

**UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ
ȘTIINȚE SOCIALE**

Cu titlu de manuscris
CZU: 159.9.072:159.944.4:615.851.1(043.2)

SUCIAGHI Mariana

**PARTICULARITĂȚI ALE SCHEMELOR COGNITIVE ȘI
MANIFESTAREA STRESULUI ACUT LA PACIENȚII DIN
TERAPIE INTENSIVĂ**

Specialitatea: 511.01-Psihologie generală

Rezumatul tezei de doctorat în psihologie

CHIȘINĂU, 2026

Teza a fost elaborată în cadrul Școlii Doctorale Științe Sociale, Universitatea de Stat din Moldova

Conducător științific:

TARNOVSHI Ana, doctor în psihologie, conferențiar universitar

Membrii Comisiei de îndrumare:

POTÂNG Angela, doctor în psihologie, profesor universitar

BOLEA Zinaida, doctor habilitat în psihologie, conferențiar universitar

PRAVIȚCHI Galina, doctor în psihologie

Componenta Comisiei de doctorat:

CERLAT Raisa, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Universitatea de Stat din Moldova - *președinte*,

TARNOVSHI Ana, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Universitatea de Stat din Moldova - *conducător științific*,

BOLEA Zinaida, doctor habilitat în psihologie, conferențiar universitar, Universitatea de Stat din Moldova - *referent*,

GLAVAN Aurelia, doctor habilitat în psihologie, profesor universitar, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău – *referent*,

STOICA Mihaela, doctor în psihologie, profesor universitar, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Dimitrie Cantemir” din Târgu Mureș, România - *referent*.

Susținerea va avea loc la data de 29 iunie 2026, ora 11:00, în ședința publică a Comisiei de doctorat din cadrul Școlii doctorale Științe Sociale a Universității de Stat din Moldova, la adresa: Republica Moldova, Mun. Chișinău, str. M. Kogălniceanu 65 A, blocul de studii nr. 3, sala 507.

Teza de doctorat și rezumatul pot fi consultate la Biblioteca Națională a Republicii Moldova,

Biblioteca Centrală a Universității de Stat din Moldova și pe pagina web a Agenției Naționale de Asigurare a Calității în Educație și Cercetare (<https://anacec.md/>)

Rezumatul tezei a fost expediat în data de 27.05.2026

Președinte al comisiei de doctorat,

CERLAT Raisa, doctor în psihologie, conferențiar universitar



Conducător științific,

TARNOVSHI Ana, doctor în psihologie, conferențiar universitar



Autoare,

SUCIAGHI Mariana

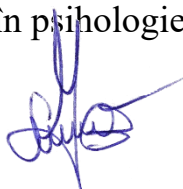


TABLE OF CONTENTS

<i>REPERELE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII.....</i>	<i>4</i>
<i>CONȚINUTUL TEZEI DE DOCTOR.....</i>	<i>8</i>
<i>CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....</i>	<i>22</i>
<i>BIBLIOGRAFIE.....</i>	<i>25</i>
<i>LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE ALE AUTOAREI LA TEMA TEZEI</i>	<i>28</i>
<i>ADNOTARE.....</i>	<i>31</i>
<i>ABSTRACT.....</i>	<i>32</i>
<i>АННОТАЦИЯ.....</i>	<i>33</i>

REPERELE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

Actualitatea și importanța temei abordate. Spitalizarea în unitățile de terapie intensivă (ATI) constituie o situație limită definită prin prăbușirea bruscă a homeostaziei biopsihosociale sub presiunea unor stresori multidimensionali de intensitate extremă [45; 47]. Actualitatea temei este derivată din natura invazivă și depersonalizantă a mediului clinic critic, unde tehnologia avansată necesară susținerii funcțiilor vitale acționează paradoxal ca un generator de suferință psihică profundă (poluarea fonică, izolarea socială și impactul neurocognitiv al ventilației mecanice) [19; 42]. Această constelație traumatogenă justifică necesitatea implementării unor protocoale de intervenție psihologică integrată încă din faza acută, conform directivelor clinice actuale [8; 57].

Importanța cercetării rezidă în imperativul elucidării mecanismelor cognitive profunde care mediază procesul de adaptare și reziliență în condiții de criză vitală [32]. Studiul fundamentează ipoteza conform căreia răspunsul adaptativ al pacientului nu este dictat exclusiv de severitatea patologiei, ci este filtrat prin intermediul schemelor cognitive (structuri mentale de bază care procesează și, frecvent, distorsionează interpretarea evenimentelor critice) [9; 15]. Într-un context marcat de incertitudine și vulnerabilitate extremă, aceste arhitecturi cognitive devin predictorii esențiali ai morbidității psihologice, precum anxietatea, depresia sau tulburarea de stres acut [12; 46; 52].

Noutatea și valoarea aplicativă a prezentei investigații sunt susținute de argumentarea necesității unui Program de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI). Această abordare vizează reducerea incidenței sechelelor psihologice pe termen lung, sintetizate sub conceptul de sindrom postterapie intensivă (PICS), care include deficiențe cognitive și funcționale persistente [18; 35; 51]. Prin urmare, cercetarea propune o tranziție metodologică esențială de la modelul biomedical tradițional către un model biopsihosocial integrat, menit să asigure nu doar supraviețuirea biologică, ci și conservarea integrității psihice și optimizarea calității vieții pacienților [26; 39].

Încadrarea temei în preocupările internaționale și naționale. În literatura de specialitate contemporană, experiența spitalizării în unitățile de terapie intensivă (ATI) este recunoscută ca o direcție de cercetare prioritară, având în vedere impactul psihopatologic sever asupra individului. Consecințele pe termen lung ale acestui context clinic au fost formalizate prin conceptul de sindrom postterapie intensivă (PICS), o entitate clinică ce reprezintă astăzi o provocare majoră pentru sănătatea publică [35]. Sindromul PICS înglobează deficiențe fizice, cognitive și psihice persistente, meta-analizele indicând o prevalență îngrijorătoare a tulburării de stres posttraumatic (10-50%), anxietății (23-48%) și depresiei (12-40%) la 6-12 luni după externare [19; 26; 43].

Evoluția paradigmei de îngrijire a condus la apariția conceptului de PICS-Familie (PICS-F), recunoscând *cercul vicios al suferinței* care afectează aparținătorii prin simptomatologie traumatică și depresivă, compromițând astfel capacitatea de reintegrare socio-profesională a întregului sistem familial [18]. În acest cadru global, dezvoltarea unor strategii de intervenție precoce, precum Programul de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), devine un imperativ clinic pentru optimizarea procesului de recuperare și reducerea costurilor sistemice de sănătate.

La nivel național și regional (România și Republica Moldova), în ciuda alinierii actului medical biologic la standardele europene de excelență, integrarea suportului psihologic în protocoalele de îngrijire ATI rămâne un obiectiv insuficient atins. Deși psihologia sănătății și psihologia clinică au beneficiat de contribuții teoretice valoroase [1; 2; 4; 9], studiul empiric al mecanismelor de adaptare în condiții de terapie intensivă necesită o fundamentare mai amplă. Publicațiile autohtone sunt predominant descriptive, existând o necesitate reală de studii experimentale care să analizeze intersecția dintre procesele cognitive profunde și stresul acut. Această discrepanță între efervescența cercetărilor globale și stadiul literaturii regionale constituie justificarea centrală a prezentei teze, care propune profesionalizarea asistenței psihologice prin tehnici validate capabile să susțină homeostazia psihofiziologică a pacienților [8; 10].

Sinteza cercetărilor anterioare referitoare la tema investigată

Analiza aprofundată a literaturii de specialitate relevă o evoluție clară a cercetării, de la simpla documentare a prevalenței stresului la o înțelegere nuanțată a mecanismelor sale cauzale. Demersul actual se fundamentează pe trei piloni majori: identificarea factorilor de risc, dezvoltarea modelelor explicative și testarea strategiilor de intervenție.

Inițial, focusul științific s-a axat pe factori de risc obiectivi (vârsta, sexul feminin, istoricul psihiatric anterior) și variabile clinice (severitatea bolii, ventilația mecanică, managementul sedării) [42; 48]. Totuși, acești predictorii nu explică integral eterogenitatea răspunsului adaptativ individual. Astfel, cercetarea s-a deplasat către experiența subiectivă a pacientului, recunoscând stresul ca un proces mediat psihologic [33]. O direcție esențială a fost explorarea rolului memoriei în configurarea stresului acut; studiile lui Jones [28] au stabilit o distincție critică între amintirile factuale și cele delirante (halucinații, fragmente onirice). S-a demonstrat că amintirile delirante, neintegrate într-o narativă logică, funcționează ca *insule de teroare* psihică, crescând semnificativ riscul de cronicizare a traumei [29].

Acest fundament empiric a permis aplicarea modelului cognitiv al tulburării de stres posttraumatic (TSPT), elaborat de Ehlers și Clark [21], în medicina critică. Cadrul teoretic postulează că persistența stresului este menținută de interpretările catastrofice (ex. „creierul meu este distrus”) și de strategii de autoreglare dezadaptative (evitare, ruminare), care blochează procesarea naturală a experienței traumatice [22; 24]. Analiza acestui model în contextul ATI reprezintă nucleul teoretic al prezentei teze.

Pe plan aplicativ, au fost testate metode precum jurnalele de terapie intensivă pentru restructurarea narativă [29] sau optimizarea mediului senzorial [38]. Cu toate acestea, sinteza dovezilor indică faptul că majoritatea intervențiilor actuale sunt punctuale și nu vizează schemele cognitive dezadaptative profunde [52], care funcționează ca filtre de distorsionare a realității în momentele de vulnerabilitate maximă. Această lacună justifică necesitatea Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), a cărui inovație rezidă în abordarea preventivă și integrativă: modificarea strategiilor de coping cognitiv-emoțional pentru a preveni cristalizarea traumei și pentru a facilita recuperarea integrității psihice a pacienților [10; 26; 57].

Problema de cercetare se formulează astfel: în ce măsură structurile cognitive influențează manifestarea stresului acut la pacienții internați în unitățile de terapie intensivă și cum pot fi integrate aceste mecanisme în proiectarea unor intervenții psihologice personalizate, capabile să faciliteze adaptarea și recuperarea acestora?

Scopul cercetării: constă în identificarea și analiza relației dintre particularitățile schemelor cognitive (abordate prin prisma strategiilor de coping cognitiv-emoțional) și manifestările stresului acut la pacienții spitalizați în unitățile de terapie intensivă și în elaborarea, implementarea și validarea eficacității unui program de intervenție psihologică integrativ - strategic (SCE-ATI) destinat modificării schemelor cognitive dezadaptative și diminuării manifestărilor stresului acut, în scopul facilitării procesului de adaptare și recuperare a pacienților aflați în stare critică.

Obiectivele cercetării:

1. Sinteza literaturii de specialitate privind fundamentele teoretice și empirice ale stresului acut în contextul medical critic, precum și rolul schemelor cognitive dezadaptative în medierea acestuia;
2. Identificarea mecanismelor cognitive dezadaptative și a particularităților psihoafective ale pacienților cu stres acut internați în secțiile de terapie intensivă, precum și analiza influenței anxietății ca trăsătură și a factorilor socio-demografici și clinici asupra acestora;
3. Selectarea și utilizarea unui instrumentariu de psihodiagnostic pentru evaluarea strategiilor de coping cognitiv-emoțional și a manifestărilor stresului acut;
4. Analiza corelațională și predictivă a relației dintre schemele cognitive dezadaptative (operaționalizate prin strategiile de reglare cognitiv-emoțională) și intensitatea manifestărilor stresului acut la pacienții internați în secția de terapie intensivă;
5. Proiectarea și implementarea Programului psihologic integrativ-strategic de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), fundamentat pe intervenții de resemnificare sistemică, tehnici de grounding, metode psihodramatice și abordări orientate pe resurse;
6. Validarea eficacității Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI) în reducerea manifestărilor stresului acut prin optimizarea mecanismelor cognitive dezadaptative la pacienții internați în secția de terapie intensivă.

Ipoteza generală: Presupunem că intensitatea manifestărilor stresului acut la pacienții internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă este influențată semnificativ de prezența schemelor cognitive dezadaptative, iar implementarea programului de intervenție psihologică integrativ-strategic SCE-ATI conduce la o diminuare semnificativă a acestora.

Ipoteze specifice:

Ipoteza 1: Presupunem existența unor corelații semnificative între schemele cognitive dezadaptative (operaționalizate prin strategiile de coping cognitiv-emoțional), anxietatea ca trăsătură și nivelul manifestărilor stresului acut la pacienții internați în unitățile de terapie intensivă;

Ipoteza 2: Presupunem că strategiile de coping dezadaptative (în special catastrofarea) mediază relația dintre schemele cognitive dezadaptative profunde și intensitatea manifestărilor stresului acut (exprimată prin nivelul stresului, al anxietății ca stare și al simptomatologiei depresive);

Ipoteza 3: Presupunem că pacienții din grupul experimental care beneficiază de Programul de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI) vor prezenta o reducere semnificativă statistic a manifestărilor stresului acut la evaluarea post-test, comparativ cu pacienții din grupul de control, ca urmare a faptului că experiențele traumatice din secția de terapie intensivă sunt resemnificate cognitiv, diminuând astfel impactul schemelor dezadaptative profunde.

