

ROLUL ALEXITIMIEI ÎN APARIȚIA TULBURĂRILOR FUNCȚIONALE GASTROINTESTINALE

Ina ROMANCIUC,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemitanu, Laboratorul Gastroenterologie

Summary

The alexithymia role in functional gastrointestinal disorders

Patients with functional gastrointestinal disorders (FGID) represent a difficult contingent from a diagnostic and therapeutic point of view. The FGID symptoms result from the interaction of pathophysiological mechanisms with psychological factors. Emotional problems in persons with alexithymia may be expressed at somatic level (the process of somatization) and led to poor quality of life. Alexithymia is the psychological construct, specific for psychosomatic patients, and have been defined as the difficulty in recognition and description of emotions.

FGIDs treatment should be carried out taking into account the psychological characteristics of the patient, including the correction of alexithymia.

Keywords: functional gastrointestinal disorders, alexithymia, somatization

Резюме

Роль алекситимии в развитии функциональных желудочно-кишечных расстройств

Пациенты с функциональными желудочно-кишечными расстройствами (ФЖКР) представляют сложный контингент с диагностической и терапевтической точек зрения. Симптомы ФЖКР являются результатом взаимодействия патофизиологических механизмов с психологическими факторами, которые у алекситимичных лиц могут находить соматическое выражение (процесс соматизации) и обуславливают снижение качества жизни. Алекситимия, психологический конструкт, характерный для психосоматических больных, была определена как сложность в распознавании и описании собственных и чужих эмоций. Лечение ФЖКР должно проводиться с учетом психологических характеристик пациента, в том числе, проводя коррекцию алекситимии.

Ключевые слова: функциональные желудочно-кишечные расстройства, алекситимия, соматизация

Introducere

În practica medicului-gastroenterolog, pacienții cu tulburări funcționale ale tractului gastrointestinal (TFGI) constituie un contingent dificil, atât sub aspect de diagnostic, cât și de tratament. Diagnosticul TFGI necesită excluderea unei serii de patologii organi-

ce, pacienții fiind supuși multiplelor intervenții de diagnostic, fapt ce determină aspectul economic al acestor patologii. Problemele tratamentului TFGI sunt condiționate de implicarea mai multor mecanisme patogene în apariția simptomelor clinice (factorii psihosociali, hipersensibilitatea viscerală, tulburările de motilitate).

Variațiile psihosociale sunt determinative ale statutului global, ale calității vieții legate de sănătate. Au fost găsite trăsături de caracter comune pacientului psihosomatic (alexitimia), care, posibil, fundamentează procesele de somatizare a emoției, cu apariția ulterioară a simptomelor. Abordarea pacientului cu TFGI trebuie să fie integrativă și să fie luate în considerație determinantele biologice, psihologice și sociale ale individului (modelul biopsihosocial).

Tulburările funcționale gastrointestinale

Conceptul tulburărilor funcționale definește acele simptome sau complexe de simptome, în lipsa unei maladii structurale (organice), capabile să explice apariția, caracterul și intensitatea acestor simptome.

Problema TFGI devine tot mai actuală în societatea postindustrială, caracterizată prin creșterea vertiginosă a tempoului vieții, prin perturbări sociale și economice, aflux informațional excesiv, limitarea contactelor emoționale. Pe parcursul istoriei găsim referințe despre acest grup de maladii, definite în trecut ca „nevroze de organe”, uneori abordate ca manifestări psihiatrice și rămase în umbra atenției științei medicale din acea perioadă, iar pacienții cu TFGI cădeau sub stigma psihiatrică. Numai în secolul XX încep investigațiile sistematice asupra patologiei funcționale, ultimele 3 decenii fiind remarcabile prin atenția științifică îndreptată spre acest grup de tulburări. Acest interes se concretizează într-o colaborare internațională (clinicieni, fiziologi, psihiatri, farmacologi etc.), prin elaborarea și publicarea criteriilor de diagnostic pentru TFGI în 1992 (criteriile *Roma I*). Ulterior, definiția și criteriile au fost revizuite în 1999 (criteriile *Roma II*), apoi în 2006 (criteriile *Roma III*).

Clasificarea TFGI conform criteriilor *Roma* este un sistem bazat pe simptome (dureroase sau nedureroase), cu localizare în diferite segmente ale tractului gastrointestinal (TGI), pentru care nu există explicație structurală detectabilă prin examene instrumentale de rutină (inclusiv endoscopice).

