

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

Cu titlu de manuscris
CZU: 159.9.072:159.944.4:615.851.1(043.3)

SUCIAGHI Mariana

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

Specialitatea: 511.01-Psihologie generală

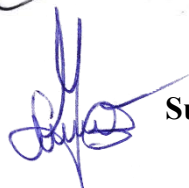
Teză de doctor în Psihologie

Conducător științific:



Tarnovschi Ana, conferențiar universitar, doctor în psihologie

Autor:



Suciaghi Mariana

CHIȘINĂU, 2026

© Suciaghi, Mariana, 2026

CUPRINS

ADNOTARE	5
LISTA TABELELOR	8
LISTA FIGURILOR	9
LISTA ABREVIERILOR.....	10
INTRODUCERE	11
CAPITOLUL 1. ORIENTĂRI TEORETICO-EMPIRICE ÎN STUDIUL PARTICULARITĂȚILOR SCHEMELOR COGNITIVE ȘI ALE STRESULUI ACUT LA PACIENȚII SPITALIZAȚI ÎN TERAPIE INTENSIVĂ	
1.1. Repere conceptuale ale schemelor cognitive și analiza mecanismelor de vulnerabilitate psihologică la stresul acut prin prisma strategiilor de reglare cognitiv-emoțională.	21
1.2. Perspective teoretice și clinice în manifestarea stresului: de la modelele biologice la specificul secției de terapie intensivă.	29
1.3. Aspecte psihologice asociate pacienților spitalizați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă.....	37
1.4. Relația dintre particularitățile schemelor cognitive, operaționalizate prin strategiile de coping cognitiv-emoțional și stresul acut la pacienții internați de urgență.	41
1.5. Concluzii la Capitolul I.....	47
CAPITOLUL 2 . ANALIZA EMPIRICĂ A PARTICULARITĂȚILOR SCHEMELOR COGNITIVE ȘI MANIFESTAREA STRESULUI ACUT LA PACIENȚII SPITALIZAȚI ÎN UNITĂȚILE DE TERAPIE INTENSIVĂ	
2.1. Design-ul demersului psihodiagnostic.....	48
2.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor cercetării cantitative	57
2.3. Analiza relației dintre schemele cognitive și manifestarea stresului acut la pacienții internați în secții de terapie intensivă.	71
2.4. Integrarea rezultatelor calitative.	98
2.5. Concluzii la Capitolul 2	115
CAPITOLUL 3 .DIMINUAREA STRESULUI ACUT LA PACIENȚII SPITALIZAȚI ÎN SECȚIA CLINICĂ ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PRIN PROGRAMUL DE SUPPORT COGNITIV-EMOȚIONAL (SCE-ATI)	
3.1. Organizarea, descrierea și implementarea experimentului formativ SCE-ATI.....	117
3.2. Analiza rezultatelor implementării programului formativ	149
3.3. Concluzii la Capitolul 3	157
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	159
BIBLIOGRAFIE	162
ANEXE	176
Anexa 1. Chestionarul de coping cognitiv-emoțional (CERQ)	176
Anexa 2. Scala de măsurare a depresiei, anxietății și stresului DASS-21R	177
Anexa 3. Chestionarul de anxietate ca stare (STAI-Y1)	179

Anexa 4. Chestionarul de anxietate ca trăsătură (STAI-Y2).....	180
Anexa 5. Ghid de interviu - date demografice și clinice ale pacientului.....	182
Anexa 6. Ghid de Interviu tematic semi-structurat - componenta calitativă.....	183
Anexa 7. Matricea de codificare - analiza calitativă a interviurilor.....	184
Anexa 8. Fișă de observație psihologică clinică (componentă calitativă - observație nemijlocită).....	185
Anexa 9. Subiecții cercetării și criteriile de includere și de excludere în studiu.....	186
Anexa 10. Output SPSS - analiza descriptivă a eșantionului experimental.....	189
Anexa 11. Output SPSS - analiza echivalenței grupurilor la T1.....	193
Anexa 12. Output SPSS - comparația grupurilor la T2.....	208
Anexa 13. Output SPSS - analiza evoluției în cadrul fiecărui grup (T1&T2)- testul Wilcoxon 222	
Anexa 14: Output SPSS - analiza corelațională (Spearman) a legăturii dintre modificările cognitive și cele emoționale.....	230
Anexa 15. Distribuția eșantionului din programul formativ pe categorii de vârste.....	232
Anexa 16. Analiza descriptivă detaliată a variabilelor socio-demografice, clinice și profilurile psihologice: tabele de frecvență, indicatori statistic și Output SPSS.....	234
Anexa 17. Analiza corelațională între manifestările stresului acut (măsurate prin DASS-21R, STAI-Y1, STAI-Y2) și strategiile de coping cognitiv-emoțional (matricea de intercorelații Spearman's rho - Output SPSS).....	265
Anexa 18. Analize de regresie multiplă pentru subscalele DASS-21R, STAI-Y1, STAI-Y2: rolul strategiilor de coping cognitiv (CERQ) (Output SPSS - modelul predictiv al stresului).....	271
Anexa 19. Analize de regresie multiplă privind rolul predictor al schemelor cognitive dezadaptative și al anxietății ca trăsătură asupra stresului acut.....	277
Anexa 20. Analiza corelațională între variabilele socio-demografice/medicale și intensitatea stresului acut.....	282
Anexa 21. Studii de caz.....	285
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	329
CURRICULUM VITAE.....	330

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 отделениях 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 валидизирует 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.

LISTA TABELELOR

Tabelul 2.1 Sinteza indicatorilor de asociere statistică între Gen și subscalele CERQ.....	66
Tabelul 2.2 Analiza comparativă a nivelurilor de severitate DASS-21R în funcție de gen și indicatorii de semnificație statistică.....	68
Tabelul 2.3 Analiza comparativă a nivelurilor de anxietate (STAI -Y1 & STAI-Y2) pe genuri și indicatorii de semnificație statistică.....	70
Tabelul 2.4 Indicatorii de semnificație globală a modelelor de regresie multiplă și varianța explicată (R ²).....	90
Tabelul 2.5 Sinteza coeficienților Beta standardizați (β) și a varianței explicate (R ²) pentru modelele de regresie multiple.....	92
Tabelul 3.1 Matricea metodologică a evaluării în etapa experimentală.....	123
Tabelul 3.2 Model de corelare a datelor de evaluare cu dimensiunile TSA (DSM-5).....	123
Tabelul 3.3. Profilul strategiilor de coping cognitiv-emoțional (CERQ) - Evaluarea inițială (T1).....	138
Tabelul 3.4. Tabloul clinic al stresului acut: manifestări emoționale și fiziologice (Integrarea scorurilor DASS-21R și STAI-Y1)(evaluare la T1).....	139
Tabelul 3.5 Evoluția scorurilor DASS-21R și STAI-Y1(T1 vs. T2).....	145
Tabelul 3.6 Dinamica strategiilor CERQ (T1 vs. T2).....	146
Tabelul 3.7 Caracteristicile demografice și clinice ale eșantionului din programul formativ.....	150
Tabelul 3.8 Comparația scorurilor între grupuri la pre - test (T1).....	151
Tabelul 3.9 Comparația grupului experimental vs. grupul de control la T2 (post-test).....	152
Tabelul 3.10. Analiza evoluției interne (T1 vs. T2) pentru ambele grupuri (test Wilcoxon).....	154

LISTA FIGURILOR

Figura 1.1. Lupta sau fuga este un răspuns fiziologic la un factor de stres (Cannon, 1932).....	30
Figura 1.2. Modelul homeostaziei (W. Cannon): Arhitectura neurobiologică de autoreglare a mediului intern prin căile SAM și HPA.....	31
Figura 1.3 Cele trei etape ale sindromului general de adaptare al lui Selye sunt prezentate în acest grafic. Stresul prelungit duce în cele din urmă la epuizare (Selye, 1936).....	32
Figura 1.4 Mecanismul de activare a axei Hipotalamo-Hipofizo-Suprarenaliene (HPA) sub influența stresorilor psihologici.....	42
Figura 2.1 Componența grupului de subiecți evaluați pe parcursul anului 2022-2025.....	56
Figura 2.2 Distribuția procentuală a pacienților în funcție de datele demografice.....	58
Figura 2.3 Histograma pentru distribuția vârstei, folosită în analiza testului de normalitate.....	59
Figura 2.4 Distribuția procentuală a persoanelor de gen feminin în dependență de stilurile cognitive de coping.....	61
Figura 2.5 Distribuția persoanelor de gen masculin în dependență de stilurile cognitive de coping.....	62

LISTA ABREVIERILOR SPECIFICE

- ACC** - Acceptare (subscală a CERQ)
- APA** - Asociația Americană de Psihiatrie
- ASD** - Tulburarea de stres acut (conform DSM-IV)
- ATI** - Anestezie și Terapie Intensivă
- CAT** - Catastrofizare (subscală a CERQ)
- CBT / TCC** - Terapie cognitiv-comportamentală
- CERQ** - Chestionarul de Coping Cognitiv-Emoțional (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*)
- DASS-21R** - Scala de Depresie, Anxietate și Stres (*Depression Anxiety Stress Scales*)
- DSM-IV** - Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale, ediția a IV-a
- DSM-5** - Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale, ediția a 5-a
- GCS** - Scor stare de conștiență (*Glasgow Coma Scale*)
- HPA** - Axa Hipotalamo-Hipofizo-Suprarenaliană
- PICS** - Sindrom Post-Terapie Intensivă (*Post-Intensive Care Syndrome*)
- PLAN** - Refocalizare pe planificare (subscală a CERQ)
- PTSD** - Tulburarea de stres posttraumatic
- RA** - Reacția de alarmă
- SCE-ATI** - Programul psihologic de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI
- SCJU** - Spitalul Clinic Județean de Urgență
- SE** - Stadiul de epuizare
- SGA** - Sindrom general de adaptare
- SR** - Stadiul de rezistență
- STAI -Y** - Inventarul de Anxietate Stare -Trăsătură (*State-Trait Anxiety Inventory*)
- STAI-Y1** - Anxietatea ca stare
- STAI-Y2** - Anxietatea ca trăsătură
- T1** - Momentul evaluării inițiale (pre-test)
- T2** - Momentul evaluării finale (post-test)
- TSA** - Tulburarea de stres acut (conform DSM-5)
- USM** - Universitatea de Stat din Moldova

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate

Experiența spitalizării în condiții critice constituie o situație limită pentru individ, atât din punct de vedere psihologic, cât și fiziologic, reprezentând o prăbușire bruscă a homeostaziei sub presiunea unor stresori extremi. În acest context, unitățile de terapie intensivă (ATI) funcționează ca medii clinice de o ambivalență structurală: deși înglobează tehnologia avansată necesară menținerii funcțiilor vitale, ele constituie simultan generatoare de profundă suferință psihologică. Pentru pacientul aflat în stare critică, spitalizarea în regim de urgență echivalează cu o ruptură traumatică, marcată de vulnerabilitate și dependență totală. Factorii de stres sunt multidimensionali: elemente de mediu (zgomot constant, lumină artificială), proceduri invazive, depersonalizare și impactul fiziopatologic al deliriumului sau al ventilației mecanice (Rotondi et al., 2002; Jones et al., 2010) [134; 96]. Aceste elemente pot transforma experiența spitalizării la terapie intensivă într-un eveniment cu potențial traumatic major, justificând necesitatea intervenției psihologice încă din faza acută.