Metodologia cercetării. Cercetarea este structurată pe un design de tip mixt, utilizând: *Metode teoretice* - analiza literaturii din domeniu, sinteza teoretică, sistematizarea informației, metoda generalizării teoretice;

Metode empirice de colectare a datelor și instrumentariul - vizează lanțul causal: scheme cognitive (variabila independentă) → coping (variabila mediatore) → stres acut (variabila dependentă).

Instrumente cantitative: CERQ (Garnefski et al.)[23] - măsoară strategiile de coping ca manifestare a schemelor profunde; DASS-21R (Lovibond & Lovibond)[33] - evaluează triada stres-anxietate-depresie; STAI-Y (Spielberger)[46] - diferențiază anxietatea ca stare de anxietatea ca trăsătură; Fișa socio-demografică și clinică - analizează factorii moderatori (vârstă, diagnostic, durată ATI).

Instrumente calitative: interviul tematic semi-structurat și observația clinică, utilizate pentru surprinderea nuanțelor fenomenologice ale resemnificării;

Metode de analiză a datelor - prelucrarea datelor (IBM SPSS v.21) - *statistici descriptive:* frecvențe, medii, abateri standard; *statistici inferențiale:* Spearman (corelații scheme-stres), testul t (comparație grupuri), ANOVA (diferențe categorice), Wilcoxon (semnificația progresului pre/post-test în grupul experimental); *analiza calitativă:* analiza tematică de conținut și metoda studiului de caz pentru validarea procesului de resemnificare a traumei.

Noutatea și originalitatea științifică - constă în proiectarea și testarea eficacității *Programului psihologic de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI)*, un cadru de intervenție psihologică structurată, configurat specific pentru a răspunde nevoilor idiosincratice și limitărilor clinice stricte ale pacienților aflați în stare critică. Inovația programului derivă din sinergia tehnicilor experiențiale și strategic-adaptative, oferind o perspectivă metodologică distinctă față de abordările clasice, axată pe resemnificarea rapidă a experienței traumatice și pe reglarea emoțională realizată direct la patul pacientului.

Semnificația teoretică a lucrării rezidă în fundamentarea unui model explicativ original privind rolul predictor al schemelor cognitive dezadaptative în dinamica stresului acut la pacienții critici. Cercetarea extinde cunoașterea psihologică prin demonstrarea interdependenței dintre structurile cognitive profunde (variabila independentă) și mecanismele de adaptare (variabila mediatore) în condiții de amenințare vitală, oferind date empirice inedite despre procesarea informației în mediul terapiei intensive.

Valoarea aplicativă a tezei constă în proiectarea și validarea *Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI)*, un model integrat de evaluare și intervenție adaptat limitelor fiziologice ale pacientului critic. Rezultatele confirmă eficiența suportului psihologic individualizat și fundamentează necesitatea integrării

acestui ca standard de îngrijire pentru optimizarea rezilienței și prevenirea sechelelor posttraumatice.

Aprobarea rezultatelor științifice. Validitatea și originalitatea demersului sunt confirmate prin publicarea a 16 lucrări științifice în reviste de profil și volume ale conferințelor de specialitate, dintre care 12 articole extinse (9 în reviste științifice și 3 în volume ale manifestărilor științifice) și 4 rezumate ale comunicărilor științifice, asigurând diseminarea rezultatelor în comunitatea academică internațională și națională.

Sumarul compartimentelor tezei. Lucrarea cuprinde adnotări, introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 177 titluri, 21 anexe, 141 pagini text de bază, 9 figuri și 15 tabele.

Cuvinte-cheie: scheme cognitive, stres acut, anxietate, depresie, strategii de coping, terapie intensivă, intervenție psihologică.

CONȚINUTUL TEZEI DE DOCTOR

În **Introducere** este argumentată actualitatea și importanța temei abordate, încadrarea acesteia în preocupările internaționale și naționale, precum și relevanța rezultatelor cercetărilor anterioare. Sunt prezentate scopul, obiectivele, problema de cercetare și instrumentele utilizate, subliniind relevanța investigării particularităților schemelor cognitive și ale stresului acut la pacienții spitalizați la terapie intensivă. De asemenea, este reflectat sumarul compartimentelor tezei, conturând structura și conținutul general al lucrării.

Capitolul 1. Orientări teoretico-empirice în studiul particularităților schemelor cognitive și ale stresului acut la pacienții spitalizați la terapie intensivă conține 5 subcapitole și are ca scop realizarea analizei literaturii de specialitate privind conceptele psihologice la care se face referire în cercetare.

În primul subcapitol, **1.1. Repere conceptuale ale schemelor cognitive și analiza mecanismelor de vulnerabilitate psihologică la stresul acut prin prisma strategiilor de reglare cognitiv-emoțională**, actualitatea cercetării rezidă în corelarea structurilor mentale de profunzime cu răspunsul neurovegetativ. Schemele cognitive sunt definite ca hărți mentale dezvoltate timpuriu, care guvernează procesarea informației și reacțiile emoționale [9; 15]. În mediul invaziv al terapiei intensive, aceste structuri devin motorul principal al stresului acut. Conform modelului Geoffroy (2013), hipercortizolemia critică activează masiv amigdala și schemele negative de supraviețuire, generând o înghețare cognitivă ce blochează logica neocorticală [14]. Susținem că acest refugiu în schemele dezadaptative timpurii (EMS) reprezintă o strategie arhaică de protecție, explicând eșecul intervențiilor pur raționale la patul bolnavului.

Evoluția conceptului de schemă oferă fundamentul epistemologic pentru înțelegerea vulnerabilității. De la *triada cognitivă* a lui Aaron T. Beck (1967), care descrie viziunea negativă asupra sinelui, lumii și viitorului [16], s-a ajuns la modelul multidimensional al lui Jeffrey Young (1990), care a identificat 18 scheme cognitive

dezadaptative timpurii (EMS), grupate în cinci domenii fundamentale, pe care le analizăm în raport cu mediul de terapie intensivă:

1. *Domeniul deconectare și respingere* - include schemele de abandon și neîncredere. Considerăm că acest domeniu este cel mai sever afectat de protocolul de izolare; absența familiei este interpretată ca o reconfirmare a lipsei de valoare personală, prăbușind resursele de luptă.

2. *Domeniul autonomie și performanță deficitară* - cuprinde vulnerabilitatea la rău sau boală. Imobilizarea la pat și dependența de aparate activează violent acest domeniu, explicând scorurile ridicate la anxietatea ca stare (STAI-Y1).

3. *Domeniul limite deficitare* - pacienții cu aceste scheme tind să prezinte o complianță scăzută, interpretând regulile spitalicești ca pe o agresiune asupra propriei libertăți [5; 27].

4. *Domeniul orientare către ceilalți* - include sacrificiul de sine. Susținem că acești pacienți sunt victimele tăcute care subraportează durerea pentru a nu deranja personalul, ceea ce maschează severitatea reală a stresului.

5. *Domeniul vigilență excesivă și inhibiție* - alimentează direct catastrofarea. Orice fluctuație a monitoarelor este procesată ca un indicator cert al decesului iminent, blocând capacitatea de reevaluare pozitivă [53].

Datorită limitărilor clinice, utilizarea chestionarului CERQ este justificată de faptul că strategiile de reglare (catastrofarea, ruminarea) reprezintă manifestarea operativă a schemelor latente [25]. Integrarea perspectivei lui Leahy (2019) evidențiază rolul metacogniției (frica de propria frică) în auto-întreținerea stresului. În spațiul academic românesc, contribuțiile lui D. David, M. Ciumăgeanu și V. Mărineanu [6] fundamentează necesitatea abordării integrative. Rescrierea scenariilor prin tehnici simbolice nu este un lux teoretic, ci o necesitate clinică atunci când schema de vulnerabilitate *îngheață* pacientul într-un prezent terifiant.

În subcapitolul **1.2. Perspective teoretice și clinice în manifestarea stresului: de la modelele biologice la specificul secției de terapie intensivă** este analizată evoluția paradigmelor teoretice privind stresul, de la abordările pur fiziologice la modelele cognitive complexe, reflectând complexitatea adaptării umane. Punctul de referință rămâne sindromul general de adaptare (SGA) propus de Hans Selye (1936), care descrie efortul sistemic de menținere a homeostaziei prin etapele de alarmă, rezistență și epuizare [47]. Susținem că în terapia intensivă, modelele clasice „luptă sau fugă” (Cannon, Selye) prezintă o limitare majoră: pacientul critic experimentează o activare endocrină masivă (cortizol, adrenalină), dar rămâne captiv fizic din cauza imobilizării și a aparaturii. Această discrepanță între hiperactivarea biologică și paralizia motorie transformă energia adaptativă într-o agresiune internă, grăbind epuizarea și compromițând vindecarea [7; 42].

Dincolo de mecanismele automate, modelul tranzacțional (Lazarus și Folkman, 1984) explică variabilitatea reacțiilor prin procesele de evaluare primară și secundară [33]. În viziunea noastră, schemele cognitive dezadaptative viciază ambele etape, amplificând amenințarea și minimizând resursele percepute, fapt ce transformă copingul într-un proces de amplificare a stresului prin catastrofare [33; 52]. În această stare de criză (Roberts, 2005; Caplan, 1964), echilibrul homeostatic este rupt, iar mecanismele anterioare devin inoperante [54].

Subliniem importanța modelului de la Palo Alto (Watzlawick et al., 1967) [49], prin care tehnica reîncadrării (reframing) devine un instrument clinic central. Aceasta permite transmutarea percepției tehnologiei medicale de la *invazie* la *aliat tehnologic*, urmărind întreruperea activării axei HPA (hipotalamo-hipofizo-suprarenale) și facilitarea cooperării clinice [50; 51]. În concluzie, subcapitolul demonstrează că stresul acut în medicina critică este rezultatul unei tranzacții viciate de vulnerabilitatea cognitivă, necesitând o intervenție simultană asupra stabilității biologice și a semnificației psihologice.

În subcapitolul **1.3. Aspecte psihologice asociate pacienților spitalizați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă**, se realizează o analiză fenomenologică și clinică a pacientului aflat în stare critică, marcând tranziția de la modelele teoretice la realitatea clinică. Spitalizarea în secția de terapie intensivă reprezintă o situație de criză (izolare, invazivitate medicală, amenințare vitală), care generează simptome cognitive, emoționale și comportamentale severe [11], diagnosticul de tulburare de stres acut (TSA) reprezentând fereastra de intervenție imediată (3-30 zile) necesară prevenirii cristalizării traumei în tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) [12; 40]. Analiza vizează tabloul simptomatologic multidimensional:

Simptomatologia cognitivă - include delirul (confuzie, halucinații), disfuncția executivă (pierderea rolului de sine) și tulburările de percepție (amintiri fragmentate sub formă de *insule de teroare*), procese ce blochează adaptarea [12; 23; 31; 35; 36; 37; 43; 51].

Simptomatologia emoțională - se manifestă prin triada anxietate-depresie-stres acut, labilitate și reactivitate somatică [25; 35; 40; 44]. Un rol central îl deține metacogniția durerii (Leahy), unde „frica de propria frică” auto-întreține stresul prin interpretarea anxietății ca semnal al morții iminente [3].

Simptomatologia comportamentală - agitația, agresivitatea sau retragerea nu reprezintă o lipsă de complianță, ci manifestări clinice ale activării axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA) și a schemelor cognitive rigide în fața neputinței fizice [35; 39; 50].

Susținem, în concordanță cu modelul de la Palo Alto (Watzlawick), că evitarea constituie o *soluție încercată* disfuncțională [51]. Identificarea precoce a acestor indicatori prin scalele CERQ, DASS-21R și STAI-Y permite trecerea de la medicina *organului bolnav* la medicina *persoanei în criză*. Intervenția prin *reîncadrare (reframing)* și *tehnici de ancorare* (psihodramă) acționează ca un suport extern pentru funcțiile executive prăbușite, diminuând riscul de evoluție spre sindromul post-terapie intensivă (PICS) [10; 31; 48].

Subcapitolul **1.4. Relația dintre particularitățile schemelor cognitive, operaționalizate prin strategiile de coping cognitiv-emoțional și stresul acut la pacienții internați de urgență**, explică mecanismul prin care o vulnerabilitate invizibilă (schema) se transformă în suferință clinică (stresul acut). În arhitectura psihologică a pacientului critic, schemele cognitive dezadaptative timpurii (EMS) reprezintă structuri mnezice rigide care predetermină procesarea traumei medicale [52]. Distincția metodologică este esențială: schema constituie cauza distală (lentila distorsionată), în timp ce copingul cognitiv-emoțional (CERQ) reprezintă mediatorul proximal (efortul activ de gestionare) [45]. Din punct de vedere neurobiologic, percepția pericolului dictată de

schemă activează axa Hipotalamo-Hipofizo-Suprarenală (HPA) (Figura 1.4), eliberând cortizol și menținând o alertă fiziologică epuizantă [50].

