.
- Sim, K., Chong, S.A., Chan, Y.H. și Lum, W.M. (2002). Thyroid Dysfunction in Chronic Schizophrenia Within a State Psychiatric Hospital, *Ann Acad Med Singapore*, 31:641-644.
- Simon, N.M., Blacker, D., Korbly, N.B., Sharma, S.G., Worthington, J.J., Otto, M.W. și Pollack, M.H. (2002). Hypothyroidism and hyperthyroidism in anxiety disorders revisited: new data and literature review, *J. Affect. Disord.* 69:209-217.
- Sirjacq, M. (2006). Derriere le stress, le debordement du preconscious, in *Controverses sur le stress, Rev. Francaise de Psychosomatique*, PUF, Paris, 163-178.
- Slavik, S. și Croake, J. (2006). General Developmental Theories-Ecological Theory. *Journal of Individual Psychology*, 62(4):417-428, online la [http://psychiatry.healthse.com/psy/more/general\\_developmental\\_theories\\_ecological\\_theory/](http://psychiatry.healthse.com/psy/more/general_developmental_theories_ecological_theory/)
- Smith, C., și Lazarus, R. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and*

- Emotion*, 7(3/4), 233-269.
- Sokolov, S.T.H., Levitt, A.J. și Joffe, R.T. (1997). Thyroid hormone levels before unsuccessful antidepressant therapy are associated with later response to T3 augmentation. *Psychiatry Res*, 69:203-206.
- Sroufe, L.A. (1996). *Emotional development : The organization of emotional life in the early years*. Cambridge, UK :Cambridge University Press.
- Steckler, T., Kalin N.H. și Reul, J.M. H.M. Eds. (2005). *Handbook of stress and the brain*, Elsevier
- Stirling A.M., Wilson P., McConnachie A. (2001). Deprivation, psychological, distress and consultation length in general practice, *B.J. Gen Pract.* 51, 546-460.
- Stone, A. și Neale, J. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46:892-906.
- Stora J.B. (1999). *Stresul*, Ed. Meridiane, București
- Strine, T.W., Ford, E.S., Balluz, L., Chapman, D.P. și Mokdad, A.H. (2004). Risk Behaviors and Health-Related Quality of Life Among Adults With Asthma: The Role of Mental Health Status. *Chest*, Chicago, 126(6):1849, online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=785272001&sid=2&Fmt=4&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>
- Sumedrea, A. și Sângeorzan, L. (2007). A Mathematical Theory of Psychological Dynamics, WSEAS transactions on mathematic, <http://www.wseas.us/e-library/transactions/mathematics/2009/29-746.pdf>
- Tangney, J.P. et Fischer, K.W.(eds)(1995). *Self-conscious emotion : The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, New York :Guilford.
- Taylor, S.E., Brown, J.D. (1994). Positive illusions and well-being revised: Separating facts from fiction, *Psychological Bulletin*, 1:21-27.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59 (2-3), 25-52.
- Trzepacz, P.T. și Levey, G.S. (1989). Manifestaciones psiquiátricos de la enfermedad de Graves, *Tiempos Médicos*, 402:7-10.
- Tudose, F. (2006) *Fundamente în Psihologia Medicală*, Ed. Fundației România de mâine, București
- Tudose, F., Tudose, C., și Dobranici, L. (2002). *Psihopatologie și Psihiatrie pentru psihologi*, Info Medica, București
- Tudose, F., Tudose, C., Vasilescu, A. și Tămășan, S. (2005). *Sindroame rătăcitoare*, Ed. Info Medica, București
- Turakulov, Y., Burikhanov, R., Pakitdinov, P. și Myslitskaya, A. (1994). Influence of immobilization stress on the levels of thyroid hormones. *Neurosci Behav Physiol*, 24: 462-464.
- Uchino, B.N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A lifespan perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives in Psychological Science*, 4: 236-255.
- Uchino, B.N. (2009b). What a lifespan perspective might tell us about why distinct measures of support have differential links to physical health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 53-62.
- Urry, H.L., Nitschke, J.B., Dolski, I., Jackson, D.C., Dalton, K.M., Mueller, C.J., Rosenkranz, M.A., Ryff, C.D., Singer, B.H., și Davidson, R.J. (2004). Making a life worth living: Neural correlates of well-being. *Psychological Science*, 15: 367-372.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston: Little, Brown.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, s. 44-50.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive Mental Mechanisms: Their Role in a Positive Psychology. *American Psychologist*, 55, pp. 89-98.
- Van Haasteren, G., Linkels, E., Klootwijk, W., van Toor, H., Rondeel, J., Themmen, A., de Jong, F., Valentijn, K., Vaudry, H., Bauer, K., Visser, T. și de Greef, W. (1995). Starvation-induced changes in the hypothalamic content of prothyrotropin-releasing hormone (proTRH) mRNA and the hypothalamic release of proTRH-derived peptides: role of the adrenal gland. *Journal of Endocrinol*, 145:143-153.
- Vandoolaeghe, E., Maes, M., Vandevyvere, J. și Neels, H. (1997). Hypothalamic-pituitary-thyroid axis function in treatment resistant depression. *J Affect Disord*, 43:143-150
- Von Euler, U.S., Hellner, S. și Purkhold, A. (1954). Excretion of nor-adrenaline in urine in hypertension. *Scand J Clin Lab Invest.* 6:54.
- Wang, S. (2006). Traumatic stress and Thyroid function. *New York*: 30(6):585. Online la <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1088169701&sid=2&Fmt=2&clientId=65090&RQT=309&VName=PQD>
- Welgan, P., Meshkinpour, H., și Beeler, M. (1988). Effect of anger on colon motor and myoelectric activity in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 94:1150-1156.
- Welgan, P., Meshkinpour, H., și Hoehler, F. (1985). The effect of stress on colon motor and electrical activity in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 47:139-149.
- Wells, A., și Mathews, G. (1994). *Attention and emotion*. Hove, UK: Erlbaum. Online la

- Whalen PJ (1998): Fear, vigilance and ambiguity: Initial neuroimaging studies of the human amygdala. *Curr Dir Psychol Sci*, 7(6):177-188
- Williams, R.B. (1989). *The trusting heart: Great news about Type A behavior*. New York Times Books/Random House, New York
- Wood, A.M., Joseph, S., Linley, P. A. (2007). Coping style as a psychological resource of grateful people, *Journal of Social and Clinical Psychology*. 26(9):1076
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange
- Young, J. și Brown, G. (2007). Chestionarul schemelor cognitive Young. Formele YSQ-S3 și YSQ-L2 (adaptat de Macavei B. și Popa S.). În D. David (coordonator), *Sistemul de evaluare clinică*. Editura RTS, Cluj-Napoca.
- Youngblade, L.M. et Dunn, J. (1995). *Individual differences in young children's pretend play with mother and sibling : Links to relationships and understanding of other people's feelings and beliefs*. *Child Development*, 66, 1472-1492.
- Zahn-Waxler, C. et Robinson, J. (1995). *Empathy and guilt: Early origins of feelings of responsibility*. In K. Fischer and J. Tangney (Eds.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: Guilford Press.
- Zajonc, R. (1984). *On the primacy of affect*. *American Psychologist*, 39, 117-223.
- Zahn-Waxler, C. et Robinson, J. (1995). *Empathy and guilt : Early origins*. In J.P. Tangney & K.W. Fisher (eds.). *Self-conscious emotions : The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, 143-173, New York, Guilford.