Actualitatea temei se circumscrie direcțiilor teoretico-științifice ale psihologiei generale care vizează elucidarea mecanismelor cognitive și emoționale fundamentale implicate în medierea procesului de adaptare a individului la situații de stres acut și la contexte existențiale cu potențial traumatic. Această abordare este susținută de creșterea constantă a complexității cazuisticii în unitățile de terapie intensivă, unde stresul psihologic acut constituie o manifestare persistentă, alimentată de modul de interpretare a pericolului, a dependenței, izolarea socială și incertitudinea prognosticului.

Cercetarea de față pornește de la premisa că reactivitatea la acești stresori este mediată de schemele cognitive ale pacientului - structuri mentale profunde care filtrează și distorsionează interpretarea evenimentelor critice. Investigarea acestora este esențială pentru înțelegerea mecanismelor de adaptare, oferind baza teoretică pentru dezvoltarea unor intervenții psihologice personalizate, precum Programul de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), menit să atenueze sechelele psihologice ale spitalizării și să optimizeze calitatea vieții pacienților pe termen lung.

Încadrarea temei în preocupările internaționale reflectă o direcție prioritară a literaturii de specialitate contemporane, care documentează impactul psihologic sever al experienței în unitățile de terapie intensivă. Consecințele pe termen lung ale acestui context clinic au fost formalizate prin conceptul de sindrom post terapie intensivă (PICS - Post-Intensive Care

Syndrom), recunoscut astăzi ca o problemă majoră de sănătate publică (Needham et al., 2012) [118]. Sindromul post terapie intensivă înglobează tulburări fizice, cognitive și psihologice persistente mult timp după externare, afectând sever calitatea vieții supraviețuitorilor. Componenta psihologică a acestui sindrom este deosebit de îngrijorătoare, meta-analizele indicând o prevalență alarmantă la 6-12 luni post-externare: tulburare de stres posttraumatic (10% - 50), anxietate (23-48%) și depresie (12-40%) (Davydow et al., 2008; Nikayin et al., 2016) [70].

Mai mult, cercetările recente au extins această paradigmă prin conceptul de PICS-Familie (PICS-F), recunoscând că și membrii familiei dezvoltă simptome semnificative de anxietate, depresie și stres posttraumatic (Davidson et al., 2016) [69]. Acest „cerc vicios al suferinței” nu afectează doar individul, ci are un impact sever asupra capacității de reintegrare socio-profesională și a aderenței la tratamentele ulterioare, generând costuri semnificative pentru sistemul de sănătate. În acest context global, dezvoltarea și validarea unor strategii de intervenție precoce, precum Programul de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), devine un imperativ clinic pentru optimizarea recuperării și reducerea costurilor sistemice de sănătate.

La nivel național și regional (România și Republica Moldova), în contrast cu volumul cercetărilor internaționale, există o necesitate de fundamentări metodologice suplimentare privind pacientul critic. Deși psihologia clinică și psihologia sănătății au cunoscut o dezvoltare remarcabilă, cu contribuții valoroase în diverse arii (e.g., David, 2017 [2]; Holdevici și Neacșu, 2011 [9]; Losii, 2010; Calancea, 2015 [1]), studiul mecanismelor de adaptare psihologică în unitățile de terapie intensivă necesită o abordare sistematică mai amplă. Deși excelența actului medical în secțiile de terapie intensivă este aliniată standardelor europene, suportul psihologic rămâne insuficient integrat în protocoalele de îngrijire. Publicațiile autohtone sunt predominant teoretice, existând o nevoie reală de studii empirice care să analizeze interacțiunea dintre procesele cognitive și stresul acut. Discrepanța dintre volumul cercetărilor globale și stadiul literaturii naționale și regionale constituie justificarea centrală a prezentei teze, care își propune să contribuie la acest domeniu prin investigarea mecanismelor cognitive ale pacienților internați în unitățile de terapie intensivă și testarea Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI) ca model de intervenție structurată, ce poate fi adaptat și utilizat în contextul medical viitor, menit să completeze managementul clinic actual prin tehnici validate, capabile să susțină procesele adaptative ale pacienților și să ofere o bază de date necesară profesionalizării asistenței psihologice în domeniul medical.

Prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare referitoare la tema cercetării

O analiză aprofundată a literaturii de specialitate relevă o evoluție clară a cercetării, de la simpla documentare a prevalenței stresului acut la o înțelegere nuanțată a mecanismelor sale cauzale. Demersul actual se fundamentează pe trei direcții majore: identificarea factorilor de risc, dezvoltarea modelelor teoretice explicative și testarea unor strategii de intervenție specifice.

Inițial, studiile s-au axat pe factori de risc obiectivi, evidențiind că variabilele demografice (vârsta tânără, sexul feminin, istoricul psihiatric) și factorii clinici (durata șederii în ATI, severitatea bolii, ventilația mecanică și dozele mari de sedative) corelează cu rezultate psihologice negative (Wade et al., 2012) [153]. Totuși, acești factori nu explică integral eterogenitatea răspunsului adaptativ, fapt ce a deplasat focusul cercetării către procesările cognitive și experiența subiectivă a pacientului, recunoscând că stresul nu este doar un stimul extern, ci un proces mediat psihologic.

O direcție centrală în literatura ultimelor decade a fost explorarea rolului memoriei în configurarea stresului acut. Cercetările lui Jones (2001) [97] au stabilit o distincție critică între amintirile factuale și cele delirante (halucinații, coșmaruri fragmentate). S-a demonstrat că pacienții cu amintiri delirante prezintă un risc semnificativ mai ridicat de a dezvolta simptomatologie posttraumatică, deoarece aceste fragmente senzoriale nu sunt integrate într-o narațiune coerentă, rămânând sub forma unor „insule de teroare” psihică. Această bază empirică a permis aplicarea modelului cognitiv al tulburării de stres posttraumatic (TSPT), elaborat de Ehlers și Clark (2000) [73], în contextul medicinei critice. Acest cadru teoretic postulează că persistența stresului nu este cauzată de evenimentul traumatic în sine, ci este menținută de două mecanisme disfuncționale: evaluările/interpretările catastrofice ale traumei și ale sechelelor sale (ex. „nu mai sunt aceeași persoană”, „creierul meu este distrus”), precum și de strategii de autoreglare dezadaptative (ex: evitarea, ruminarea), care împiedică procesarea naturală a amintirilor. Analiza acestui model în contextul internării pacienților în unitățile de terapie intensivă, unde experiența este adesea prelungită și asociată cu amintiri fragmentate, reprezintă pilonul teoretic pe care prezenta teză îl urmărește, oferind explicația pentru care stresul acut se cronicizează în absența unei restructurări cognitive.

Pe plan aplicativ, au fost testate diverse metode de suport, precum jurnalele de terapie intensivă pentru restructurarea narativă a experienței, studiile demonstrând reducerea simptomelor posttraumatice prin oferirea unui context logic amintirilor fragmentate (Jones et al., 2010) [96]. Alte direcții au explorat beneficiile reabilitării fizice timpurii sau ale optimizării somnului. Cu toate acestea, sinteza critică a dovezilor actuale indică faptul că majoritatea intervențiilor actuale sunt punctuale și nu vizează în mod direct schemele cognitive dezadaptative profunde (Young,

2003) care funcționează ca filtre de distorsionare a realității în momente de vulnerabilitate extremă. Există, așadar, o discrepanță între volumul cercetărilor internaționale care documentează sindromul postterapie intensivă (PICS) și lipsa unor protocoale de intervenție structurate la nivel național și regional. Această lacună din literatura de specialitate justifică necesitatea dezvoltării și validării unui program structurat de intervenție, așa cum este propus în cercetarea de față prin Programul de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI). Inovația acestui program constă în abordarea preventivă și integrativă: acesta nu vizează doar reducerea simptomelor imediate, ci urmărește modificarea strategiilor de coping cognitiv-emoțional, oferind pacientului instrumentele necesare pentru a preveni cristalizarea traumei și pentru a facilita recuperarea homeostaziei psihofiziologice.

Problema de cercetare

Problema științifică fundamentală de la care pornește această lucrare constă în insuficienta cunoaștere și abordare a mecanismelor cognitive care stau la baza dezvoltării și menținerii **stresului psihologic acut** la pacienții spitalizați în unitățile de terapie intensivă. Deși este larg acceptat faptul că experiența spitalizării în regim de medicină critică reprezintă un stresor major, impactul său nu este uniform asupra pacienților. Această variabilitate indică relevanța unor factori mediatorii individuali, în special ai schemelor cognitive dezadaptative. Prin urmare, **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 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:

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.
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).
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 științifice și justificarea metodelor alese

Metodologia acestui demers se fundamentează pe un design de cercetare mixt (mixed-methods), structurat în două etape complementare: *o etapă constatativ-corelațională* - vizează identificarea și analiza relațiilor dintre schemele cognitive dezadaptative și severitatea stresului acut, respectiv a manifestărilor sale secundare (anxietatea și depresia) și *o etapă experimentală* - urmărește testarea eficacității Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI) prin design pre-test/post-test cu grup de control. Abordarea este justificată de necesitatea de a diagnostica inițial configurația psihopatologică pentru a valida ulterior soluția terapeutică propusă.