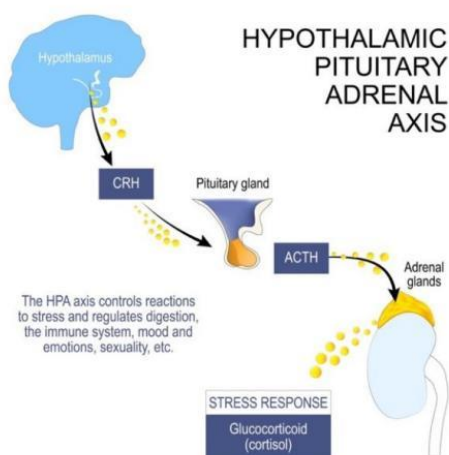


Figura 1.4 Mecanismul de activare a axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA) sub influența stresorilor psihologici

Cercetarea fundamentează un model cauzal-explicativ în care schemele cognitive dezadaptative (variabile independente) nu produc stresul acut în mod direct, ci viciază procesarea traumei prin operaționalizarea lor în strategii de coping disfuncționale (variabile mediatore), precum catastrofarea sau ruminarea, generând astfel output-ul clinic de anxietate, depresie și stres (variabile dependente) ce poate fi recalibrat prin intervenții de resemnificare și tehnici experiențiale, oferind astfel fundamentul pentru programul de intervenție propus în prezenta teză.

Capitolul 1 se încheie cu **1.5. Concluzii**, care sintetizează aspectele teoretice fundamentale investigate:

1. Schemele cognitive sunt structuri mentale profunde de organizare a realității care influențează semnificativ percepția și reacția la stres. Modelele mentale și experiențele anterioare ale pacienților acționează ca precursori ai reacției la stres, impunând evaluarea acestora înaintea oricărei asistențe psihologice.
2. Stresul reprezintă un construct multidimensional ce depășește reacția fiziologică de alarmă, fiind definit de interacțiunea dinamică dintre evaluarea cognitivă a amenințării și resursele de coping disponibile. Astfel, răspunsul la boală este dependent de structura psihică a pacientului.
3. Impactul traumatic specific mediului de terapie intensivă, marcat de depersonalizare, invazivitatea procedurilor și pierderea autonomiei, poate dezintegra mecanismele adaptative, generând reacții disociative sau anxioase ce marchează trecerea de la stresul fiziologic la tulburarea de stres acut, diagnosticul precoce fiind vital pentru prevenirea cronicizării sub forma tulburării de stres posttraumatic.
4. Interconexiunea dintre schemele cognitive și strategiile de reglare cognitiv-emoțională mediază direct modul în care pacienții percep mediul terapeutic, fundamentând ipoteza conform căreia suportul psihologic axat pe flexibilizarea mecanismelor de coping, reduce severitatea manifestărilor de anxietate și depresie, diminuând riscul sindromului post-terapie intensivă (PICS).

5. Complexitatea răspunsului psiho-somatic justifică integrarea tehnicilor de resemnificare și psihodramatice în protocolul medical, facilitând descărcarea tensiunii emoționale și optimizarea complianței la tratament.
6. Sinteza teoretică a caracteristicilor stresului acut fundamentează necesitatea explorării empirice a interacțiunii dintre percepțiile de profunzime (schemele cognitive) și mecanismele de adaptare (coping) ale pacienților. Această fundamentare teoretică constituie premisa obligatorie pentru testarea ipotezelor cercetării în cadrul demersului experimental ce urmează.

Capitolul 2. Analiza empirică a particularităților schemelor cognitive și manifestarea stresului acut la pacienții spitalizați în unitățile de terapie intensivă, include subcapitolele care descriu experimentul de constatare.

În subcapitolul 2.1 Design-ul demersului psihodiagnostic este prezentată metodologia cercetării constative, designul experimental, constituirea eșantionului experimental, instrumentarul utilizat pentru stabilirea relației dintre activarea schemelor cognitive și manifestarea stresului acut.

Scopul demersului empiric constă în identificarea și analiza aprofundată a relației dintre schemele cognitive și manifestările stresului acut la pacienții internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș.

Obiectivele cercetării de constatare au fost:

1. Elaborarea unei strategii de psihodiagnostic pentru identificarea schemelor cognitive predominante la pacienții internați în terapie intensivă și corelarea acestora cu intensitatea stresului acut și a manifestărilor asociate de anxietate și depresie;
2. Determinarea relațiilor de interdependență (analiză corelațională) între schemele cognitive dezadaptative (operaționalizate prin strategii precum catastrofarea, ruminarea, auto-culpabilizarea) și intensitatea manifestărilor emoționale de tip stres, anxietate și depresie;
3. Analiza valorii predictive a schemelor cognitive dezadaptative asupra severității manifestărilor stresului acut, pentru a identifica mecanismele cognitive care catalizează răspunsul traumatic în mediul de terapie intensivă;
4. Evaluarea impactului variabilelor moderatoare (factori socio-demografici: vârstă, sex, mediul de rezidență, nivelul studiilor și factori clinici: tipul diagnosticului, durata spitalizării) asupra activării schemelor cognitive și asupra severității tabloului clinic general.

În acord cu scopul și obiectivele cercetării, am formulat următoarea **ipoteză generală**: Prevalența manifestărilor stresului acut la pacienții internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă este influențată semnificativ de rigiditatea schemelor cognitive, de nivelul de anxietate, depresie și stres și de aplicarea unor intervenții psihologice specifice, care pot contribui la reducerea simptomatologiei și creșterea complianței la tratament.

Ipoteza generală a permis înaintarea următoarelor **ipoteze specifice**:

Ipoteza 1: Presupunem existența unor corelații pozitive semnificative între utilizarea schemelor cognitive dezadaptative (catastrofarea, ruminarea, auto-culpabilizarea) și

intensitatea simptomatologiei de stres, anxietate ca stare stare și depresie la pacienții internați la terapie intensivă;

Ipoteza 2: Presupunem că pacienții internați în Secția Clinică ATI care prezintă scheme cognitive dezadaptative și anxietate medie sau ridicată ca trăsătură sunt mai predispuși la dezvoltarea unui nivel crescut al stresului acut;

Ipoteza 3: Presupunem că schemele cognitive de tipul catastrofării și ruminării constituie predictorii semnificativi ai intensității stresului acut, explicând o proporție importantă din varianța simptomatologiei clinice.

Pentru a investiga variabilele vizate în experimentul de constatare, cercetarea utilizează un design mixt, integrând metode calitative și cantitative, care permit surprinderea complexității interacțiunii dintre structurile cognitive dezadaptative și stresul acut.

Metode cantitative - utilizarea unei baterii de instrumente psihometrice standardizate: *Chestionarul de coping cognitiv -emoțional (CERQ)* - utilizat pentru operaționalizarea schemelor cognitive prin prisma celor 9 strategii de reglare cognitiv-emoțională (ex: catastrofarea, reevaluarea pozitivă). Considerăm că CERQ evaluează cogniția în acțiune, oferind o imagine fidelă a activării schemelor în timp real [22];

Scalele DASS-21R - destinate măsurării stărilor emoționale negative pe dimensiunile depresie, anxietate și stres. Acest instrument permite un diagnostic diferențial riguros între răspunsul fiziologic și cel psihogen;

Inventarele STAI-Y1 și STAI-Y2 - esențiale pentru a diferenția anxietatea ca stare (reacția la contextul spitalizării la terapie intensivă) de anxietatea ca trăsătură (vulnerabilitatea structurală a pacientului).

Complementar, am recurs la **metode calitative** pentru a asigura **triangularea datelor**: *Interviul clinic semi-structurat* - a permis explorarea mecanismelor de apărare și identificarea a șapte teme majore, de la percepția pierderii controlului la nevoile psihologice exprimate (Tema 1 - percepția vulnerabilității și pierderea controlului; Tema 2 - reacții emoționale dominante; Tema 3 - scheme cognitive disfuncționale; Tema 4 - strategii pozitive de coping; Tema 5 - strategii negative de coping; Tema 6 - calitatea sprijinului social și medical perceput; Tema 7 - nevoi psihologice exprimate). Analiza de conținut tematic, realizată pe un eșantion de N=100, a utilizat o codificare mixtă (deductivă și inductivă) pentru a evidenția consistența trăirilor subiective; *Observația clinică* - a vizat comportamentul nonverbal și interacțiunile spontane, oferind indicii prețioase despre schemele de neîncredere sau neajutorare care nu sunt întotdeauna verbalizate.

Prin integrarea acestor metode, designul cercetării asigură o validitate ecologică ridicată, fundamentând trecerea de la evaluarea taxonomică la o strategie de intervenție personalizată în mediul critic.

În subcapitolul **2.2 Organizarea și desfășurarea cercetării schemelor cognitive și a stresului acut la pacienții internați la terapie intensivă**, sunt detaliate aspectele etice, structura eșantionului și etapele procedurale.

Descrierea eșantionului și criteriile de selecție - cercetarea s-a realizat pe un eșantion eterogen (Figura 2.1) de 100 de pacienți adulți, selectați pe baza unor criterii riguroase: internarea în Secția Clinică ATI, stare de conștiență (Glasgow 15), absența sedării și integritatea funcțiilor cognitive. Structura demografică [33 femei, 67 bărbați; 49 urban, 51 rural, 17 pacienți (18-30 ani), 21 (31-45 ani), 28 (46-60 ani), 27 (61-75

ani) și 7 (peste 75 ani), 19 au studii gimnaziale, 19 au studii profesionale, 38 au studii liceale, iar 24 au studii superioare] și clinică (65% afecțiuni acute, 35% cronice; 77% cazuri chirurgicale) reflectă complexitatea cazuisticii mediului de terapie intensivă.

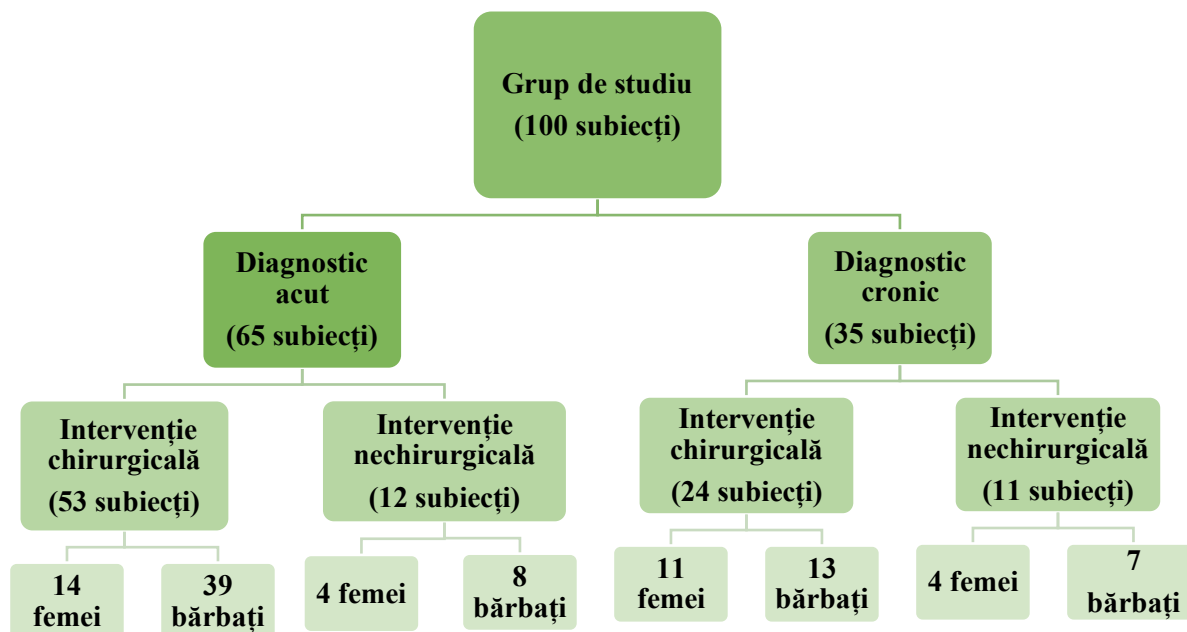


Figura 2.1 Componența grupului de subiecți evaluați pe parcursul anului 2022-2025

Etapele cercetării - cercetarea a urmat un flux secvențial pentru a asigura triangularea datelor:

Selecția pacienților - selectarea pacienților în primele 24 de ore de la internarea în Secția Clinică ATI, pe baza criteriilor de includere și excludere în studiu.

Aplicarea instrumentelor psihometrice cantitative - chestionarele au fost aplicate individual, de către doctorandă, psiholog clinician principal, angajată a Secției Clinice Anestezie și Terapie Intensivă a Spitalului Clinic Județean de Urgență, Târgu Mureș.

Realizarea interviului semi-structurat - pentru componenta calitativă.

Procesarea datelor - analiza rezultatelor s-a realizat utilizând metode statistice avansate pentru a identifica corelațiile semnificative între variabile.

Implementarea intervenției psihologice - pentru un subgrup de pacienți selectați.

Reevaluarea post-intervenție - repetarea testelor psihologice (fără aplicarea scalei STAI-Y2 -trăsătură).

Analiza integrată a datelor cantitative și calitative.

