



ACADEMIA ROMÂNĂ
Școala de Studii Avansate a Academiei Române
Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru”

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**PATTERNURI DE ATAȘAMENT ȘI STRATEGII
DE REGLARE EMOȚIONALĂ LA PERSOANELE
CU AFECȚIUNI PSIHOSOMATICE**

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT:

Prof. Univ. Dr. Margareta Dincă

DOCTORAND:

Natalia Constantinescu

2023

CUPRINS

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCERE | 4 |
| PARTEA I. STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII | 7 |
| 1. Atașamentul | 7 |
| 2. Reglarea emoțională | 9 |
| 3. Afecțiunile psihosomatice | 10 |
| 4. Atașamentul, reglarea emoțională și afecțiunile psihosomatice | 11 |
| PARTEA A II-A. STUDII DE INVESTIGARE A RELAȚIEI DINTRE ATAȘAMENT, STRATEGIILE DE REGLARE EMOȚIONALĂ ȘI TULBURAREA CU SIMPTOME SOMATICE | 13 |
| <i>Preambul</i> | 13 |
| 5. Studiul 1: Efectul de mediere al strategiilor de reglare emoțională în relația dintre atașament și tulburarea cu simptome somatice | 14 |
| 5.1. Obiective și ipoteze | 14 |
| 5.2. Participanți și procedură | 14 |
| 5.3. Instrumente | 15 |
| Adaptarea Inventarului stilurilor de atașament la adulți – forma scurtă (<i>Experiences in Close Relationships – Short form, ECR-S</i>) în România | 15 |
| Adaptarea Chestionarului de reglare a sistemelor emoționale (<i>Regulation of Emotion Systems Survey, RESS</i>) în România | 16 |
| Adaptarea Chestionarului pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului-15 (<i>Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15</i>) – autopercepută, în România | 17 |
| Adaptarea Scalei pentru evaluarea tulburării cu simptome somatice – criteriul B (<i>Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale, SSD-12</i>) în România | 18 |
| 5.4. Operaționalizarea criteriilor de diagnostic pentru tulburarea cu simptome somatice | 18 |
| 5.5. Analiză statistică | 18 |
| 5.6. Rezultate | 19 |
| 5.7. Discuții | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 6. Studiul 2: Efectul incremental al strategiilor de reglare emoțională, raportat la atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice | 21 |
| 6.1. Obiective și ipoteze | 21 |
| 6.2. Participanți și procedură | 21 |
| 6.3. Instrumente | 22 |
| Adaptarea Interviuului modelelor multiple de atașament (<i>Attachment Multiple Model Interview, AMMI</i>) în România | 22 |
| 6.4. Analiză statistică | 23 |
| 6.5. Rezultate | 23 |
| 6.6. Discuții | 25 |
| | |
| 7. Studiul 3: Programul de training și intervenție pentru îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională | 26 |
| 7.1. Obiective și ipoteze | 26 |
| 7.2. Participanți și procedură | 26 |
| 7.3. Instrumente | 28 |
| 7.4. Analiză statistică | 28 |
| 7.5. Rezultate | 28 |
| 7.6. Discuții | 29 |
| | |
| CONCLUZII ȘI DISCUȚII GENERALE | 30 |
| 1. Sinteza rezultatelor cercetării | 30 |
| 2. Contribuțiile cercetării | 32 |
| 3. Limitări și direcții viitoare de cercetare | 34 |
| | |
| BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ | 35 |

INTRODUCERE

Afecțiunile psihosomatice reprezintă un domeniu de interes major pentru cercetare, din multiple considerente: a) prevalență ridicată: 30-75% dintre simptomele somatice întâlnite în cabinetele de asistență medicală primară sunt somatoforme, neavând o explicație medicală (Kroenke *et al.*, 1989, Kroenke *et al.*, 1990, *apud* Kroenke *et al.*, 1994; Steinbrecher *et al.*, 2011); b) impact puternic la nivel individual (fiziologic și psihologic), social și economic (Alexander, 2008; Dijkstra-Kersten *et al.*, 2015; Jankowiak *et al.*, 2020; Terre *et al.*, 2003; Van der Feltz-Cornelis *et al.*, 2018; Van Geelen *et al.*; Yew *et al.*, 2020); c) evoluția permanentă a terminologiei și conceptualizărilor afecțiunilor psihosomatice; d) etiologie complexă, necunoscută în totalitate.

Până în prezent, majoritatea cercetărilor în domeniu au utilizat terminologia și conceptualizările anterioare ale afecțiunilor psihosomatice, existând un număr redus de studii care utilizează cea mai nouă abordare din DSM-5 (APA, 2013) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, ediția a cincea), în care categoria afecțiunilor psihosomatice este redenumită „Tulburarea cu simptome somatice și tulburările înrudite”, cu diagnosticul principal „Tulburarea cu simptome somatice”. De asemenea, majoritatea studiilor utilizează fie teoria atașamentului, fie teoria reglării emoționale, pentru înțelegerea etiologiei acestor afecțiuni. Totodată, există limitări în abordarea atașamentului și a reglării emoționale, majoritatea studiilor utilizând doar perspectiva globală asupra atașamentului (care nu ia în considerare variabilitatea stilului de atașament în funcție de relație), respectiv doar două strategii de reglare emoțională (suprimare și reevaluare). În plus, majoritatea studiilor sunt de tip corelațional, existând un număr redus de studii de validare practică a rezultatelor cercetărilor. La nivelul României, cercetarea în domeniul psihosomaticii este puțin dezvoltată, existând un număr redus de instrumente adaptate pe populația românească pentru evaluarea afecțiunilor psihosomatice sau a factorilor principali implicați în etiologia acestora: atașamentul și strategiile de reglare emoțională.

Teza de doctorat și-a propus să depășească aceste limite, prin utilizarea celor mai recente abordări ale atașamentului, strategiilor de reglare emoțională și ale afecțiunilor psihosomatice, atât la nivel conceptual, cât și din punctul de vedere al instrumentelor de evaluare a acestor trei concepte.

Lucrarea a fost structurată în două părți. Prima parte a lucrării, formată din patru capitole, a cuprins o sinteză a noțiunilor teoretice și a studiilor referitoare la atașament, reglarea emoțională și afecțiunile psihosomatice. Partea a doua a lucrării, formată din trei capitole, a reprezentat cercetarea propriu-zisă și a cuprins trei studii realizate pe eșantioane independente de adulți, provenind din populația generală a României. Pentru aceste studii, s-a utilizat conceptualizarea afecțiunilor psihosomatice conform celei mai recente abordări, regăsite în DSM-5 sub denumirea „tulburarea cu simptome somatice”.

Primul capitol – **Atașamentul**, include noțiuni referitoare la teoria atașamentului, caracteristicile atașamentului la vârsta adultă, patternurile de atașament la adulți, precum și aspecte cu privire la stabilitatea versus instabilitatea atașamentului.

În capitolul doi – **Reglarea emoțională**, sunt prezentate caracteristicile reglării emoționale, modelele reglării emoționale, tipurile de strategii de reglare emoțională, precum și dinamica strategiilor de reglare emoțională.

Capitolul trei – **Afecțiunile psihosomatice**, cuprinde un scurt istoric al psihosomaticii, relevant pentru înțelegerea conexiunii psihic-corp și a cercetării în domeniu, o prezentare a evoluției terminologiei și a conceptualizărilor utilizate pentru definirea afecțiunilor psihosomatice, precum și o descriere detaliată a factorilor biologici, psihologici și sociali relevanți pentru etiologia afecțiunilor psihosomatice.

În capitolul patru – **Atașamentul, reglarea emoțională și afecțiunile psihosomatice**, sunt prezentate relațiile dintre cele trei concepte. În ceea ce privește *relația dintre atașament și reglarea emoțională*, sunt descrise atât modul în care relațiile de atașament contribuie la dezvoltarea strategiilor de reglare emoțională, cât și modul în care utilizarea strategiilor de reglare emoțională variază în funcție de patternul de atașament. În ceea ce privește *relația dintre atașament și afecțiunile psihosomatice*, este evidențiat rolul atașamentului în dezvoltarea afecțiunilor psihosomatice, fiind descrise, totodată, modelele explicative ale mecanismului prin care insecuritatea atașamentului determină apariția acestor afecțiuni. De asemenea, sunt prezentate diferențele la nivelul atașamentului, între persoanele cu afecțiuni psihosomatice și cele sănătoase. În ceea ce privește *relația dintre reglarea emoțională și afecțiunile psihosomatice*, sunt descrise modelele explicative ale mecanismului prin care perturbările la nivelul reglării emoționale contribuie la dezvoltarea acestor afecțiuni. De asemenea, sunt prezentate diferențele existente în modul de utilizare a strategiilor de reglare emoțională, în rândul persoanelor cu afecțiuni psihosomatice versus persoanele sănătoase. Capitolul se încheie cu o integrare a teoriei atașamentului și a teoriei reglării emoționale pentru explicarea dezvoltării afecțiunilor psihosomatice, fiind prezentat *rolul mediator al reglării emoționale* în relația dintre atașament și afecțiunile psihosomatice.

Capitolul cinci – **Studiul 1: Efectul de mediere al strategiilor de reglare emoțională în relația dintre atașament și tulburarea cu simptome somatice**, cuprinde rezultatele unui studiu corelațional care abordează atașamentul dintr-o perspectivă globală, conform căreia patternul de atașament reprezintă o caracteristică a individului, care se manifestă identic în toate relațiile semnificative ale acestuia. Acest studiu testează șase ipoteze referitoare la: corelațiile dintre atașament, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice, relația de mediere dintre aceste trei variabile, precum și diferențele între persoanele cu tulburare cu simptome somatice și cele fără această tulburare, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională.

Capitolul include adaptarea pe populația generală din România a patru chestionare necesare pentru a evalua atașamentul, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice: Inventarul stilurilor de atașament la adulți – forma scurtă (*Experiences in Close Relationships – Short form*, ECR-S), Chestionarul de reglare a sistemelor emoționale (*Regulation of Emotion Systems Survey*, RESS), Chestionarul pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului-15 (*Patient Health Questionnaire-15*, PHQ-15) – autopercepută și Scala pentru evaluarea tulburării cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale*, SSD-12).

Capitolul șase – **Studiul 2: Efectul incremental al strategiilor de reglare emoțională, raportat la atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice**, cuprinde rezultatele unui studiu corelațional care abordează atașamentul din perspectiva specificității, conform căreia patternul de atașament variază în funcție de relațiile semnificative pentru individ. Acest studiu testează șase ipoteze referitoare la: corelațiile dintre atașament, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice, efectul incremental al strategiilor de reglare emoțională, raportat la atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice. De asemenea, am analizat diferențele, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională, între persoanele cu tulburare cu simptome somatice și cele fără această tulburare.

Capitolul include adaptarea în România a Interviului modelelor multiple de atașament (*Attachment Multiple Model Interview, AMMI*), instrument care permite evaluarea atașamentului în cadrul relațiilor semnificative la vârsta adultă: cu mama, cu tatăl, cu partenerul de cuplu.

Capitolul șapte – **Studiul 3: Programul de training și intervenție pentru îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională**, cuprinde un studiu de validare practică a rezultatelor cercetării, prin care a fost testată ipoteza conform căreia programele de training și intervenție centrate pe îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională conduc la reducerea simptomatologiei specifice tulburării cu simptome somatice.

Partea finală a lucrării – **Concluzii și discuții generale**, include o prezentare a rezultatelor obținute în cele trei studii, fiind precizate, totodată, contribuțiile cercetării prezente.

Principalele contribuții originale aduse de cercetarea din teza de doctorat sunt:

- (1) *teoretice*, prin integrarea teoriei atașamentului și a teoriei reglării emoționale pentru investigarea afecțiunilor psihosomatice, utilizând, totodată, conceptualizări actuale ale acestora;
- (2) *clinice*, prin operaționalizarea criteriilor de diagnostic ale tulburării cu simptome somatice, precum și prin adaptarea în România a cinci instrumente care evaluează atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice;
- (3) *practice*, prin implementarea unui program de training și intervenție pentru îmbunătățirea reglării emoționale, care poate fi inclus în tratamentul persoanelor cu tulburare cu simptome somatice. Contribuțiile practice aduse de teza prezentă constau și în adaptarea celor cinci instrumente în România, care vor fi utile pentru practicienii psihologi și psihoterapeuți, aceștia putând obține, prin intermediul probelor respective, informații pe baza cărora să își construiască intervenția terapeutică.

Cuvinte cheie: atașament, reglare emoțională, afecțiuni psihosomatice, tulburarea cu simptome somatice

PARTEA I

STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII

1. Atașamentul

Teoria atașamentului, elaborată de John Bowlby, este o teorie a dezvoltării, care ilustrează importanța legăturii timpurii mamă¹-copil în evoluția legăturilor emoționale ale individului, precum și în starea sa de sănătate fizică și mentală, de-a lungul vieții (Fraley, 2019; Gillath *et al.*, 2016). Bowlby (1982) definește atașamentul drept o tendință biologică a copilului de a căuta apropierea unei figuri specifice (persoana care îl îngrijește), în anumite situații, această tendință având funcția principală de protecție. De asemenea, acesta menționează că o relație de atașament are patru caracteristici: 1) menținerea apropierii față de figura de atașament; 2) distresul de separare (la plecarea figurii de atașament); 3) locul sigur (întoarcerea la figura de atașament, pentru alinare și siguranță, în cazul confruntării cu un stimul amenințător); 4) baza sigură (utilizarea figurii de atașament ca o bază de la care copilul se simte încrezător să exploreze locuri necunoscute sau să interacționeze cu persoane noi) (Bowlby, 1982; Hazan & Zeifman, 1999).