1. Sinteza fundamentului teoretic și justificarea intervenției

Arhitectura teoretică a lucrării este integrativ-strategică, îmbinând evaluarea structurilor cognitive profunde cu o intervenție focalizată pe proces, emoție și context relațional. Sinergia metodologică este justificată de complexitatea și fragilitatea pacientului din unitățile de terapie intensivă:

Paradigma cognitivă (Beck, 1976; Young, 1990) [44; 162] - este aleasă ca punct de referință pentru identificarea schemelor cognitive dezadaptative. Justificarea rezidă în capacitatea acestor modele de a explica modul în care structurile rigide de procesare, activate de mediul critic, generează și mențin manifestările stresului acut, anxietății și depresiei.

Tehnicile experiențiale - Psihodrama (Moreno, 1946) [117; 175] - au fost adaptate strategic mediului restrictiv al unităților de terapie intensivă prin utilizarea *dublului* pentru verbalizarea stărilor pre-reflexive, a *solilocviului* pentru facilitarea catharsisului emoțional și externalizării tensiunii psihice, a *warm-up-ului imageric* pentru compensarea imobilității fizice, a *surplusului de realitate* pentru proiecția în viitorul post-traumatic și a *atomului rolurilor* pentru resemnificarea identitară, vizând astfel restabilirea spontaneității și trecerea pacientului de la rolul pasiv de „victimă” la cel de subiect activ dotat cu autonomie simbolică.

Abordările sistemice și strategice (Minuchin, 1974; Watzlawick et al., 1967) [113; 158] - sunt justificate de necesitatea unei intervenții pragmatice, focalizate pe „aici și acum”, capabilă să producă schimbări rapide în sistemul de percepție al pacientului critic. Integrarea principiilor din **Terapia sistemică de cuplu și familie** (Minuchin, 1974) [113] este aplicată prin prisma sistemicii individuale, lucrând cu reprezentările relaționale interne ale pacientului. Justificarea rezidă în nevoia de a reorganiza sentimentul de apartenență și suport social al individului, contracaraând izolarea senzorială și emoțională specifică secției de terapie intensivă. Prin activarea

acestor resurse relaționale, se reconstruiește matricea de siguranță necesară stabilității psihice. Implementarea **Psihoterapiei scurte strategice (Modelul de la Palo Alto; Watzlawick et al., 1967)** [158] este esențială pentru gestionarea comunicării în situații de criză. Justificarea utilizării acestui model constă în două mecanisme operative centrale: *tehnica reîncadrării/resemnificării (reframing)* - permite transmutarea semnificației simptomelor și a mediului clinic de la percepția de „amenințare vitală” la cea de „resursă de securitate/suport”, schimbarea de paradigmă cognitivă fiind vitală pentru reducerea răspunsului de stres neurofiziologic și *blocarea „soluțiilor încercate” disfuncționale* - vizează întreruperea mecanismelor de feedback negativ, precum catastrofarea sau lupta reflexă cu aparatura medicală, utilizând prescripții strategice (grounding) pentru a induce un răspuns de adaptare rapidă și funcțională la realitatea critică a spitalizării. Originalitatea demersului constă în dezactivarea și resemnificarea acestor scheme dezadaptative prin metode care transcend restructurarea cognitivă clasică, fiind adaptate limitelor temporale și fragilității fizice a pacientului din ATI. Intervenția se bazează pe:

Intervențiile în criză - utilizarea psihoterapiilor scurte asigură caracterul pragmatic și eficient al modelului SCE-ATI. Justificarea rezidă din oferirea unui protocol de stabilizare rapidă, directiv și focalizat strict pe resurse, esențial în gestionarea stărilor de criză specifice pacienților internați în stare critică.

Caracterul integrativ - strategic este justificat de sinergia dintre planul cognitiv (evaluarea schemelor dezadaptative), cel emoțional - experiențial (metodele psihodramatice) și cel relațional (intervenția sistemică), în timp ce valența strategică rezidă în orientarea pragmatică spre soluționarea crizei psihologice imediate prin micro-intervenții distributive. Această structură permite o adaptare dinamică la realitatea clinică a secțiilor de terapie intensivă, transformând setting-ul terapeutic dintr-un cadru rigid într-un proces flexibil de resemnificare a traumei și activare a resurselor de autoreglare ale pacientului.

2. Metode empirice de colectare a datelor și justificarea instrumentariului

Pentru evaluarea variabilelor vizate în obiectivele cercetării, s-a utilizat un instrumentariu de psihodiagnostic validat științific și multidimensional. Motivația alegerii acestor variabile rezidă în investigarea lanțului cauzal al suferinței pacienților spitalizați la terapie intensivă, în care schemele cognitive dezadaptative (variabile independente de profunzime, provenite din vulnerabilitatea ontologică a pacientului și activate de mediul critic) sunt operaționalizate și măsurate prin mecanismele de coping cognitiv-emoțional disfuncționale (variabile mediatore de proces evaluate prin CERQ, ex: catastrofarea ca expresie a fricii de moarte), generând astfel

intensitatea stresului acut, a anxietății și a depresiei (variabile dependente de rezultat clinic măsurate prin STAI-Y și DASS-21R, ex: anxietatea ca stare - ca răspuns la fragilitatea percepută).

Acest mecanism integrat justifică necesitatea unei evaluări riguroase a pacientului critic prin următoarele instrumente:

A. Instrumente de diagnosticare cantitative:

Evaluarea procesării cognitive prin Chestionarul de evaluare a copingului cognitiv-emoțional CERQ - (Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, p., 2002)[81] - justificat pentru a măsura strategiile de coping cognitiv-emoțional (adaptative sau dezadaptative) ca formă de manifestare a schemelor profunde în fața stresorilor din terapie intensivă.

Evaluarea stărilor afective prin Scalele de Depresie, Anxietate și Stres DASS-21R (Depression Anxiety Stress Scales; DASS; Lovibond Lovibond, 1995) [109] - ales pentru capacitatea de a evalua concomitent tensiunea specifică stresului acut și manifestările secundare (anxietate, depresie).

Măsurarea vulnerabilității prin Inventarele de măsurare Anxietate Stare - Trăsătură (STAI - State - Trait Anxiety Inventory: Form: STAY -Y; Spielbergel et al, 1983 [146] - justificate de nevoia de a diferenția reacția emoțională tranzitorie (anxietatea ca stare) de predispoziția generală a subiectului (anxietatea ca trăsătură), servind ca variabilă de control.

Fișa de date socio-demografice și clinice (Anexa 5): colectează datele privind vârsta, sexul, nivelul de studii, mediul de proveniență și date clinice relevante (diagnosticul la internare, durata spitalizării în ATI), necesare pentru analiza factorilor moderatori.

B. Instrumente de diagnosticare calitative:

Interviul tematic semi-structurat componenta calitativă (Anexa 6) - explorează percepția subiectivă asupra bolii, reprezentările sistemice ale pacientului și impactul emoțional al mediului de terapie intensivă, permițând colectarea unor date bogate descriptiv, care completează scorurile obținute la testele cantitative.

Observația clinică (Anexa 8) - înregistrează reacțiile non-verbale și a dinamica experiențială în timpul tehnicilor de psihodramă.

3. Metode de analiză a datelor:

Justificarea metodelor de prelucrare a datelor rezidă în rigoarea necesară validării ipotezelor:

Analiza statistico-matematică (IBM SPSS v.21) - include analiza frecvențelor, statistici descriptive (media, abaterea standard) pentru profilul eșantionului, verificarea ipotezelor prin: *coeficientul de corelație Spearman* - identifică și analizează relațiile dintre schemele cognitive dezadaptative și severitatea stresului acut (H1), *testul t pentru eșantioane independente* - comparare mediile scorurilor obținute de grupul experimental față de grupul de control, *analiza de*

varianță (Testul ANOVA) - determină existența unor diferențe semnificative statistice între multiple categorii de variabile (ex. factori socio-demografici sau clinici) și nivelul manifestărilor stresului, *testul non-parametric Wilcoxon* - evaluează semnificația diferențelor dintre momentele pre-test și post-test în cadrul grupului experimental, validând eficacitatea programului SCE-ATI (H3).

Analiza calitativă - s-a utilizat analiza tematică de conținut a interviurilor (Anexa 7), coroborată cu observația clinică (Anexa 8) și metoda studiului de caz. Justificarea abordării calitative constă în necesitatea surprinderii nuanțelor fenomenologice ale resemnificării traumei, inaccesibile exclusiv prin metodele cantitative.

Noutatea științifică

Prezentul studiu reprezintă un demers inovator în spațiul academic românesc, investigând sistematic și validând empiric un model integrativ-strategic al manifestărilor stresului acut la pacienții internați în secția de terapie intensivă. Elementul de originalitate 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.

Importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării

Importanța teoretică - fundamentarea unui model explicativ privind rolul predictor al schemelor cognitive dezadaptative în dinamica stresului acut la pacienții internați în secții de terapie intensivă. Cercetarea aduce o contribuție originală literaturii de specialitate prin datele empirice despre interdependența dintre structurile cognitive profunde (variabile independente) și mecanismele de adaptare în situații-limită (variabile mediatore). Rezultatele extind astfel cunoașterea psihologică privind procesarea informației și funcționarea schemelor cognitive în condiții de amenințare vitală.

Valoarea aplicativă - reiese din proiectarea și validarea Programului 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 confirmă eficiența individualizării suportului psihologic în raport cu limitele fiziologice și nevoile psiho-emoționale ale pacienților critici. Lucrarea fundamentează astfel necesitatea integrării suportului psihologic

ca standard de îngrijire pentru optimizarea rezilienței în situații de stres major.

Aprobarea rezultatelor - rezultatele cercetării au fost validate și diseminate în comunitatea științifică prin publicarea a 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, asigurând astfel o evaluare peer-review și o largă recunoaștere a contribuțiilor aduse.

Sumarul lucrării

Lucrarea este structurată în trei capitole, precedate de o introducere și urmate de concluzii generale, recomandări, bibliografie și anexe.

Introducerea argumentează actualitatea și importanța temei, definește problema de cercetare, scopul, obiectivele și ipotezele, prezintă suportul teoretico-metodologic, noutatea științifică și valoarea lucrării.