Subcapitolul 2.3 Prezentarea și interpretarea rezultatelor cercetării cantitative, expune analiza datelor procesate cu software-ul IBM SPSS Statistics (v. 21). Metodologia statistică a inclus teste corelaționale (Pearson/Spearman), comparative (Testul t, ANOVA) și analiza de regresie multiplă. Această metodologie mixtă de analiză a permis identificarea modelelor complexe de interacțiune între factorii psihologici și contextul terapiei intensive, oferind o perspectivă riguroasă asupra mecanismelor de menținere a stresului acut.

Rezultatele principale ale analizei comparative:

Omogenitatea răspunsului emoțional - analiza dimensiunilor afective (DASS-21R, STAI-Y) relevă o uniformitate a simptomatologiei, independent de variabila gen. Contrar literaturii generale, în contextul spitalizării la terapie intensivă, apartenența la gen nu constituie un factor predictiv pentru severitatea stresului ($p > 0,05$).

Mediul terapiei intensive ca factor egalizator - datele demonstrează că severitatea contextului clinic acut prevalează asupra variabilelor socio-demografice. Mediul critic acționează ca un egalizator afectiv, declanșând niveluri severe de anxietate și activând mecanisme de coping dezadaptative (catastrofare, ruminare) la ambele sexe, fapt ce impune o abordare terapeutică focalizată pe specificul situației de criză, dincolo de profilul demografic.

În cadrul subcapitolului 2.4 Analiza relației dintre schemele cognitive și manifestarea stresului acut la pacienții internați în secții de terapie intensivă, se investighează rolul mediator al strategiilor de coping asupra experienței subiective a traumei.

Analiza corelațiilor între variabilele psihologice - rezultatele testului Spearman confirmă o interconectare robustă între dimensiunile stresului psihologic: corelații puternice între anxietate și stres ($\rho = 0.537, p < 0.001$) și între anxietate și depresie ($\rho = 0.557, p < 0.001$), validând natura multidimensională a răspunsului la stresul acut în unitățile de terapie intensivă..

Validarea modelului de regresie - analiza de regresie multiplă demonstrează puterea predictivă ridicată a schemelor cognitive asupra tabloului clinic, modelele fiind înalt semnificative statistic ($p < 0.001$). Semnificația globală a modelelor este prezentată în tabelul de mai jos:

Tabelul 2.4 Indicatorii de semnificație globală și varianța explicată (R2)

Variabila dependentă	R2 (varianță)	F (df1, df2)	Valoare p
Depresie (DASS-21R)	.541 (54.1%)	F(9, 90) = 11.791	<.001
Anxietate ca stare (STAI-Y1)	.499 (49.9%)	F(9, 90) = 9.975	<.001
Anxietate (DASS-21R)	.455 (45.5%)	F(9, 90) = 8.358	<.001
Anxietate ca trăsătură (STAI-Y2)	.432 (43.2%)	F(9, 90) = 7.616	<.001
Stres (DASS-21R)	.326 (32.6%)	F(9, 90) = 4.839	<.001

Rolul specific al schemelor cognitive (predictori) - analiza coeficienților Beta standardizați evidențiază rolul dual al strategiilor CERQ:

Factori de risc - catastrofa este principalul predictor pentru anxietatea ca stare ($\beta = 0.419$), iar auto-culpabilizarea prezintă cea mai mare influență asupra anxietății ca trăsătură ($\beta = 0.355$).

Factori de protecție - refocalizarea pozitivă (REF) se confirmă drept cel mai robust factor protector împotriva depresiei ($\beta = -0.501$) și a stresului ($\beta = -0.359$).

Sinteza coeficienților Beta standardizați (β) și a varianței explicate (R2) pentru modelele de regresie multiple sunt explicate în Tabelul 2.5:

Tabelul 2.5 Sinteza coeficienților Beta standardizați (β) și a varianței explicate (R²) pentru modelele de regresie multiple

Strategii CERQ	Stres (DASS-21R)	Anxietate (DASS-21R)	Depresie (DASS-21R)	Stare (STAI-Y1)	Trăsătură (STAI-Y2)
REF	-0,359	-	-0,501	-0,291	-0,208
ACC	-0,253	0,006	0,218	-0,078	0,259
CAT	-0,089	-	0,054	0,419	-0,038
CULP	0,184	-	0,101	0,206	0,355
PLAN	0,082	-	-0,159	-0,074	-0,348
AUTO	0,197	0,171	0,027	0,019	0,153
RUM	0,181	0,019	0,045	-0,034	0,069
Varianță (R ²)	32,6%	45,5%	54,1%	54,1%	43,2%

Interpretarea datelor susține necesitatea unei intervenții psihologice focalizate pe restructurarea catastrofării și stimularea refocalizării pozitive pentru a diminua impactul traumatic al spitalizării în regim de terapie intensivă.

În subcapitolul **2.5 Integrarea rezultatelor calitative**, este prezentată metodologia analizei calitative utilizată pentru a completa datele cantitative cu o perspectivă subiectivă și contextuală asupra trăirilor pacienților [17]. Această etapă a vizat explorarea în profunzime a percepțiilor, experiențelor și mecanismelor personale de adaptare la stresul acut generat de internarea în secția de terapie intensivă. Principalele metode de colectare a datelor au fost interviul clinic semi-structurat și observația clinică.

Triangularea datelor și validarea rezultatelor - integrarea observațiilor clinice a permis validarea informațiilor obținute prin instrumentele psihometrice [20]. Evaluarea comportamentului nonverbal și a dinamicii interacțiunii sociale a facilitat identificarea schemelor cognitive latente (precum neajutorarea sau neîncrederea) care nu sunt întotdeauna verbalizate explicit. Această abordare calitativă a oferit profunzime analizei, transformând profilul psihologic al eșantionului într-un fundament solid pentru dezvoltarea programului de intervenție personalizat.

În baza rezultatelor obținute în urma cercetării efectuate, în subcapitolul 2.6 Concluzii la capitolul 2 au fost formulate următoarele idei:

1. Stresul acut este o realitate prevalentă și intensă în terapie intensivă. Pacienții internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă se confruntă cu niveluri semnificative de stres acut, anxietate și depresie, subliniind o nevoie urgentă de intervenții psihologice specializate.
2. Schemele cognitive dezadaptative predispon semnificativ la manifestări ale stresului acut. S-a demonstrat că tiparele de gândire dezadaptative joacă un rol esențial. Catastrofarea, ruminarea și culpabilizarea celorlalți nu sunt doar asociate, ci se manifestă ca predictorii statistici puternici ai unor niveluri crescute de anxietate și depresie, dar și ai stresului acut.
3. Strategiile de coping adaptative acționează ca factori protectori. Studiul a confirmat rolul esențial al unor strategii precum refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare și acceptare adaptativă, care prezintă o corelație inversă, semnificativă statistic, cu nivelurile de stres acut. Aceste strategii contribuie la menținerea echilibrului psihologic, chiar și într-un context extrem de dificil.

4. Tipul intervenției medicale influențează diferențiat stresul acut. O observație importantă la lotul de pacienți studiați este că pacienții care primesc tratament nechirurgical sunt semnificativ mai predispuși la anxietate și depresie comparativ cu cei supuși unei intervenții chirurgicale. Mediul de rezidență este un factor de vulnerabilitate. Pacienții proveniți din mediul rural raportează un nivel semnificativ mai ridicat de stres acut în terapie intensivă. Experiența spitalizării în terapie intensivă este fundamental marcată de vulnerabilitate și pierderea controlului. Datele calitative au subliniat că percepția acută a vulnerabilității și a pierderii controlului este o temă centrală și un factor fundamental care explică intensitatea stresului emoțional resimțit de pacienți în mediul terapiei intensive.
5. Nevoia de suport și importanța sprijinului psihologic sunt importante. Temele calitative au evidențiat clar rolul vital al suportului social și medical perceput, precum și al nevoilor psihologice nesatisfăcute (informare, control, prezență umană). Aceste aspecte oferă direcții concrete pentru dezvoltarea unor intervenții psihologice personalizate și eficiente.

Capitolul 3. Diminuarea stresului acut la pacienții spitalizați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă prin Programul de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), prezintă rezultatele programului formativ de intervenție psihologică implementat pacienților internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș. **Obiectivul central a fost facilitarea adaptării cognitive și emoționale prin diminuarea stresului acut și flexibilizarea schemelor cognitive dezadaptative.**

În subcapitolul **3.1. Organizarea, descrierea și implementarea experimentului formativ SCE-ATI**, programul SCE-ATI este definit ca o intervenție preventivă în *fereastra critică* de 30 de zile posttraumă, vizând întreruperea traiectoriei către tulburarea de stres posttraumatic. Justificarea demersului rezidă în faptul că stresul acut în terapie intensivă nu este doar o suferință psihologică, ci un factor de hiperactivare neuroendocrină care blochează recuperarea biologică.

Intervenția adoptă un model integrativ-strategic, acționând sinergic prin tehnici din:

Psihodramă - pentru externalizarea și reprocesarea imaginilor mentale traumatice care sunt *înghețate* și inaccesibile dialogului pur rațional;

Terapia scurtă sistemic-strategică de la Pallo-Alto - prin tehnica reîncadrării (reframing), transformând stimulii aversivi (ex. monitorizarea medicală) din semnale de pericol în sisteme externe de siguranță;

Terapia sistemică de familie - facilitând decentrarea cognitivă și redobândirea controlului prin externalizarea bolii și activarea resurselor de reziliență.

Integrarea acestor tehnici este susținută de modelul psihoterapiei integrativ-strategice (Popescu, 2021) [6], care promovează utilizarea flexibilă a metodelor experiențiale, sistemice și cognitive. Această opțiune este congruentă cu recomandările Ghidului practic „Intervenția psihologică integrată” (IPI, Chișinău, 2025) [8], care subliniază eficiența intervențiilor psihologice scurte și adaptate contextelor de criză medicală.

Scopul acestei etape a cercetării constă în elaborarea și validarea programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI) pentru diminuarea stresului acut prin

facilitarea copingului emoțional și flexibilizarea strategiilor cognitive dezadaptative, vizând nu doar reducerea simptomatologiei subiective, ci și stabilizarea reacției psihofiziologice a organismului în fața bolii, în fereastra critică de intervenție de 30 zile.

Pornind de la acest scop, **obiectivele specifice** ale studiului experimental sunt:

1. Proiectarea, elaborarea și implementarea Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), adaptat la patul bolnavului și fundamentat pe modelul integrativ-strategic (reîncadrare, tehnici experiențiale și sistemice), vizând modificarea procesării cognitive a situației critice sub presiunea factorului medical invaziv;
2. Măsurarea și analiza flexibilizării proceselor cognitive dezadaptative (ex. ruminare, catastrofare, culpabilizare), evaluate prin chestionarul de coping cognitiv-emoțional CERQ, considerate expresii ale schemelor cognitive dezadaptative în contextul unui stres intens;
3. Validarea eficacității Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI) în reducerea intensității stărilor de anxietate și a reactivității la stres (măsurate prin STAI-Y și DASS-21R), prin optimizarea mecanismelor de reglare cognitivă la pacienții din grupul experimental comparativ cu grupul de control;
4. Validarea mecanismului de schimbare, respectiv a relației dintre modificările la nivelul strategiilor de coping cognitiv (obiectivul 2) și ameliorarea simptomatologiei clinice măsurate prin DASS-21R și STAI-Y (obiectivul 3).

Ipoteza principală: implementarea programului psihologic integrativ-strategic de Suport Cognitiv-Emoțional în ATI (SCE-ATI) va produce modificarea mecanismelor cognitive dezadaptative care stau la baza reactivității stresului acut. Se prezumă că la finalul programului (T2), pacienții din grupul experimental vor prezenta scoruri semnificativ mai scăzute la strategiile de coping dezadaptative (catastrofare, ruminare, auto-culpabilizare și culpabilizarea altora) și scoruri semnificativ mai ridicate la strategiile de coping adaptative (în special acceptare, reevaluare pozitivă și refocalizare pe planificare), evaluate prin chestionarul CERQ, comparativ cu grupul de control.

Ipotezele de lucru:

Ipoteza 1: Ca o consecință a modificării mecanismelor cognitive dezadaptative (operationalizate prin strategiile de coping cognitiv-emoțional), pacienții din grupul experimental vor prezenta la T2 o reducere semnificativă a manifestărilor emoționale și fiziologice ale stresului acut, reflectată în scoruri semnificativ mai scăzute la scalele de stres, anxietate și depresie (măsurate prin DASS-21R) și la anxietatea ca stare (măsurată prin STAI-Y1), comparativ cu grupul de control;

Ipoteza 2: Programul SCE-ATI va diminua intensitatea impactului stresului acut. La finalul perioadei de monitorizare, un procent semnificativ mai mare de pacienți din grupul experimental vor prezenta o evoluție de la niveluri de severitate ridicată (scoruri peste praguri medii la scalele DASS-21R) către niveluri de intensitate scăzută/normală, comparativ cu grupul de control;

Ipoteza 3: Magnitudinea reducerii manifestărilor de stres acut va fi direct proporțională cu gradul de flexibilizare cognitivă. În cadrul grupului experimental, scăderea scorurilor la strategiile de coping cognitiv dezadaptative (în special catastrofarea și ruminarea) de la T1 la T2 va corela pozitiv și semnificativ cu scăderea

scorurilor la nivelul stresului emoțional și al anxietății ca stare (măsurate prin DASS 21R-stres și STAI-Y1).

