# STRESUL PSIHOGEN LA PACIENȚI ÎN TIMPUL SPITALIZĂRII

**CZU: 159.944:614.2**

***Puşica ZAINEA***

*Şcoala Doctorală Ştiinţe Biologice, Geonomice, Chimice şi Tehnologice, Universitatea de Stat din Moldova*

## PSYCHOGENIC STRESS IN PATIENTS DURING HOSPITALIZATION

Psychogenic stress is an obligatory component of the clinical picture when the patient is aware of the consequences of the disease to their life activities ensuring. It has been found that the criteria for psychogenic stress in hospitalized patients are irritability, aggressiveness, disinhibition, muscle excitability, experiencing anxiety, fear, panic, phobias, difficulty concentrating, decreased attention, impaired social relationships, deviant behavior, frustration, heart palpitations or heart and breathing rate fluctuations, sleep disorders, dark thoughts, memory impairment.

***Keywords:*** *stress, psychogenic stress, emotions, psychogenic stress.*

În condițiile contemporane de viață, problema stresului de diferit caracter ocupă un loc important în viața omului, în special aceasta se referă la perioadele catastrofelor stihinice și tehnogene, a crizelor sociale, confruntărilor militare, care, în ultima perioadă, au devenit foarte actuale pentru societatea noastră.

Termenul „stres” a fost introdus în circulație de către fondatorul teoriei stresului Hans Selye în anul 1936 și este folosit pe larg până în prezent „*Stresul este reacția nespecifică a organismului la orice cerință a organismului”* [13], iar ulterior au fost întreprinse multe încercări de perfecționare a acestui concept. Totodată, definiția rămâne ambiguă și cuvântul este folosit divers în diferite contexte. Apropo, H. Selye, când a introdus noțiunea de „*stres*” (1936), în esență, a avut în vedere stresul somato-vegetativ, fapt ce i-a predeterminat pe unii cercetători în domeniul stresului, cum ar fi renumiții R.S. Lazarus și S.Folkman în anul 1984 să elaboreze ipotezele principale privind stresul psihic [8], care mai apoi au fost lărgite de diferiți cercetători, dar nu întotdeauna justificat și motivat.

De pe pozițiile psihosanocreatologiei, stresul psihogen reprezintă reacții neuropsihice nespecifice generate de acțiunea factorilor psihogeni care provoacă emoții, cu funcțiile lor de evaluare a semnificației, de prognozare a consecințelor pentru sine și pentru ceilalți, cu mobilizarea ulterioară corespunzătoare a corpului, care, în previziunea imposibilității eliminării consecințelor nocive ale acestor factori sau, dacă nu se realizează dorința, devin un factor declanșator pentru dezvoltarea stresului psihic, al cărui efect este exteriorizat prin diferite reacții mentale și fiziologice nespecifice și procese care provoacă sentimente de nemulțumire, perturbare a relațiilor sociale, dificultăți în orientarea adecvată în timp și spațiu, tulburarea altor reacții și procese mentale [24].

Stresul psihogen este o componentă obligatorie a tabloului clinic, atunci când pacientul este conştient de consecinţele bolii, pentru a-şi asigura viaţa.

Conform psihosanocreatologiei, orice factor sau situaţie internă sau externă, dacă sunt evaluaţi ca fiind semnificativi şi periculoşi pentru sine şi pentru ceilalţi sau ca dificultate a activităţilor zilnice, provocând emoţii, devine un factor declanşator pentru dezvoltarea stresului psihogen. Şi pacienţii spitalizaţi sunt profund conştienţi de pericolul stării fiziologice a corpului lor pentru a-şi asigura viaţa, sunt extrem de motivaţi să dezvolte stres psihogen, care şi a predeterminat studiul particularităţilor manifestării sale.