Capitolul 1, *Orientări teoretico-empirice în studiul particularităților schemelor cognitive și ale stresului acut la pacienții spitalizați în terapie intensivă* - investighează mecanismele de formare a acestor structuri ca factori de vulnerabilitate psihologică, evidențiind interdependența dintre tiparele cognitive preexistente și răspunsul emoțional la trauma spitalizării.

Capitolul 2, *Analiza empirică a schemelor cognitive și a manifestărilor stresului acut la pacienții spitalizați în unitățile de terapie intensivă* - detaliază metodologia etapei constatative a cercetării, prezentând designul psihodiagnostic, caracteristicile eșantionului și proprietățile psihometrice ale instrumentelor utilizate (CERQ, STAI-Y, DASS-21R). Analiza corelațională a datelor fundamentează empiric ipotezele cercetării, explorând relația dintre strategiile de coping (ca operaționalizare a schemelor) și manifestările clinice ale stresului, anxietății și depresiei.

Capitolul 3, *Diminuarea stresului acut la pacienții spitalizați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă prin facilitarea copingului cognitiv-emoțional și modificarea schemelor cognitive dezadaptative* - constituie nucleul experimental-aplicativ al tezei, descriind implementarea Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI). Acesta evaluează eficacitatea tehnicilor integrativ-strategice și psihodramatice în reducerea stresului acut prin optimizarea copingului, validând impactul clinic al resemnificării experienței critice.

Concluziile generale și recomandări incluse la finalul tezei sintetizează rezultatele obținute, oferind soluții practice pentru facilitarea autoreglării pacienților. Sunt analizate limitele metodologice și propuse noi direcții de cercetare privind dinamica proceselor adaptative în medicina critică.

1. ORIENTĂRI TEORETICO-EMPIRICE ÎN STUDIUL PARTICULARITĂȚILOR SCHEMELOR COGNITIVE ȘI ALE STRESULUI ACUT LA PACIENȚII SPITALIZAȚI ÎN TERAPIE INTENSIVĂ

1.1. Repere conceptuale ale schemelor cognitive și analiza mecanismelor de vulnerabilitate psihologică la stresul acut prin prisma strategiilor de reglare cognitiv-emoțională

Actualitatea studierii mecanismelor și particularităților schemelor cognitive și a dinamicii stresului acut rezidă în descoperirile recente ale neuroștiințelor cognitive, care demonstrează interdependența indisolubilă între structurile mentale și răspunsul adaptativ al organismului uman. În psihologia generală, schemele cognitive sunt definite ca structuri mentale profunde, dar flexibile, dezvoltate pe baza experiențelor individuale, care ghidează procesarea informației, influențează percepția, interpretarea și reacțiile emoționale și comportamentale ale unei persoane la diverse situații de viață [20; 44]. Acestea sunt adesea automate și contribuie la organizarea informațiilor despre sine, ceilalți și lume, fiind esențiale atât pentru învățare, cât și pentru luarea deciziilor și interacțiunea cu mediul înconjurător. Atunci când un individ este expus unui factor de stres extrem, precum internarea într-o secție de reanimare, aceste scheme încetează să fie structuri latente și devin motorul principal al manifestării stresului acut.

Cercetările contemporane au adus în prim-plan baza neurobiologică a acestor structuri, modelul propus de Geoffroy (2013) demonstrând că nivelurile ridicate de cortizol sunt asociate cu o activare masivă a amigdalei și a schemelor negative de supraviețuire. Acest fenomen explică de ce, în faza acută a traumei medicale, pacienții prezintă o rigiditate cognitivă severă și o incapacitate temporară de a integra informații noi, liniștitoare [39].

În opinia noastră, această „înghețare” cognitivă descrisă de Geoffroy nu reprezintă doar un eșec al procesării informației, ci o strategie arhaică de protecție. În contextul terapiei intensive, unde stimulii sunt invazivi și imprevizibili, aparatul psihic „se refugiază” în schemele cele mai vechi și mai stabile, schemele dezadaptative timpurii (EMS), deoarece acestea oferă o explicație rapidă, deși disfuncțională, pentru suferința resimțită. Considerăm că tocmai această rigiditate bio-cognitivă explică de ce intervențiile pur raționale eșuează adesea la patul bolnavului critic: schema negativă blochează neurobiologic accesul la logica neocorticală.

Totodată, noi perspective au apărut prin integrarea modelului în Terapia acceptării și angajamentului (ACT), unde Hayes și colaboratorii (2016) susțin că evitarea experiențelor emoționale negative menține schemele dezadaptative [84]. O dezvoltare recentă semnificativă este Terapia schemelor emoționale propusă de Leahy (2019), care se concentrează pe modul în care interpretarea propriilor emoții influențează sănătatea mentală, arătând că persoanele care consideră

emoțiile negative ca fiind periculoase sunt mult mai predispuse la patologii afective [87]. Impactul acestor structuri asupra sănătății mentale este confirmat de studii recente, precum cele ale lui Edwards și colaboratorii (2021), care subliniază corelația directă între schemele emoționale dezadaptative și dezvoltarea tulburărilor psihologice precum depresia și anxietatea [107].

Analizând contribuția lui Leahy [87] raportat la mediul de terapie intensivă, susținem că pacienții internați de urgență nu suferă doar din cauza durerii fizice, ci și din cauza „metacogniției durerii” - adică a fricii de propria lor frică. Dacă un pacient interpretează anxietatea ca fiind un semn al morții iminente (schemă de vulnerabilitate), stresul acut devine un proces autoîntreținut, independent de evoluția medicală reală. Din această perspectivă, stresul acut nu este interpretat doar ca o reacție emoțională tranzitorie, ci ca o stare de hiperexcitație cognitivă unde schemele dezadaptative, în special cele din domeniul vulnerabilității la rău sau al neajutorării, preiau controlul executiv asupra modului în care pacientul evaluează propria supraviețuire și mediul spitalicesc [87; 107].

Evoluția conceptului de schemă, de la „triada cognitivă” a lui Aaron T. Beck (1967) la modelul multidimensional al lui Jeffrey Young (1990), oferă fundamentul epistemologic pentru înțelegerea particularităților din titlul prezentei cercetări. În contextul teoriei depresiei (1967), Beck menționează faptul că gândirea disfuncțională joacă un rol central în dezvoltarea și menținerea tulburărilor emoționale, introducând conceptul de triadă cognitivă - o viziune negativă asupra sinelui, lumii și viitorului care determină o interpretare distorsionată a realității [45]. Ulterior, acesta (1976) a extins această teorie în cadrul terapiei cognitive, stabilind că vulnerabilitatea la anxietate și depresie este rezultatul unor distorsiuni cognitive sistematice, cum ar fi gândirea catastrofică sau abstractizarea selectivă, care se accentuează dramatic sub presiunea unui stresor acut [44; 45]. Jeffrey Young (1990) a nuanțat această viziune prin introducerea schemelor cognitive dezadaptative timpurii (Early Maladaptive Schemas - EMS), definindu-le ca tipare cognitive și emoționale rezistente la schimbare, formate în ontogeneza timpurie ca răspuns la nevoile emoționale fundamentale neîmplinite [162]. Young a identificat 18 scheme dezadaptative care afectează profund modul în care adulții percep relațiile interpersonale și evenimentele critice de viață. În contextul bolii critice, acestea sunt activate automat, transformând stresul fiziologic într-o criză identitară profundă [46; 162]. Acestea sunt 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/instabilitate, neîncredere/abuz, deprivare emoțională, deficiență/rușine și izolare socială. Considerăm că acest domeniu este cel mai sever afectat de protocolul de izolare din terapie intensivă. Pacientul nu suferă doar de singurătate, ci de o reconfirmare ontologică a schemei de abandon, absența familiei

este interpretată nu ca necesitate medicală, ci ca o validare a lipsei de valoare personală, generând o prăbușire a resurselor de luptă.

2. *Domeniul autonomie și performanță deficitară* - cuprinde dependență/incompetență, vulnerabilitate la rău sau boală, îngrădire/sine nedezvoltat și eșec. În opinia noastră, imobilizarea la pat și dependența totală de aparate activează violent acest domeniu. Stresul acut este aici rezultatul paradoxului dintre nevoia de control și realitatea neputinței fizice, ceea ce explică scorurile ridicate la subscala de anxietate ca stare (STAI-Y1).

3. *Domeniul limite deficitare* - include îndreptățire/grandiozitate și autocontrol/autodisciplină insuficientă. Acești pacienți tind să prezinte o complianță scăzută, interpretând regulile spitalicești ca pe o agresiune asupra propriei libertăți, ceea ce duce la conflicte cu personalul medical și la o escaladare a tensiunii psihice [12; 94].

4. *Domeniul orientare către ceilalți* - include subjugare, sacrificiu de sine și căutarea aprobării/recunoașterii. Susținem că acești pacienți sunt „victimele tăcute” ale secțiilor de reanimare. Din dorința de a nu „deranja” personalul (sacrificiu de sine), ei tind să subraporteze durerea, fapt ce maschează severitatea stresului acut și poate întârzia intervenția medicală necesară.

5. *Domeniul vigilență excesivă și inhibiție* - cuprinde negativism/pesimism, inhibiție emoțională, standarde implacabile/hipercriticism și punitivitate. Acest domeniu alimentează direct catastrofarea (chestionarul de coping cognitiv-emoțional CERQ). Pacientul procesează orice fluctuație a monitoarelor ca pe un indicator cert al decesului iminent, blocând capacitatea cortexului prefrontal de a reevalua pozitiv situația [168].

Ulterior, împreună cu Klosko și Weishaar (2003), Young a detaliat modelul în Schema Therapy, oferind o abordare integrativă pentru restructurarea acestor tipare prin tehnici cognitive și experiențiale [46].

O barieră metodologică majoră în studiul pacienților aflați în stare critică, spitalizați în unitățile de terapie intensivă o reprezintă imposibilitatea utilizării instrumentelor extensive de evaluare a schemelor cognitive (precum Young Schema Questionnaire - YSQ), din cauza volumului mare de itemi și a cerințelor cognitive crescute pe care acestea le impun unui organism aflat în pragul epuizării fiziologice. Din acest motiv, în prezenta cercetare, am optat pentru utilizarea chestionarului de coping cognitiv-emoțional (CERQ) (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) ca instrument principal de investigare a particularităților cognitive. Justificarea acestei alegeri rezidă în faptul că strategiile de reglare cognitivă reprezintă manifestarea operativă și dinamică a schemelor latente în condiții de stres acut. Dacă schemele cognitive reprezintă

„arhitectura” vulnerabilității, strategiile de reglare (catastrofarea, ruminarea, autoblamarea) reprezintă „mecanismul de funcționare” al acestei arhitecturi în fața traumei [82].