Metodologia experimentului formativ - această etapă a cercetării a fost concepută ca un demers formativ-aplicativ, menit să testeze eficiența unui protocol de intervenție psihologică original în mediul restrictiv al terapiei intensive. Designul utilizat a fost unul de tip studiu clinic randomizat (RCT), pe un eșantion de 50 de participanți (din lotul inițial de 100). Randomizarea simplă a permis împărțirea egală a eșantionului în grupul experimental (n=25), beneficiar al programului SCE-ATI, și grupul de control (n=25), care a primit doar monitorizare standard. Rigoarea metodologică a fost asigurată prin utilizarea unor criterii stricte de incluziune (scor Glasgow 15, absența patologiilor psihiatrice) și o prelucrare statistică robustă. Având în vedere distribuția non-normală a datelor (Shapiro-Wilk, $p < 0.05$), s-au utilizat teste neparametrice: U Mann-Whitney (comparare inter-grup), Wilcoxon (analiză intra-grup T1-T2) și coeficientul Spearman (ρ) pentru validarea legăturii cauzale între flexibilizarea copingului și diminuarea stresului acut.

Evaluarea a fost multi-metodă, utilizând interviul clinic pentru confirmarea criteriilor DSM-5 de expunere la eveniment traumatic, simptome intruzive, disociative și de evitare, alături de bateriile psihometrice standardizate. Instrumentele utilizate (CERQ pentru coping cognitiv-emoțional, DASS-21R pentru stres, anxietate și depresie, STAI-Y1 pentru anxietatea ca stare) au permis o monitorizare fină a procesului de schimbare. Această rigoare metodologică asigură faptul că rezultatele obținute nu sunt rodul hazardului, ci consecința directă a procesului de resemnificare cognitivă indus prin programul SCE-ATI, oferind o bază solidă pentru generalizarea concluziilor în practica psihologiei clinice spitalicești.

Fundamentele teoretice și principiile de bază ale intervenției

Programul SCE-ATI se fundamentează pe cadrul biopsihosocial (Engel, 1977) și pe modelul tranzacțional al lui Lazarus și Folkman (1984). Pilonul central este reprezentat de teoria schemelor cognitive (Young, 2003), care permite înțelegerea modului în care tiparele disfuncționale (precum catastrofarea sau vulnerabilitatea) sunt activate de mediul critic, alimentând ruminarea și răspunsul de alertă. Datorită condițiilor specifice de spitalizare (izolare, limitări fizice), nucleul cognitiv-comportamental a fost îmbogățit cu tehnici din intervențiile scurte în criză (Caplan, 1964), psihodramă (Moreno), terapia sistemică (Minuchin) și abordarea strategică de la Palo Alto (Watzlawick et al., 1974). Această sinteză teoretică asigură o abordare holistică, vizând nu doar atenuarea simptomelor clinice, ci și resemnificarea modului în care pacientul procesează informația traumatică, transformând experiența spitalizării dintr-o amenințare vitală într-un proces de recuperare activă și reziliență.

Principiile de bază ale programului includ: reducerea percepției stresului prin modificarea mecanismelor dezadaptative, dezvoltarea copingului adaptativ prin reevaluare pozitivă, creșterea sentimentului de control și siguranță într-un mediu haotic și prevenirea cronicizării posttraumatice.

Designul, structura programului și etapele intervenției psihologice

Structura programului SCE-ATI este una dinamică, fiind implementată prin sesiuni individuale zilnice la patul bolnavului. Procesul a urmat trei etape progresive. *Etapa 1 (zilele 1-3)* s-a concentrat pe evaluarea inițială și construirea alianței

terapeutice, un proces esențial pentru stabilirea unei relații de încredere în primele 72 de ore de la internare. Evaluarea complexă (T1) a permis identificarea profilului de vulnerabilitate cognitivă (ex. prevalența ruminării) pe care s-a construit planul personalizat. *Etapa 2 (zilele 3-30)* a reprezentat nucleul formativ, constând în aplicarea tehnicilor de reîncadrare strategică pentru modificarea semnificației stimulilor aversivi, utilizarea psihodramei verbale pentru externalizarea imaginilor traumatice și aplicarea întrebărilor circulare pentru facilitarea decentrării cognitive. *Etapa 3 (ultimele 1-2 zile)* a fost dedicată consolidării achizițiilor și evaluării finale (T2). Accentul a fost pus pe activarea resurselor transgeneraționale și pe reevaluarea pozitivă a experienței critice, prevenind cristalizarea stresului acut în structuri cronice.

Programul a fost structurat modular: **Modulul I** pentru spitalizări sub 7 zile (reducerea anxietății ca stare și catastrofării), **Modulul II** pentru spitalizări între 7-14 zile (reducerea ruminării și auto-învinovățirii) și **Modulul III** pentru spitalizări între 15-30 zile (combaterea neputinței și reconstrucția sensului). Această etapizare asigură faptul că intervenția este calibrată constant la nevoile psihice și energetice ale pacientului, oferind un suport continuu și adaptabil evoluției sale clinice, având în vedere diversitatea patologiilor și a timpilor de spitalizare în terapie intensivă.

Monitorizarea progresului a fost de asemenea adaptată ritmului spitalizării, cu reevaluări informale zilnice sau formale periodice, permițând ajustarea tehnicilor în timp real. Personalizarea a inclus și adaptarea tehnicilor la limitările fizice (ex. utilizarea psihodramei verbale în locul celei de acțiune). Rezultatele demonstrează că această flexibilitate modulară a fost esențială pentru a surprinde modul în care schemele cognitive se modifică sub presiunea timpului, asigurând o resemnificare eficientă a experienței traumatice indiferent de tipul traumei (acută, existențială sau sistemică) și oferind o soluție clinică adaptată realității dure a terapiei intensive.

Conținutul specific și tehnicile utilizate în sesiunile de intervenție psihologică

Conținutul sesiunilor a fost organizat pe trei componente majore:

Componenta de psihoeducație și stabilizare emoțională a vizat validarea experienței subiective și oferirea unui sens logic stării fiziologice (alfabetizarea emoțională), reducând imprevizibilitatea și senzația de pierdere a controlului.

Componenta strategic-cognitivă a utilizat tehnici precum *reîncadrarea strategică* (reframing) de la Palo Alto, transformând stimulii aversivi (zgomotul monitoarelor) din semnale de pericol în indicatori de siguranță vitală. Externalizarea prin *monolog interior* și tehnica *dublului* din psihodramă au facilitat distanțarea de procesul de ruminare, permițând pacientului să trateze boala ca pe o entitate externă identității sale („*Frica este ceva ce am, nu ceva ce sunt*”).

Componenta de reglare fiziologică și ancorare a utilizat tehnici de *respirație diafragmatică* pentru activarea sistemului nervos parasimpatic și *exerciții de grounding* (5-4-3-2-1) pentru stoparea intruziunilor mentale. *Imageria dirijată* de tip ericksonian a fost folosită pentru a oferi sistemului psihic o distanțare temporară de mediul invaziv al secției prin vizualizarea unui loc sigur. *Stabilirea de micro-obiective* concrete a ajutat la combaterea neputinței învățate, redând pacientului sentimentul de auto-eficacitate. Aceste tehnici, aplicate într-o ordine logică, au vizat direct mecanismele cognitive care alimentează stresul acut, oferind pacienților instrumente

practice de gestionare a suferinței și facilitând trecerea de la schemele de vinovăție la reevaluarea pozitivă a procesului de vindecare.

Ilustrarea procesului terapeutic prin studii de caz

Eficiența programului a fost argumentată prin 8 studii de caz (Anexa 21), care ilustrează implementarea modulară a programului SCE-ATI pe diferite profiluri clinice: afecțiuni acute sau cronice, cu abordări terapeutice chirurgicale sau nechirurgicale, corelate cu perioade de internare distincte. Modulul I a fost ilustrat prin cazul lui I.D. (accident prin electrocutare), unde resemnificarea rapidă a traumei a blocat escaladarea catastrofării, scorul acesteia scăzând de la 16.00 la 10.04 ($p < 0.001$). Modulul II a fost exemplificat prin cazul lui M.P. (amputație), unde tehnicile psihodramatice de explorare a rolurilor au facilitat creșterea reevaluării pozitive și reducerea simptomatologiei depresive (DASS-21R - depresie scăzând de la 27.84 la 17.92). Modulul III a fost ilustrat prin cazul pacientei C.A.C. (tetrapareză), unde resemnificarea relației cu echipa medicală a redus culpabilizarea celorlalți ($p = 0.004$) și a deblocat resursele interne de planificare.

Aceste studii de caz demonstrează că programul SCE-ATI asigură o resemnificare eficientă indiferent de profilul clinic. Corelarea indicelui de semnificație statistică cu observațiile calitative confirmă flexibilitatea programului în transformarea experienței din secția de terapie intensivă dintr-un spațiu al traumei într-unul al recuperării. Rezultatele sunt în consonanță cu literatura internațională care subliniază importanța povestirii coerente a experienței critice pentru prevenirea tulburării de stres posttraumatic.

Contribuția originală rezidă în validarea unui model integrativ-strategic care vizează direct înlocuirea tiparelor cognitive dezadaptative prin resemnificare, fundamentat pe o filozofie sistemică și pe tehnici experiențiale, oferind o soluție clinică concretă pentru o problemă de o complexitate extremă.

Subcapitolul 3.2 Analiza rezultatelor implementării programului formativ, relevă dinamica procesului terapeutic și necesitatea adaptării constante a instrumentarului psihologic la starea biologică a pacientului.

Analiza procesului terapeutic subliniază un impact nuanțat al metodelor utilizate: *dublul* a deblocat procesul de resemnificare în momentele de epuizare extremă, însă a fost perceput ca intruziv de pacienții cu nevoie mare de autonomie; *oglinđa* a activat părțile sănătoase ale eului, dar a fost inefficientă în fazele de negare severă; *schimbul de rol imaginar* a facilitat resemnificarea relației cu familia, însă nu a putut fi utilizat la pacienții cu funcții executive afectate de sedare. Imageria dirijată a permis distanțarea de mediul traumatic, însă a indus panică pacienților hipervigilenți care simțeau nevoia de a monitoriza vizual aparatura; *reîncadrarea strategică* a fost pivotul gestionării catastrofării, dar logica sa nu a putut străpunge urgența biologică în momentele de durere fizică acută; *tehnicile de respirație* au indus calmare, dar au putut crește anxietatea la pacienții cu dispnee severă; *relaxarea Jacobson* a fost cea mai problematică tehnică, activând harta durerii din cauza cateterelor, fiind înlocuită constant cu relaxarea autogenă.

Adaptarea la cadrul clinic a presupus redefinirea posturii psihologului (de la poziția clasică, pe scaun la postura de *scut vizual* – intervenție în picioare) și construcția unui *cocon sonor* pentru a proteja confidențialitatea.

În concluzie, coroborarea datelor demonstrează că o abordare integrativă, focalizată pe resemnificarea tiparelor cognitive, reduce semnificativ stresul acut. Programul SCE-ATI oferă astfel un model de intervenție nu doar eficient statistic, ci și umanizat, adaptat realității fiziologice a pacientului din unitățile de terapie intensivă.

În subcapitolul 3.3. Concluzii la capitolul 3 sunt prezentate rezultatele finale ale implementării programului SCE-ATI, evidențiind eficiența acestuia în reducerea manifestărilor stresului acut și optimizarea mecanismelor de coping. Analiza comparativă pre-test/post-test a confirmat atingerea obiectivelor cercetării:

1. Optimizarea copingului cognitiv-emoțional - programul a facilitat tranziția de la un profil disfuncțional (bazat pe catastrofare și ruminare) la unul adaptativ, centrat pe acceptare activă și planificare. Intervenția a transformat percepția mediului critic dintr-o amenințare paralizantă într-o situație clinică gestionabilă psihic.
2. Reducerea simptomatologiei clinice - diminuarea stresului, a anxietății și a depresiei reprezintă consecința directă a procesului de resemnificare. Programul a reușit să stabilizeze răspunsul de alertă extremă (anxietatea ca stare) și să extragă majoritatea participanților din zona de severitate simptomatică, prevenind cronicizarea traumei.
3. Validarea mecanismului cauzal - datele empirice confirmă că ameliorarea stării pacientului este condiționată direct de modificarea schemelor cognitive profunde. Corelația dintre optimizarea copingului și scăderea manifestărilor de stres validează resemnificarea cognitivă ca motor central al recuperării psihologice în unitățile de terapie intensivă.
4. Valoarea metodologică și aplicativă - succesul Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI) fundamentează necesitatea integrării asistenței psihologice ca standard de îngrijire în unitățile de medicină critică. Programul s-a dovedit un instrument flexibil, capabil să răspundă limitărilor fiziologice ale pacienților, oferind o metodologie riguroasă aplicată direct la patul bolnavului.
5. În concluzie, validarea integrală a ipotezelor demonstrează că intervenția asupra schemelor cognitive dezadaptative prin metode de resemnificare constituie o soluție viabilă pentru gestionarea traumei medicale, oferind un model de bune practici pentru psihologia clinică contemporană.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Prezenta cercetare contribuie la soluționarea unei probleme științifice actuale din domeniul psihologiei, privind măsura în care structurile cognitive influențează manifestarea stresului acut la pacienții internați în unitățile de terapie intensivă și modalitatea de integrare a acestor mecanisme în proiectarea unor intervenții psihologice personalizate. Prin rezultatele obținute, lucrarea demonstrează că identificarea vulnerabilităților cognitive permite dezvoltarea unor strategii de intervenție psihologică capabile să faciliteze adaptarea și recuperarea pacienților critici.

