ASPECTE TEORETICO–CONCEPTUALE ALE STRESULUI ACUT ÎN LITERATURA CONTEMPORANĂ

THEORETICAL-CONCEPTUAL ASPECTS OF ACUTE STRESS IN CONTEMPORARY LITERATURE

Mariana SUCIAGHI, ORCID: 0009-0006-6752-2526
Universitatea de Stat din Moldova,
Chișinău, Republica Moldova

CZU: 159.944.4

e-mail: mari_suciaghi@yahoo.com

In contemporary literature over the last 10-15 years, in Romania and abroad, the concept of stress has been the subject of extensive research on various aspects of stress, such as the causes, the physiological and psychological mechanisms involved, the impact of acute stress on the physical and mental health of patients in a hospital environment, and methods for its effective management.

In Romania, Popa's (2018) study, "Acute stress in the context of major surgery: clinical implications and intervention strategies", analysed acute stress experienced by patients before, during and after major surgery, investigating the psychological and physiological factors involved in acute stress and proposed therapeutic interventions to reduce it.

In the Republic of Moldova, Plugaru's (2015) study, "Acute stress in the preoperative period in patients in the Republic of Moldova", examined the level of acute stress experienced by patients in the preoperative period, the impact of stress on surgical outcomes, proposing methods to manage it.

In the foreign literature, Cohen et al.'s (2014) study "Acute Stress Responses in the Emergency Department" investigated acute stress responses experienced by patients in emergency departments.

Keywords: *acute stress, patients, therapeutic intervention.*

INTRODUCERE

Stresul este o reacție complexă a organismului la factori fizici, emoționali sau mentali care creează o presiune sau o solicitare excesivă. Această reacție poate implica o serie de schimbări fiziologice, emoționale și comportamentale, care pot afecta atât sănătatea fizică, cât și bunăstarea psihologică a unei persoane [1]. În lucrarea *Stress, appraisal, and coping* R.S. Lazarus și S.Folkman (1984) menționează că, pe termen scurt, stresul poate fi benefic, deoarece poate oferi o energie suplimentară și o concentrare sporită pentru a rezolva o problemă sau a face față unei situații dificile. Acesta poate stimula performanța și creșterea capacităților de adaptare. Totuși, atunci când stresul devine cronic și persistă pe o perioadă lungă de timp, poate avea consecințe negative asupra sănătății fizice și mentale. Efectele negative ale stresului cronic pot include epuizare fizică și mentală, tulburări de somn, scăderea sistemului imunitar, probleme de concentrare, anxietate,

depresie și afecțiuni fizice precum boli de inimă, afecțiuni gastro-intestinale și tulburări ale sistemului endocrin. Este de menționat că stresul poate fi declanșat de diverși factori, cum ar fi evenimente traumatice, provocări profesionale, schimbări majore în viață, relații dificile sau probleme de sănătate. Reacția de stres implică o serie de modificări în organism pentru a face față situației percepute ca amenințătoare sau solicitantă. Aceste modificări pot include eliberarea hormonilor de stres, cum ar fi adrenalina și cortizolul [2], creșterea ritmului cardiac și al respirației, dilatarea pupilelor, tensiunea musculară și creșterea vigilenței mentale [3].

Deși Hans Selye este considerat unul dintre primii cercetătorii care au definit și au studiat termenul „stres” în sensul său medical și științific, este important să menționăm faptul că conceptul de stres a fost explorat și de alți cercetători înaintea lui. De exemplu, Walter Cannon, un eminent fiziolog american de la Harvard Medical School, a studiat reacțiile de combatere și adaptare ale organismului în fața situațiilor de stres încă din anii 1920. El a introdus conceptul de „răspuns de luptă sau fugă”, evidențiind reacțiile fiziologice specifice care apar în situații de pericol sau stres. În 1932, Cannon susține că „*răspunsul de luptă sau fugă*” apare atunci când o persoană experimentează emoții foarte puternice – în special cele asociate cu o amenințare percepută. În timpul răspunsului de luptă sau de fugă apare o activare rapidă a corpului, atât la nivelul sistemului nervos simpatic, cât și al sistemului endocrin (Fig. 1). Această excitare ajută persoana să fie pregătită să lupte sau să fugă de o amenințare percepută.