Actualmente, când medicina contemporană a atins un nivel înalt de dezvoltare, tratamentul pacienţilor se desfăşoară în baza sistemului de abordare biopsihosocială, adică organizarea ajutorului medical în instituţiile medicale (curative) concrete cuprinde atât aspectul somatic de tratament, cât şi cel psihologic. Nivelul înalt al stresului, şi, ca consecinţe, dereglările afective scad calitatea vieţii bolnavului, ceea ce pot, în mod esenţial, să îngreuneze procesul de însănătoşire a pacienţilor [16]. Iată de ce ajutorul psihologic este unul din aspectele importante în ajutorul medical acordat în momentul internării, precum şi pe perioada de aflare în staţionar [12]. Majoritatea pacienţilor şi persoanele care îi însoţesc suferă de anxietate puternică (pronunţată), condiţionată de însăşi îmbolnăvirea şi de internarea în spital, de asemenea de nivelul ridicat de incertitudine la etapa iniţială a şederii pacientului într-o instituţie medicală în procesul de examinare iniţială şi diagnostic [19]. Evenimentele premergătoare spitalizării (accidentele, acutizările bruşte sau primul atac acut al bolii), pot să fie înşişi factori psihotraumatici şi să provoace influenţă negativă suplimentară asupra procesului de tratament al pacientului. Trebuie de menţionat faptul că în timpul stadiului primar de diagnosticare, la mulţi pacienţi se observă o creştere a nivelului de stres, care este însoţit de diverse simptome psihologice (sentimente de anxietate, predicţii negative şi revenirea mentală obsesivă la evenimente neplăcute trăite) şi fiziologice (intensificare a ritmului cardiac, transpiraţie, senzaţie de slăbiciune şi ameţeli). Mulţi pacienţi consideră că principalele cauze ale stresului sunt aflarea lor în spital, îngrijorarea de starea lor de sănătate, precum şi necesitatea intervenţiei medicale [4, 7].

Un alt factor stresogen poate fi epuizarea profesională şi deficitul pregătirii psihologice a personalului medical [17, 18]. În acelaşi timp, se remarcă importanţa unei comunicări eficiente între pacient şi personalul instituţiei medicale, fără de care are loc intensificarea stării de stres [1; 5; 9;10; 11].

Actualmente, există o multitudine de cercetări, care descriu influenţa negativă asupra sănătăţii somatice a pacienţilor. Stresul este examinat ca un proces policomponent de interacţiune a personalităţii cu diferite situaţii, precum şi reacţia subiectului la aceste situaţii [23]. Reacţia stresogenă este o reacţie adecvată şi normală pentru om, însă în anumite situaţii stresul poate deveni o traumă psihică, atunci când consecinţele acţiunii factorului stresogen sunt tulburări în sfera psihică, de rând cu cele fizice [22]. În acest caz, starea emoţională şi funcţiile cognitive sunt perturbate, ceea ce, la rândul său, afectează negativ procesul de recuperare, adaptare a persoanei la

condiţiile noi de viaţă, inclusiv la situaţia asociată spitalizării. Astfel, s-a dovedit că evenimentele frustrante din viaţa de zi cu zi, sunt dăunătoare pentru bunăstarea omului şi sunt presimţite ca ameninţătoare, ofensatoare, asemănătoare unor pierderi tragice [14]. Mobilizarea sporită a resurselor interne în situaţii stresogene, suprasolicitarea lor poate conduce la perturbări în procesele de adaptare psihologică şi, ca urmare, la tulburări psihice şi dereglarea sănătăţii somatice [18]. În mod repetat, au fost demonstrate consecinţele stresului asupra deteriorării stării fizice prin manifestări negative ale stării afective (anxietate, depresie) care afectează patternurile biologice şi comportamentale, asupra procesului de boală şi tratament [2, 3].

Cu toate acestea, situaţia spitalizării ca factor stresogen este deocamdată insuficient studiată, ceea ce face dificilă elaborarea măsurilor de îmbunătăţire a situaţiei psihologice a pacienţilor care ajung în secţia de internare şi a celor care se află la tratament în secţiile clinice. Totodată, caracterul de a face faţă unui astfel de tip de factor stresogen poate influenţa întregul proces de tratament, determinând atitudinile pesimiste sau, dimpotrivă, constructive ale pacienţilor faţă de tratament, precum şi imaginea lor internă a bolii în general ca cel mai important factor de adaptare la tratament [25, 26]. Cercetători din domeniul psihologiei clinice şi psihologia sănătăţii („*health care psychology"*), relativ recent, au identificat această problemă cu scopul studiului său ulterior [6].