În ceea ce privește organizarea sistemului de atașament, Bowlby (1982) propune conceptul „modele interne de lucru”, care desemnează reprezentările mentale pe care copilul și le construiește cu privire la sine și la ceilalți, având ca referință interacțiunile repetate cu mama, în special receptivitatea acesteia la nevoile sale. Prin intermediul acestor reprezentări mentale, construite spre finalul primului an de viață și pe parcursul celui de-al doilea, respectiv al treilea an, copilul percepe evenimentele, își evaluează propria situație și își face anumite planuri. Modelul intern de lucru al sinelui cuprinde noțiunile individului cu privire la propriul grad de adecvare și la iubirea pe care merită să o primească. Modelul intern de lucru al lumii include reprezentările individului cu privire la locul în care pot fi găsite figurile de atașament, respectiv răspunsurile așteptate din partea acestora (Bowlby, 1982). Bowlby (1973) prezintă ipoteza modelelor multiple de lucru, sugerând că individul poate opera cu mai multe modele de lucru ale lumii și ale sinelui, diferențiate în funcție de originea lor, gradul de dominanță și nivelul de conștientizare al persoanei.

Ipotezele formulate de John Bowlby au fost testate, ulterior, de Mary Ainsworth, aceasta dezvoltând o metodologie specifică (procedura situației necunoscute – „Strange Situation”), prin intermediul căreia putea fi observat comportamentul copilului într-o situație oarecum necunoscută, la început în prezența mamei, iar ulterior, în absența acesteia (Bowlby, 1973). Pe baza comportamentului de explorare manifestat de copil în camera de joacă, pe parcursul experimentului, precum și a comportamentelor manifestate la plecarea și revenirea figurii de atașament (Adler-Tapia, 2012), Mary Ainsworth a propus clasificarea atașamentului în copilărie în funcție de trei patternuri: sigur (securizant), insecurizant-ambivalent și insecurizant-evitant (Van Rosmalen, 2015). Ulterior, Mary Main și Judith Solomon au adăugat al patrulea stil de atașament: insecurizant-dezorganizat (Main & Solomon, 1986).

¹ Termenul „mamă” se utilizează pentru persoana care îndeplinește rolul de mamă, în creșterea copilului. De obicei, aceasta este chiar mama biologică a copilului (Bowlby, 1980).

Deși, inițial, teoria atașamentului s-a centrat pe relațiile din copilărie, John Bowlby (1982) a adus contribuții, de asemenea, cu privire la atașamentul la vârsta adultă, considerând comportamentul de atașament la vârsta adultă drept o continuare a celui din perioada copilăriei, individul având tendința să caute apropierea față de o persoană de încredere, cu precădere în situațiile pe care le percepe amenințătoare (precum boală, catastrofă sau pericol). Ulterior, teoria atașamentului a fost utilizată pentru a explora dinamica relațiilor romantice la vârsta adultă. Studiile (Hazan & Shaver, 1987; Hazan & Zeifman, 1999) au indicat că legăturile emoționale formate între partenerii de cuplu sunt similare legăturilor emoționale timpurii, formate între copii și părinți, iar procesul de dezvoltare a atașamentului la vârsta adultă este similar atașamentului format în copilărie.

În ceea ce privește clasificarea patternurilor de atașament la vârsta adultă, în literatură sunt menționate două abordări: categorială, respectiv dimensională. Hazan și Shaver (1987) au utilizat o tipologie similară celei descrise de Mary Ainsworth, în cazul copiilor: sigur, ambivalent, evitant. Ulterior, Bartholomew (1990) a contestat adecvarea categoriei „evitant”, propunând o diferențiere în funcție de motivația aferentă evitării, respectiv nivelul de conștientizare al nevoilor de atașament, rezultând, astfel, patru patternuri de atașament: sigur, preocupat, detașat și temător.

Ulterior, cercetătorii în domeniul atașamentului au abandonat abordarea categorială a atașamentului, în favoarea celei dimensionale, considerând că atașamentul la vârsta adultă poate fi conceptualizat în funcție de două dimensiuni fundamentale: *Anxietate* (teama de separare și abandon) și *Evitare* (disconfortul cauzat de intimitate și dependență) (Brennan *et al.*, 1998). În urma unor analize comparative între abordarea categorială și cea dimensională, s-a constatat că modelul dimensional este mai adecvat pentru descrierea tipurilor de atașament, la vârsta adultă (Fraley *et al.*, 2015). Pe lângă abordarea dimensională a atașamentului la vârsta adultă, pe baza dimensiunilor *Anxietate* și *Evitare*, literatura de specialitate (Miljkovitch *et al.*, 2015) menționează și o altă abordare dimensională, pe baza a patru dimensiuni, regăsite în fiecare relație semnificativă pentru individ (cu mama, cu tatăl, cu fiecare partener de cuplu): *Securitate*, *Inhibiție/Dezactivare*, *Hiperactivare* și *Dezorganizare*. Securitatea în relație este ridicată dacă cele mai multe răspunsuri primite de individ sunt adecvate nevoilor sale. În situațiile în care figura de atașament nu este disponibilă sau nu furnizează răspunsul adecvat, individul apelează la strategii secundare de atașament pentru satisfacerea nevoilor sale, recurgând fie la neexprimarea, minimizarea sau chiar neconștientizarea nevoilor de atașament (strategia de inhibiție), fie la concentrarea excesivă pe figura de atașament și încercările de a-i atrage atenția sau de a se apropia de aceasta (strategia de hiperactivare), fie la utilizarea simultană a strategiilor opuse de inhibiție și hiperactivare (strategia de dezorganizare), în cadrul aceleiași relații (Miljkovitch *et al.*, 2015).

În ceea ce privește stabilitatea atașamentului, rezultatele studiilor sunt contradictorii, indicând fie o menținere a patternului de atașament de-a lungul vieții (Chopik *et al.*, 2019; Fraley, 2002), fie, dimpotrivă, o modificare a acestuia, atât de-a lungul timpului (Pinquart *et al.*, 2013), cât și în același moment temporal, în funcție de relația de atașament – cu mama, cu tatăl, cu partenerul de cuplu (Fraley *et al.*, 2011; Miljkovitch *et al.*, 2015).

2. Reglarea emoțională

Cercetarea în domeniul reglării emoționale a debutat în anii '90 (Gross, 2015), iar complexitatea conceptului a determinat imposibilitatea unui acord unanim cu privire la o definiție corespunzătoare. Comparând definițiile propuse de autorii de referință în domeniul reglării emoționale (Berking, 2010, *apud* Berking *et al.*, 2012; Eisenberg & Spinrad 2004; Gratz & Roemer, 2004; Gross, 1998; Gross & Thompson, 2007; Thompson, 1994), se constată că unii autori se rezumă doar la mecanismele conștiente implicate, fără să țină cont de mecanismele inconștiente, alți autori consideră doar procesele prin care individul își reglează singur emoțiile, fără să includă și procesele prin care alte persoane contribuie la reglarea sa emoțională etc. Cu toate că aceste definiții prezintă discrepanțe din perspectiva conceptualizării, există, însă, și elemente comune, relevante pentru complexitatea reglării emoționale și anume includerea, pe lângă trăirea emoțională propriu-zisă, a altor componente, precum cele cognitive, comportamentale și fiziologice. De asemenea, ținând cont de faptul că emoția este un subdomeniu al domeniului afectului (alături de stres, dispoziție și impulsuri), se poate considera că reglarea emoțională reprezintă un subdomeniu al reglării afectului, alături de coping, reglarea dispoziției și mecanismele de apărare (Gross & Thompson, 2007).

În ceea ce privește conceptualizarea reglării emoționale, cel mai utilizat model este modelul procesual al reglării emoționale, elaborat de Gross, în anul 1998 (Verzeletti *et al.*, 2016). Acest model ia în considerare cinci procese de reglare emoțională: selectarea situației, modificarea situației, modificarea focusului atenției, schimbarea cognitivă și modificarea răspunsului, dintre care primele patru procese sunt centrate pe antecedente, având loc înainte de generarea răspunsului specific emoției (fiziologic, experiențial și comportamental), în timp ce ultimul proces este centrat pe răspuns, având loc după generarea răspunsului respectiv (Gross, 1998).

Deși este util pentru înțelegerea conceptului, modelul procesual al reglării emoționale s-a dovedit a fi incomplet, întrucât pune accentul doar pe o etapă a reglării emoționale și anume implementarea unei anumite strategii de reglare emoțională (Sheppes *et al.*, 2015), fără să ofere o bază teoretică pentru înțelegerea altor aspecte ale acestui concept, precum: modul în care strategiile de reglare emoțională sunt inițiate sau oprite, cum se realizează reglarea emoțională de succes și care sunt cauzele unui insucces (Gross, 2015). Pentru a depăși aceste limitări, Gross (2015) a extins modelul procesual al reglării emoționale. Acest model pornește de la premisa că emoțiile implică evaluare, adică diferențierea între ce este benefic pentru individ și ce nu este benefic, între starea actuală și starea dorită. De asemenea, modelul presupune că la nivelul individului există mai multe sisteme de evaluare, care se află în interacțiune, acționând fie în aceeași direcție, fie în direcții opuse (Gross, 2015).

Referitor la modalitățile concrete prin care individul își reglează emoțiile (Koole, 2009), literatura de specialitate indică multiple clasificări ale strategiilor de reglare emoțională: centrate pe antecedente versus centrate pe răspuns, explicite (cu efort conștient) versus implicite (automate), intrapersonale (de autoreglare) versus interpersonale (sociale), adaptative versus dezadaptative (Aldao *et al.*, 2010; Eldesouky & English, 2018; Gross, 2001; Gyurak *et al.*, 2011; Reeck *et al.*, 2016; Zaki & Williams, 2013).

În ceea ce privește dinamica strategiilor de reglare emoțională, studiile au indicat că aceasta se manifestă atât de-a lungul vieții individului, cât și pe parcursul unei zile sau chiar în cadrul unui episod emoțional specific. Perioada copilăriei reprezintă baza pentru reglarea emoțională la vârsta adultă, abilitatea părinților de a regla emoțiile copiilor contribuind la dezvoltarea abilităților individului de (auto)reglare emoțională (Gross & Thompson, 2007). Aspectul social este extrem de important pentru dezvoltarea strategiilor de reglare emoțională, individul fiind influențat, la început, de relația cu părinții, apoi de interacțiunile cu grupul de prieteni, de relația cu profesorii și, ulterior, de relațiile de la locul de muncă (Thompson, 1994). Studiile au indicat că strategiile de reglare emoțională variază, de asemenea, pe parcursul unei zile (Eldesouky & English, 2018; English *et al.*, 2017), precum și în cadrul unui episod emoțional specific (Ford *et al.*, 2019; Heiy & Cheavens, 2014).

3. Afecțiunile psihosomatice

Afecțiunile psihosomatice au fost definite drept acele boli provocate sau favorizate de factori psihologici (Bransfield & Friedman, 2019). Legătura dintre psihic și corp a fost adusă în atenția literaturii medicale occidentale de către medicul german Johann Christian August Heinroth, cel care a utilizat pentru prima dată termenul „psihosomatică”, în anul 1818 (Muskin, 2008). Ulterior, diverși psihanalști, precum Sigmund Freud (2005), Felix Deutsch (Luban-Plozza *et al.*, 1992) și Franz Alexander (2008), au menționat rolul inconștientului în dezvoltarea simptomelor de natură somatică.

Terminologia utilizată pentru descrierea afecțiunilor psihosomatice a evoluat, în literatură regăsindu-se termeni precum: „somatizare”, „simptome inexplicabile medical”, „tulburare de somatizare”, „tulburare somatoformă”, „tulburare cu simptome somatice”, „tulburarea distresului corporal”. Terminologia vastă utilizată în domeniul psihosomaticii se află în strânsă legătură cu evoluția abordării conceptuale a afecțiunilor psihosomatice, aceste modificări regăsindu-se și în cele două sisteme internaționale de clasificare ale tulburărilor mentale: DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* / Manualul Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale), respectiv ICD (*International Classification of Diseases* / Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament).

Astfel, categoria „Tulburări somatoforme”, cu diagnosticul principal „Tulburarea de somatizare”, din ediția a patra revizuită a DSM-ului, DSM-IV-TR (APA, 2000), a fost înlocuită, în ediția a cincea a manualului, DSM-5 (APA, 2013), cu categoria „Tulburarea cu simptome somatice și tulburările înrudite”, având diagnosticul principal „Tulburarea cu simptome somatice”. Dacă în varianta anterioară a DSM-ului exista un număr ridicat de criterii de diagnostic pentru tulburarea de somatizare, iar elementul central consta în lipsa unor explicații medicale pentru simptomele somatice, în cea mai recentă versiune a DSM-ului această condiție este eliminată, iar criteriile de diagnostic se centrează pe simptomatologia pozitivă, surprinzând mai clar interacțiunea psihic-corp și fiind mult mai ușor de utilizat în practica medicală. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea cu simptome somatice, conform DSM-5 (APA, 2013), sunt: prezența simptomelor somatice perturbatoare (criteriul A), prezența simptomelor psihologice (gânduri, sentimente și comportamente) excesive, asociate simptomatologiei somatice (criteriul B), respectiv durata mai mare de 6 luni a simptomelor somatice (criteriul C). Modificări similare cu privire la terminologia și

conceptualizarea afecțiunilor psihosomatice s-au constatat și în ICD-11 (WHO, 2022), comparativ cu versiunea anterioară, ICD-10 (WHO, 1994).