În conformitate cu scopul cercetării, demersul teoretico-experimental a condus la identificarea și analiza riguroasă a relației dintre particularitățile schemelor cognitive (operaționalizate prin strategiile de coping cognitiv-emoțional) și manifestările stresului acut. Totodată, cercetarea a culminat cu elaborarea, implementarea și validarea eficacității Programului de intervenție psihologică integrativ-strategic SCE-ATI (Program de Suport Cognitiv-Emoțional în ATI), demonstrând potențialul

acestui în modificarea schemelor cognitive dezadaptative și diminuarea semnificativă a simptomatologiei de stres acut.

Pe baza obiectivelor realizate, au fost derivate următoarele rezultate științifice principale, care confirmă validarea ipotezelor de cercetare:

1. Fundamentarea relației dintre schemele cognitive și stresul acut în unitățile de terapie intensivă - analiza teoretică și empirică a demonstrat că impactul traumatic al spitalizării critice este mediat de mecanismele de reglare cognitiv-emoțională. S-a stabilit că mediul de terapie intensivă acționează ca un activator al schemelor cognitive dezadaptative, transformând izolarea și amenințarea vitală în simptome de reexperimentare și hipervigilență, fapt ce extinde cadrul teoretic al psihologiei traumei medicale.
2. Identificarea rolului predictor al strategiilor cognitive dezadaptative - rezultatele etapei constatative au relevat că strategiile de catastrofare, ruminare și culpabilizare funcționează ca predictorii majori ai suferinței psihice, corelându-se semnificativ cu niveluri ridicate de anxietate, stres și depresie. Acest rezultat clarifică modul în care procesarea informației amplifică pericolul perceput, oferind indicatori preciși pentru screeningul clinic și intervenția timpurie.
3. Elaborarea și validarea modelului de intervenție SCE-ATI - proiectarea și testarea Programului de Suport Cognitiv-Emoțional în ATI (SCE-ATI) au demonstrat o eficiență statistică înaltă în reducerea manifestărilor stresului acut la pacienții din grupul experimental, comparativ cu grupul de control. Rezultatul atestă că o intervenție structurată, configurată sub formă de protocol modular, este esențială pentru stabilizarea psihoemoțională a pacientului critic, reprezentând un element de noutate și originalitate pentru spațiul academic național și regional.
4. Demonstrarea impactului resemnificării asupra resurselor adaptative - experimentul formativ a confirmat că înlocuirea mecanismelor dezadaptative cu strategii bazate pe resemnificare, planificare și acceptare constituie motorul schimbării clinice. Acest rezultat demonstrează că succesul terapeutic este condiționat de flexibilitatea metodologică și adaptarea tehnicilor la starea somatică și psihologică a pacientului, oferind o valoare aplicativă certă pentru serviciile de psihologie clinică.
5. Fundamentarea necesității suportului psihologic ca standard de îngrijire - cercetarea validează modelul integrativ-strategic care corelează variabilele cognitive cu cele contextuale, demonstrând că asistența psihologică precoce, furnizată direct la patul bolnavului, optimizează resursele de reziliență. Acest rezultat fundamentează necesitatea integrării psihologului în echipa multidisciplinară a unităților de terapie intensivă, pentru prevenirea tulburărilor posttraumatice pe termen lung.

În contextul concluziilor prezentate, rezultatele obținute confirmă ipotezele de cercetare și validează noutatea științifică, valoarea teoretică și aplicativă a studiului.

Noutatea științifică și originalitatea lucrării constă în:

1. Identificarea relației dintre particularitățile schemelor cognitive dezadaptative și manifestările stresului acut la pacienții spitalizați în terapie intensivă, demonstrând rolul strategiilor cognitive în medierea reacțiilor psihologice la trauma medicală.
2. Elaborarea unui model integrativ-strategic care corelează variabilele cognitive, emoționale și contextuale în explicarea stresului acut la pacienții critici.

3. Proiectarea și validarea programului de intervenție psihologică SCE-ATI, ca protocol modular adaptat specificului mediului de terapie intensivă.

Valoarea teoretică a cercetării - cercetarea a realizat o sinteză teoretică privind relația dintre particularitățile schemele cognitive dezadaptative și stresul acut, integrând perspective din psihologia cognitivă, psihologia traumei și psihologia medicală. Studiul contribuie la clarificarea rolului strategiilor de reglare cognitiv-emoțională în contextul spitalizării critice și extinde cadrul teoretic al intervențiilor psihologice în mediul de terapie intensivă.

Valoarea aplicativă a cercetării - constă în elaborarea programului SCE-ATI, un model de intervenție psihologică integrativ-strategic destinat pacienților spitalizați în secțiile de terapie intensivă. Programul poate fi implementat în unități medicale și servicii de psihologie clinică, contribuind la reducerea stresului acut, activarea strategiilor de coping adaptative și prevenirea tulburărilor post-traumatice.

Recomandări pentru implementare

1. Introducerea screeningului cognitiv, prin instrumente precum CERQ, pentru identificarea pacienților cu vulnerabilități cognitive.
2. Integrarea psihologului în echipa multidisciplinară din unitățile de terapie intensivă, pentru asigurarea suportului cognitiv-emoțional al pacienților.
3. Implementarea unor intervenții orientate spre creșterea controlului perceput al pacientului asupra mediului spitalicesc.
4. Aplicarea unei abordări sistemice, prin facilitarea comunicării cu familia, ca factor de protecție împotriva depresiei reactive.

Limite ale studiului și direcții de cercetare viitoare - deși obiectivele au fost atinse, cercetarea prezintă anumite limite care pot fi transformate în oportunități pentru studii ulterioare:

1. Dimensiunea relativ redusă a eșantionului și proveniența dintr-un singur centru clinic limitează generalizarea rezultatelor.
2. Cercetarea a vizat perioada acută de spitalizare, fără evaluarea evoluției pe termen lung.

Se recomandă realizarea unor studii longitudinale pentru evaluarea riscului de tulburare de stres posttraumatic la 6 și 12 luni de la externare. De asemenea, o direcție inovatoare ar fi corelarea markerilor psihologici cu indicatori biologici ai stresului (precum nivelul cortizolului sau variabilitatea ritmului cardiac), pentru o validare biomedicală extinsă a procesului de resemnificare cognitivă.

BIBLIOGRAFIE

1. CHIREV, L.; LOSÎI, E. *Consilierea psihologică: Suport de curs*. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie Specială, Catedra de Psihologie, 2010. 120 p.
2. DAVID, D. *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*. Iași: Polirom, 2006. 328 p. ISBN 978-973-681-9.
3. GUȚU, V. et al. *Psihopedagogia centrată pe copil*. Ch.: CEP USM, 2008. 175 p. ISBN 978-9975-70-810-4.
4. HOLDEVICI, I.; NEACȘU, V. *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză*. București: Dual Tech, 2011. 256 p. ISBN: 978-973-85526-4-7.
5. MARDARE, I. *Concepția cognitiv-structurală de creare a sistemelor intelectuale pentru restabilirea imaginilor: teză de doct. habilitat în tehnică*. Chișinău, 2008. 240 p.
6. MĂRINEANU, V. et al. *Manual pentru pregătirea psihologică și controlul stresului operațional*. București: Editura Centrului Tehnic-Editorial al Armatei, 2015. 214 p. ISBN 978-606-524-150-3.
7. MASLOW, A. *Motivația și personalitatea*. București: Trei, 2008. 510 p. ISBN 978-973-707-159-0.
8. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA. *Ghid practic: Intervenția psihologică integrată (IPI)*. Aprobabil prin Ordinul MS nr. 588 din 02.07.2025. Chișinău.
9. POPESCU, M. *Natura psihologică a schemelor cognitive*. In: Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane. Ed. 1. Chișinău: FPC „PRIMEX-Com” SRL, 2021, pp. 88-93. ISBN 978-9975-159-01-2.
10. SUCIAGHI, M., TARNOVSCHI, A. *Cognitive schemas and their role in the manifestation of acute stress*. In: Revista Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației). Chișinău, 2025, nr. 5(185), pp. 321-326. ISSN 1857-2103. DOI: [https://doi.org/10.59295/sum5\(185\)2025_41](https://doi.org/10.59295/sum5(185)2025_41)
11. SUCIAGHI, M. *Separation Anxiety*. In: *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*. 2022, vol. 6, nr. 5. doi: 10.26502/jppd.2572-519X0171.
12. VRASI, R. *Ghid practic de intervenție în criză*. București: Editura ASCR, 2018. 256 p. ISBN 978-606-28-0782-4.
13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association, 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
14. ARNTZ, A.; GIESEN-BLOOM, J. *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Wiley-Blackwell, 2012. ISBN 978-0470975618.
15. BECK, A. T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976. ISBN 978-0823609901.
16. BECK, A. T. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. 1st ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967. 370 p. ISBN 978-0812290914.
17. CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3rd ed. Sage Publications, 2018. ISBN 978-1483384422.
18. DAVIDSON, J. E.; HARVEY, M. A. *Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome*. In: *AACN Advanced Critical Care*. 2016, vol. 27, nr. 2, pp. 184-186. doi: 10.4037/aacnacc2016132.
19. DAVYOW, D. S. et al. *Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review*. In: *General Hospital Psychiatry*. 2008, vol. 30, nr. 5, pp. 421-434. PMID: **18774425**. PMCID: PMC2572638. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.05.006
20. DENZIN, N. K. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*.

Aldine Transaction, 2009. ISBN 978-0202362453.

21. EHLERS, A.; CLARK, D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. In: *Behaviour Research and Therapy*. 2000, vol. 38, nr. 4, pp. 319-345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
22. ELY, E. W. et al. Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. In: *JAMA*. 2004, vol. 291, nr. 14, p. 1753.
23. GARNEFSKI, N.; KRAAIJ, V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. In: *European Journal of Psychological Assessment*. 2007, vol. 23, nr. 3, pp. 141-149, DOI: 10.1027/1015-5759.23.3.141.
24. GARNEFSKI, N.; KRAAIJ, V.; SPINHOVEN, P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. In: *Personality and Individual Differences*. 2001, vol. 30, nr. 8, pp. 1311-1327.
25. IWASHYNA, T. J.; ELY, E. W.; SMITH, D. M.; LANGA, K. M. Long-term Cognitive Impairment and Functional Disability Among Survivors of Severe Sepsis. In: *JAMA*. 2010, vol. 304, nr. 16, p. 1787.
26. JACKSON, J. C. et al. Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. In: *The Lancet Respiratory Medicine*. 2014, vol. 2, nr. 5, pp. 369-379, DOI: 10.1016/S2213-2600(14)70051-7.
27. JAMES, I. A.; SOUTHAM, L.; BLACKBURN, I. M. Schemas revisited. In: *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004, vol. 11, nr. 6, pp. 369-377.
28. JONES, C.; BÄCKMAN, C. G.; CAPUZZO, M. et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. In: *Critical Care*. 2010, vol. 14, nr. 5, p. R168, DOI: 10.1186/cc9260.
29. JONES, E. Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution. In: *BMJ*. 2002, vol. 324, nr. 7333, pp. 321-324. doi: 10.1136/bmj.324.7333.321.
30. KOHLER, J., BORCHERS, F., ENDRES, M., WEISS, B., SPIES, C. Cognitive Deficits Following Intensive Care. In: *Deutsches Ärzteblatt International*. 2019.
31. KRESS, J. P.; HALL, J. B. ICU-Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. In: *New England Journal of Medicine*. 2014, vol. 370, nr. 17, pp. 1626-1635.
32. LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
33. LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation, 1995. ISBN 978-0733414237.
34. MORENO, J. L. *Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. Beacon, NY: Beacon House, 1953. ISBN 978-0917478052.
35. NEEDHAM, D. M. et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. In: *Critical Care Medicine*. 2012, vol. 40, nr. 2, pp. 502-509. Feb. 2012, doi: 10.1097/CCM.0B013E318232DA75.
36. PANDHARIPANDE, P. P. et al. Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. In: *New England Journal of Medicine*. 2013, vol. 369, nr. 14, pp. 1306-1316.
37. PAYAS, S. et al. The Use of the National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale (NSESSS) to Assess the Prevalence and Predictability of Acute Stress Disorder in Trauma Patients. In: *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*. 2025, vol. 37, nr. 3, pp. 75-83.
38. PUN, B. T. et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. In: *Critical Care Medicine*. 2019, vol. 47, nr. 1, pp. 3-14.