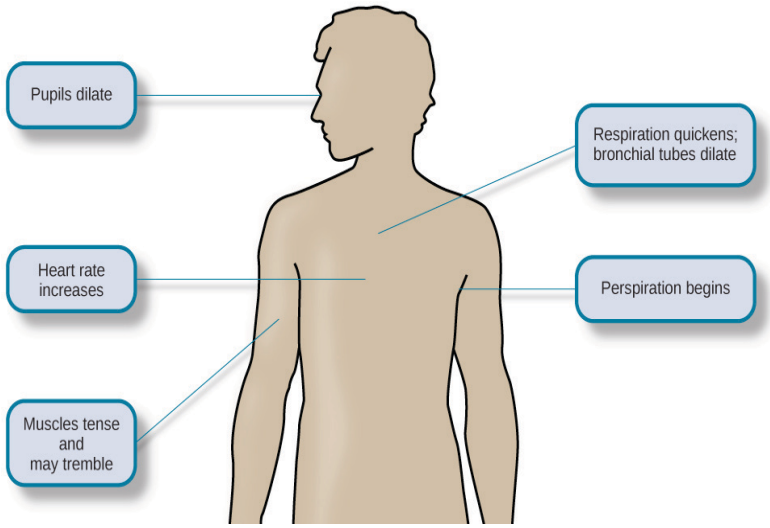


Fig. 1. Lupta sau fuga este un răspuns fiziologic la un factor de stres

De asemenea, răspunsul de luptă sau de fugă este definit de Cannon ca fiind un mecanism care ajută la menținerea homeostaziei – un mediu intern în care variabile fiziologice, precum tensiunea arterială, respirația, digestia și temperatura, sunt stabi-

lizate la niveluri optime pentru supraviețuire. El a considerat răspunsul de luptă sau de fugă ca fiind adaptativ, întrucât le permite oamenilor să se adapteze intern și extern la amenințările din mediul lor, permițându-le astfel să continue să fie în viață și să depășească amenințarea [4] .

Endocrinologul canadian Hans Selye a fost primul om de știință care a introdus termenul „stres" în sens medical și științific [5]. În anii 1930, Selye a început să studieze reacțiile organismului la factorii de stres și a observat că, indiferent de sursa stresului (fizică, emoțională sau mentală), organismul răspunde într-un mod similar. El a observat că aceste răspunsuri se manifestă printr-o serie de reacții fiziologice și hormonale. Hans Selye a utilizat termenul ,,stres''pentru prima dată în anul 1936, când a transmis o scurtă scrisoare către editorul revistei *Nature*, în care descria manifestările cele mai stereotipe ale reacției generale de alarmă a organismului. Prima definiție a lui Selye a stresului a fost „răspunsul neuroendocrin nespecific al organismului" [6]. În 1936, Selye a publicat un articol intitulat *A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents* („Un sindrom produs de diverși agenți nocivi"), în care a prezentat conceptul de „sindrom general de adaptare". El a utilizat termenul „stres" pentru a descrie reacțiile fiziologice nespecifice ale organismului la diferiți factori de stres [7]. Selye a diferențiat *stresul acut* de răspunsul total la factorii de stres aplicați cronic, denumind această din urmă stare *„sindrom de adaptare generală"* (Fig. 2), care în literatură este cunoscut sub numele de Sindromul Selye. Sindromul Selye împarte răspunsul total la stres în trei faze: *reacția de alarmă, stadiul de rezistență* și *stadiul de epuizare*. Când indivizii sunt expuși la un factor de stres, la început sunt nerăbdători, apoi încearcă să mențină homeostazia rezistând schimbării și, în cele din urmă, devin victime ale epuizării în contracararea factorului de stres. Stresul nu este un simplu termen psihologic, ci, mai degrabă, este o stare coregrafică a evenimentelor și este întâlnit de toți indivizii în timpul unei perioade de boală [8].

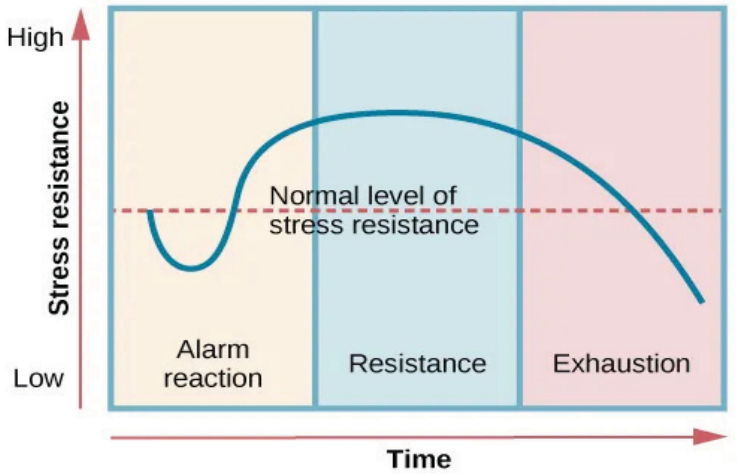


Fig. 2. Cele trei etape ale sindromului general de adaptare al lui Selye sunt prezentate în acest grafic. Stresul prelungit duce în cele din urmă la epuizare

În 1983 Selye, în *Selye's guide to stress* afirmă, că stresul este suma răspunsurilor nespecifice la orice solicitare a organismului, iar „sindromul general de adaptare” evoluează în trei stadii: reacția de alarmă (RA); stadiul de rezistenă (SR); stadiul de epuizare (SE) [9].