Complexitatea domeniului psihosomaticii nu vizează doar terminologia și conceptualizările diverse ale afecțiunilor psihosomatice, ci și factorii implicați în evoluția afecțiunilor, modelul bio-psiho-social aflându-se la baza înțelegerii acestor afecțiuni (Okur Güney *et al.*, 2019). Factorii biologici relevanți pentru afecțiunile psihosomatice sunt: factorii genetici, funcționarea perturbată la nivelul sistemului nervos central, sistemului nervos autonom, sistemului endocrin, sistemului imunitar, respectiv la nivelul neurotransmițătorilor (Chang, 2005; Holliday *et al.*, 2010; Rief & Barsky, 2005). Factorii psihologici relevanți pentru declanșarea sau agravarea afecțiunilor psihosomatice sunt: reglarea emoțională deficitară, perturbările la nivelul percepției și cogniției, atașamentul insecurity și tulburările de personalitate (Ciechanowski *et al.*, 2002; Elsaied *et al.*, 2017; Garcia-Campayo *et al.*, 2007; Knoop *et al.*, 2010; Lilly & Valdez, 2012; Liu *et al.*, 2011; Luyten *et al.*, 2013; Okur Güney *et al.*, 2019; Van Ravenzwaaij *et al.*, 2010; Waller & Scheidt, 2006; Woud *et al.*, 2016). Factorii sociali cu rol în dezvoltarea afecțiunilor psihosomatice sunt: abuzul și neglijarea în copilărie, evenimentele majore de viață sau situațiile stresante cotidiene, suportul social, procesul de învățare socială, contextul socio-cultural și stigmatizarea (Bagayogo *et al.*, 2013; Brown *et al.*, 2003; Dodaj & Šimić, 2012; Eisenberger, 2013; Heim *et al.*, 2009; Kilpeläinen *et al.*, 2002; Levy *et al.*, 2007; Ma-Kellams, 2014).

4. Atașamentul, reglarea emoțională și afecțiunile psihosomatice

Legătura dintre atașament și reglarea emoțională a fost susținută de numeroase studii. În cadrul relației cu părintele, copilul își dezvoltă abilitățile de reglare emoțională, prin internalizarea tiparelor de reglare emoțională specifice acestei relații (Cassidy, 1994, Sroufe & Fleeson, 1986, *apud* Contreras & Kerns, 2000). După ce a experimentat diverse strategii de reglare emoțională în relația cu părinții, individul continuă să își dezvolte și să își rafineze abilitățile de reglare emoțională, în cadrul altor relații semnificative pentru el, precum cele cu prietenii de aceeași vârstă sau cu partenerul de cuplu (Farrell *et al.*, 2016; King *et al.*, 2018; Lemay & Dudley, 2011; Thompson, 1994).

Conform cercetărilor, adulții recurg la diverse strategii de reglare emoțională, în funcție de tipul de atașament. Astfel, în momentul în care se confruntă cu o situație posibil declanșatoare de emoții neplăcute, adulții cu atașament securizant utilizează strategii adecvate pentru diminuarea emoției neplăcute, precum rezolvarea de probleme, planificare, reevaluare, căutarea suportului social, exprimarea și acceptarea emoțiilor (Mikulincer & Shaver, 2007). Adulții la care predomină dimensiunea *Anxietate* a atașamentului reacționează la emoțiile neplăcute, prin intensificarea acestora, cu scopul de a obține atenție, afecțiune și protecție din partea figurii de atașament (Mikulincer & Shaver, 2007). Studiile au indicat că dimensiunea *Anxietate* este predictor pozitiv pentru ruminație și suprimare, respectiv predictor negativ pentru reevaluare (Caldwell & Shaver, 2013; Clear & Zimmer-Gembeck, 2017; Low *et al.*, 2019; Quickert & MacDonald, 2020; Read *et al.*, 2018; Reynolds *et al.*, 2014). Pe de altă parte, adulții la care predomină dimensiunea *Evitare* a

atașamentului reacționează la emoțiile neplăcute, prin diminuarea emoțiilor resimțite, negarea pericolelor, suprimarea exprimării emoțiilor, îndepărtarea atenției de la stimulul emoțional, evitarea comportamentală, distanțarea emoțională față de alte persoane, căutarea redusă a suportului social și utilizarea scăzută a reevaluării (Clear & Zimmer-Gembeck, 2017; Low *et al.*, 2019; Mikulincer & Shaver, 2007; Pascuzzo *et al.*, 2013; Read *et al.*, 2018).

În literatură este menționată, de asemenea, relația dintre atașament și afecțiunile psihosomatice. S-a constatat că persoanele cu afecțiuni psihosomatice prezintă un nivel mai ridicat al atașamentului insecurizant și un nivel mai scăzut al atașamentului securizant, comparativ cu persoanele sănătoase (Agostini *et al.*, 2016; Dieris-Hirche *et al.*, 2012; Oladi & Dargahi, 2018). De asemenea, studiile au indicat că dimensiunile atașamentului la vârsta adultă, *Anxietatea* și *Evitarea*, reprezintă factori predictori pentru afecțiunile psihosomatice și simptomele psihologice asociate simptomelor somatice (Fasakhoudi *et al.*, 2022; Heenan *et al.*, 2020; Lewczuk *et al.*, 2021; McWilliams & Bailey, 2010). Literatura de specialitate furnizează trei modele explicative ale mecanismului prin care insecuritatea atașamentului influențează apariția și menținerea afecțiunilor psihosomatice: vulnerabilitatea crescută la stres, utilizarea ridicată a elementelor exterioare pentru reglarea afectului, respectiv utilizarea deficitară a factorilor protectori (Maunder & Hunter, 2001).

În ceea ce privește legătura dintre reglarea emoțională și afecțiunile psihosomatice, studiile au indicat că persoanele cu afecțiuni psihosomatice se confruntă cu o reglare emoțională deficitară, prezentând dificultăți la nivelul conștientizării, identificării, descrierii și exprimării propriilor emoții (Beck *et al.*, 2013; Bruehl *et al.*, 2012; De Gucht & Heiser, 2003; Erkip *et al.*, 2018; Smith *et al.*, 2020; Subic-Wrana *et al.*, 2010; Van Middendorp *et al.*, 2005; Waller & Scheidt, 2006). Comparativ cu persoanele sănătoase, cele cu afecțiuni psihosomatice utilizează mai des ruminanța și suprimarea și mai rar reevaluarea (Bahremand *et al.*, 2016; Erkip *et al.*, 2018; Sheybani Noghabi *et al.*, 2015). Studiile au indicat că afecțiunile psihosomatice corelează pozitiv cu ruminanța și suprimarea și negativ cu reevaluarea (Appleton *et al.*, 2013; Denovan *et al.*, 2019; Erkip *et al.*, 2018; Koh *et al.*, 2005; Marcus *et al.*, 2008), aceste strategii de reglare emoțională reprezentând, totodată, factori predictori pentru afecțiunile psihosomatice (Appleton *et al.*, 2013; Bahremand *et al.*, 2016; Ghasempour & Tavakoli, 2015).

Pentru relația dintre atașament și sănătate, s-a utilizat modelul de mediere, legătura fiind explicată prin intermediul reglării emoționale. Astfel, s-a considerat că stilul de atașament conduce la adoptarea anumitor strategii de reglare emoțională și la dezvoltarea unor tipare relaționale, care, la rândul lor, vor influența răspunsul fiziologic la stres, afectul și comportamentul de sănătate, acestea având un rol determinant în starea de sănătate a individului (Pietromonaco & Beck, 2019). La momentul actual, domeniul psihosomaticii cuprinde un număr redus de cercetări care investighează relațiile dintre atașament, reglarea emoțională și afecțiunile psihosomatice. Aceste cercetări indică rolul predictor al atașamentului la vârsta adultă în dezvoltarea afecțiunilor psihosomatice, relația dintre acestea fiind mediată total sau parțial de reglarea emoțională (Falihatdoost *et al.*, 2020; Lewczuk *et al.*, 2021; Pascuzzo *et al.*, 2015).

PARTEA A II-A

STUDII DE INVESTIGARE A RELAȚIEI DINTRE ATAȘAMENT, STRATEGIILE DE REGLARE EMOȚIONALĂ ȘI TULBURAREA CU SIMPTOME SOMATICE

Preambul

Partea a doua a lucrării cuprinde două studii corelaționale și un studiu de validare practică a rezultatelor cercetării, realizate pe trei eșantioane independente de adulți, provenind din populația generală a României. Obiectivele și ipotezele celor trei studii au fost formulate pe baza rezultatelor și limitelor cercetărilor anterioare în domeniu.

Modelul proiectat pentru cercetare, regăsit în *Figura 1*, a presupus că atașamentul reprezintă factor predictor pentru tulburarea cu simptome somatice, iar relația dintre acestea este mediată parțial de strategiile de reglare emoțională. Totodată, cercetarea a vizat comparațiile între persoanele cu tulburare cu simptome somatice și cele fără această tulburare, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională.



Figura 1. Reprezentarea modelului proiectat pentru cercetare

Obiectivele și ipotezele celor trei studii vor fi prezentate pentru fiecare studiu în parte, în capitolele următoare.

Aceste studii sunt utile cercetătorilor, în dobândirea unui nivel mai ridicat de cunoaștere a interacțiunilor dintre atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice. De asemenea, studiile sunt utile practicienilor, care vor avea la dispoziție instrumente adecvate pentru evaluarea celor trei concepte, conform celor mai recente abordări în domeniu, precum și repere pentru intervenția terapeutică necesară pacienților care se confruntă cu tulburare cu simptome somatice.

5. Studiul 1: Efectul de mediere al strategiilor de reglare emoțională în relația dintre atașament și tulburarea cu simptome somatice

Primul studiu a fost corelațional și a luat în considerare perspectiva globală asupra atașamentului, care susține că atașamentul reprezintă o caracteristică a individului, care se manifestă identic în toate relațiile semnificative ale acestuia.

5.1. Obiective și ipoteze

Obiectivele studiului au fost următoarele:

- 1) Investigarea interacțiunilor dintre atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice (în special, relația de mediere), precum și a comparațiilor dintre persoanele cu tulburare cu simptome somatice și persoanele fără tulburare cu simptome somatice, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională.
- 2) Adaptarea, în România, a patru chestionare care evaluează atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională, respectiv simptomatologia specifică tulburării cu simptome somatice: a) Inventarul stilurilor de atașament la adulți – forma scurtă (*Experiences in Close Relationships – Short form*, ECR-S); b) Chestionarul de reglare a sistemelor emoționale (*Regulation of Emotion Systems Survey*, RESS); c) Chestionarul pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului-15 (*Patient Health Questionnaire-15*, PHQ-15) – autopercepută; d) Scala pentru evaluarea tulburării cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale*, SSD-12).

Ipotezele studiului au fost următoarele:

Ipoteza 1: *Anxietatea și Evitarea* corelează pozitiv cu tulburarea cu simptome somatice.

Ipoteza 2: *Anxietatea și Evitarea* corelează cu strategiile de reglare emoțională.

Ipoteza 3: Strategiile de reglare emoțională corelează cu tulburarea cu simptome somatice.

Ipoteza 4: Strategiile de reglare emoțională mediază relația dintre atașament și tulburarea cu simptome somatice.

Ipoteza 5: *Anxietatea și Evitarea* sunt semnificativ mai mari la persoanele cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără tulburare cu simptome somatice.

Ipoteza 6: Strategiile de reglare emoțională diferă semnificativ la persoanele cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără tulburare cu simptome somatice.

5.2. Participanți și procedură

Eșantionul a fost format din 170 persoane (19 bărbați, 151 femei) cu tulburare cu simptome somatice și vârste cuprinse între 18 și 62 ani ($M=34.31$; $SD=11.92$) și 170 persoane (28 bărbați, 142 femei) fără tulburare cu simptome somatice și vârste cuprinse între 18 și 62 ani ($M=33.49$; $SD=11.98$). După ce și-au dat consimțământul pentru participarea la studiu, participanții au completat o fișă cu datele socio-demografice și patru

chestionare pentru evaluarea atașamentului la vârsta adultă, strategiilor de reglare emoțională și a tulburării cu simptome somatice. Participarea a fost voluntară, fără beneficii de natură financiară. Participanții au avut, însă, posibilitatea să primească un raport personalizat, care a inclus atât interpretarea rezultatelor personale obținute la chestionarele completate, cât și o prezentare teoretică succintă a conceptelor evaluate.

5.3. Instrumente

Inventarul stilurilor de atașament la adulți – forma scurtă (*Experiences in Close Relationships – Short form, ECR-S*), dezvoltat de Wei *et al.* (2007), conține 12 itemi și permite evaluarea atașamentului la vârsta adultă, pe baza a două dimensiuni: *Anxietate* și *Evitare*. Dimensiunea *Anxietate* este caracterizată de preocupare, gelozie, teamă de abandon și frică de respingere, iar dimensiunea *Evitare* este caracterizată de disconfortul resimțit la apropierea de alte persoane, evitarea intimității și tendința de bazare pe propria persoană (Brennan *et al.*, 1998).

Chestionarul de reglare a sistemelor emoționale (*Regulation of Emotion Systems Survey, RESS*), dezvoltat de De France & Hollenstein (2017), conține 38 itemi și permite evaluarea a șase strategii de reglare emoțională: distragere, ruminație, reevaluare, suprimare, implicare și relaxare.

Chestionarul pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului-15 (*Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15*) – autopercepută, dezvoltat de Kroenke *et al.* (2002), conține 15 itemi și permite evaluarea severității simptomelor somatice (criteriul A al tulburării cu simptome somatice).

Scala pentru evaluarea tulburării cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale, SSD-12*), dezvoltată de Toussaint *et al.* (2016), conține 12 itemi și permite evaluarea aspectelor psihologice (cognitive, afective și comportamentale) ale tulburării cu simptome somatice (criteriul B al tulburării cu simptome somatice).

Pentru studiul de față a fost necesară traducerea și adaptarea în România a celor patru instrumente. Așadar, înainte de a prezenta rezultatele cercetării, vom ilustra modul în care cele patru probe au fost adaptate pe populația românească. Pentru fiecare instrument am utilizat același procedeu, existând anumite variațiuni, în funcție de specificul chestionarului.