Astfel, mecanismul procesual care face trecerea de la aceste structuri latente la simptomatologia clinică a stresului acut este reglarea cognitiv-emoțională. Un pacient care recurge la catastrofarea nu face decât să exprime, în plan procesual, o schemă profundă de vulnerabilitate la pericol, fapt ce determină o escaladare exponențială a răspunsului neurovegetativ de stres [72; 82].

În viziunea noastră, această legătură între schemă (structură) și strategie (proces) explică de ce stresul acut la pacientul critic este adesea disproporționat față de gravitatea medicală obiectivă a cazului. Considerăm că strategiile de reglare evaluate prin chestionarul de coping cognitiv-emoțional CERQ funcționează ca un „amplificator de semnal”: o schemă de deficiență va „hrăni” strategia de autoblamare, transformând o procedură medicală de rutină într-o confirmare a eșecului personal. Astfel, stresul nu mai este un răspuns la boală, ci un răspuns la semnificația pe care schema o atribuie bolii.

Această dimensiune experiențială a fost extinsă prin integrarea unor metode care transcend cadrul pur cognitiv, apelând la dinamica acțiunii.

În acest sens, psihodrama (Moreno, 1946) fundamentează teoretic utilizarea unor tehnici precum dublul, solilocviul, atomul rolurilor sau schimbul de rol, adaptate fragilității fizice a pacientului [117; 175]. Scopul acestora este facilitarea unui catharsis emoțional și a unei procesări simbolice a traumei, permițând pacientului să externalizeze tensiunea psihică și să renegocieze semnificația schemelor activate în timpul crizei medicale.

Direcția a fost continuată de Judith S. Beck (2011), care a popularizat utilizarea restrukturării cognitive pentru modificarea modelelor de gândire disfuncționale [163] și de Arntz și Jacob (2012), care au demonstrat modul în care schemele, precum cea de abandon, modelează stilurile de atașament și comportamentele de dependență emoțională [48].

În spațiul academic românesc, studiul schemelor cognitive a fost marcat de contribuțiile lui Daniel David (2006, 2017), care a adaptat și validat științific modelele lui Beck și Young, subliniind că schemele sunt structuri fundamentale ale gândirii care influențează reacția emoțională, subliniind importanța identificării și modificării celor dezadaptative în situații de criză [1; 2]. Mugur Ciumăgeanu a oferit o punte între abordările cognitiv-comportamentale și psihoterapia bazată pe experiențe și emoții. Inspirându-se din modelele propuse de Jeffrey Young și alți teoreticieni, a definit schemele cognitive ca structuri inconștiente care se activează automat în condiții de stres, consolidând astfel utilitatea terapiei schemelor în practica clinică. El clasifică schemele în categorii esențiale, precum abandonul, neajutorarea, defectivitatea sau vulnerabilitatea

la vătămare, explicând cum acestea declanșează reacții disproporționate ce afectează calitatea vieții [12; 94]. Analizând contribuțiile lui Mărineanu [13;14] în raport cu mediul de terapie intensivă, susținem că propunerea sa de abordare integrativă, prin combinarea tehnicilor de restructurare cognitivă (schimbarea convingerilor iraționale) cu intervențiile experiențiale (imaginația ghidată și rescrierea scenariilor trecutului), elementele psihodinamice și tehnicile comportamentale este singura cale viabilă pentru un pacient imobilizat, schemele atribuind semnificație evenimentelor [13], iar în terapie intensivă, această semnificație poate oscila între lupta pentru viață și resemnarea în fața morții, în funcție de flexibilitatea acestor structuri bazale. În opinia noastră, *rescrierea scenariilor trecutului* nu este un lux teoretic, ci o necesitate clinică atunci când schema de vulnerabilitate *îngheață* pacientul într-un prezent terifiant.

Dincolo de viziunea individuală asupra schemelor, demersul integrativ se îmbogățește prin aportul terapiilor scurte sistemice. Conform modelului de la Palo Alto (Watzlawick et al., 1967), schemele nu funcționează doar ca fișiere interne, ci ca hărți de interacțiune cu mediul [158]. În situații de urgență, când timpul este limitat, intervenția nu vizează doar restructurarea de profunzime, ci utilizează tehnica reîncadrării (reframing) pentru a transmuta percepția simptomului de la *amenințare* la *resursă de supraviețuire*. Această perspectivă este completată de sistemica individuală (Minuchin, 1974), care privește schemele ca reprezentări relaționale interne ce pot fi reorganizate pentru a restaura sentimentul de suport și apartenență [113].

Viziunea integrativă este susținută și în lucrarea fundamentală a lui Young și colaboratorii, disponibilă în limba română prin traducerea Claudiei Găgeanu (2015), unde se evidențiază faptul că terapia centrată pe scheme combină multiple tehnici pentru a modifica tiparele dezadaptative și pentru a trata tulburările emoționale și relaționale complexe [117; 175].

În aceeași notă, lucrările semnate de Simona Adam subliniază că celor 18 scheme propuse de Young le sunt asociate emoții puternice care, odată activate de evenimente ce pun viața în pericol, pot duce la stări acute de frică, tristețe sau furie [94; 168].

Schema Therapy menționează că unii indivizi pot dezvolta modele disfuncționale de credințe și percepții inutile despre lume și despre ei înșiși [168], arătând că aceste modele cognitive dezadaptative timpurii stau la baza reacțiilor psihologice care s-au dezvoltat de-a lungul existenței noastre. Din această perspectivă, schemele cognitive sunt împărțite în domenii distincte, precum: abandonarea/instabilitatea, neîncrederea/abuzul, inhibiția emoțională, deficiența/rușinea, izolarea/alienarea socială, dependența/incompetența, vulnerabilitatea la vătămare sau boală, îngrădirea/sinele nedevelopat, eșecul, îndreptățirea/grandiozitatea, autodisciplina insuficientă, autocontrolul/subjugarea, căutarea aprobării, negativitatea/pesimismul, standardele implacabile și punitivitatea. La adulți, aceste scheme cognitive dezadaptative precece sunt declanșate de

evenimente care pun viața în pericol, cum ar fi diagnosticul unei boli grave, și pot duce la dezvoltarea emoțiilor precum frica, tristețea, furia sau rușinea [46; 18; 94].

În opinia noastră, „declanșarea” descrisă de Young în cazul bolilor grave [46] reprezintă momentul în care schema încetează să mai fie o trăsătură de personalitate și devine o barieră în calea supraviețuirii. Analizând impactul diagnosticului de boală critică, susținem că acesta funcționează ca un „test de stres” pentru arhitectura mentală: dacă un pacient posedă o schemă de Instabilitate, el nu va procesa diagnosticul ca pe o problemă medicală rezolvabilă, ci ca pe o dovadă a prăbușirii bazei de siguranță.

Considerăm că forța emoțiilor descrise de Simona Adam [168] (furia sau tristețea acută) este direct proporțională cu gradul de validare pe care boala îl aduce schemei latente. Din acest motiv, stresul acut în ATI nu este doar o reacție la durere, ci o reacție la confirmarea celor mai profunde temeri existențiale ale pacientului.

Vulnerabilitatea la stres, conceptualizată de Ingram & Luxton (2005) ca o susceptibilitate cognitivă ce mediază relația dintre eveniment și simptom, explică de ce manifestarea stresului acut prezintă o variabilitate interindividuală atât de mare în mediul clinic al terapiei intensive [91]. Pentru pacienții a căror arhitectură mentală include scheme rigide, stresul acut devine un cerc vicios autoîntreținut: interpretarea distorsionată a stimulilor (zgomotul aparaturii, imobilizarea) activează schema de amenințare, care la rândul ei amplifică stresul acut prin hiperactivarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA) [20; 58; 106].

Studiile lui Cuenca și Hall (2017) și Edwards (2021) subliniază că pacienții cu scheme cognitive rigide și negative sunt mai predispuși la delirul de reanimare, episoadele depresive reactive și instalarea ulterioară a tulburării de stres posttraumatic (PTSD) [58; 102; 107]. În opinia noastră, această „biologizare” a schemei reprezintă punctul critic al traumei în terapie intensivă. Susținem că axa hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA) nu reacționează la boala în sine ca entitate biologică, ci la semnificația de pericol iminent pe care schema de vulnerabilitate o atribuie contextului. În absența unei intervenții de resemnificare, pacientul rămâne blocat într-o stare de „alertă toxică”, unde cortizolul eliberat masiv nu mai servește adaptării, ci devine un agent de eroziune a resurselor psihice, grăbind instalarea stadiului de epuizare [20; 139]. Mai mult, la pacienții cu dizabilități sau limitări motorii severe, schemele de tip *sunt o povară* se suprapun peste trauma imobilizării, dublând intensitatea stresului acut și crescând riscul de disociere [8; 168].

Dimensiunea sistemică a vulnerabilității este nuanțată și de contextul relațional; studiile realizate de Lazăr et al. (2022) și Beesley et al. (2018) evidențiază că stresul acut este alimentat transversal de anxietatea rudelor sau de epuizarea personalului medical, schemele de abandon fiind validate de izolare [50; 105]. Considerăm că, acest aspect este crucial: stresul în ATI nu este un

fenomen izolat în mintea pacientului, ci un câmp emoțional partajat. Considerăm că atunci când personalul medical este epuizat (burnout), interacțiunile devin mecanice, ceea ce „validează” schemele de deprivare emoțională sau izolare ale pacientului. Astfel, mediul spitalicesc nu este doar decorul traumei, ci un agent activ care confirmă cele mai sumbre așteptări cognitive ale individului [50; 105].