MATERIAL ȘI METODĂ

Evaluarea psihologică a stresului psihologic la pacienții internați în unitățile de terapie intensivă poate cuprinde:

Interviul clinic – este un instrument care oferă mai multe informații asupra felului de a gândi al pacientului, asupra registrului de funcționare și a mecanismelor de apărare, fapt ce oferă o analiză a profilurilor psihoemoționale și constituirea eșantioanelor experimentale pentru programul formative [10].

Tehnici de observație*: *analiza comportamentului nonverbal și interacțiunea socială – evaluează modul în care pacienții se adaptează la situația din secțiile de terapie intensivă și cum acest lucru afectează schemele cognitive și stresul acut. Această tehnică implică observarea comportamentului nonverbal, cum ar fi expresiile faciale, gesturile, contactul vizual, tonul vocii și postura pacientului, precum și analiza interacțiunii sociale dintre pacienți și personalul medical. Astfel, se poate obține o imagine mai completă a modului în care pacienții percep și răspund la stresul acut și cum aceasta poate afecta schema lor cognitivă. Studiile arată că comportamentul nonverbal poate fi un indicator semnificativ al emoțiilor, gândurilor și al comportamentelor pacienților [11]. De asemenea, interacțiunea socială poate fi un indicator important al stresului acut și al dezvoltării schemelor cognitive disfuncționale la pacienții din secția de terapie intensivă [12]. Evaluarea comportamentului nonverbal și a interacțiunii sociale poate ajuta la identificarea schemelor cognitive disfuncționale și la dezvoltarea unor strategii de intervenție adecvate pentru pacienți.

Instrumente de diagnosticare:

- Chestionarul schemelor cognitive Young forma scurtă 3 (YSQ-S3)
- Chestionarul de evaluare a copingului cognitiv- emotional CERQ
- Scala Acute Stress Disorder (ASDS)
- Scalele de depresie, anxietate, stres (Depression Anxiety Stress Scales; DASS; Lovibond Lovibond, 1995)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Inventarul de anxietate ca stare și trăsătură (State - Trait Anxiety Inventory: Form: STAY -Y; Spielbergel et al., 1983)
- Hamilton Depression Inventory (HDI) autoevaleză severitatea simptomelor depresive la adulți
- Scala atitudinilor și credințelor față de anxietete (Anxiety Attitude and Belief Scale; AABS; Brown et al., 2000)
- Scala unităților subiective de distres/disconfort (Subjective Units of Discomfort Scale; SUDS; Wolpe și Lazarus, 1966)

- Termometrul fricii (Walk, 1956) și scalele vizuale analoage
- Evaluarea fiziologică a tulburărilor de anxietate prin monitorizarea frecvenței respirației, frecvenței cardiace, conductanțe electrice a pielii
- *Chestionarul Durerii McGill*, forma scurtă (CDM-FS, Melzack, 1975, 1983).

Astfel, prin aplicarea acestor metode vom obține un tablou de ansamblu al sferei psihoemoționale a pacienților internați în secția clinică de terapie intensivă.

Totodată, o analiză preliminară a literaturii de specialitate ne-ar permite raportarea rezultatelor obținute la datele prezentate de alți cercetători. De exemplu, în cartea *Managementul bolnavului critic,* Mircea Chiorean, Sanda Maria Copotoiu, Leonard Azamfirei și alții remarcă faptul că pacienții internați in secția de terapie intensivă suferă adesea de tulburări psihologice, precum și de o serie de alte fobii specifice. Frica de mediul spitalicesc, mai ales mediul specific pacienților în stare gravă internați în secțiile de terapie intensivă, poate fi asociată cu particularitățile psihoemoționale care stau la baza fiecărei persoane [13]. Pușică Zainea, în teza sa de doctorat *Stresul psihogen la pacienții în timpul spitalizării* [14], susține că nivelul de stres al pacientului în timpul stabilirii diagnosticului și al tratamentului în secțiile spitalului este un aspect important al adaptării și profilaxiei tulburărilor fondului emoțional, chiar până la debutul formelor clinice ale tulburărilor depresive și de anxietate. Acesta a constatat că criteriile pentru stresul psihogen la pacienții internați sunt: iritabilitate, agresivitate, dezinhibare, excitabilitate musculară, anxietate, frică, panică, fobii, dificultăți de concentrare, atenție scăzută, relații sociale afectate, comportament deviant, frustrare, palpitații cardiace sau fluctuații ale ritmului cardiac și respirator, tulburări de somn, gânduri sumbre, tulburări de memorie. Se disting variantele hipo- și hiperkinetice ale reacțiilor de stres. Varianta hipokinetică: stupoare disociativă, care se manifestă prin întârziere motorie bruscă, transpirație rece abundentă, expresie de groază pe față, ochii larg deschiși; varianta hiperkinetică: agitație pronunțată, agitație psihomotorie, mișcări nefocalizate, reacții autonome haotice (tahicardie, paloare, transpirație etc.). Durata acestor reacții este în medie de până la 48 de ore, simptomele încep să scadă în medie după 6-8 ore.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Dezvoltarea abilităților de depășire a situațiilor stresogene are un efect pozitiv asupra stării emoționale a pacientului, asupra interacțiunii sale cu medicul și a respectării tratamentului [15]. Este important să se ia în considerare experiența individuală și caracteristicile personale ale pacienților, starea lor psihică, natura proceselor cognitive și, de asemenea, strategiile antistres.