Tulburările somatoforme

Totodată, TFGI deseori corespund și criteriilor altei clasificări medicale – clasificării pentru tulburări

somatoforme (rubrică a compartimentului psihiatric din ICD-10 și a DSM-IV) [1]. În aceste clasificări psihiatrice, tulburările somatoforme (cu subclasificări) se referă, de asemenea, la simptomele somatice (dure-roase sau nedure-roase) fără substrat organic capabil să le explice și tendința de a le atribui unei maladii fizice și de a apela la examinări medicale repetate și la ajutor medical.

Multe cercetări recente, consacrate tulburărilor somatoforme, demonstrează importanța lor clinică și costuri în creștere [2]. Aceste stări sunt răspândite mai ales în medicina primară. Deși există unele particularități cultural-specifice ale manifestărilor, totuși tulburările somatoforme sunt astăzi acceptate ca simptome somatice inexplicabile medical și reprezintă un fenomen universal [3].

În contextul tulburărilor somatoforme, simptomele somatice pot fi abordate sub trei aspecte principale [4]:

1) ca o „mască somatică” a unei tulburări psihiatrice;

2) ca un grup de tulburări psihiatrice specifice (grupul de tulburări somatoforme propriu-zis);

3) ca un stil de comportament vizavi de sănătate și de boală („comportament malativ”).

În tulburările somatoforme se observă o discordanță între senzațiile somatice și interpretarea lor psihosocială, între viziunea subiectivă și cea obiectivă asupra sănătății și stării de boală.

Primele două dintre situațiile prezentate trebuie examinate sub aspect psihiatric, pe când somatizarea ca „comportament malativ” trebuie să fie pusă în atenția medicilor preocupați de problema TFGL. Această abordare consideră somatizarea ca un proces compus din trei aspecte: subiectiv, cognitiv și comportamental [5]. Fiecare individ sănătos permanent percepe anumite senzații de proveniență fiziologică, însă această informație senzitivă este supusă „filtrării”. Orice senzație fizică poate fi percepută sau nu, dacă persoana este sau nu este preocupată de aceasta. Perceperea unei senzații anormale sau jenante reprezintă aspectul subiectiv. Interpretarea eronată (de exemplu, ca un semn de boală gravă) este aspectul cognitiv, iar acțiunea rezultantă (căutarea ajutorului medical) – aspectul comportamental. Procesele care conduc spre a considera senzațiile fizice ca niște simptome sunt niște procese complexe, influențate de educație, de nivelul de stres psihosocial și de statutul fiziologic.

Comportamentul pacientului somatizant nu corespunde schemei convenționale care stă la baza relației medic – pacient obișnuite (medicul așteaptă ca acuzele să fie în raport cu leziunea organică sau,

în caz contrar, să-și exprime suferința emoțională). În conceperea medicului este ca pacientul să accepte punctul de vedere și explicațiile medicului, iar în continuare să urmeze prescripțiile și tratamentul propus. Relația medic – pacient în cazurile tulburărilor somatoforme (inclusiv TFGL) este dificilă, generând frustrări importante reciproce.

În acest mod urmărim interferența a două sisteme de clasificare în medicină – psihiatrică și internistică –, atunci când vorbim despre pacientul cu TFGL.

Modelul biopsihosocial

Logica acestei interferențe derivă din modelul biopsihosocial al bolii, iar pacientul nu mai poate fi abordat de pe poziția dualismului între corp și psihic. Modelul biopsihosocial în TFGL [6] este expresia abordării integratoare, psihosomatice în medicină. De pe pozițiile acestui model, psihicul și corpul sunt privite ca niște componente ale sistemului unic, dezechilibrul căruia poate produce boli.

Viziunea biopsihosocială de orientare psihosomatică este un model integrator de gândire medicală. În mileniul nou, omul bolnav nu mai poate fi abordat dihotomic, separând psihicul de somatic, la fel cum nu poate fi susținută în continuare dihotomia dintre știință și umanism. Astfel, promovarea deprinderilor umaniste și empatică devine o cerință pentru lucrul științific în aria clinică [7]. Medicul, ca un cercetător, trebuie să activeze în paralel în 2 direcții (moduri): observațional și relațional. Modul *observațional* aparține culegerii datelor în mod clasic – empiric-analitic, cu accent de măsurare precisă și descriere clară. Modul *relațional* necesită atenție către arealul uman, în care limbajul, simbolurile, gândurile și emoțiile reprezintă modalități de organizare a experienței personale. Numai dialogul dintre medic și pacient ar putea clarifica ce semnifică ele pentru pacient și ce ar putea însemna acestea din punct de vedere al sistemelor ierarhiei naturale (procese biochimice, fiziologice, psihologice, sociale) [5].