Legătura dintre aceste structuri profunde și simptomatologia clinică este mediată direct de mecanismele de reglare cognitiv-emoțională. Garnefski, Kraaij și Spinhoven (2001), creatorii chestionarului CERQ, susțin că reglarea emoțională reprezintă latura cognitivă a gestionării informațiilor care induc emoții, fiind procesul prin care individul încearcă să modifice trăirile subiective [82]. În acest context, schemele cognitive dezadaptative funcționează ca predictorii pentru alegerea strategiilor de reglare: prezența schemelor disfuncționale tinde să activeze strategii de reglare negative (catastrofarea, ruminarea, autoblamarea), blocând accesul la strategii adaptative (reevaluarea pozitivă). Analizând această corelație, susținem că chestionarul de coping cognitiv-emoțional CERQ nu măsoară doar niște stiluri de gândire, ci „vocea activă” a schemelor în plină criză. În viziunea noastră, vulnerabilitatea descrisă de Young [162] se manifestă în timp real prin modul în care pacienții utilizează aceste strategii pentru a procesa trauma sau boala critică [72; 82]. Această combinație crește semnificativ riscul de manifestări clinice precum stresul acut sever sau anxietatea generalizată [33; 102] și poate afecta procesele fiziologice prin activarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA)[20; 106]. În condițiile unei percepții cognitive deformate, reacția fiziologică devine patologică, generând atacuri de panică, disociere și delir [20; 71; 102]. Astfel, stresul nu este criza, este un eveniment care declanșează o reacție nespecifică de apărare a organismului [143]. Holdevici (2006) subliniază că nivelul de stres acut depinde de congruența dintre schema cognitivă internă și realitatea externă percepută, distorsiunile reflectând o organizare internă profundă a psihicului care duce la vulnerabilitate accentuată [9]. Considerăm că înghețarea pacientului într-o realitate internă terifiantă după expunerea la un traumatism sever, precum boala critică care activează aceste scheme anterior latente, după cum menționează Holdevici [9], este punctul în care psihodrama trebuie să intervină. Deoarece logica verbală este blocată de stresul acut, tehnica simbolizării îi permite pacientului să treacă de la rolul de *victimă pasivă* a aparatelor la cel de *subiect activ* al propriei recuperări [117; 175]. Cercetările derulate de Brînza și Țurcanu (2021) atrag atenția că lipsa unor strategii funcționale de reglare emoțională (CERQ) duce la menținerea unui nivel cronic de stres [30].

Această dovadă a generalizării mecanismelor cognitive disfuncționale este vizibilă și la rudele pacienților (Beesley et al., 2018) [50] și este exacerbată de contextul de criză sanitară; studiile realizate pe personalul medical (Lazăr et al., 2022) confirmă prevalența simptomelor de

anxietate și PTSD în rândul echipei, presiune ce poate influența indirect pacienții prin transfer emoțional [105]. Observația subliniază caracterul contagios al stresului acut în unitățile de primiri urgențe. Considerăm că schemele de abandon ale pacientului sunt validate involuntar de un personal medical aflat în burnout, care, prin distanțare emoțională (ca mecanism de auto-protecție), confirmă pacientului percepția de izolare/alienare socială. Astfel, intervenția psihologică trebuie să vizeze nu doar restructurarea cognitivă a individului, ci și securizarea relațională a întregului sistem [20; 105].

Evaluarea acestor particularități ale schemelor cognitive și ale stresului acut, realizată atât prin chestionare (DASS-21R, STAI-Y1, STAI-Y2), cât și prin observarea comportamentului nonverbal [33; 102], contribuie la dezvoltarea unor intervenții psihologice personalizate centrate pe reconectarea emoțională și siguranța relațională [30].

Deși termenul *schemă* își are rădăcinile în filosofia lui Kant (1781) [20], utilitatea sa modernă este demonstrată de rolul central în menținerea unor patologii complexe, inclusiv tulburarea acută de stres (Riso Lawrence) [130]. Potrivit lui Farrel și colaboratorii, această vulnerabilitate cognitivă explică de ce pacienții cu boli grave tind să dezvolte stări depresive și un nivel ridicat de stres, modul în care un individ evaluează o situație critică fiind strict determinat de aceste filtre mentale preexistente [77; 163; 144].

Analizând ansamblul acestor contribuții teoretice, susținem că stresul acut în ATI nu este un eveniment, ci un proces interpretativ. Dacă boala critică este *textul*, schemele cognitive sunt *gramatica* prin care pacientul traduce acest text.

În viziunea noastră, utilizarea scalelor STAI-Y și DASS-21R în paralel cu CERQ ne permite să vizualizăm exact unde se produce ruptura: STAI-Y2 indică vulnerabilitatea structurală, CERQ indică eșecul procesării, iar DASS-21R cuantifică rezultatul clinic al acestui eșec (anxietate, depresie, stres). Această corelare metodologică este esențială pentru a trece de la o simplă descriere a simptomelor la o înțelegere a mecanismului cauzal [23; 25; 26; 61; 130].

În concluzie, analiza situației în domeniul cercetării demonstrează că studiul particularităților schemelor cognitive este pilonul central în explicarea manifestării stresului acut. Fundamentarea teoretică prezentată justifică pe deplin alegerea instrumentelor de măsură, demonstrând că acestea nu sunt independente, ci măsoară etape diferite ale aceluiași proces psihic: vulnerabilitatea structurală (anxietatea ca trăsătură - STAI-Y2), procesul de mediere cognitivă (reglarea emoțională - CERQ) și rezultatul clinic imediat (stresul acut, anxietatea ca stare și depresia - DASS-21R și STAI-Y1).

Astfel, stresul acut este redefinit în prezenta teză ca un proces psihic activ și subiectiv, a cărui intensitate este direct proporțională cu gradul de disfuncționalitate al schemelor cognitive activate de criza medicală [11; 12; 16; 30; 61; 130; 143].

1.2 Perspective teoretice și clinice în manifestarea stresului: de la modelele biologice la specificul secției de terapie intensivă

Stresul reprezintă o reacție complexă a organismului la factori fizici, emoționali sau mentali care creează o presiune sau o solicitare excesivă asupra individului. Această reacție implică o serie de schimbări fiziologice, emoționale și comportamentale, care pot afecta atât sănătatea fizică, cât și bunăstarea psihologică a unei persoane [11; 15; 106]. În lucrarea fundamentală „Stress, appraisal, and coping” Lazarus, R.S., & Folkman, S., (1984) [106] arată faptul că pe termen scurt, stresul poate fi benefic, deoarece poate oferi o energie suplimentară și o concentrare sporită pentru a rezolva o problemă sau a face față unei situații dificile. Acesta poate stimula performanța și creșterea capacităților de adaptare. Totuși, atunci când stresul devine cronic și persistă pe o perioadă lungă de timp, poate avea consecințe negative asupra sănătății fizice și mentale. Efectele negative ale stresului cronic pot include epuizare fizică și mentală, tulburări de somn, scăderea sistemului imunitar, probleme de concentrare, anxietate, depresie și afecțiuni fizice precum boli de inimă, afecțiuni gastro-intestinale și tulburări ale sistemului endocrin. Este important de menționat că stresul poate fi declanșat de diverși factori, cum ar fi evenimente traumatiche, provocări profesionale, schimbări majore în viață, relații dificile sau probleme de sănătate. Reacția de stres implică o serie de modificări în organism pentru a face față situației percepute ca amenințătoare sau solicitantă. Aceste modificări pot include eliberarea hormonilor de stres, cum ar fi adrenalina și cortizolul, creșterea ritmului cardiac și respirației, dilatarea pupilelor, tensiunea musculară și creșterea vigilenței mentale [15; 106].

Perspectiva actuală asupra stresului este rezultatul unei convergențe de idei științifice care au evoluat de la fiziologie pură la psihologie clinică, fiind marcată de contribuțiile lui Claude Bernard, Walter B. Cannon și Hans Selye [85], așa cum subliniază David S. Goldstein și Irvin J. Kopin (2007) în eseu *Evoluția conceptelor de stres*. Punctul de plecare în studiul stresului este reprezentat de lucrările lui Claude Bernard, considerat părintele fiziologiei și fondatorul medicinei experimentale, care a introdus conceptul fundamental de *milieu intérieur (mediul intern)*, argumentând că stabilitatea vieții depinde de protejarea celulelor organismului față de variațiile externe prin schimbări compensatorii continue. Această viziune a fost ulterior rafinată de Walter B. Cannon, eminent fiziolog la Harvard Medical School. Acesta a pus bazele medicinei

psihosomatice [126], aducând o contribuție semnificativă în psihologie și medicină odată cu descoperirea răspunsului la stres în jurul anului 1915. El a studiat reacțiile de combatere și adaptare ale organismului în fața situațiilor de stres încă din anii 1920 [3; 4; 28]. Efectuând studii asupra fenomenelor de reactivitate emoțională, acesta a pus pentru prima dată în evidență reacțiile fiziologice ale organismului confruntat cu o *stare de alertă intensă*, care poate să fie determinată de panică (în urma conștientizării unui pericol iminent) sau de furie. A descoperit că organismul reacționează foarte intens la stări de alertă, printr-o serie de modificări psihofiziologice, neurovegetative și endocrinologice, care se produc simultan sau aproape simultan, manifestându-se printr-un set complex de simptome, *sindrom* pe care l-a numit *reacția de panică* [106; 126]. În 1932, Cannon, definește *răspunsul de luptă sau fugă* menționând că apare atunci când o persoană experimentează emoții foarte puternice - în special cele asociate cu o amenințare percepută. În timpul răspunsului de luptă sau de fugă, apare o activare rapidă a corpului, atât la nivelul sistemului nervos simpatic, cât și a sistemului endocrin (Figura 1.1), care ajută persoana să fie pregătită să lupte sau să fugă de amenințarea percepută [106; 126], considerând răspunsul de luptă sau de fugă ca fiind adaptativ, întrucât le permite oamenilor să se adapteze intern și extern la amenințările din mediul lor, iar astfel să continue să fie în viață și să depășească amenințarea [22; 24].