39. RABIEE, A. et al. Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Critical Care Medicine*. 2016, vol. 44, nr. 9, pp. 1744-1753. doi: 10.1097/CCM.0000000000001811.
40. ROCHETTE, L. and VERGELY, C. *Hans Selye and the stress response: 80 years after his 'letter' to the Editor of Nature*. *Ann Cardiol Angeiol*, paris), vol. 66, no. 4, pp. 181-183, Sep. 2017, doi: 10.1016/j.ancard.2017.04.017.
41. SHIM, L.; WENSLEY, C.; CASEMENT, J.; PARKE, R. What determinants impact deceased organ donation consent in the adult intensive care unit? An integrative review exploring the perspectives of staff and families. In: *Australian Critical Care*. 2024.
42. ROTONDI, A. J. et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. In: *Critical Care Medicine*. 2002, vol. 30, nr. 4, pp. 746-752. PMID: **11940739**. DOI: 10.1097/00003246-200204000-00004
43. SALLUH, J. I. F. et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. In: *BMJ*. 2015, vol. 350, p. h2538, DOI: 10.1136/bmj.h2538.
44. SCHELLING, G. et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory stress syndrome. In: *Critical Care Medicine*. 1998, vol. 26, nr. 4, pp. 651-659.
45. SELYE, H. *Selye's Guide to Stress Research*. Vol. 1-3. Van Nostrand Reinhold, 1980.
46. SPIELBERGER, C. D. et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 - Y2)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
47. TAN, S. Y.; YIP, A. Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. In: *Singapore Medical Journal*. 2018, vol. 59, nr. 4, pp. 170-171. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5915631>
48. WADE, D. M. et al. Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. In: *Critical Care*. 2012, vol. 16, nr. 5, p. R192. doi: 10.1186/cc11677
49. WATZLAWICK, p.; WEAKLAND, J. H.; FISCH, R. *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: W. W. Norton & Company, 1974. ISBN 978-0393011043.
50. WHITE, M. et al. Patient Perceptions of stress during evaluation for ACS in the ED. In: *The American Journal of Emergency Medicine*. 2017, vol. 35, nr. 2, pp. 351-352.
51. WILCOX, M. E., BRUMMEL, N.E., ELY, E.W., JACKSON, J.C., HOPKINS, R.O. Cognitive Dysfunction in ICU Patients. In: *Critical Care Medicine*. 2013, vol. 41, pp. S81-S98.
52. YOUNG, J. E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. 3rd ed. Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1990. 506 p. ISBN 978-0943158464.
53. [https://www.srati.ro/download-document/nLepIp24k5Wzza2Xm7i5maWsk4yIp7KJps3Gipu4qYqBvMaVnc3KkZySqYWzp7GGpqtj7PNpY+duKmFs825z5u4uZWeuM6TnZGtmbKrss+nhbaIs5G9lKWYwsI=](https://www.srati.ro/download/document/nLepIp24k5Wzza2Xm7i5maWsk4yIp7KJps3Gipu4qYqBvMaVnc3KkZySqYWzp7GGpqtj7PNpY+duKmFs825z5u4uZWeuM6TnZGtmbKrss+nhbaIs5G9lKWYwsI=). (consultat 18.06.2023)
54. *Diferența dintre tulburarea de stres acută și PTSD* [on-line], (consultat 17 iunie 2023). Disponibil: <https://ro.graphistik.com/acute-stress-disorder>
55. *Simptomele tulburării de stres acut* [on-line]. [citat 24 aprilie 2025]. Disponibil: <https://mhreference.org/anxiety-disorders/acute-stress-symptoms/>
56. <https://www.scribd.com/document/653296839/Psychodrama-Action-Therapy-and-Principles-of-Practise-Moreno>
57. <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2025/08/Ghid-practic-Interventia-psihologica-integrata-aprobat-prin-Ordinul-MS-nr.588-din-02.07.2025.pdf>

LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE ALE AUTOAREI LA TEMA TEZEI

1. Articole în reviste științifice

1.1. în reviste din bazele de date Web of Science și SCOPUS

1. LAZĂR, Elena Alexandra; SZEDERJESI, Janos; COMAN, Oana; ELEKES, Andreea; SUCIAGHI, Mariana; GRIGORESCU, Bianca Liana. *Survey on Anxiety and Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Personnel during the COVID-19 Pandemic*. În revista: *Healthcare* (MDPI, Basel, Elveția). 2022, 10(7), 1160. Journal article. DOI: 10.3390/healthcare10071160.

Part of ISSN: 2227-9032. Depozit electronic: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9322630/>

Categoria: Q1 (Web of Science). Factor de impact: 4.7 (2022).

1.2. în reviste din alte baze de date acceptate de către ANACEC (cu indicarea bazei de date)

2. SUCIAGHI, Mariana. *Separation Anxiety*. În revista: *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders* 6 (2022): 263-267. Journal article. DOI: 10.26502/jppd-519X0171. Part of ISSN: 2572-519X. Depozit electronic: <https://doi.org/10.26502/jppd.2572-519X0171>.

Categoria: B+. Factor de impact: 3.3.

3. SUCIAGHI, Mariana. *Pacientul critic între cultură, identitate și cogniție: O perspectivă psihologică asupra schemelor cognitive și stresului acut la pacienții internați la terapie intensivă*. Articol științific în Volumul colectiv editat: *Culture, Globalization and Intercultural Perspectives. Communication, Journalism, Education Sciences, Psychology and Sociology, Arhipelag XXI Press, Târgu Mureș, România, 2025-05-17*, pp. 136–144. Edited by: The Alpha Institute for Multicultural Studies. Part of ISBN: 978-606-8624-23-5. DOI/Depozit electronic: <https://asociatia-alpha.ro/gidni/12-2025/GIDNI-12-Comm-f.pdf>

4. SUCIAGHI, Mariana. *Methodological aspects of acute stress in intensive care patients*. Articol științific în Volumul colectiv editat: *Reading communication in postmodernity. Discourses and social perspectives - 8th Edition*, pag.93-98. Arhipelag XXI Press, Târgu Mureș, România, 2024. Edited by: The Alpha Institute for Multicultural Studies. Part of ISBN: 978-606-8624-08-2.

DOI/Depozit electronic: <https://www.researchgate.net/publication/395547391>

5. SUCIAGHI, Mariana. *Suportul psiho-emoțional al persoanelor cu dizabilități spitalizate la terapie intensivă*. Articol științific în Volumul colectiv editat: *Protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități: abordări multidisciplinare*, Chișinău, Moldova. 28 noiembrie 2024, Ed. 1. U. pp. 116–119. ISBN 978-9975-3686-0-5. DOI/Depozit electronic: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/p-116-119_1.pdf

6. SUCIAGHI, Denis; SUCIAGHI, Mariana; RADULY, Gergo; MORARIU, Mihai Raul; FODOR, Raluca Ștefania. *The dynamics of organ donation in the Anesthesia and Intensive Care Clinic of Târgu-Mureș County Emergency Clinical Hospital*. În revista: *Acta Marisiensis – Seria Medica*, UMFST Târgu Mureș, România, 2026 – articol extins - in press. DOI/Depozit electronic: <https://actamedicamarisiensis.ro/> Categoria: cod CNCSIS B+.

1.3. în reviste din Registrul Național al revistelor de profil (cu indicarea categoriei)

7. SUCIAGHI, Mariana; TARNOVSCHI, Ana. *Cognitive schemas and their role in the manifestation of acute stress*. Journal article. În revista: *Studia Universitatis Moldaviae. Seria Științe ale Educației*. CHIȘINĂU, Moldova. CEP USM 2025, Nr. 5(185) 2025-06-10, pp. 321-326. DOI: 10.59295/sum5(185)2025_41 CZU: 159.9.072:159.944.4 Part of ISSN:1857- 2103.

DOI/Depozit electronic: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/321-326_13.pdf

8. SUCIAGHI, Mariana. *Cognitive determinants and adaptation dynamics to acute stress in intensive care units: a multidimensional analysis*. Journal article. În revista: *Studia Universitatis Moldaviae. Seria Științe ale Educației*. CHIȘINĂU, Moldova. CEP USM 2026 – in press. <https://studiamsu.md/>
9. SUCIAGHI, Mariana. *Arhitectura intervenției psihologice în unitățile de terapie intensivă*. Journal article. În *Psihologie, revistă științifico-practică*. Chișinău, Moldova, 2026. p-ISSN 1857-2502, e-ISSN 2537-6276– in press. <https://key.upsc.md/>

2. Articole în lucrările conferințelor și altor manifestări științifice

2.1 în lucrările manifestărilor științifice incluse în alte baze de date acceptate de către ANACEC

10. SUCIAGHI, Denis; SUCIAGHI, Mariana; RADULY, Gergo; FODOR, Raluca Ștefania. *The dynamics of organ donation in the Anesthesia and Intensive Care Clinic of Târgu-Mureș County Emergency Clinical Hospital*. **Rezumat** în volumul conferinței: International Congress for Students, Young Doctors and Pharmacists "Marisiensis". Volume 71. Supplement 4, 2025, pp. 37-38. Publisher: ACTA MARISIENSIS SERIA MEDICA. Targu Mures, Romania 21-25 May 2025. Part of ISSN: 2668-7755. Online ISSN: 2668-7763. DOI/Depozit electronic: <https://actamedicamarisiensis.ro/>

2.2 în lucrările manifestărilor științifice incluse în Registrul materialelor publicate în baza manifestărilor științifice organizate din Republica Moldova

11. SUCIAGHI, Mariana. *Theoretical – conceptual aspects of acute stress in contemporary literature* Articol științific în volumul conferinței: *Integrare prin cercetare și inovare*, Conferința științifică națională cu participare internațională, dedicată Zilei internaționale a Științei pentru Pace și Dezvoltare, 9-10 noiembrie 2023. Chișinău: CEP Universitatea de Stat din Moldova, HR Excellence in Research, 2024-08-28. Part of ISBN: 978-9975-62-687-3 / 978-9975-62-688-0. CZU: 3(082)=135.1=111=161.1 I-58.

Depozit electronic: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/103-109_36.pdf

12. SUCIAGHI, Mariana. *The role and involvement of the family in the care of patients hospitalized at anaesthesia and intensive care unit*. Articol științific publicat în volumul: *Materials of the Scientific-Practical Conference FAMILY RESILIENCE PERSPECTIVES IN THE CONTEXT OF MULTIPLE CRISES*. Editia 10, Chișinău: Stratum plus I.P., High Anthropological School University, 16.01. 2024, pp. 153–162. Conference paper. DOI 10.55086/PRFCMCX153162.

Depozit electronic: https://www.researchgate.net/publication/378323989_

13. SUCIAGHI, Mariana. *Evaluarea psihologică a dimensiunilor psihoemoționale ale pacienților în stare critică, internați în secția de terapie intensivă*. In: *Patrimoniul cultural de ieri – implicații în dezvoltarea societății durabile de mâine*. Ediția 8. 2023. Iași – Chișinău-Lviv. pp. 564-571. ISSN 2558 – 894X. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8397443>

14. SUCIAGHI, Mariana; TARNOVSCHI, Ana. *Cognitive schemas and their role in the manifestation of acute stress*. Conferința științifică națională cu participare internațională "Integrare prin cercetare și inovare", dedicată Zilei Internaționale a Științei pentru Pace și Dezvoltare, 6-7 noiembrie 2025: Culegere de articole științifice / comitetul științific: Igor Șarov [et al.]. – Chișinău: [S. n.], 2025 (CEP USM) – ISBN 978-9975-62-687-3. Științe sociale. – 2025. – 1095 p.: fig., tab. – Antetit.: Universitatea de Stat din Moldova, HR Excellence in Research. – Texte: lb. rom., engl., rusă. – Rez.: lb. rom., engl. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art. – ISBN 978-9975-62-990-4 (PDF). pp.360-367 CZU: 159.944.4:615.851.1 DOI:<https://doi.org/10.59295/spd2025s.48>

15. SUCIAGHI, Mariana; TARNOVSCHI, Ana. **Factorii psihologici implicați în decizia familiilor privind donarea de organe. Rezumat** conferință în volumul: *Rezumatele celei de-a XVI-a Conferințe Naționale a Asociației Psihologilor din România*, organizată la Chișinău, Moldova de către Universitatea de Stat din Moldova. 6-8 iunie 2025. Culegere de articole științifice / comitetul științific: Igor Șarov [et al.]. – Chișinău: [S. n.], 2025 (CEP USM). CZU 3(082)=135.1=111=161.1 I-58. ISBN 978-9975-62-687-3. Depozit electronic <https://doi.org/10.59295/spd2025s>.
16. SUCIAGHI, Mariana. **Evaluarea psihologică a dimensiunilor psihoemoționale ale pacienților în stare critică, internați în secția clinică de terapie intensivă. Rezumat** în: *IBM, Patrimoniul cultural de ieri – implicații în dezvoltarea societății durabile de mâine*. Conferința "Yesterday's cultural heritage – contribution to the development of tomorrow's sustainable society". Ediția 7. Chișinău, Moldova, 9-10 februarie 2023. pp. 161-162. CZU: 159.942.07:614.253.8]:616-036.81. 2023-04-14. Conference paper. Pres of ISSN 2558 – 894X . Depozit electronic: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/178748

ADNOTARE

Suciaghi, Mariana. Particularități ale schemelor cognitive și manifestarea stresului acut la pacienții din terapie intensivă.

Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2026

Structura tezei: lucrarea conține adnotări în limbile română, engleză și rusă, introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 177 titluri, 21 anexe, 141 pagini text de bază, 9 figuri și 15 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 16 lucrări științifice, dintre care 12 articole extinse (9 în reviste științifice și 3 în volume ale manifestărilor științifice) și 4 rezumate ale comunicărilor științifice.