Cercetările care au intenția să pună o bază științifică abordării psihosomatice în TFGL sunt orientate spre căutarea trăsăturilor comune pentru acești pacienți. Raportul consacrat aspectelor psihosociale ale TFGL al comitetului *Roma III* (2006) a fost elaborat pe baza revizuirii și evaluării publicațiilor cercetărilor în domeniu. Comitetul a acceptat existența asocierii cu TFGL a factorilor psihologici, a traumei psihologice din copilărie, a stresurilor recente. Se spune că variațiile psihosociale sunt determinative ale statutului global, ale calității vieții legate de sănătate. În opinia experților, TFGL rezultă din interacțiunile existente

între componentele biologică, psihologică și socială. Deci, cunoașterea aspectelor psihosociale ale TFGI este fundamentală și critică pentru înțelegere, evaluare și tratament [8].

Alexitimia

Prin observații empirice au fost găsite anumite trăsături de caracter comune pentru pacienții cu tulburări somatoforme, inclusiv TFGI. Încă în 1948, Ruesch a descris un fenomen comun pentru pacienții psihosomatici: dificultăți de imaginație și de exprimare verbală și simbolică a emoțiilor. În 1972, Sifneos definește acest fenomen *alexitimie*, care presupune „dificultăți în a folosi un limbaj adecvat în exprimarea și descrierea emoțiilor și a le diferenția pe acestea de senzațiile corporale; insuficiența fanteziei și gândire utilitară” [9].

Sub aspect etimologic, noțiunea de *alexitimie* derivă din cuvintele grecești *lexis* și *thymos* și se traduce ca “fără cuvinte pentru emoții” – lipsa limbajului pentru descrierea emoțiilor.

După introducerea acestei noțiuni s-a observat că, în comparație cu persoanele sănătoase, dar și comparativ cu nevroticii:

- pacienții psihosomatici manifestă o incompetență emoțională;
- le vine greu să-și identifice și să verbalizeze propriile emoții, precum și să recunoască emoțiile altor persoane;
- confundă emoțiile cu senzațiile corporale;
- au o fantezie săracă;
- au gândire utilitară, deficitară pentru simbolism, axată pe evenimentele externe în defavoarea trăirilor din interior.

Cercetând alexitimia, este necesar de a cuprinde procese variate – de prelucrare emoțională, particularitățile fiziologice, psihoneurologice, psihologice, trăsăturile de personalitate individuale, condițiile de diagnostic. Alexitimia are rădăcini psihologice și medicale.

Inițial, alexitimia era concepută ca un construct de personalitate stabil, caracterizat prin dificultatea de identificare și verbalizare a emoțiilor, gândire externalizată și diminuarea capacităților de fantezie imaginată [10]. Ulterior, alexitimia a fost supusă numeroaselor cercetări în diferite grupuri populaționale, la diferite categorii de bolnavi (somatici, psihici, psihosomatici). Ca reflectare a interesului crescând asupra acestui construct, alexitimia a fost aleasă ca temă preferențială la a 11-a Conferință Europeană de Cercetări în Psihosomatică în 1976.

Taylor, în 2000, comentează: „Din 1980 și până în 2000, numărul de articole consacrate acestei teme a crescut de la 120 până peste 700” [11]. Astfel că în

prezent conceptul de alexitimie este privit mai larg – nu doar ca o trăsătură de caracter stabilă [12], dar poate fi și secundară, dependentă de starea morbidă depresivă [13].

Alexitimia este în vizorul mai multor domenii de cercetare: psihosomatică, psihoterapie, psihofiziologie, neurobiologie, psihologie cognitivă și comportamentală etc. Inițial legată de maladiile psihosomatice clasice și răspuns nesatisfăcător la psihoterapia de orientare psihodinamică, în prezent alexitimia se consideră asociată cu un spectru larg de boli somatice, inclusiv cu TFGI [12].