Adaptarea Inventarului stilurilor de atașament la adulți – forma scurtă (ECR-S) în România

Adaptarea chestionarului ECR-S în România s-a realizat cu acordul autorului scalei, parcurgându-se următoarele etape pentru obținerea versiunii finale, în limba română: traducere, retroversiune, studiu pilot. Această versiune s-a aplicat, ulterior, pe un eșantion (N=450) din populația generală, cu participanți din toate regiunile geografice ale României, aceștia completând, de asemenea, o fișă cu datele socio-demografice și un chestionar pentru evaluarea simptomatologiei depresive (necesar pentru investigarea validității instrumentului). Eșantionul a fost format din 63 (14%) bărbați și 387 (86%) femei, cu vârste între 18 și 69 ani (M=30.42; SD=11.21). După aproximativ două săptămâni, 87 participați din lotul total – 7 (8%) bărbați și 80 (92%) femei, cu vârste cuprinse între 18 și 66 ani (M=32.39; SD=11.98) au completat, din nou, chestionarul ECR-S, etapă necesară pentru

investigarea fidelității chestionarului, din punctul de vedere al stabilității în timp a rezultatelor.

Rezultatele au indicat bune proprietăți psihometrice pentru *Inventarul stilurilor de atașament la adulți – forma scurtă* (ECR-S), adaptat în România. Astfel, fidelitatea a fost confirmată prin consistența internă ridicată (Cronbach $\alpha=0.78$, McDonald $\omega=0.79$ pentru *Anxietate*; Cronbach $\alpha=0.76$, McDonald $\omega=0.76$ pentru *Evitare*), precum și prin stabilitatea în timp a rezultatelor, la un interval de două săptămâni (0.83 pentru *Anxietate*, 0.79 pentru *Evitare*). Analiza factorială confirmatorie a susținut modelul bifactorial al chestionarului ECR-S, însă spre deosebire de varianta originală cu 12 itemi, pentru versiunea în limba română s-a obținut un număr de 11 itemi, acest model având un grad de potrivire adecvat: $\chi^2/df=2.77$; SRMR=0.079; RMSEA [90% CI]=0.064 [0.051–0.078]; CFI=0.963; TLI=0.953. De asemenea, s-au confirmat atât validitatea convergentă a instrumentului, prin corelațiile semnificative statistic între dimensiunile atașamentului și depresie (0.378 pentru *Anxietate*, 0.265 pentru *Evitare*), cât și validitatea predictivă pentru depresie ($F(2, 410)=45.103$, $p<0.001$). În ceea ce privește influența variabilelor socio-demografice, s-a constatat că bărbații prezintă un nivel mai ridicat al *Evitării*, comparativ cu femeile, iar pentru dimensiunea *Anxietate* nu există diferențe semnificative statistic, în funcție de gen. De asemenea, rezultatele studiului prezent au indicat o corelație negativă între vârstă și *Anxietate*, respectiv lipsa corelației dintre vârstă și *Evitare*. În ceea ce privește statusul relațional, s-a constatat că persoanele singure prezintă un nivel mai ridicat al *Anxietății* și *Evitării*, comparativ cu persoanele aflate într-o relație. De asemenea, rezultatele au indicat că persoanele cu studii medii și venit scăzut prezintă un nivel mai ridicat al *Anxietății*, comparativ cu persoanele cu studii superioare și venit mediu și ridicat, iar grupurile nu diferă semnificativ statistic din perspectiva *Evitării*.

Adaptarea Chestionarului de reglare a sistemelor emoționale (RESS) în România

Adaptarea chestionarului RESS în România s-a realizat cu acordul autorului scalei, urmând același procedeu ca la adaptarea chestionarului ECR-S. Versiunea în limba română a chestionarului RESS s-a aplicat pe două eșantioane din populația generală, cu participanți din toate regiunile geografice ale României, aceștia completând, de asemenea, o fișă cu datele socio-demografice, iar cei din al doilea lot, completând, în plus, un alt chestionar pentru determinarea strategiilor de reglare emoțională, precum și un chestionar pentru evaluarea simptomatologiei depresive (necesare pentru investigarea validității instrumentului). Primul eșantion (N=250), utilizat pentru analiza factorială exploratorie, a fost format din 44 (18%) bărbați și 206 (82%) femei, cu vârste între 18 și 69 ani (M=33.12; SD=12.07). Al doilea eșantion (N=350), utilizat pentru analiza factorială confirmatorie, a fost format din 38 (11%) bărbați și 312 (89%) femei, cu vârste între 18 și 64 ani (M=25.61; SD=7.57). După aproximativ două săptămâni, 53 participanți din primul eșantion – 5 (9%) bărbați și 48 (91%) femei, cu vârste cuprinse între 18 și 66 ani (M=33.30; SD=12.75) au completat, din nou, chestionarul RESS.

Rezultatele au indicat bune proprietăți psihometrice pentru *Chestionarul de reglare a sistemelor emoționale* (RESS), adaptat în România. Astfel, fidelitatea a fost confirmată prin consistența internă ridicată (0.84–0.94 pentru cele șase subscale), precum și prin stabilitatea în timp a rezultatelor, la un interval de două săptămâni (0.70–0.84 pentru cele

șase subscale). Analiza factorială exploratorie a indicat un model cu șase factori. Analiza factorială confirmatorie a susținut modelul cu șase factori și 38 de itemi, al chestionarului RESS (model similar cu versiunea originală a chestionarului), având un grad de potrivire adecvat: $\chi^2/df=1.31$; SRMR=0.065; RMSEA [90% CI]=0.030 [0.024–0.036]; CFI=0.988; TLI=0.988. De asemenea, s-au confirmat atât validitatea convergentă a instrumentului, prin corelațiile între strategiile de reglare emoțională și subscalele altui chestionar de evaluare a strategiilor de reglare emoțională (0.714 pentru *Suprimare*, 0.487 pentru *Reevaluare*), respectiv corelațiile între strategii și depresie (0.471 pentru *Ruminație*, 0.203 pentru *Suprimare*, 0.136 pentru *Distragere*), precum și validitatea predictivă pentru depresie (*Ruminație*: F(1, 337)=96.600, p<0.001), *Suprimare*: F(1, 339)=20.910, p<0.001, *Distragere*: F(1, 339)=6.955, p=0.009). În ceea ce privește influența variabilelor socio-demografice, s-a constatat că femeile utilizează mai des *Ruminația*, *Implicarea*, *Relaxarea* și *Distragerea*, comparativ cu bărbații. De asemenea, rezultatele studiului prezent au indicat că vârsta corelează pozitiv cu *Implicarea* și negativ cu *Suprimarea*. Totodată, s-a constatat că persoanele din mediul rural utilizează mai des *Distragerea*, comparativ cu persoanele din mediul urban. În ceea ce privește statusul relațional, s-a constatat că persoanele singure utilizează mai rar *Implicarea* și mai des *Suprimarea*, comparativ cu persoanele aflate într-o relație.

Adaptarea Chestionarului pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului-15 (PHQ-15) – autopercepută, în România

Adaptarea chestionarului PHQ-15 în România s-a realizat urmând același procedeu ca la adaptarea chestionarelor anterioare, fără să fie însă, necesar, acordul autorului, conform mențiunilor de pe site-ul <https://www.phqscreeners.com/>. Versiunea în limba română a chestionarului PHQ-15 s-a aplicat pe două eșantioane din populația generală, cu participanți din toate regiunile geografice ale României, aceștia completând, de asemenea, o fișă cu datele socio-demografice, iar cei din al doilea lot, completând, în plus, un chestionar pentru evaluarea simptomatologiei depresive (necesar pentru investigarea validității instrumentului). Primul eșantion (N=250), utilizat pentru analiza factorială exploratorie, a fost format din 44 (18%) bărbați și 206 (82%) femei, cu vârste între 18 și 69 ani (M=33.12; SD=12.07). Al doilea eșantion (N=350), utilizat pentru analiza factorială confirmatorie, a fost format din 38 (11%) bărbați și 312 (89%) femei, cu vârste între 18 și 64 ani (M=25.61; SD=7.57). După aproximativ două săptămâni, 53 participați din primul eșantion – 5 (9%) bărbați și 48 (91%) femei, cu vârste cuprinse între 18 și 64 ani (M=32.92; SD=11.96) au completat, din nou, chestionarul PHQ-15.

Rezultatele au indicat bune proprietăți psihometrice pentru *Chestionarul pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului-15 (PHQ-15)*, adaptat în România. Astfel, fidelitatea a fost confirmată prin consistența internă ridicată (Cronbach $\alpha=0.81$, McDonald $\omega=0.82$), precum și prin stabilitatea în timp a rezultatelor, la un interval de două săptămâni ($r_s=0.71$). Analiza factorială exploratorie a indicat un model cu un factor. Analiza factorială confirmatorie a susținut modelul cu un factor și 15 itemi, al chestionarului PHQ-15 (model similar cu versiunea originală a chestionarului), având un grad de potrivire adecvat: $\chi^2/df=1.65$; SRMR=0.072; RMSEA [90% CI]=0.044 [0.031–0.056]; CFI=0.968; TLI=0.963. De asemenea, s-au confirmat atât validitatea convergentă a instrumentului, prin

corelația semnificativă statistic între simptomele somatice și depresie ($r_s=0.632$), cât și validitatea predictivă pentru depresie ($F(1, 330)=284.567$, $p<0.001$). În ceea ce privește influența variabilelor socio-demografice, s-a constatat că femeile prezintă un nivel mai ridicat al simptomelor somatice, comparativ cu bărbații. De asemenea, rezultatele studiului prezent au indicat o corelație negativă între vârstă și simptomele somatice.

Adaptarea Scalei pentru evaluarea tulburării cu simptome somatice – criteriul B (SSD-12) în România

Adaptarea scalei SSD-12 pe populația generală din România s-a realizat cu acordul autorului scalei, urmând același procedeu ca la adaptarea chestionarelor anterioare. Versiunea în limba română a chestionarului SSD-12 s-a aplicat pe aceleași eșantioane utilizate la adaptarea chestionarului PHQ-15. Participanții au completat, de asemenea, o fișă cu datele socio-demografice, iar cei din al doilea lot, au completat, în plus, un chestionar pentru evaluarea simptomatologiei depresive (necesar pentru investigarea validității instrumentului). După aproximativ două săptămâni, 54 participanți din primul eșantion – 5 (9%) bărbați și 49 (91%) femei, cu vârste cuprinse între 18 și 66 ani ($M=33.76$; $SD=12.54$) au completat, din nou, chestionarul SSD-12.

Rezultatele au indicat bune proprietăți psihometrice pentru *Scala pentru evaluarea tulburării cu simptome somatice – criteriul B* (SSD-12), adaptată pe populația generală din România. Astfel, fidelitatea a fost confirmată prin consistența internă ridicată (Cronbach $\alpha=0.93$, McDonald $\omega=0.94$), precum și prin stabilitatea în timp a rezultatelor, la un interval de două săptămâni ($r_s=0.82$). Analiza factorială exploratorie a indicat un model cu un factor. Analiza factorială confirmatorie a susținut modelul cu un factor și 12 itemi, al scalei SSD-12, pe populația generală (model similar cu versiunea originală a chestionarului), având un grad de potrivire adecvat: $\chi^2/df=2.39$; SRMR=0.049; RMSEA [90% CI]=0.064 [0.034–0.075]; CFI=0.995; TLI=0.994. De asemenea, s-a confirmat validitatea convergentă a instrumentului, prin corelația semnificativă statistic între scorul total al scalei și depresie ($r_s=0.486$). Totodată, s-a constatat că simptomele psihologice corespunzătoare tulburării cu simptome somatice nu variază în funcție de caracteristicile socio-demografice.

5.4. Operaționalizarea criteriilor de diagnostic pentru tulburarea cu simptome somatice

Operaționalizarea criteriilor de diagnostic s-a realizat în conformitate cu descrierea acestora în DMS-5 (APA, 2013), precum și cu studiile empirice din domeniu. Astfel, selecția persoanelor cu tulburare cu simptome somatice s-a determinat ținând cont de scorurile obținute la chestionarele PHQ-15 și SSD-12, precum și de durata simptomelor.

5.5. Analiză statistică

Analiza statistică s-a realizat, pentru toate cele trei studii, prin intermediul programelor Jamovi, versiunea 2.3.12, Jasp, versiunea 0.16.3 și Factor, versiunea 12.01.02, disponibile gratuit, în scopul cercetării. Condiția de normalitate a datelor s-a verificat atât prin intermediul inspectării grafice a histogramelor, cât și prin calculul indicatorilor de asimetrie (skewness) și boltire (kurtosis). Similaritatea celor două grupuri (de cercetare și de control), din punctul de vedere al caracteristicilor socio-demografice, s-a investigat prin intermediul testului Mann-Whitney (U) pentru date numerice, al testului exact Fisher (FET)

pentru date categoriale cu două categorii și al testului χ^2 pentru date categoriale cu trei categorii (Kim, 2017). Pentru investigarea corelațiilor, s-au utilizat coeficienții de corelație Pearson (r) și Spearman (r_s). Mărimea efectului s-a raportat sub forma coeficientului de determinare r^2 (Sava, 2011). Testarea relațiilor de mediere s-a efectuat prin metoda bootstrap, cu un număr de 5000 iterații (bootstraps), conform recomandărilor din literatura de specialitate (Biesanz *et al.*, 2010; Hayes, 2009), controlându-se, totodată, variabilele socio-demografice. Pentru investigarea diferențelor dintre grupuri, s-a utilizat testul U al lui Mann-Whitney, iar mărimea efectului a fost indicată prin corelația rang-biserială r_B (Goss-Sampson, 2020).

5.6. Rezultate

Statistici descriptive

Majoritatea participanților sunt femei (86%), provin din mediul urban (81%), se află într-o relație (76%), au studii superioare (66%) și un venit scăzut și mediu (84%). Există o abatere de la distribuția normală pentru *Ruminație* și tulburarea cu simptome somatice.