Nivelul de stres al pacientului în timpul stabilirii diagnosticului şi al tratamentului în secţiile spitalului este un aspect important al adaptării şi profilaxiei tulburărilor fondului emoţional, chiar până la debutul formelor clinice ale tulburărilor depresive şi de anxietate [15]. Dezvoltarea abilităţilor de depăşire a situaţiilor stresogene au un efect pozitiv asupra stării emoţionale a pacientului, a interacţiunii sale cu medicul şi a respectării tratamentului [20, 21, 22]. În acest caz, este important să se ia în considerare experienţa individuală şi caracteristicile personale ale pacienţilor, starea lor psihică, natura proceselor cognitive şi de asemenea strategiile antistres [20, 21, 25, 26].

S-a constatat că criteriile pentru stresul psihogen la pacienţii internaţi sunt: iritabilitate, agresivitate, dezinhibare, excitabilitate musculară, anxietate, frică, panică, fobii, dificultăţi de concentrare, atenţie scăzută, relaţii sociale afectate, comportament deviant, frustrare, palpitaţii cardiace sau fluctuaţii ale ritmului cardiac şi respirator, tulburări de somn, gânduri sumbre, tulburări de memorie. Se disting variantele hipo- şi hiperkinetice ale reacţiilor de stres: stupoare disociativă, care se manifestă prin întârziere motorie bruscă, transpiraţie rece abundentă, expresie de groază pe faţă, ochii larg deschişi; variantă hiperkinetică, exteriorizându-se cu agitaţie pronunţată, agitaţie psihomotorie, mişcări nefocalizate, reacţii autonome haotice (tahicardie, paloare, transpiraţie etc.). Durata acestor reacţii este în medie de până la 48 de ore, simptomele încep să scadă în medie după 6-8 ore.

La pacienţii decompensaţi spitalizaţi pentru tratament conservator, stresul psihogen provoacă cel mai adesea următoarele tipuri de tulburări: 1) tulburări de anxietate: pacientul este concentrat permanent pe gânduri şi idei anxioase, fobii. El îşi dă seama că temerile sale sunt cel mai probabil nefondate, cu toate acestea, nu se poate opri să

se gândească la ele; 2) tulburări de panică, caracterizată prin atacuri de panică bruște și nerezonabile – semne ale fricii incontrolabile. Pacienții experimentează oroare inexplicabilă, încep să se sufoce, apar transpirații, amețeli, frică de moarte, apar tremurături. Atacul durează de la câteva minute la jumătate de oră; 3) tulburări depresive – pacientul se află într-o stare de apatie, pierderea interesului pentru tot ceea ce anterior părea important și interesant, pacientul pare a fi lipsit de sens, vede viitorul exclusiv în culori negre, este predispus la deprecierea de sine. Depresia este adesea însoțită de somnolență, pierderea poftei de mâncare și distonie vasculară.

Atenuarea tulburărilor psihogene cauzate de stresul spitalizării, în funcție de gravitatea exacerbării bolii nozologice, trebuie efectuată cu psihoterapie sau medicamente farmacologice.

***Referințe:***


1. BILGIN, T.E., ALTUN, T., SAYLAM, B., ERDEM, E. Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. In: *Turkish J. Urol*. 2012;38(2):91-94. https://doi/org/10.5152/tud.2012.021
2. COHEN, S., GIANAROS, P., MANUCK, S.B. A Stage Model of Stress and Disease. In: *Perspect Psychol Sci*. 2016;11(4).
3. CUMMINGS, E.M., GREENE, A.L., KARRAKER, K.H. (eds.) *Life-span Developmental Psychology: Perspectives on Stress and Coping.* Psychology Press; 2014.
4. ENDRIGHI, R., WATERS, A.J., GOTTLIEB, S.S. et al. Psychological stress and short-term hospitalisations or death in patients with heart failure. In: *Heart*. 2016;102(22):1820-1825. PMID: 27357124 https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-309154.
5. KATE, C., TANEAL, W. Essential nursing care in the ED: part one. In: *Adv Emerg Nurs J*. 2008;11:49-53. https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.11.004
6. KOTROTSIOU, E., THEODOSOPOULOU, H., PAPATHANASIOU, I. et al. How do patients experience stress caused by hospitalization and how do nurses perceive this stress experienced by patients? In: *A comparative study. ICU Nurs Web J*. 2001. Electronic resource Available at: https://www.researchgate.net/publication/215477754_ How_do_patients_ experience_stress_caused_by_hospitalization_and_how_do_nurses_perceive_this_stress_ experienced_by_patients_A_comparative_study [Accessed May 22, 2021].
7. KRZYSZYCHA, R., GONIEWICZ, M., GONIEWICZ, K. et al. Meta-analysis of pain and stress in emergency department patients. In: *Pol J Public Health*. 2016;126(4):165–169. https://doi.org/10.1515/pjph- 2016-0034
8. LAZARUS, R., FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984. 456 p.
9. MAHMOUDI, H., EBADI, A., SALIMI, S.H. et al. Effect of nurse-patient communication on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. In: *Iran J Crit Care Nurs Spring*. 2010;3(1):7-12.
10. MEDINAS-AMORÓS, M., MONTAÑO-MORENO, J.J., CENTENO-FLORES, M.J. et al. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. In: *Multidiscip Respir Med*. 2012;7(1):51.PMID: 23227860 https://doi.org/10.1186/2049-6958-7-51
11. MICHAEL, A.J. et al. Anxiety, Depression and Psychosocial Stress in Patients with Cardiac Events. In: *Malays J Med Sci*. 2005;12(1):57-63. PMID: 22605948