CONCLUZII

Valoarea inovativă a acestei lucrări va fi dată de faptul că, prin cunoașterea și evaluarea manifestărilor psihologice ale stresului acut apărut la pacienții spitalizați în Secția de Terapie Intensivă, atât din punct de vedere cognitiv, cât și emoțional și comportamental, va permite elaborarea unui instrumentariu de diagnostic și de asistență psihologică

utilizat și testat în cadrul evaluării dinamicii de diminuare a tulburării acute de stres, anxietății și depresiei la pacienții internați în secțiile de terapie intensivă [16].

Referințe:

1. LAZARUS, R.S., & FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping.* Springer Publishing Company, 1984. ISBN 0-8261-4191-9
2. GEOFFROY, MC., HERTZMAN, C, Li L, POWER, C. Prospective association of morning salivary cortisol with depressive symptoms in mid-life*:* a life-course study. In: *PLOS One,* 2013 Nov 12;8(11):e77603. doi: 10.1371/journal.pone.0077603. PMID: 24265676; PMCID: PMC3827055.
3. https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/1-introduction
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Walter_Bradford_Cannon#/media/File:Walter_Bradford_Cannon.jpg. Licență: CC BY: Atribuire
5. TAN, SY, YIP A., SELYE, H. Founder of the stress theory. In: *Singapore Med. J.* 2018Apr.;59(4):170-171.doi:10.11622/smedj.2018043. PMID:29748693;PMCID:PMC5915631.
6. ROCHETT, L, VERGELY, C. Hans Selye și răspunsul la stres: la 80 de ani de la „scrisoarea” *sa către editorul Nature.* In: *Annales de Cardiologie et D'angeiologie,* 2017 septembrie;66(4):181-183. DOI: 10.1016/j.ancard.2017.04.017. PMID: 28760543.
7. SELYE, H. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents*.* In: *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 1936, 10(2), 230-231.
8. TAN, SY, YIP, A., SELYE, H. Founder of the stress theory. In: *Singapore Med.* J., 2018 Apr;59(4):170-171. doi: 10.11622/smedj.2018043. PMID: 29748693; PMCID: PMC5915631.
9. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Modalitate%20de%20adaptare-la%20stres.pdf, [Accesat: la 17.06.2023]
10. DAFINOIU, I., ENEA, V. *Evaluarea psihologică. Manualul psihologului clinician.* Iași: Polirom, 2017, p.503. ISBN 978-973-46-7005-5
11. HERTENSTEIN, M.J., KELTNER, D., APP, B., BULLEIT, B.A., & JASKOLKA, A.R. Touch communicates distinct emotions*.* In: *Emotion*, 6(3), 528-533.
12. LIMA, R.C., GUIMARAES, R.M., de SOUSA-RODRIGUES, C.F., & LAGE, G.M. Stress, coping and social support perceptions in patients hospitalized in medical clinics and surgical wards*.* In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* 2016, 24, e2801.
13. CHIOREAN, M, COPOTOIU, S.M., AZAMFIREI, L. *Managementul bolnavului critic – Managementul specific Urgenţe*, Tîrgu Mureș: University Press, 2006, ISBN 973-7788-84-2
14. ZAINEA, P. Stresul psihogen la pacienţi în timpul spitalizării. In: *Metodologii contemporane de cercetare şi evaluare, : Ştiinţe biologice şi chimice. Ştiinţe fi-*

zice şi matematice. Ştiinţe economice. 22-23 aprilie 2021. Chişinău: CEP USM, 2021, pp. 88-92. ISBN 978-9975-159-16-6.

15. M[RINEANU, V., VOICU, I. *Intervenţia în criză şi primul ajutor psihologic: ghid operaţionaL.* București: Centrul Tehnic-Editirial al Armatei, 2016. https://dgmru.mapn.ro/webroot/fileslib/upload/files/cis/ghid%20FPA.pdf [Accesat: 17.06.2023]
16. HOLDEVICI, I., NEAC;U, V. *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criz*ă. București: Dual Tech, 2011. ISBN 973-85526-4-8