Ipoteza 1: *Anxietatea* și *Evitarea* corelează pozitiv cu tulburarea cu simptome somatice.

S-au obținut corelații semnificative statistic, cu efect mediu, între *Anxietate* și simptomele somatice ale tulburării cu simptome somatice ($r_s=0.232$, $r_s^2=0.05$, $p=0.002$), *Anxietate* și simptomele psihologice ($r_s=0.225$, $r_s^2=0.05$, $p=0.003$), precum și între *Evitare* și simptomele psihologice ($r_s=0.257$, $r_s^2=0.07$, $p<0.001$).

Ipoteza 2: *Anxietatea* și *Evitarea* corelează cu strategiile de reglare emoțională.

S-a obținut o corelație semnificativă statistic, cu efect mediu-puternic, între *Anxietate* și *Ruminație* ($r_s=0.309$, $r_s^2=0.10$, $p<0.001$). De asemenea, s-au obținut corelații semnificative statistic, cu efect scăzut-mediu, între *Anxietate* și *Suprimare* ($r=0.185$, $r^2=0.03$, $p=0.016$), respectiv între *Evitare* și *Suprimare* ($r=0.177$, $r^2=0.03$, $p=0.021$).

Ipoteza 3: Strategiile de reglare emoțională corelează cu tulburarea cu simptome somatice.

S-a obținut o corelație semnificativă statistic, cu efect scăzut-mediu, între *Ruminație* și simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice ($r_s=0.152$, $r_s^2=0.02$, $p=0.047$).

Ipoteza 4: Strategiile de reglare emoțională mediază relația dintre atașament și tulburarea cu simptome somatice.

Ținând cont de corelațiile semnificative statistic obținute în ipotezele anterioare, s-a investigat doar relația de mediere *Anxietate* → *Ruminație* → Simptome psihologice. Rezultatele obținute în urma testării relației de mediere se regăsesc în tabelul 1.

Tabelul 1. Relația de mediere între *Anxietate*, *Ruminație* și simptomele psihologice.

| Efect | Coeficienți standardizați (β) | Eroare standard | t | p | Interval de încredere (95%) |
|----------------|---------------------------------------|-----------------|------|-------|-----------------------------|
| Efect direct | 0.184 | 0.081 | 2.28 | 0.023 | [0.010; 0.344] |
| Efect indirect | 0.041 | 0.029 | 1.44 | 0.149 | [-0.009; 0.110] |
| Efect total | 0.225 | 0.076 | 2.94 | 0.003 | [0.072; 0.380] |

Întrucât intervalul de încredere al efectului indirect include valoarea 0, rezultă că legătura dintre *Anxietate* și simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice este directă, nefiind mediată de *Ruminație*. *Anxietatea* explică 4% din variația simptomelor psihologice ($r^2=0.04$). Pentru a avea o perspectivă amplă asupra rolului predictor al atașamentului pentru tulburarea cu simptome somatice, s-au investigat, suplimentar, două ecuații de regresie, reieșind că *Anxietatea* este, totodată, factor predictor pentru simptomele somatice ($F(1)=11.483$, $p<0.001$) și explică 6.4% din variația simptomelor somatice ($r^2=0.064$), iar *Evitarea* este factor predictor pentru simptomele psihologice ($F(1)=15.658$, $p<0.001$) și explică 8.5% din variația simptomelor psihologice ($r^2=0.085$).

Ipoteza 5: *Anxietatea* și *Evitarea* sunt semnificativ mai mari la persoanele cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără tulburare cu simptome somatice.

S-au obținut diferențe semnificative statistic între cele două grupuri, din punctul de vedere al atașamentului ($U_{Anxietate}=21391.5$, $p<0.001$, $r_B=0.480$, efect puternic; $U_{Evitare}=20173.5$, $p<0.001$, $r_B=0.396$, efect mediu-puternic). *Anxietatea* și *Evitarea* sunt semnificativ mai mari la persoanele cu tulburare cu simptome somatice (Mediană $_{Anxietate}=4.00$, Mediană $_{Evitare}=3.00$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $_{Anxietate}=2.50$, Mediană $_{Evitare}=1.80$).

Ipoteza 6: Strategiile de reglare emoțională diferă semnificativ la persoanele cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără tulburare cu simptome somatice.

S-au obținut diferențe semnificative statistic între cele două grupuri, din punctul de vedere al următoarelor strategii de reglare emoțională: *Ruminație* ($U_{Ruminație}=24017$, $p<0.001$, $r_B=0.662$, efect puternic), *Suprimare* ($U_{Suprimare}=20650.5$, $p<0.001$, $r_B=0.429$, efect puternic), *Distragere* ($U_{Distragere}=17401$, $p=0.001$, $r_B=0.204$, efect scăzut-mediu) și *Reevaluare* ($U_{Reevaluare}=12008$, $p=0.007$, $r_B=-0.169$, efect scăzut-mediu). Persoanele cu tulburare cu simptome somatice utilizează mai des *Ruminația*, *Suprimarea* și *Distragerea* și mai rar *Reevaluarea* (Mediană $_{Ruminație}=4.17$, Mediană $_{Suprimare}=3.13$, Mediană $_{Distragere}=3.75$, Mediană $_{Reevaluare}=3.50$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $_{Ruminație}=3.00$, Mediană $_{Suprimare}=2.50$, Mediană $_{Distragere}=3.25$, Mediană $_{Reevaluare}=3.75$).

5.7. Discuții

Deși studiul prezent oferă o perspectivă amplă asupra relațiilor dintre atașament, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice, prezintă anumite limite. În primul rând, atașamentul a fost abordat doar din perspectivă globală, fără să fie luată în considerare specificitatea acestuia în funcție de relație. De asemenea, a fost evaluat prin intermediul unui chestionar cu auto-raportare, ceea ce nu a permis surprinderea unor aspecte de natură inconștientă, relevante pentru patternul de atașament. Totodată, grupul de cercetare și grupul de control nu au fost similare din punctul de vedere al caracteristicilor socio-demografice, astfel încât nu s-a putut determina dacă diferențele între grupuri, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională, sunt explicate prin discrepanța în starea de sănătate sau, mai degrabă, se datorează diferențelor de natură socio-demografică. În plus, sunt necesare clarificări cu privire la rolul strategiilor de reglare emoțională în relația dintre atașament și tulburarea cu simptome somatice. Pentru a depăși toate aceste limite, s-a realizat un nou studiu, care va fi prezentat în continuare.

6. Studiul 2: Efectul incremental al strategiilor de reglare emoțională, raportat la atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice

Al doilea studiu a fost corelațional și a abordat atașamentul din perspectiva specificității, ținând cont de variabilitatea acestuia în trei relații de atașament: cu mama, cu tatăl și cu partenerul de cuplu. De asemenea, evaluarea atașamentului s-a realizat prin intermediul unui interviu, care a permis surprinderea unor aspecte de natură inconștientă. Totodată, pentru grupul de cercetare și grupul de control s-au utilizat eșantioane similare din punctul de vedere al caracteristicilor socio-demografice.

6.1. Obiective și ipoteze

Obiectivele studiului au fost următoarele:

- 1) Investigarea interacțiunilor dintre atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice (în special, efectul incremental al strategiilor de reglare emoțională, raportat la atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice), precum și a comparațiilor dintre persoanele cu tulburare cu simptome somatice și persoanele fără tulburare cu simptome somatice, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională.
- 2) Adaptarea, în România, a Interului modelelor multiple de atașament (*Attachment Multiple Model Interview*, AMMI), care evaluează atașamentul la vârsta adultă.

Ipotezele studiului au fost următoarele:

Ipoteza 1: *Securitatea, Inhibiția, Hiperactivarea și Dezorganizarea* corelează cu tulburarea cu simptome somatice.

Ipoteza 2: *Securitatea, Inhibiția, Hiperactivarea și Dezorganizarea* corelează cu strategiile de reglare emoțională.

Ipoteza 3: Strategiile de reglare emoțională corelează cu tulburarea cu simptome somatice.

Ipoteza 4: Strategiile de reglare emoțională au efect incremental, aducând un plus predictiv, față de atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice.

Ipoteza 5: Atașamentul diferă semnificativ la persoanele cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără tulburare cu simptome somatice.

Ipoteza 6: Strategiile de reglare emoțională diferă semnificativ la persoanele cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără tulburare cu simptome somatice.

6.2. Participanți și procedură

Eșantionul a fost format din 60 persoane (7 bărbați, 53 femei) cu tulburare cu simptome somatice și vârste cuprinse între 19 și 56 ani ($M=34.53$; $SD=10.01$) și 60 persoane (11 bărbați, 49 femei) fără tulburare cu simptome somatice și vârste cuprinse între 19 și 56 ani ($M=34.42$; $SD=9.71$). Procedura a fost similară studiului anterior. Participanții au completat o fișă cu datele socio-demografice, o fișă cu privire la aspectele calitative ale simptomatologiei specifice tulburării cu simptome somatice, precum și trei chestionare pentru evaluarea strategiilor de reglare emoțională și a tulburării cu simptome somatice. Ulterior, participanții au susținut interviul pentru evaluarea atașamentului, în cadrul a trei relații semnificative: cu mama, cu tatăl și cu partenerul de cuplu.

6.3. Instrumente

Instrumentele utilizate pentru evaluarea strategiilor de reglare emoțională și a tulburării cu simptome somatice au fost cele regăsite în studiul anterior. Pentru evaluarea atașamentului, însă, a fost utilizat un instrument de tip interviu.

Interviul modelelor multiple de atașament (*Attachment Multiple Model Interview*, AMMI), dezvoltat de Miljkovitch (2009, *apud* Miljkovitch *et al.*, 2015) permite evaluarea atașamentului în relațiile semnificative de la vârsta adultă: cu mama, cu tatăl și cu fiecare partener de cuplu. Instrumentul ia în considerare patru dimensiuni ale atașamentului, în cadrul fiecărei relații semnificative a individului: *Securitate* (strategie principală de atașament), *Inhibiție/Dezactivare*, *Hiperactivare* și *Dezorganizare* (strategii secundare de atașament). *Securitatea* reiese atât din coerența discursului, cât și din exemplele furnizate de participant despre calitatea relației cu figura de atașament. *Inhibiția* se poate realiza atât la nivel comportamental, prin nemanifestarea propriilor sentimente și nevoi de atașament, cât și la nivel mental, prin minimizarea sau chiar neconștientizarea acestora. *Hiperactivarea* se referă la concentrarea excesivă pe figura de atașament și încercările individului de a-i atrage atenția sau de a se apropia de aceasta. *Dezorganizarea* constă în utilizarea unor strategii opuse (atât de inhibiție, cât și de hiperactivare), în cadrul aceleiași relații (Miljkovitch *et al.*, 2015). Interviul AMMI cuprinde 23 de întrebări, referitoare atât la perioada copilăriei, cât și la relațiile de cuplu. Participanții descriu felul în care s-au simțit și s-au comportat în diverse situații care pot provoca stres sau vulnerabilitate (frică, boală, pericol, schimbări majore, pierderi) sau care se referă la amenințarea unei relații (prin separare, conflict sau rivalitate), descriind atât reacțiile lor, la modul general, cât și reacțiile pe care le-au avut într-o situație specifică (Miljkovitch *et al.*, 2015).

Pentru studiul de față a fost necesară traducerea și adaptarea în România a *Interviului modelelor multiple de atașament* (AMMI). Așadar, înainte de a prezenta rezultatele cercetării, vom ilustra modul în care acest instrument a fost adaptat pe populația românească.

Adaptarea Interviului modelelor multiple de atașament (AMMI) în România

Adaptarea interviului AMMI în România s-a realizat cu acordul autorului instrumentului, urmând același procedeu ca la adaptarea chestionarelor din studiul anterior. Având în vedere complexitatea instrumentului AMMI, a fost necesară, totodată, o formare în codarea acestui interviu, care s-a realizat cu o echipă de specialiști din Franța. Pentru adaptarea interviului AMMI pe populația românească, s-a utilizat un eșantion (N=60) format din 6 (10%) bărbați și 54 (90%) femei, cu vârste între 19 și 56 ani (M=36.15; SD=10.04). Procedura a fost similară celei utilizate la adaptarea chestionarelor de la studiul anterior. Înainte de a susține interviul pentru evaluarea atașamentului, participanții au completat o fișă cu datele socio-demografice și un chestionar pentru evaluarea simptomatologiei depresive (necesar pentru investigarea validității convergente a interviului AMMI).

Rezultatele au indicat bune proprietăți psihometrice pentru *Interviul modelelor multiple de atașament* (AMMI), adaptat în România. Astfel, validitatea internă a fost confirmată prin corelațiile semnificative statistic între dimensiunile atașamentului, în cadrul fiecărei relații semnificative (cu mama, cu tatăl, cu partenerul de cuplu): corelații negative

între dimensiunea *Securitate* și dimensiunile corespunzătoare strategiilor secundare de atașament (*Inhibiție*, *Hiperactivare* și *Dezorganizare*), respectiv corelații pozitive între strategiile secundare. De asemenea, s-au confirmat validitatea convergentă a instrumentului, prin corelațiile semnificative statistic între dimensiunile atașamentului și depresie: negative între depresie și *Securitate* (valori cuprinse între – 0.28 și – 0.32) și pozitive între depresie și *Inhibiție*, *Hiperactivare* și *Dezorganizare* (valori cuprinse între 0.27 și 0.37).

6.4. Analiză statistică

Analiza statistică s-a realizat similar studiului anterior. Pentru investigarea efectului incremental al strategiilor de reglare emoțională, raportat la atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice, s-au realizat câte două analize de regresie, de tip cuib (în primul model, atașamentul a fost considerat predictor pentru tulburarea cu simptome somatice, iar în al doilea model predictorii au fost atât atașamentul, cât și strategiile de reglare emoțională) și s-au comparat coeficienții de determinare R^2 corespunzători celor două ecuații (Sava, 2011).