12. WILLIAMS, A.M., IRURITA, V.F. Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. In: *Appl Nurs Res*. 2005;18(1):22-28. PMID: 15812732 https://doi.org/10.1016/ j.apnr. 2004.11.001
13. СЕЛЬЕ, Г. *Стресс без дисстресса*. М.: Прогресс, 1949.
14. ГАРАНЯН, Н.Г., ХОЛМОГОРОВА, А.Б. и др. Предэкзаменационный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов. В: *Социальная и клиническая психиатрия.* 2007;17(2):38-42.
15. ДОВЖЕНКО, Т.В., СЕМИГЛАЗОВА, М.В., КРАСНОВ, В.Н. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты). В: *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011;21(4):5-13.
16. ЗАХАРЧЕНКО, Д.А., ПЕТРИКОВ, С.С. Возможности применения когнитивно-поведенческой терапии в коррекции депрессивных и тревожных нарушений после инсульта. В: *Консультативная психология и психотерапия*. 2018;26(1):95-111. https://doi.org/10.17759/ cpp.2018260107
17. МАТЮШКИНА, Е.Я. Учебный стресс у студентов при разных формах обучения. В: *Консультативная психология и психотерапия*. 2016;24(2):47-63. https://doi.org/ 10.17759/ cpp.2016240204
18. МАТЮШКИНА, Е.Я. Факторы профессионального выгорания специалистов (на примере работников контактного центра). В: *Консультативная психология и психотерапия.* 2017;25(4):42-58. https://doi.org/10.17759/cpp.2017250404
19. РАХМАНИНА, А.А. и др. Эмоциональное состояние и запрос на психологическую помощь сопровождающих лиц и пациентов, поступивших в приемное отделение государственного многофункционального медицинского центра. В сб.: *Актуальные вопросы неотложной помощи: материалы науч.-практ. конф*. (Москва, 19 апреля 2018 г.). Москва; 2018:73-74.
20. СИРОТА, Н.А., МОСКОВЧЕНКО, Д.В. Метакогнитивные убеждения и беспокойство о прогрессировании у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. В: *Российский психологический журнал*. 2016;13(1):147-157.
21. СИРОТА, Н.А., МОСКОВЧЕНКО, Д.В., ЯЛТОНСКАЯ, А.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. В: *Медицинская психология в России.* 2014;6(1):1-14.
22. ТАРАБРИНА, Н.В. *Психология посттравматического стресса. Теория и практика.* Москва: Институт психологии РАН, 2009.
23. ТРИФОНОВА, Е.А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования. В: *Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена*. 2012;145:96-107.
24. ФУРДУЙ, Ф.И. и др. Психогенный стресс, эмоции и психосанокреатология. În: *Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţele vieţii. 2017, nr.3 (333), 14-25.*
25. ЯЛТОНСКИЙ, В.М. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение при заболеваниях внутренних органов: новый теоретический подход. В сб.: АКСЕНФЕЛЬД, Р.Г. (ред.). *Актуальные вопросы диагностики и лечения психосоматических заболеваний*. Ярославль; 2011:115-122
26. ЯЛТОНСКИЙ, В.М., ЯЛТОНСКАЯ, А.В., СИРОТА, Н.А., МОСКОВЧЕНКО, Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. В: *Психологические исследования*. 2017;10(51):1-19.