Cuvinte-cheie: scheme cognitive, stres acut, anxietate, depresie, strategii de coping, terapie intensivă, intervenție psihologică.

Scopul lucrării: constă în identificarea și analiza relației dintre particularitățile schemelor cognitive (abordate prin prisma strategiilor de coping cognitiv-emoțional) și manifestările stresului acut la pacienții spitalizați în unitățile de terapie intensivă și în elaborarea, implementarea și validarea eficacității unui program de intervenție psihologică integrativ - strategic (SCE-ATI) destinat modificării schemelor cognitive dezadaptative și diminuării manifestărilor stresului acut, în scopul facilitării procesului de adaptare și recuperare a pacienților aflați în stare critică.

Obiectivele cercetării: (1) Sinteza literaturii de specialitate privind fundamentele teoretice și empirice ale stresului acut în context medical critic (2) Identificarea mecanismelor cognitive dezadaptative și a particularităților psihoafective ale pacienților cu stres acut internați în secțiile de terapie intensivă; (3) Selectarea și utilizarea unui instrumentariu de psihodiagnostic pentru evaluarea strategiilor de coping cognitiv-emoțional și a manifestărilor stresului acut.; (4) Analiza corelațională și predictivă a relației dintre schemele cognitive dezadaptative (operaționalizate prin strategiile de reglare cognitiv-emoțională) și intensitatea manifestărilor stresului acut la pacienții internați în secția de terapie intensivă. (5) Proiectarea și implementarea Programului psihologic integrativ-strategic de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI); (6) Validarea eficacității Programului SCE-ATI în reducerea manifestărilor stresului acut prin optimizarea mecanismelor cognitive dezadaptative la pacienții internați în secția de terapie intensivă.

Noutatea științifică și originalitatea lucrării: reprezintă un demers inovator în spațiul academic care investighează sistematic și validează empiric un model integrativ-strategic al manifestărilor stresului acut la pacienții internați în terapie intensivă. La nivel teoretic, studiul demonstrează rolul predictiv al schemelor cognitive dezadaptative în dinamica stresului acut la pacienții internați în secții de terapie intensivă. La nivel aplicativ, noutatea absolută o constituie elaborarea și validarea Programului psihologic de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), oferind specialiștilor un model integrat de evaluare și intervenție psihologică, adaptabil la vulnerabilității pacientului critic, rezultatele confirmând eficiența individualizării suportului psihologic în raport cu limitele fiziologice și nevoile psiho-emoționale ale pacienților critici.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice: s-a demonstrat statistic eficacitatea programului, participanții la studiu înregistrând reduceri semnificative ale stresului, anxietății și depresiei comparativ cu grupul de control. Totodată, a fost confirmat empiric modelul teoretic al cercetării, prin evidențierea rolului schemelor cognitive dezadaptative (operaționalizate prin mecanisme de coping, precum: catastrofare, ruminare, culpabilizare) în generarea și menținerea stresului acut.

Valoarea teoretică a cercetării: cercetarea fundamentează un model explicativ privind rolul predictor al schemelor cognitive dezadaptative în dinamica stresului acut la pacienții din terapie intensivă, evidențiind relația dintre structurile cognitive profunde și mecanismele de adaptare în situații de amenințare vitală. Rezultatele contribuie la extinderea cunoașterii privind funcționarea schemelor cognitive în condiții de stres major.

Valoarea aplicativă a cercetării: lucrarea validează Programul de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), oferind un model integrat de evaluare și intervenție psihologică pentru pacienții critici. Rezultatele susțin necesitatea integrării suportului psihologic individualizat ca standard de îngrijire în terapia intensivă.

Implementarea rezultatelor științifice: rezultatelor se realizează prin aplicarea programului în unitățile de terapie intensivă, diseminarea academică, fundamentarea ghidurilor de bună practică și utilizarea SCE-ATI ca material de formare pentru psihologi și personalul medical.

ABSTRACT

Suciaghi, Mariana. Characteristics of cognitive schemas and the manifestation of acute stress in intensive care patients.

Doctoral dissertation in psychology. Chişinău, 2026

Thesis structure: the work contains annotations in Romanian, English, and Russian, an introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, a bibliography of 177 titles, 21 appendices, 141 pages of main text, 9 figures, and 15 tables. The obtained results are published in 16 scientific papers, including 12 full-text articles (9 in scientific journals and 3 in proceedings of scientific events) and 4 abstracts of scientific communications.

Keywords: cognitive schemas, acute stress, anxiety, depression, coping strategies, intensive care, psychological intervention.

The aim of the study: is to identify and analyze the relationship between the characteristics of cognitive schemas (examined through the lens of cognitive-emotional coping strategies) and manifestations of acute stress in patients hospitalized in intensive care units, and to develop, implement, and validate the effectiveness of an integrative - strategic (SCE-ATI) intervention program designed to modify maladaptive cognitive schemas and reduce manifestations of acute stress, with the aim of facilitating the adaptation and recovery process of critically ill patients.

Research objectives: (1) To synthesize the specialized literature on the theoretical and empirical foundations of acute stress in critical medical contexts; (2) To identify maladaptive cognitive mechanisms and psycho-affective characteristics in patients with acute stress admitted to intensive care units; (3) Selection and use of a psychodiagnostic instrument to assess cognitive-emotional coping strategies and manifestations of acute stress; (4) Correlational and predictive analysis of the relationship between maladaptive cognitive schemas (operationalized through cognitive-emotional regulation strategies) and the intensity of acute stress manifestations in patients admitted to the intensive care unit. (5) Design and implementation of the Integrative-Strategic Psychological Program for Cognitive and Emotional Support in the ICU (SCE-ATI); (6) Validation of the effectiveness of the SCE-ATI Program in reducing manifestations of acute stress by optimizing maladaptive cognitive mechanisms in patients admitted to the intensive care unit.

Scientific novelty and originality of the study: This study represents an innovative approach in the academic field that systematically investigates and empirically validates an integrative-strategic model of acute stress manifestations in patients admitted to intensive care units. At the theoretical level, the study demonstrates the predictive role of maladaptive cognitive schemas in the dynamics of acute stress among patients admitted to intensive care units. At the practical level, the absolute novelty lies in the development and validation of the Psychological Program for Cognitive and Emotional Support in the ICU (SCE-ATI), offering specialists an integrated model of psychological assessment and intervention, adaptable to the vulnerabilities of critically ill patients, with the results confirming the effectiveness of individualizing psychological support in relation to the physiological limitations and psycho-emotional needs of critically ill patients.

Implementation of scientific results: achieved through the application of the program in ICU departments, academic dissemination, the substantiation of best practice guidelines, and the use of CES-ICU as training material for psychologists and medical staff.

The results obtained contribute to solving the scientific problem: the program's effectiveness was statistically demonstrated, with study participants showing significant reductions in stress, anxiety, and depression compared to the control group. At the same time, the theoretical model of the research was empirically confirmed by highlighting the role of maladaptive cognitive schemas (operationalized through coping mechanisms such as catastrophizing, rumination, and self-blame) in generating and maintaining acute stress.

Theoretical value of the research: the study substantiates an explanatory model regarding the predictive role of maladaptive cognitive schemas in the dynamics of acute stress among intensive care patients, highlighting the relationship between deep cognitive structures and adaptation mechanisms in life-threatening situations. The findings contribute to expanding psychological knowledge on the functioning of cognitive schemas under conditions of major stress.

Practical value of the research: the paper validates the Cognitive and Emotional Support Program in ICU (CES-ICU), providing an integrated model of psychological assessment and intervention for critically ill patients. The results support the need to integrate individualized psychological support as a standard of care in intensive therapy.

Implementation of scientific results: the results are implemented through the application of the program in intensive care units, academic dissemination, the development of good practice guidelines, and the use of SCE-ATI as training material for psychologists and medical staff.

АННОТАЦИЯ

Сучаги, Мариана. Особенности когнитивных схем и проявления острого стресса у пациентов отделений интенсивной терапии. Диссертация на соискание ученой степени доктора психологии, Кишинев, 2026

Структура диссертации: работа содержит аннотации на румынском, английском и русском языках, введение, 3 главы, общие выводы и рекомендации, библиографию из 177 наименований, 21 приложение, 141 страницы основного текста, 9 рисунков и 15 таблиц. Полученные результаты опубликованы в 16 научных работах, из которых 12 полнотекстовых статей (9 в научных журналах и 3 в сборниках материалов научных мероприятий) и 4 резюме научных сообщений.

Ключевые слова: когнитивные схемы, острый стресс, тревога, депрессия, стратегии копинга, интенсивная терапия, психологическая интервенция.

Цель работы: заключается в выявлении и анализе связи между особенностями когнитивных схем (рассматриваемых через призму когнитивно-эмоциональных стратегий преодоления) и проявлениями острого стресса у пациентов, госпитализированных в отделения интенсивной терапии, а также в разработке, внедрении и подтверждении эффективности интегративной - стратегического (SCE-ATI), направленного на изменение дезадаптивных когнитивных схем и уменьшение проявлений острого стресса с целью содействия процессу адаптации и восстановления пациентов, находящихся в критическом состоянии.

Цели исследования: (1) Обзор специализированной литературы по теоретическим и эмпирическим основам острого стресса в условиях критической медицинской ситуации; (2) Выявление дезадаптивных когнитивных механизмов и психоаффективных особенностей пациентов с острым стрессом, госпитализированных в отделениях интенсивной терапии; (3) Выбор и использование инструментария психодиагностики для оценки когнитивно-эмоциональных стратегий преодоления стресса и проявлений острого стресса; (4) Корреляционный и предиктивный анализ связи между дезадаптивными когнитивными схемами (операционализированными через стратегии когнитивно-эмоциональной регуляции) и интенсивностью проявлений острого стресса у пациентов, госпитализированных в отделение интенсивной терапии. (5) Разработка и внедрение интегративно-стратегической психологической программы когнитивной и эмоциональной поддержки в отделении интенсивной терапии (SCE-ATI); (6) Подтверждение эффективности программы SCE-ATI в снижении проявлений острого стресса путем оптимизации дезадаптивных когнитивных механизмов у пациентов, госпитализированных в отделение интенсивной терапии.

Научная новизна и оригинальность работы: представляет собой новаторский подход в академической среде, направленный на систематическое исследование и эмпирическую проверку интегративно-стратегической модели проявлений острого стресса у пациентов, находящихся в отделениях интенсивной терапии. На теоретическом уровне исследование демонстрирует прогностическую роль дезадаптивных когнитивных схем в динамике острого стресса у пациентов, госпитализированных в отделения интенсивной терапии. На прикладном уровне абсолютной новизной является разработка и валидация Программы психологической когнитивно-эмоциональной поддержки в отделениях интенсивной терапии (SCE-ATI), предлагающей специалистам интегрированную модель психологической оценки и вмешательства, адаптируемую к уязвимости пациентов в критическом состоянии, результаты подтверждают эффективность индивидуализации психологической поддержки с учетом физиологических ограничений и психоэмоциональных потребностей пациентов в критическом состоянии.

Полученные результаты, способствующие решению научной проблемы: статистически доказана эффективность программы, участники исследования продемонстрировали значительное снижение уровня стресса, тревоги и депрессии по сравнению с контрольной группой. В то же время была эмпирически подтверждена теоретическая модель исследования путем выявления роли дезадаптивных когнитивных схем (осуществляемых через механизмы копинга, такие как: катастрофизация, пережевывание, винизация) в генерации и поддержании острого стресса.

Теоретическая ценность исследования: исследование обосновывает объяснительную модель предикторной роли дезадаптивных когнитивных схем в динамике острого стресса у пациентов отделений интенсивной терапии, раскрывая взаимосвязь между глубинными когнитивными структурами и механизмами адаптации в ситуациях угрозы жизни. Полученные результаты расширяют психологические знания о функционировании когнитивных схем в условиях выраженного стресса.

Практическая ценность исследования: работа валидирует Программу когнитивной и эмоциональной поддержки в ОИТ (SCE-ATI), предлагая интегрированную модель психологической оценки и интервенции для критических пациентов. Результаты подтверждают необходимость интеграции индивидуализированной психологической поддержки как стандарта ухода в интенсивной терапии.

Внедрение научных результатов: результаты реализуются путем применения программы в отделениях интенсивной терапии, академического распространения, обоснования руководств по передовой практике и использования SCE-ATI в качестве учебного материала для психологов и медицинского персонала.

SUCIAGHI, MARIANA

**PARTICULARITĂȚI ALE SCHEMELOR COGNITIVE ȘI
MANIFESTAREA STRESULUI ACUT LA PACIENȚII DIN
TERAPIE INTENSIVĂ**

Specialitatea 511.01 – Psihologie generală

Rezumatul tezei de doctorat în psihologie

Aprobat spre tipar: 25.05.2026

Formatul hârtiei A4

Hârtie ofset. Tipar digital.

Tiraj 50 ex

Coli de tipar.: 3,8

Comanda nr. 27

Tipografia PRINT-CARO
Mun. Chișinău, str. Columna, 170
printcaro@gmail.com
tel.069124696