Deși asocierea alexitimiei cu maladiile psihosomatice (precum și cu TFGI) a fost deja demonstrată, mecanismele de apariție, consolidare a acestui construct personal, precum și modalitatea de interferență cu simptomele somatice sunt în continuă cercetare. S-a opinat că *limitarea înțelegerii emoționale și prelucrării cognitive a emoțiilor*, observate în alexitimie, conduce spre o focusare individuală a lor, *amplificând aspectul somatic al reacțiilor emoționale și dezvoltarea comportamentului maladiv* [14]. Aceasta poate explica asociațiile aparente între alexitimie și tulburările psihiatrice cu prezentare somatică și chiar cu bolile somatice. S-a arătat că pacienții alexitimici, în comparație cu cei nealexitimici, sunt mai capabili să psihologizeze senzațiile corporale [15]. Alexitimia poate reflecta exprimarea suferințelor emoționale exclusiv în termeni somatici. Aceasta poate sugera legătura între alexitimie și prezentarea somatizată a distresului emoțional [16].

Studiul efectuat de P. Porcelli et al. (2004) a arătat că pacienții cu TFGI care nu răspund la intervențiile terapeutice standard în 82,2% cazuri sunt alexitimici, iar în 72,5% corespundeau criteriilor de somatizare, concluzionând că clinicienții pot ameliora rezultatele tratamentului TFGI prin relevarea simptomelor psihosomatice specifice (alexitimia, somatizarea, grija de sănătate) cu abordări terapeutice speciale (psihoterapie /psihofarmacologie) [17].

A fost arătată influența alexitimiei asupra persistenței simptomelor dispeptice după colecistectomie, a fost presupus rolul predictiv al alexitimiei și s-a propus testarea și corecția psihologică preoperatorie, pentru a obține rezolvarea mai eficientă a simptomelor în perioada postoperatorie [18].

Având în vedere că alexitimia, ca trăsătură de caracter, e considerată factor de vulnerabilitate pentru tulburările psihosomatice și ponderea ei mare printre pacienții cu TFGI, s-au făcut încercări de a folosi această caracteristică în calitate de criteriu de predicție a rezultatelor endoscopice. S-a presupus că scorurile alexitimice mari ar putea exclude necesitatea efectuării FGDS și reduce cheltuielile

de diagnostic în căutarea substratului organic al simptomelor gastrointestinale. Însă, numai 21% dintre pacienții supuși endoscopiei superioare au fost alexitimici (studiu efectuat asupra 1141 persoane adresate consecutiv timp de 2 ani la FGDS). Chiar dacă simptomele gastrointestinale la acești bolnavi erau mai frecvente și mai exprimate, determinarea alexitimiei nu a fost propusă ca metodă cu valoare suplimentară de precizie a rezultatelor endoscopice [14]. Nivelarea valorii predictive a acestui fenomen se explică prin faptul că alexitimia poate fi și secundară, apărută pe fundalul unui spectru larg de situații clinice (depresia, tulburările psihosomatice secundare maladiei somatice cronice etc.).

După cum s-a menționat anterior, *alexitimia este un construct de personalitate ipotetic, care presupune dificultăți în identificarea emoțiilor și desrierea lor, reducerea vieții imaginare și tendința spre gândire externalizată.*

Inteligența emoțională

Prin definiție, alexitimia este în legătură inversă cu alt fenomen – *intelența emoțională* (IE). Există unele controverse referitor la evaluarea și validitatea IE, iar ideea IE este încă în apelare, necesitând lucrări suplimentare asupra proprietăților ei psihometrice și validității ei predictive. În prezent, IE este caracterizată de către cercetători ca o abilitate, cu implicarea prelucrării cognitive a informației emoționale, care poate fi măsurată prin teste psihometrice performante. Ca alternativă se propune abordarea IE ca o tendință dispozițională, cum ar fi personalitatea apreciată prin autoanchetare.

Acest concept presupune multiple niveluri ale procesului de reglare emoțională. Temperamentul, achiziționarea deprinderilor bazate pe reguli și reglarea emoțională sunt surse potențiale ale diferențelor individuale. Au fost revizuite studii empirice care demonstrează mecanisme multiple legate de aceste niveluri. Temperamentul este condiționat genetic, dar se dezvoltă sub influența mediului (patternul educațional, relația copil – îngrijitor). Deprinderile legate de limbaj sunt guvernate de procesele de fortificare și modelare prin discuții cu părinții și sub influența factorilor de cultură. Abilitățile cognitive pot, de asemenea, influența diferențele individuale emoționale. Pentru dezvoltarea armonioasă a persoanei este importantă competența emoțională, dezvoltarea aptitudinilor mai sofisticate de reglare emoțională, cu competențe tot mai diferențiate [19].