6.5. Rezultate

Statistici descriptive

Majoritatea participanților sunt femei (85%), provin din mediul urban (86%), se află într-o relație (74%), au studii superioare (76%) și un venit scăzut și mediu (69%). Grupul de cercetare și grupul de control sunt similare din punctul de vedere al tuturor caracteristicilor socio-demografice. Există o abatere de la distribuția normală pentru subscalele atașamentului, *Ruminație* și simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice.

Referitor la aspectele calitative ale simptomatologiei persoanelor cu tulburare cu simptome somatice, se constată că majoritatea participanților prezintă afecțiuni sau simptome gastrointestinale (30%), metabolice și endocrine (25%), urmate de afecțiuni articulare și ale musculaturii scheletice (15%), cardiovasculare (13%), sexuale (8%), dermatologice (5%) și respiratorii (4%). De asemenea, 57% dintre participanți prezintă diagnostic medical, iar 43% nu au un astfel de diagnostic. În ceea ce privește evoluția simptomatologiei, participanții au menționat că afecțiunile s-au declanșat pe fondul stresului emoțional, conflictelor familiale, pierderii unei persoane dragi sau diverselor schimbări apărute la un moment dat, în viață. De asemenea, participanții au precizat că simptomatologia se agravează în momentul în care se confruntă cu stres emoțional, situații conflictuale sau emoții neplăcute intense.

Ipoteza 1: *Securitatea, Inhibiția, Hiperactivarea și Dezorganizarea* corelează cu tulburarea cu simptome somatice.

S-au obținut corelații semnificative statistic între simptomele somatice și următoarele dimensiuni ale atașamentului: *Securitate (mamă)* ($r_s = -0.261$, $r_s^2 = 0.07$, $p = 0.044$, efect mediu), respectiv *Securitate (tată)* ($r_s = -0.358$, $r^2 = 0.13$, $p = 0.005$, efect puternic). De asemenea, s-au obținut corelații semnificative statistic, cu efect mediu-puternic, între simptomele psihologice și următoarele dimensiuni ale atașamentului: *Securitate (mamă)* ($r_s = -0.348$, $r_s^2 = 0.12$, $p = 0.006$), respectiv *Inhibiție (mamă)* ($r_s = 0.339$, $r_s^2 = 0.11$, $p = 0.008$).

Ipoteza 2: Securitatea, Inhibiția, Hiperactivarea și Dezorganizarea corelează cu strategiile de reglare emoțională.

S-au obținut corelații semnificative statistic, cu efect mediu-puternic, între următoarele dimensiuni ale atașamentului și strategii de reglare emoțională: *Inhibiție (mamă)* și *Implicare* ($r_s = -0.275$, $r_s^2 = 0.08$, $p = 0.033$), *Inhibiție (partener)* și *Implicare* ($r_s = -0.306$, $r_s^2 = 0.09$, $p = 0.018$), *Securitate (mamă)* și *Distragere* ($r_s = 0.297$, $r_s^2 = 0.09$, $p = 0.021$), *Inhibiție (mamă)* și *Distragere* ($r_s = -0.304$, $r_s^2 = 0.09$, $p = 0.018$), *Securitate (partener)* și *Distragere* ($r_s = 0.286$, $r_s^2 = 0.08$, $p = 0.027$), *Hiperactivare (partener)* și *Distragere* ($r_s = -0.354$, $r_s^2 = 0.12$, $p = 0.006$).

Ipoteza 3: Strategiile de reglare emoțională corelează cu tulburarea cu simptome somatice.

S-au obținut corelații semnificative statistic între *Ruminație* și simptomele somatice ale tulburării cu simptome somatice ($r_s = 0.364$, $r_s^2 = 0.13$, $p = 0.004$, efect puternic), respectiv între *Ruminație* și simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice ($r_s = 0.279$, $r_s^2 = 0.08$, $p = 0.031$, efect mediu-puternic).

Ipoteza 4: Strategiile de reglare emoțională au efect incremental, aducând un plus predictiv, față de atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice.

Securitatea atașamentului față de mamă explică 8% din varianța simptomelor somatice și 6.9% din varianța simptomelor psihologice ale tulburării cu simptome somatice, iar strategiile de reglare emoțională aduc un increment de 17.6%, respectiv 14.5% în estimarea acestor simptome. Inhibiția atașamentului față de mamă explică 8.5% din varianța simptomelor psihologice ale tulburării cu simptome somatice, iar strategiile de reglare emoțională aduc un increment de 27.7% în estimarea acestor simptome. Securitatea atașamentului față de tată explică 10.3% din varianța simptomelor somatice ale tulburării cu simptome somatice, iar strategiile de reglare emoțională aduc un increment de 18% în estimarea acestor simptome.

Ipoteza 5: Atașamentul diferă semnificativ la persoanele cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără tulburare cu simptome somatice.

S-au obținut diferențe semnificative statistic, cu efect mediu, între cele două grupuri, din punctul de vedere al atașamentului față de mamă: $U_{S(mamă)} = 1261.5$, $p = 0.004$, $r_B = -0.299$; $U_{I(mamă)} = 2291$, $p = 0.009$, $r_B = 0.273$; $U_{H(mamă)} = 2258.5$, $p = 0.012$, $r_B = 0.255$; $U_{D(mamă)} = 2379$, $p = 0.002$, $r_B = 0.322$. *Securitatea* în relația cu mama este semnificativ mai mică la persoanele cu tulburare cu simptome somatice (Mediană $S(mamă) = 3.00$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $S(mamă) = 4.00$). De asemenea, *Inhibiția*, *Hiperactivarea* și *Dezorganizarea* în relația cu mama sunt semnificativ mai mari la persoanele cu tulburare cu simptome somatice (Mediană $I(mamă) = 6.00$; Mediană $H(mamă) = 4.00$; Mediană $D(mamă) = 8.00$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $I(mamă) = 4.00$; Mediană $H(mamă) = 4.00$; Mediană $D(mamă) = 4.00$).

S-au obținut diferențe semnificative statistic, cu efect mediu-puternic, între cele două grupuri, din punctul de vedere al atașamentului față de tată: $U_S(tată) = 1099.5$, $p < 0.001$, $r_B = -0.389$; $U_I(tată) = 2396.5$, $p = 0.001$, $r_B = 0.331$; $U_H(tată) = 2484$, $p < 0.001$, $r_B = 0.380$;

$U_{D(tată)}=2526$, $p<0.001$, $r_B=0.403$. *Securitatea* în relația cu tatăl este semnificativ mai mică la persoanele cu tulburare cu simptome somatice (Mediană $S(tată)=2.00$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $S(tată)=4.00$). De asemenea, *Inihibiția*, *Hiperactivarea* și *Dezorganizarea* în relația cu tatăl sunt semnificativ mai mari la persoanele cu tulburare cu simptome somatice (Mediană $I(tată)=6.00$; Mediană $H(tată)=4.00$; Mediană $D(tată)=8.00$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $I(tată)=4.75$; Mediană $H(tată)=2.50$; Mediană $D(tată)=4.00$).

S-au obținut diferențe semnificative statistic între cele două grupuri, din punctul de vedere al atașamentului față de partenerul de cuplu, cu efect mediu: $U_{S(partener)}=1290$, $p=0.006$, $r_B=-0.283$; $U_{I(partener)}=2390$, $p=0.001$, $r_B=0.328$; $U_{H(partener)}=2365$, $p=0.002$, $r_B=0.314$; $U_{D(partener)}=2450.5$, $p<0.001$, $r_B=0.361$. *Securitatea* în relația cu partenerul de cuplu este semnificativ mai mică la persoanele cu tulburare cu simptome somatice (Mediană $S(partener)=4.00$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $S(partener)=5.50$). De asemenea, *Inihibiția*, *Hiperactivarea* și *Dezorganizarea* în relația cu partenerul de cuplu sunt semnificativ mai mari la persoanele cu tulburare cu simptome somatice (Mediană $I(partener)=4.00$; Mediană $H(partener)=5.00$; Mediană $D(partener)=6.00$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $I(partener)=2.00$; Mediană $H(partener)=3.00$; Mediană $D(partener)=4.00$).

Ipoteza 6: Strategiile de reglare emoțională diferă semnificativ la persoanele cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără tulburare cu simptome somatice.

S-au obținut diferențe semnificative statistic între cele două grupuri, din punctul de vedere al *Ruminației* ($U_{Ruminație}=2862.5$, $p<0.001$, efect puternic $r_B=0.590$) și *Suprimării* ($U_{Suprimare}=2242$, $p=0.020$, efect mediu $r_B=0.246$). Persoanele cu tulburare cu simptome somatice utilizează mai des *Ruminația* și *Suprimarea* (Mediană $Ruminație=4.33$, Mediană $Suprimare=2.38$), comparativ cu persoanele fără această tulburare (Mediană $Ruminație=3.25$, Mediană $Suprimare=2.13$).

6.6. Discuții

Rezultatele au indicat corelații între atașament, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice, precum și efectul incremental al strategiilor de reglare emoțională, raportat la atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice. De asemenea, s-au obținut diferențe semnificative statistic între persoanele cu tulburare cu simptome somatice și cele fără această tulburare, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională. Rezultatele obținute în acest studiu, prin utilizarea noii abordări a atașamentului, sunt similare studiului anterior.

Așadar, se poate concluziona că pentru o înțelegere aprofundată a tulburării cu simptome somatice este necesară integrarea teoriei atașamentului (atât din perspectiva globală, cât și din perspectiva specificității) și a teoriei reglării emoționale. De asemenea, sunt necesare studii de intervenție asupra atașamentului și reglării emoționale, pentru a surprinde modul în care modificările asupra acestora produc efecte la nivelul simptomatologiei tulburării cu simptome somatice.

7. Studiul 3: Programul de training și intervenție pentru îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională

Acest studiu este un studiu de validare practică a rezultatelor cercetării. Rezultatele obținute în cele două studii corelaționale ale lucrării prezente indică faptul că tulburarea cu simptome somatice se află în strânsă legătură cu stilul de atașament și strategiile de reglare emoțională, ceea ce sugerează că o îmbunătățire la nivelul atașamentului sau al reglării emoționale ar putea conduce la o reducere a simptomatologiei tulburării cu simptome somatice. Având în vedere resursele limitate de timp ale lucrării prezente, care nu permit realizarea unei intervenții terapeutice de profunzime, pentru modificarea atașamentului, s-a realizat un program de training și intervenție pentru îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională.

7.1. Obiective și ipoteze

Obiectivul studiului constă în investigarea impactului pe care modificările la nivelul strategiilor de reglare emoțională îl au asupra simptomatologiei tulburării cu simptome somatice.

Ne așteptăm ca persoanele cu tulburare cu simptome somatice care participă la un program de training și intervenție pentru îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională, să prezinte modificări benefice atât la nivelul reglării emoționale, cât și la nivelul simptomatologiei tulburării cu simptome somatice.

7.2. Participanți și procedură

Eșantionul a fost format din 69 persoane cu tulburare cu simptome somatice: 35 participanți (un bărbat, 34 femei), cu vârste cuprinse între 18 și 62 ani ($M=36.20$; $SD=12.33$), repartizați în grupul de cercetare (au participat la programul de training și intervenție pentru îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională), respectiv 34 participanți (4 bărbați, 30 femei), cu vârste cuprinse între 19 și 61 ani ($M=39.53$; $SD=14.00$), repartizați în grupul de control. Eșantionul final utilizat pentru testarea ipotezelor a fost format din 60 persoane cu tulburare cu simptome somatice (9 participanți fiind eliminați din studiu), repartizate în mod egal în cele două grupuri. Atât participanții care au urmat programul de training și intervenție, cât și cei din grupul de control, au fost evaluați înainte de demararea programului, precum și după finalizarea acestuia. Evaluarea s-a realizat aplicând trei chestionare care surprind strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice. Participarea a fost voluntară, fără beneficii de natură financiară.

Programul de training și intervenție pentru îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională

Acest program a fost dezvoltat pe baza modelului procesual al reglării emoționale, propus de Gross (1998), precum și pe baza cercetărilor anterioare în domeniu. Programul s-a desfășurat pe o perioadă de opt săptămâni, fiecare săptămână cuprinzând o întâlnire de grup, de aproximativ 90 de minute.

Obiectivele sesiunilor au avut un grad de dificultate crescător, fiecare etapă de training bazându-se pe achizițiile anterioare. Obiectivele au fost următoarele:

- înțelegerea rolului reglării emoționale în sănătatea fizică și mentală;
- dezvoltarea abilităților de conștientizare a emoțiilor;
- dezvoltarea abilităților de recunoaștere și numire a emoțiilor (extinderea vocabularului emoțional);
- dezvoltarea abilităților de utilizare a tehnicilor de relaxare;
- diminuarea ruminăției;
- dezvoltarea capacității de acceptare a emoțiilor;
- diminuarea tendinței de suprimare a emoțiilor;
- dezvoltarea abilităților de reglare emoțională a unor emoții specifice (furie, frică, tristețe);
- dezvoltarea utilizării strategiei de reevaluare cognitivă;
- dezvoltarea abilităților de exprimare a emoțiilor.

Pentru îndeplinirea obiectivelor, programul de training și intervenție a constat într-un modul de psihoeducație, tehnici de intervenție aplicate pe parcursul celor opt sesiuni, precum și exerciții individuale (teme pentru acasă).

Modulul de psihoeducație a cuprins informații cu privire la aspectele relevante din domeniul reglării emoționale. Psihoeducația a avut scopul de a crește nivelul de conștientizare al participanților cu privire la importanța sănătății emoționale, de a facilita acestora înțelegerea aspectelor teoretice care au stat la baza construirii programului de intervenție, precum și de a contribui la creșterea motivației participanților pentru implicarea în program și practicarea exercițiilor propuse.