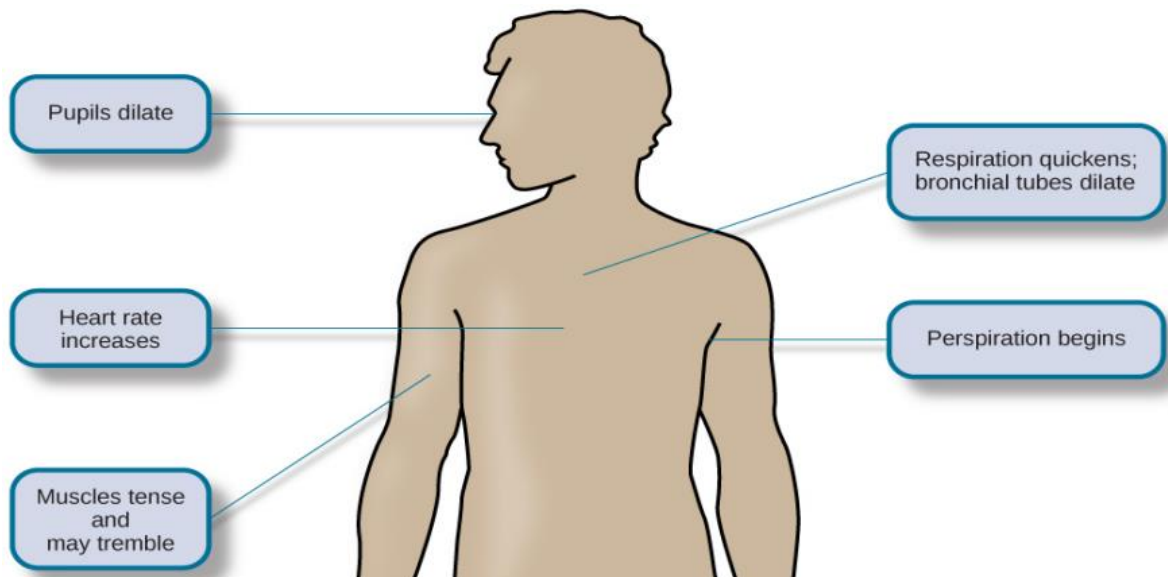


Figura 1.1. Lupta sau fuga este un răspuns fiziologic la un factor de stres (Cannon, 1932)

De asemenea, Walter B. Cannon a fost primul om de știință care a realizat un model convingător al acestei interacțiuni dintre psihic și corp, descriindu-l în cartea sa „Înțelepciunea corpului” publicată în 1932, ideea centrală fiind aceea că trupul are o „înțelepciune” inerentă, care constă într-un sistem de automonitorizare și autoreglare extrem de sensibil, cu centrul în hipotalamus, și care lucrează constant pentru a menține corpul într-o stare optimă de echilibru, armonie și stabilitate. Această stare optimă, în care toate componentele și sistemele interacționează corespunzător, a numit-o *homeostazie* [126].

Dinamica de menținere a echilibrului fiziologic este vizualizată în Figura 1.2, care detaliază modul în care hipotalamusul orchestrează răspunsul la stres prin două rute complementare, asigurând adaptarea internă și supraviețuirea individului în fața amenințărilor: *calea SAM (Sympathomedullary)* - răspunsul rapid pentru restabilirea echilibrului în situații de urgență (luptă sau fugă), cu efect în pregătirea organismului pentru acțiune prin creșterea ritmului cardiac și a presiunii arteriale, producând adrenalină și *axa HPA (hypothalamic-pituitary-adrenal)* - răspunsul de durată pentru susținerea homeostaziei în condiții de solicitare prelungită, cu efect în mobilizarea energiei (glucozei) și reglarea sistemului imunitar, producând cortizol.

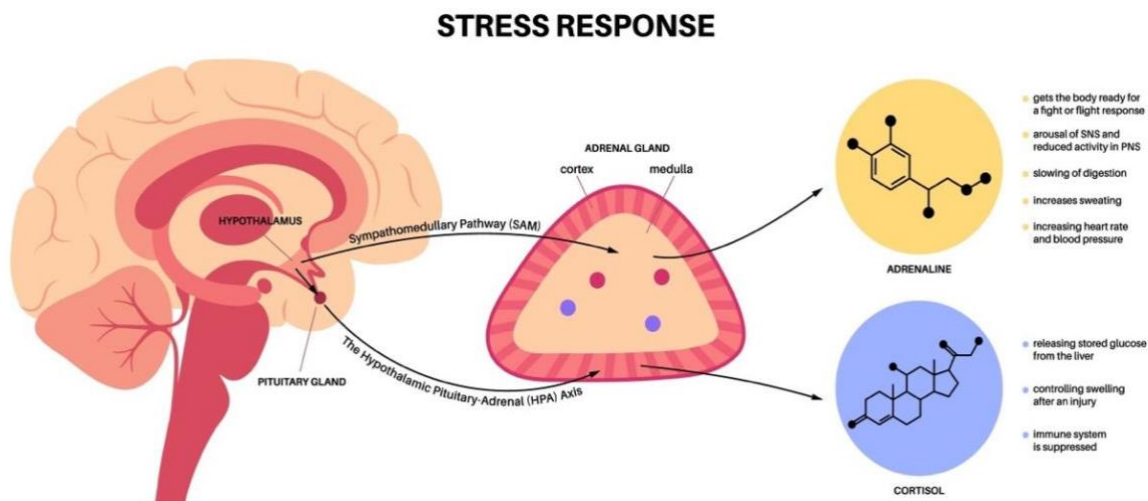


Figura 1.2. Modelul homeostaziei (W. Cannon): Arhitectura neurobiologică de autoreglare a mediului intern prin căile SAM și HPA

Ulterior, endocrinologul canadian Hans Selye, recunoscut drept „părintele stresului” a fost primul om de știință care a introdus termenul de *stres* în sens medical și științific [106; 149]. În anii 1930, Selye a început să studieze reacțiile organismului la factorii de stres și a observat că indiferent de sursa stresului (fizică, emoțională sau mentală), organismul răspunde într-un mod similar, printr-o serie de reacții fiziologice și hormonale. Hans Selye, a utilizat termenul de „stres” pentru prima dată în anul 1936, în scrisoarea către editorul revistei Nature, descriind manifestările cele mai stereotipe ale reacției generale de alarmă a organismului. Prima definiție pe care Selye a dat-o stresului a fost „*răspunsul neuroendocrin nespecific al organismului*” [149], concept dezvoltat în articolul intitulat „A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents” („Un sindrom produs de diverși agenți nocivi”), unde a prezentat conceptul de „*sindrom general de adaptare (SGA)*” [131]. Ulterior, în lucrare „Selye's guide to stress” (1980), acesta a diferențiat *stresul acut* de răspunsul total la factorii de stres aplicați cronic, denumind această din urmă stare „*sindrom de adaptare generală*” (Figura 1.3), care în literatură este cunoscut sub numele de *Sindromul Selye* [139]. Răspunsul la stres este astfel structurat în trei faze: *reacția de alarmă (RA)*, *stadiul de rezistență (SR)* și *stadiul de epuizare (SE)* [138].

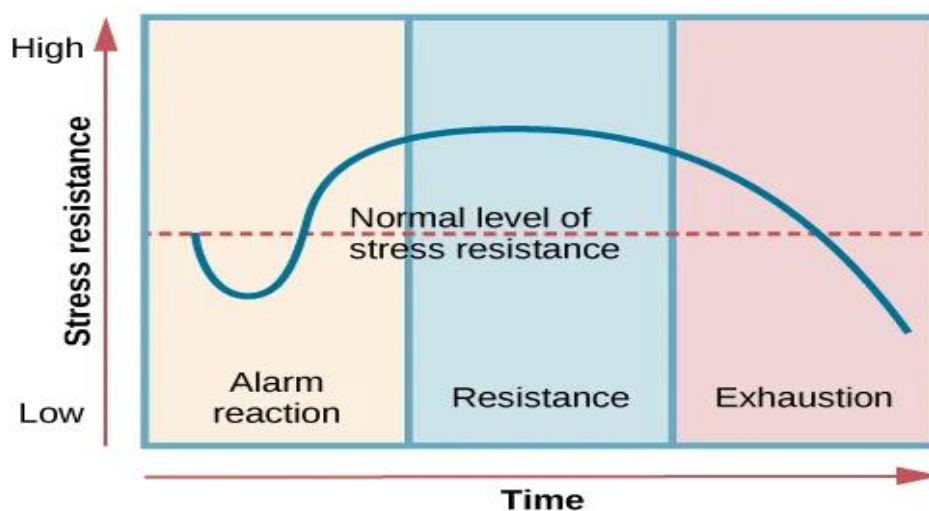


Figura 1.3 Cele trei etape ale sindromului general de adaptare al lui Selye sunt prezentate în acest grafic. Stresul prelungit duce în cele din urmă la epuizare (Selye, 1936)

Procesul reflectă efortul individului de a menține homeostazia prin rezistență, înainte de a deveni victima epuizării în fața agresorului. Astfel, stresul nu este un simplu termen psihologic, ci, mai degrabă este o stare coregrafică a evenimentelor și este întâlnit de toți indivizii în timpul unei perioade de boală [149].

În opinia noastră, deși modelele lui Cannon și Selye sunt fundamentale, ele prezintă o limitare majoră în contextul terapiei intensive: ele presupun că pacientul are posibilitatea fizică de a *lupta* sau de a *fugi*. Susținem că stresul acut în reanimare este agravat tocmai de imposibilitatea descărcării motorii a acestui răspuns biologic. Pacientul critic trăiește un „răspuns de luptă sau fugă” la nivel endocrin (cortizol crescut), dar este imobilizat fizic, fapt ce transformă energia adaptativă într-o agresiune internă asupra psihicului. Această discrepanță între activarea biologică și paralizia fizică constituie nucleul traumei psihice în terapie intensivă [15; 131].

Dincolo de modelele biologice universale, manifestarea stresului în contextul urgenței medicale trebuie analizată prin prisma teoriei intervenției în criză (Roberts, 2005; Caplan, 1964). În această viziune, stresul acut în terapie intensivă reprezintă o stare de „dezorganizare psihică” în care echilibrul homeostatic este rupt, iar mecanismele de adaptare anterioare devin inoperante [169]. Această perspectivă fundamentează necesitatea unui protocol de stabilizare rapidă, directiv și focalizat pe resurse, esențial în gestionarea stărilor de criză specifice pacienților internați în stare critică [170].