Influența majoră a factorilor educaționali și de mediu în dezvoltarea inteligenței emoționale a fost arătată prin rezultatele unui studiu efectuat în

Canada (n=500) și Scoția (n=204). Au fost obținute diferențe de asociere între inteligența emoțională și alți factori, comparativ cu asocierea aceluiași factori cu particularitățile de personalitate. Astfel, IE este asociată mai mult cu beneficiul social și este în corelație negativă cu alexitimia, pe când tipul de personalitate este în legătură mai mare cu satisfacția de viață, cu consumul de alcool, cu statutul de sănătate și cu numărul de consultații medicale [20].

Cercetările efectuate la Centrul de Neuropsihologie (Swinburne) s-au soldat cu elaborarea unui model al IE bazat pe date empirice, care presupune 5 trăsături comune ale constructului de IE [21]:

1. *Recunoașterea și expresia emoțională* – abilitatea de a percepe și a exprima fiecare emoție.

2. *Înțelegerea emoțiilor din exterior* – abilitatea de a percepe și înțelege emoțiile altora.

3. *Cogniția directă emoțională* – gradul în care emoțiile și informația emoțională sunt incorporate în cugetare și în luarea deciziilor.

4. *Managementul emoțional* – abilitatea de a dirija emoțiile pozitive și negative proprii și pe ale altora.

5. *Control emoțional* – abilitatea de a controla eficient stările emoționale puternice de tipul angoașei, anxietății, frustrației.

Într-un studiu recent [22] au fost prezentate argumente pentru necesitatea și beneficiul intervențiilor psihologice de creștere a inteligenței emoționale în TFGI. A fost examinată alexitimia, variabilele demografice și severitatea simptomelor gastrointestinale la 237 persoane, dintre care 129 cu TFGI. Rezultatele au arătat scoruri de alexitimie mai înalte și simptome somatice mai severe în TFGI comparativ cu grupul de persoane sănătoase. De asemenea, nivelul de educație mai înalt a fost asociat cu riscuri pentru alexitimie mai scăzute. S-a propus ca tratamentul să fie ajutat de măsuri psihoeducaționale spre creșterea abilităților de identificare și descriere a emoțiilor [22].

Deci, problema TFGI este o problemă complexă de ordin medico-biologic și psihosocial. Iar abordarea pacientului cu TFGI necesită viziune psihosomatică integrativă, o complianță medic – pacient adecvată și abilități empatică. Cu toate că spectrul simptomelor TFGI este foarte larg, iar mecanismele de inițiere și dezvoltare a bolii sunt complexe, tulburărilor de sensibilitate, de motilitate și factorilor psihocomportamentali le revine rolul de frunte. Anumite dificultăți de prelucrare emoțională, manifestate prin alexitimie, sunt considerate factori de vulnerabilitate și totodată o trăsătură caracteristică pentru pacientul psihosomatic (inclusiv cu TFGI).

Multe aspecte ale alexitimiei urmează a fi rezolvate. Mai continuă discuțiile referitor la natura acestui fenomen: încă nu există răspunsuri unanime dacă aceasta este o trăsătură de caracter primară sau achiziționată, în ce măsură este condiționată genetic sau social; în ce măsură alexitimia depinde de particularitățile sociale, etnice și culturale ale societății; dacă existența alexitimiei *per se* este suficientă pentru ca simptomele psihosomatice să apară.

Concluzii

1. Alexitimia este o trăsătură de caracter (psihologică) frecventă la persoanele cu TFGL.

2. Simptomele TFGL rezultă din interacțiunea mecanismelor patofiziologice cu problemele emoționale, care la persoanele alexitimice își găsesc o expresie somatică (somatizare).

3. În TFGL alexitimia poate fi și secundară, dependentă de starea depresivă.

4. Ameliorarea calității vieții bolnavilor cu TFGL poate fi facilitată de abordări terapeutice care să ia în considerație specificul psihologic al pacienților, orientate spre aspectul comunicativ și cel educațional.

5. Soluționarea aspectelor patogenetice și de corecție a alexitimiei, posibil, va constitui un pas spre rezolvarea altei probleme majore a medicinei interne – tratamentul tulburărilor funcționale gastrointestinale.