Tehnicile de intervenție au constat în exerciții care au avut ca scop dezvoltarea abilităților de reglare emoțională. Aceste tehnici, ordonate crescător, de la prima sesiune la ultima sesiune, au fost următoarele:

- exerciții pentru exemplificarea relației psihic-corp;
- exerciții de mindfulness pentru conștientizarea senzațiilor corporale;
- exerciții pentru dezvoltarea vocabularului emoțional (am utilizat roata emoțiilor, ca suport vizual; aceasta ilustrează emoțiile de bază, repartizate pe trei intensități);
- tehnici de respirație;
- exerciții de mindfulness pentru observarea detașată a propriilor gânduri;
- exerciții de mindfulness pentru acceptarea senzațiilor corporale;
- exercițiu referitor la rolul emoțiilor și la utilizarea acestora ca o „busolă interioară” pentru conectarea cu valorile și nevoile personale;
- exercițiu referitor la emoțiile suprimate și modificările fiziologice care însoțesc neexprimarea emoției respective;
- identificarea avantajelor și dezavantajelor utilizării strategiei de suprimare pentru reglarea emoțională, precum și a unor modalități alternative de a obține acele avantaje;

- exercițiu de imagerie dirijată pentru activarea și gestionarea furiei;
- exersarea modalității de exprimare a furiei într-un mod asertiv;
- exercițiu de imagerie dirijată și mindfulness pentru activarea și gestionarea fricii;
- dialog în echipe despre propria raportare la emoția de tristețe și strategiile utilizate pentru gestionarea acesteia;
- exercițiu de imagerie dirijată pentru activarea și gestionarea tristeții;
- dialog în echipe despre etapele doliului, resimțite la nivel personal, într-o situație de pierdere;
- tehnici de restructurare cognitivă;
- exersarea abilității de modificare a gândurilor dezadaptative în gânduri funcționale;
- tehnici de comunicare asertivă;
- exercițiu de mindfulness pentru autocompasiune;
- tehnici de relaxare (respirație abdominală, relaxare musculară progresivă – metoda Jacobson).

De asemenea, la finalul fiecărei întâlniri, participanții au primit pe mail un rezumat al aspectelor teoretice abordate în sesiunea respectivă, precum și exerciții individuale pe care să le practice între sesiuni, pentru antrenarea abilităților de reglare emoțională.

7.3. Instrumente

Instrumentele utilizate pentru evaluarea strategiilor de reglare emoțională și a tulburării cu simptome somatice au fost cele regăsite la studiile anterioare: **Chestionarul de reglare a sistemelor emoționale (RESS)**, **Chestionarul pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului-15 (PHQ-15) – autopercepută**, respectiv **Scala pentru evaluarea tulburării cu simptome somatice – criteriul B (SSD-12)**.

7.4. Analiză statistică

Similaritatea grupurilor, din punctul de vedere al caracteristicilor socio-demografice și clinice, s-a realizat similar studiilor anterioare. Condiția de normalitate a datelor s-a verificat prin intermediul testului Shapiro-Wilk, adecvat pentru eșantioane mai mici de 50 participanți (Shapiro & Wilk, 1965). Pentru investigarea corelațiilor dintre variabilele studiului, am utilizat coeficientul Spearman r_s . Pentru comparația rezultatelor obținute înainte și după programul de intervenție, am utilizat testele t și Wilcoxon signed-rank, conform recomandărilor din literatura de specialitate (Sava, 2011). Mărimea efectului s-a raportat sub forma indicele d al lui Cohen (Sava, 2011).

7.5. Rezultate

Analiză preliminară

Rezultatele au indicat că grupul de cercetare și grupul de control sunt similare din punctul de vedere al caracteristicilor socio-demografice și clinice. Testul Shapiro-Wilk a indicat că datele nu sunt normal distribuite pentru *Ruminație* și simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice. De asemenea, rezultatele au evidențiat corelații

semnificative statistic între variabilele studiului, tulburarea cu simptome somatice corelând pozitiv cu *Ruminația* și *Suprimarea* și negativ cu *Reevaluarea*.

Persoanele care au participat la programul de training și intervenție prezintă un nivel mai scăzut al strategiilor dezadaptative de reglare emoțională și un nivel mai ridicat al strategiilor adaptative de reglare emoțională, comparativ cu nivelul anterior programului de intervenție.

În urma programului de training și intervenție, s-au constatat îmbunătățiri semnificative statistic la nivelul strategiilor de reglare emoțională, participanții obținând un nivel mai scăzut al *Ruminației* ($t(29)=4.631$; $p<0.001$; efect puternic $d=0.846$) și un nivel mai ridicat al *Reevaluării* ($t(29)=-2.086$; $p=0.046$; efect mediu $d=-0.381$), comparativ cu perioada anterioară desfășurării programului.

Persoanele care au participat la programul de training și intervenție prezintă un nivel mai scăzut al simptomatologiei tulburării cu simptome somatice, comparativ cu nivelul anterior programului de intervenție.

În urma programului de training și intervenție, s-a constatat o reducere semnificativă statistic a simptomatologiei tulburării cu simptome somatice, regăsită atât la nivelul simptomelor somatice ($t(29)=4.491$; $p<0.001$, efect puternic $d=0.820$), care s-au redus cu 26%, cât și la nivelul simptomelor psihologice ($t(29)=3.632$; $p=0.001$, efect mediu-puternic $d=0.663$), care s-au redus cu 27%.

Îmbunătățirile cu privire la simptomatologia tulburării cu simptome somatice s-au menținut pe o perioadă mai lungă de timp, rezultatele obținute după un follow-up la trei luni de la finalizarea programului de training și intervenție indicând o reducere semnificativă statistic atât la nivelul simptomelor somatice ($t(9)=2.538$; $p=0.032$, efect puternic $d=0.802$), cât și la nivelul simptomelor psihologice ($t(9)=2.906$; $p=0.017$, efect puternic $d=0.919$) specifice tulburării cu simptome somatice. Având în vedere, însă, numărul redus al respondenților ($N=10$, 33% din lotul inițial), se recomandă precauție în interpretarea rezultatelor.

Persoanele din grupul de control nu obțin modificări semnificative statistic la nivelul strategiilor de reglare emoțională sau al simptomatologiei tulburării cu simptome somatice.

În grupul de control nu s-au obținut diferențe semnificative statistic la nivelul strategiilor de reglare emoțională sau al simptomatologiei (somatice și psihologice) tulburării cu simptome somatice.

7.6. Discuții

Acest studiu aduce contribuții semnificative cercetării în domeniu, prin includerea unui număr ridicat de strategii și, totodată, abordarea unui spectru divers de strategii de reglare emoțională, care vizează mai multe componente ale reglării emoționale: cognitivă, comportamentală și fiziologică. De asemenea, studiul are implicații și la nivel practic, oferind indicii pentru intervenție asupra acelor strategii de reglare emoțională care sunt relevante pentru tulburarea cu simptome somatice, conducând la o reducere mai rapidă a simptomatologiei.

CONCLUZII ȘI DISCUȚII GENERALE

1. Sinteza rezultatelor cercetării

Primul studiu a fost corelațional și a avut două obiective. **Primul obiectiv** a constat în investigarea interacțiunilor dintre atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice (în special, relația de mediere), precum și a comparațiilor dintre persoanele cu tulburare cu simptome somatice și persoanele fără tulburare cu simptome somatice, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională. **Al doilea obiectiv** a constat în adaptarea, în România, a patru chestionare care evaluează atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice: a) Inventarul stilurilor de atașament la adulți – forma scurtă (*Experiences in Close Relationships – Short form*, ECR-S); b) Chestionarul de reglare a sistemelor emoționale (*Regulation of Emotion Systems Survey*, RESS); c) Chestionarul pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului-15 (*Patient Health Questionnaire-15*, PHQ-15) – autopercepută; d) Scala pentru evaluarea tulburării cu simptome somatice – criteriul B (*Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale*, SSD-12). În acest studiu, am utilizat abordarea globală a atașamentului, acesta fiind considerat o caracteristică a individului, care se manifestă identic în toate relațiile semnificative ale acestuia.

Rezultatele obținute în primul studiu au indicat **corelații semnificative statistic între atașament, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice**, astfel: a) corelații pozitive între *Anxietate* și simptomele somatice ale tulburării cu simptome somatice, *Anxietate* și simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice, *Evitare* și simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice; b) corelații pozitive între *Anxietate* și *Ruminație*, *Anxietate* și *Suprimare*, *Evitare* și *Suprimare*; c) corelație pozitivă între *Ruminație* și simptomele psihologice ale tulburării cu simptome somatice.

Relația de mediere nu a fost confirmată, acest rezultat putând fi explicat prin faptul că strategiile de reglare emoțională se dezvoltă nu doar în cadrul relațiilor de atașament, ci și în cadrul altor relații interpersonale (Leblanc *et al.*, 2016; Röhrlich *et al.*, 2019). De asemenea, rezultatul ar putea fi biasat ca urmare a contextului pandemic în care au fost culese datele. Studiile recente au indicat că pandemia a determinat atât o modificare în utilizarea și eficiența strategiilor de reglare emoțională (Tag *et al.*, 2022; Tyra *et al.*, 2021), cât și o creștere a prevalenței anxietății în rândul populației generale (de la 7% la aproximativ 30%, conform Delpino *et al.*, 2022 și Santabárbara *et al.*, 2021), aceasta inducând o simptomatologie somatică și psihologică suplimentară față de cea specifică tulburării cu simptome somatice. Rezultatele studiului au indicat că **relația dintre atașament și tulburarea cu simptome somatice este directă, atașamentul reprezentând factor predictor**, astfel: *Anxietatea* explică 6.4% din varianța simptomelor somatice ale tulburării cu simptome somatice și 4% din varianța simptomelor psihologice, iar *Evitarea* explică 8.5% din varianța simptomelor psihologice.

Comparațiile între persoanele cu tulburare cu simptome somatice și persoanele fără această tulburare au indicat diferențe semnificative statistic între cele două

grupuri, atât din punctul de vedere al atașamentului (*Anxietatea* și *Evitarea* sunt mai ridicate în rândul persoanelor cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără această tulburare), **cât și din punctul de vedere al strategiilor de reglare emoțională** (persoanele cu tulburare cu simptome somatice utilizează mai des *Ruminația*, *Suprimarea* și *Distragerea* și mai rar *Reevaluarea*, comparativ cu persoanele fără această tulburare).

În ceea ce privește **adaptarea celor patru chestionare în România**, s-au obținut **bune proprietăți psihometrice**, comparabile cu cele ale instrumentelor originale, iar **structura factorială a variantelor traduse a fost similară cu variantele originale, cu excepția chestionarului ECR-S**, care în versiunea în limba engleză are 12 itemi, iar în versiunea românească are doar 11 itemi.

Pentru a extinde concluziile din primul studiu, s-a realizat un **al doilea studiu** corelațional, în care s-a luat în considerare perspectiva complementară asupra atașamentului și anume specificitatea sa (variabilitatea în funcție de relație), evaluându-se atașamentul în trei relații: cu mama, cu tatăl și cu partenerul de cuplu. În plus, pentru evaluarea atașamentului s-a utilizat un instrument de tip interviu, care a permis surprinderea unor aspecte inconștiente, neevaluate în studiul anterior. Acest studiu a avut două obiective. **Primul obiectiv** a constat în investigarea interacțiunilor dintre atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice (în special, efectul incremental al strategiilor de reglare emoțională, raportat la atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice), precum și a comparațiilor dintre persoanele cu tulburare cu simptome somatice și persoanele fără tulburare cu simptome somatice, din punctul de vedere al atașamentului și al strategiilor de reglare emoțională. **Al doilea obiectiv** a constat în adaptarea, în România, a Interviului modelelor multiple de atașament (*Attachment Multiple Model Interview*, AMMI), care permite evaluarea atașamentului în relații multiple de atașament: cu mama, cu tatăl, cu partenerul de cuplu.

Rezultatele obținute în al doilea studiu au indicat **corelații semnificative statistice între atașament, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice**, astfel: a) corelații negative între *Securitate (mamă)* și simptomele somatice ale tulburării cu simptome somatice, *Securitate (mamă)* și simptomele psihologice, *Securitate (tată)* și simptomele somatice, respectiv corelație pozitivă între *Inhibiție (mamă)* și simptomele psihologice; b) corelații pozitive între *Securitate (mamă)* și *Distragere*, *Securitate (partener)* și *Distragere*, respectiv corelații negative între *Inhibiție (mamă)* și *Implicare*, *Inhibiție (mamă)* și *Distragere*, *Inhibiție (partener)* și *Implicare*, *Hiperactivare (partener)* și *Distragere*; c) corelații pozitive între *Ruminație* și simptomele somatice și psihologice ale tulburării cu simptome somatice.

Rezultatele studiului prezent au indicat, de asemenea, **efectul incremental al strategiilor de reglare emoțională, acestea aducând un plus predictiv, față de atașament, în estimarea tulburării cu simptome somatice**. S-a constatat că dimensiunile *Securitate (mamă)* și *Securitate (tată)*, ca unici predictorii, explică 8%, respectiv 10.3% din varianța simptomelor somatice ale tulburării cu simptome somatice, strategiile de reglare emoțională aducând un increment de 17.6%, respectiv 18%. De asemenea, dimensiunile *Securitate (mamă)* și *Inhibiție (mamă)*, ca unici predictorii, explică 6.9%, respectiv 8.5% din

varianța simptomelor psihologice, strategiile de reglare emoțională aducând un increment de 14.5%, respectiv 27.7%.