Bibliografie

- Dumitrascu D.L. *Irritable Bowel Syndrome: A Functional Digestive Disorder or a Somatoform Disorder?* In: Dumitrașcu D.L., Hoțoleanu C. *Neurosciences: clinical applications of recent knowledge*, Cluj: Ed. Med. Univ. Iuliu Hațieganu, 2008, p. 210-221.
- Barsky A.J., Orav E.J., Bates D.W. *Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity*. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005, nr. 62(8), p. 903-910
- Janca A., Isaac M., Ventouras Y. *Towards better understanding and management of somatoform disorders*. In: *Int. Rev. Psychiatry*, 2006, nr. 18(1), p. 5-12.
- Cathébras P., Rousset H. *Le concept de somatisation est-il utile au clinicien?* In: *Ann. Med. Interne*, 1993, nr. 144, p. 157-160.
- Lipowski Z.J. *Somatization: a borderland between medicine and psychiatry*. In: *CMAJ*, 1986, nr. 135, p. 609-615.
- Drossman D.A. *The functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process*. In: *Gastroenterology*, 2006; nr. 130, p. 1377-1390.
- Ryff C.D., Singer B.H. *Biopsychosocial Challenges of the New Millennium*. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2000, nr. 69(4), p. 170-177.
- Levy R.L., Oldenk W., Naliboff B.D. et al. *Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders*. In: *Gastroenterology*, 2006; nr. 13 (5), p. 1447-1458.
- Sifneos P.E. *The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients*. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, nr. 22(2-6), p. 255-266.
- Taylor G.J., Bagby R.M. *Measurement of Alexithymia*. In: *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, nr. 11(3), p. 351-366.
- Taylor G.J. *Recent developments in alexithymia theory and research*. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 2000, nr. 45, p. 134-142.
- Picardi A., Toni A., Caroppo E. *Stability of Alexithymia and its Relationships with the „Big Five” Factors, Temperament, Character, and Attachment Style*. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2005; nr. 74, p. 371-378.
- Saarijarvi S., Salminen J.K., Toikka T. *Temporal stability of Alexithymia Over a Five-Year Period in Outpatients with Major Depression*. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006, nr. 75(2), p. 107-112.
- van Kerkhoven L., van Rossum L., van Oijen M. et al. *Alexithymia is associated with gastrointestinal symptoms, but does not predict endoscopy outcome in patients with gastrointestinal symptoms*. In: *J. Clin. Gastroenterol.*, 2006, nr. 40, p. 195-199.
- Duddu V., Isaac M.K., Chaturvedi S.K. *Alexithymia in somatoform and depressive disorders*. In: *J. Psychosom. Res.*, 2003, nr. 54(5), p. 435-438.
- Kirmayer L.J., Robbins J.M. *Cognitive and Social Correlates of the Toronto Alexithymia Scale*. In: *Psychosomatics*, 1993, nr. 34(1), p. 41-52.
- Porcelli P., De Carne M., Todarello O. *Prediction of treatment outcome of patients with functional gastrointestinal disorders by the diagnostic criteria for psychosomatic research*. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2004, nr. 73, p. 166-173.
- Porcelli P., Lorusso D., Taylor G.J., Bagby R.M. *The influence of alexithymia on persistent symptoms of dyspepsia after laparoscopic cholecystectomy*. In: *Int. J. Psychiatry Med.*, 2007; nr. 37(2), p. 173-184.
- Zeidner M., Matthews G., Roberts R.D. et al. *Development of Emotional intelligence: Towards a Multi-Level Investment Model*. In: *Human Development*, 2003, nr. 46, p. 69-96.
- Austin E.J., Saklofske D.H., Egan V. *Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence*. In: *Personality and Individual Differences*, 2005, nr. 38(3), p. 547-558.
- Palmer B.R., Stough C. *Multi-Rater or 360-degree Emotional Intelligence Assessment*. In: *Europe's Journal of Psychology*, may 01, 2005, p. 1-9.
- Mazaheri M., Afshar H., Weinland S. et al. *Alexithymia and functional gastrointestinal disorders (FGID)*. In: *Med. Arh.*, 2012; nr. 66(1), p. 28-32.

Ina Romanciuc,

Laboratorul Gastroenterologie,
USMF Nicolae Testemițanu,
Chisinau, str. N. Testemițanu 29
Tel.: 022 205539; mob.: 069 053013
e-mail: romanciuc.ina@gmail.com