Comparațiile între persoanele cu tulburare cu simptome somatice și persoanele fără această tulburare au indicat diferențe semnificative statistic între cele două grupuri, atât din punctul de vedere al atașamentului (*Securitatea* este mai scăzută, iar *Inhibiția*, *Hiperactivarea* și *Dezorganizarea* sunt mai ridicate în rândul persoanelor cu tulburare cu simptome somatice, comparativ cu persoanele fără această tulburare), **cât și din punctul de vedere al strategiilor de reglare emoțională** (persoanele cu tulburare cu simptome somatice utilizează mai des *Ruminația* și *Suprimarea*, comparativ cu persoanele fără această tulburare).

În ceea ce privește **adaptarea în România a interviului pentru evaluarea atașamentului**, s-au obținut **bune proprietăți psihometrice**, comparabile cu cele ale instrumentului original.

Al treilea studiu a fost un studiu de validare practică a rezultatelor cercetării și a avut ca **obiectiv** investigarea modificărilor la nivelul strategiilor de reglare emoțională (printr-un program de training și intervenție, desfășurat pe parcursul a opt săptămâni), asupra simptomatologiei tulburării cu simptome somatice. În urma participării la programul de training și intervenție, s-a obținut o **îmbunătățire în utilizarea strategiilor de reglare emoțională** (utilizarea mai redusă a *Ruminației* și mai frecventă a *Reevaluării*), precum și **diminuarea simptomatologiei tulburării cu simptome somatice** (reducerea simptomelor somatice cu 26%, respectiv reducerea simptomelor psihologice cu 27%), rezultate care s-au menținut și la evaluarea follow-up realizată la trei luni după finalizarea acestui program. În grupul de control nu au existat modificări semnificative statistic la nivelul strategiilor de reglare emoțională sau al simptomatologiei tulburării cu simptome somatice.

2. Contribuțiile cercetării

Contribuții teoretice

În primul rând, s-a realizat o sumarizare a aspectelor teoretice relevante, referitoare la atașament, reglarea emoțională și afecțiunile psihosomatice, însoțită de scheme și exemple concrete concepute de autor pentru înțelegerea adecvată a noțiunilor prezentate. De asemenea, s-a realizat o sinteză a studiilor din literatura de specialitate, rezultatele acestor cercetări oferind indicii cu privire la obiectivele și ipotezele celor trei studii ale lucrării prezente.

Teza de doctorat prezintă integrează teoria atașamentului și teoria reglării emoționale pentru investigarea afecțiunilor psihosomatice, fiind prima lucrare la nivel național și printre primele la nivel internațional care a investigat legăturile dintre toate aceste trei concepte.

În plus, cercetarea prezintă se remarcă prin utilizarea unor conceptualizări actuale ale atașamentului, reglării emoționale și afecțiunilor psihosomatice. Astfel, în lucrarea prezintă s-a utilizat conceptualizarea afecțiunilor psihosomatice din perspectiva celei mai

noi abordări, regăsite în DSM-5 (APA, 2013) sub denumirea „tulburarea cu simptome somatice”. De asemenea, din cunoștințele autorului, este prima cercetare în domeniul psihosomaticii care abordează atașamentul la vârsta adultă atât din perspectivă globală (atașamentul este considerat o caracteristică invariabilă a individului), cât și din perspectiva specificității (atașamentul este considerat ca fiind variabil în funcție de fiecare relație semnificativă: cu mama, cu tatăl, cu partenerul de cuplu). În lucrare, atașamentul a fost abordat ținând cont atât de nivelul reprezentational, cât și de nivelul comportamental. Spre deosebire de majoritatea cercetărilor în domeniu, care iau în considerare doar două strategii de reglare emoțională (suprimarea și reevaluarea), lucrarea prezentă investighează șase strategii de reglare emoțională, corespunzătoare componentelor cognitivă, comportamentală și fiziologică ale răspunsului emoțional.

Rezultatele obținute în lucrarea prezentă, pe parcursul celor trei studii, contribuie la domeniul cercetării, prin înțelegerea modului în care interacționează atașamentul, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice și, implicit, printr-o cunoaștere mai bună a factorilor implicați în evoluția tulburării cu simptome somatice.

Contribuții clinice și practice

Lucrarea prezentă se remarcă prin operaționalizarea criteriilor de diagnostic ale tulburării cu simptome somatice, realizată pe baza celor trei criterii de diagnostic menționate în DSM-5 (APA, 2013), precum și pe baza informațiilor reieșite din studiile empirice din domeniu.

O altă contribuție a lucrării constă în adaptarea, pe populația generală din România, a cinci instrumente recente pentru a evalua atașamentul la vârsta adultă, strategiile de reglare emoțională și tulburarea cu simptome somatice, instrumente care surprind un număr ridicat de caracteristici ale conceptelor studiate. Aceste instrumente sunt utile atât pentru cercetători, care vor fi, astfel, încurajați să desfășoare studii la nivelul României, precum și pentru practicienii psihologi și psihoterapeuți, care vor putea obține, prin intermediul acestor instrumente, informații pe baza cărora să își construiască intervenția terapeutică.

Rezultatele obținute sunt relevante și din perspectivă practică, la nivel individual și social, indicând necesitatea unui tratament holistic al tulburării cu simptome somatice, care să includă, pe lângă tratamentul medicamentos, și programe de training și intervenție centrate pe îmbunătățirea strategiilor de reglare emoțională. Lucrarea contribuie, astfel, la conștientizarea necesității unei strânse colaborări între specialiștii din domeniul sănătății fizice și mentale.

3. Limitări și direcții viitoare de cercetare

Deși teza prezentă contribuie semnificativ la cercetarea în domeniul psihosomaticii, există, însă, anumite limite ale cercetării, dintre care menționăm: contextul specific în care s-a realizat cercetarea (perioada pandemiei), disproporția de gen, (majoritatea participanților au fost de gen feminin), limitare de vârstă (doar participanți adulți), evaluarea tulburării cu simptome somatice doar prin intermediul chestionarelor cu auto-raportare, lipsa unei intervenții terapeutice pentru modificarea atașamentului la persoanele cu tulburare cu simptome somatice. Aceste limitări indică posibilele direcții de cercetare.

Așadar, studiile viitoare ar putea investiga replicarea rezultatelor în afara contextului pandemic, utilizând eşantioane cu o proporție relativ echilibrată, din perspectiva genului, respectiv eşantioane formate din persoane de alte categorii de vârstă (copii, adolescenți). De asemenea, cercetările viitoare ar putea include și o evaluare clinică pe baza unui interviu, care să permită determinarea cu o acuratețe mai ridicată a persoanelor cu tulburare cu simptome somatice. Totodată, studiile ulterioare s-ar putea centra pe manipularea variabilei „atașament”, în cazul persoanelor cu tulburare cu simptome somatice, prin includerea participanților în programe de psihoterapie individuală centrată pe creșterea securității atașamentului, urmând ca la finalul terapiei să se investigheze modificările care au apărut atât la nivelul securității atașamentului, cât și la nivelul tulburării cu simptome somatice. Studiul din ce în ce mai extins al legăturilor dintre atașament, reglarea emoțională și tulburarea cu simptome somatice este necesar pentru dobândirea unui nivel ridicat de cunoaștere cu privire la tratamentul adecvat al tulburării cu simptome somatice, tratament care va avea la bază abordarea pacientului din perspectivă bio-psiho-socială.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., 2010. *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*, *Clinical Psychology Review*, 30(2), pp. 217-237.
- Alexander, F., 2008. *Medicina psihosomatică*, București: Editura Trei.
- American Psychiatric Association, 2000 / Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 2003. *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a IV-a revizuită, DSM IV-TR*, București: Editura Pegasus.
- American Psychiatric Association, 2013 / 2016. *DSM-5: Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, București: Editura Medicală Callisto.
- Bartholomew, K., 1990. *Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective*, *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, pp. 147-178.
- Bowlby, J., 1973. *Attachment and Loss, Vol. II, Separation: Anxiety and Anger*, New York: Basic Books Publishing.
- Bowlby, J., 1980. *Attachment and Loss, Vol. III, Loss: Sadness and Depression*, New York: Basic Books Publishing.
- Bowlby, J., 1982. *Attachment and Loss, Vol. I, Attachment (2nd ed.)*, New York: Basic Books Publishing.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., Shaver, P. R., 1998. *Self-Report Measurement of Adult Attachment. An Integrative Overview*, în Simpson, J. A., Rholes, W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships*, pp. 46-76. New York: Guilford Press.
- De France, K., Hollenstein, T., 2017. *Assessing emotion regulation repertoires: The Regulation of Emotion Systems Survey*, *Personality and Individual Differences*, 119, pp. 204-215.
- Eldesouky, L., English, T., 2018. *Another Year Older, Another Year Wiser? Emotion Regulation Strategy Selection and Flexibility Across Adulthood*, *Psychology and Aging*, 33(4), pp. 572-585.
- Erkic, M., Bailer, J., Fenske, S. C., Schmidt, S. N. L., Trojan, J., Schröder, A., Kirsch, P., Mier, D., 2018. *Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic symptom disorder*, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), pp.163-172.
- Fraley, R. C., 2002. *Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms*, *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), pp. 123-151.
- Fraley, R., Hudson, N. W., Heffernan, M., Segal, N., 2015. *Are Adult Attachment Styles Categorical or Dimensional? A Taxometric Analysis of General and*

- Relationship-Specific Attachment Orientations*, Journal of personality and social psychology, 109(2), pp. 354-368.
- Fraley, R. C., 2019. *Attachment in Adulthood: Recent Developments, Emerging Debates, and Future Directions*, Annual Review of Psychology, 70, pp. 401-422.
- Goss-Sampson, M., 2020. *Statistical analysis in Jasp. A guide for students*, disponibil la <https://jasp-stats.org/wp-content/uploads/2020/11/Statistical-Analysis-in-JASP-A-Students-Guide-v14-Nov2020.pdf>, ultima accesare la 10 ianuarie, 2021.
- Gross, J. J., 1998. *The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review*, Review of General Psychology, 2(3), pp. 271-299.
- Gross, J. J., Thompson, R. A., 2007. *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*, în Gross, J. J. (Ed.), Handbook of emotion regulation, pp. 3-24. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., 2015. *Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects*, Psychological Inquiry, 26(1), pp. 1-26.
- Hazan, C., Shaver, P., 1987. *Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process*, Journal of Personality and Social Psychology, 52(3), pp. 511-524.
- Hazan, C., Zeifman, D., 1999. *Pair-bonds as attachments: Evaluating the evidence*, în Cassidy J., Shaver, P. R. (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, pp. 336-354. New York: Guilford Press.
- JASP Team, 2022. *JASP (Version 0.16.3) [Computer software]*, disponibil la <https://jasp-stats.org/download>, ultima accesare la 20 iunie, 2022.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., De Gruy, F. V. 3rd, Brody, D., 1994. *Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment*, Archives of Family Medicine, 3(9), pp. 774-779.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., 2002. *The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms*, Psychosomatic Medicine, 64(2), pp. 258-266.
- Lewczuk, K., Kobylińska, D., Marchlewska, M., Krysztofiak, M., Glica, A., Moiseeva, V., 2021. *Adult attachment and health symptoms: The mediating role of emotion regulation difficulties*, Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, pp. 1720-1733.
- Main, M., Solomon, J., 1986. *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior*, în Brazelton, T. B., Yogman, M. (Eds.), Affective development in infancy, pp. 95-124. New Jersey: Ablex Publishing Corporation Norwood.

- Miljkovitch, R., Moss, E., Bernier, A., Pascuzzo, K., Sander, E., 2015. *Refining the assessment of internal working models: the Attachment Multiple Model Interview*, Attachment & Human Development, 17(5), pp. 492-521.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., 2007. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*, New York: The Guilford Press.
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., Henningsen, P., 2019. *Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review*, PLoS One, 14(6), e0217277.
- Pascuzzo, K., Cyr, C., Moss, E., 2015. *Attachment and Emotion Regulation Strategies in Predicting Adult Psychopathology*, SAGE Open, 5(3), pp. 1-15.
- Pfizer, *Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)*, disponibil la [https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/English_0%20\(1\).pdf](https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/English_0%20(1).pdf), ultima accesare la 12 iulie, 2021.
- Sava, F. A., 2011. *Analiza datelor în cercetarea psihologică*, Cluj-Napoca: Editura ASCR.
- Sheybani Noghabi, F., Ashgharnejad, A., Fathali Lavasani, F., Noorbala, A., 2015. *Comparison of Emotion Regulation Dimensions and Attachment Styles between People with Somatization Disorder and Normal Individuals*, Hormozgan Medical Journal, 19(4), pp. 245-251.
- The jamovi project, 2021. *jamovi (Version 1.6) [Computer Software]*, disponibil la <https://www.jamovi.org>, ultima accesare la 1 iulie, 2022.
- Thompson, R. A., 1994. *Emotion regulation: a theme in search of definition*, Monographs of the Society for Research in Child Development, 59(2/3), pp. 25-52.
- Toussaint, A., Murray, A. M., Voigt, K., Herzog, A., Gierk, B., Kroenke, K., Rief, W., Henningsen, P., Löwe, B., 2016. *Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12)*, Psychosomatic Medicine, 78(1), pp. 5-12.
- Universitat Rovira i Virgili, 2021. *Factor (Versiunea 12.01.02) [Computer software]*, disponibil la <https://psico.fcep.urv.cat/utilitats/factor/Download.html>, ultima accesare la 10 ianuarie, 2022.
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., Vogel, D. L., 2007. *The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: reliability, validity, and factor structure*, Journal of Personality Assessment, 88(2), pp. 187-204.
- World Health Organization, 1994 / 2016. *ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament: descrieri clinice și îndreptare diagnostice*, București: Editura Trei.
- World Health Organization, 2022. *ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision)*, disponibil la <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f767044268>, ultima accesare la 1 iulie, 2022.