Deși în abordările clasice ale stresului se poate apela la oricare dintre conceptele menționate anterior (Cannon, Selye), acestea descriu stresul ca pe un răspuns biologic universal și automat [85]. Totuși, pentru a explica dinamica stresului acut și variabilitatea reacțiilor individuale - motivul pentru care pacienți aflați în condiții medicale identice reacționează emoțional diferit, literatura contemporană utilizează cu precădere modelul tranzacțional al stresului și al coping-ului elaborat de Richard Lazarus și Susan Folkman (1984) [106]. Modelul tranzacțional marchează o schimbare de paradigmă, definind stresul nu ca un stimul sau ca un răspuns, ci ca o tranzacție specifică între persoană și mediu. În această viziune, stresul apare doar atunci când un eveniment este evaluat cognitiv de către individ ca fiind solicitant sau periculos. Conform acestui model, copingul rezidă în efortul desfășurat la nivel cognitiv, fiziologic și comportamental pentru a reduce sau minimiza/elimina/stăpâni/tolera solicitările interne sau externe în contextul tranzacției persoană - mediu, solicitări care depășesc resursele sau posibilitățile reale personale (Folkman et al. 1986), manifestarea stresului fiind mediată de două procese esențiale: 1). Evaluarea primară: momentul în care pacientul analizează semnificația stimulului (ex: *Este periculos?*); 2). Evaluarea secundară: momentul în care individul își estimează resursele de coping (ex: *Pot face față?*). Considerăm că aici intervine rolul crucial al schemelor cognitive (Young). Susținem că schemele dezadaptative (precum vulnerabilitatea la rău sau neajutorarea) acționează ca niște *lentile deformatoare* care viciază ambele etape: amplifică amenințarea percepută și minimizează resursele de coping. Astfel, scopul descrierii simptomelor de stres acut în lucrarea de față nu este doar unul taxonomic, ci unul explicativ: simptomele clinice (anxietatea, depresia, stresul) sunt indicatorii

vizibili ai eșecului acestui proces de evaluare cognitivă [106; 162]. Astfel, modelul tranzacțional al lui Lazarus oferă mecanismul explicativ pentru modul în care vulnerabilitatea cognitivă a pacientului (schemele) viciază evaluarea resurselor, transformând stresul fiziologic într-o stare de *dezorganizare psihică* (Roberts, 2005; Caplan, 1964) [169; 170], tranzacția între persoană și mediu fiind mediată nu doar de procese cognitive individuale, ci și de dinamica sistemului în care se află pacientul și de semnificația atribuită stimulilor, aspect confirmat și de psihoterapia scurtă strategică (modelul de la Palo Alto; Watzlawick et al., 1967 [158]). În terapie intensivă, unde stresul este amplificat de izolare, tehnica de reîncadrare/resemnificare (reframing) devine un instrument teoretic central: ea permite transmutarea semnificației simptomelor și a mediului clinic de la percepția de „amenințare” la cea de *resursă/securitate*, oferind o alternativă strategică la evaluările cognitive distorsionate.

În contextul prezentei cercetări, acest model face legătura între schemele cognitive și starea clinică a pacientului. Susținem că schemele cognitive dezadaptative (Young) funcționează ca filtre care viciază ambele etape ale evaluării: amplifică percepția amenințării (evaluarea primară) și minimizează percepția resurselor proprii (evaluarea secundară). Ca urmare a acestui proces de evaluare distorsionat, stresul acut nu se manifestă ca o stare unică, ci multidimensional. În concordanță cu modelul tranzacțional și perspectiva lui Lovibond și Lovibond (1995), operaționalizăm manifestarea stresului acut în trei dimensiuni distincte, dar corelate, măsurabile prin scala DASS-21R: *anxietatea* - reflectă faza de hiperactivare fiziologică și răspunsul la amenințare; *depresia* - reflectă prăbușirea resurselor de coping și apariția deznădejdiei în fața pierderii controlului; *stresul* (tensiunea) - reflectă starea de agitație, dificultatea de relaxare și efortul adaptativ cronicizat în mediul ATI. Această structură este completată de utilizarea instrumentului STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory), care permite distincția între anxietatea ca stare (reacția tranzitorie la stresul din secția ATI) și anxietatea ca trăsătură (predispoziția constituțională a pacientului).

Această manifestare multidimensională este congruentă cu definiția lui Golu M. (2007) [7], care descrie *conceptul de stres psihic* ca disconfortul psihologic resimțit ca urmare a perturbării alchimiei, adică a echilibrului psihic interior, sub acțiunea unor factori stresori endogeni sau exogeni, caracterizat printr-o stare de tensiune, încordare sau disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimare a unor stări de motivație (trebuiețe, dorințe, aspirații) de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme [174].

Din perspectiva psihologiei generale, *stresul acut* este definit ca o reacție rapidă și intensă a organismului la un eveniment perceput ca amenințător, implicând o mobilizare sistemică a funcțiilor psihice și fiziologice. Această reacție se caracterizează prin activarea sistemului nervos

simpatic și eliberarea hormonilor de stres, precum cortizolul și adrenalina [15; 106], având scopul inițial de adaptare și supraviețuire. Totuși, în contextul medicinei critice, definiția de lucru propusă în prezenta cercetare privește *stresul acut* ca pe o stare de ruptură traumatică a echilibrului psihic, declanșată de iminența morții și de depersonalizarea indusă de mediul ATI. Această experiență transcende răspunsul biologic tranzitoriu, manifestându-se prin prăbușirea mecanismelor de coping și activarea schemelor cognitive dezadaptative, procese care împiedică integrarea coerentă a experienței de boală și pot conduce la configurarea Tulburării de stres acut (TSA).

Conform standardelor DSM-5 [38], *tulburarea de stres acut* reflectă modul în care funcțiile psihice (cogniția, afectivitatea și voința) se reorganizează sub presiunea traumei într-o fereastră temporală de 3 până la 30 de zile de la evenimentul critic. Spre deosebire de stresul acut cotidian, tulburarea de stres acut implică simptome semnificativ mai severe, grupate în cinci categorii: intruziune, dispoziție negativă, disociere, evitare și excitație [106; 170]. Pentru a îndeplini criteriile de diagnostic pentru tulburarea de stres acut, DSM-5 (p. 280-281) specifică următoarele [106], [38; 76; 170]:

A. Experiența sau expunerea la un eveniment traumatic (ex. amenințare la adresa vieții, vătămare fizică gravă, violență sexuală).

B. Prezența a cel puțin nouă din următoarele simptome timp de cel puțin trei zile și până la maximum șase săptămâni după eveniment:

Simptome intruzive:

1. Intruziuni sau amintiri recurente, involuntare și neplăcute despre eveniment.
2. Vise recurente despre eveniment.
3. Reacții disociative (ex. flashback-uri) în care individul simte sau acționează ca și cum evenimentul traumatic s-ar repeta (astfel de reacții pot apărea sub forma unui quantum de intensitate, expresia cea mai gravă fiind pierderea totală a conștientizării mediului înconjurător).
4. Disconfort psihologic intens sau prelungit ori reacții fiziologice marcate, ca răspuns la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect din evenimentul traumatic.

Dispoziție negativă:

5. Incapacitate persistentă de a resimți emoții pozitive (incapacitate de a resimți bucurie, satisfacție sau sentimente de iubire).

Simptome disociative:

6. O percepere alterată a realității mediului înconjurător sau a propriei persoane (ex. individul se vede din perspectiva altuia, este dezorientat, are senzația că timpul trece încet).

7. Incapacitatea de a rememora un aspect important al evenimentului traumatic (tipic din cauza amneziei disociative și nu din cauza altor factori cum ar fi un traumatism cranian, consumul de alcool sau droguri).

Simptome de evitare:

8. Eforturi pentru a evita amintirile, gândurile sau sentimentele neplăcute despre evenimentul traumatic sau strâns asociate cu acestea.
9. Eforturi pentru a evita factorii externi ce reamintesc evenimentul traumatic (persoane, locuri, conversații, activități, obiecte, situații), care stârnesc amintiri, gânduri sau sentimente neplăcute despre evenimentul traumatic sau strâns legate de acestea.

Tulburări de excitație:

10. Tulburări ale somnului (ex. dificultăți de a adormi sau de a rămâne adormit, somn agitat).
11. Comportament iritabil și răbufniri de furie (declanșat de provocări minime sau în absența provocării), exprimate în mod tipic prin agresiune fizică sau verbală direcționată către oameni sau obiecte.
12. Stare de alertă crescută (ex. hipervigilență).
13. Dificultăți de concentrare.
14. Răspuns exagerat de tresărire.

C. Durata perturbărilor (simptomele de la Criteriul B) este de minimum 3 zile și maxim o lună după expunerea la traumă.

Notă: În mod tipic, simptomele apar imediat după traumă, dar este necesară persistența lor cel puțin 3 zile și cel mult o lună pentru a întruni criteriile tulburării.

D. Perturbarea cauzează disconfort sau deficit semnificativ clinic în sfera socială, profesională sau alte domenii importante de funcționare.

E. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe (ex. medicamente sau alcool) sau altei afecțiuni medicale (ex. traumatism cerebral ușor) și nu poate fi explicată mai bine prin tulburarea psihotică de scurtă durată.

Distincția între tulburarea de stres acut (TSA) și tulburarea de stres post-traumatic (PTSD) este esențială sub aspect clinic: în timp ce tulburarea de stres acut descrie reacția acută imediată, tulburarea de stres post-traumatic este confirmată doar dacă simptomatologia persistă peste o lună de la trauma inițială [169]. Tulburarea de stres acut servește frecvent ca un predictor major pentru tulburarea de stres post-traumatic, acesta din urmă incluzând suplimentar simptome depresive, sentimente de izolare și modificări negative ale imaginii de sine [55; 169].

Spre deosebire de abordarea taxonomică a DSM-5, Psihodrama (Moreno, 1946) oferă o perspectivă experiențială, definind stresul acut în terapie intensivă ca o blocare a spontaneității și

a capacității de acțiune a eului [117; 175]. Deoarece pacientul critic nu se poate exprima prin mișcare, considerăm că procesele descrise de DSM-5 (precum intruziunea și disocierea) sunt încercări disperate ale eului fragmentat de a procesa o realitate de neacceptat. În viziunea noastră, utilizarea tehnicilor de acțiune simbolică la patul bolnavului, precum dublul (verbalizarea trăirilor nespuse ale pacientului de către terapeut) sau solilocviul (dialogul interior rostit cu voce tare pentru a exterioriza gândurile ascunse), pentru a permite un catharsis emoțional necesar și redă pacientului un sentiment de control simbolic asupra propriei realități fragmentate, prevenind astfel cronicizarea traumei în tulburare de stres post-traumatic [117; 175].

În concluzie, manifestarea stresului acut la pacientul critic este un fenomen multidimensional, unde reacția biologică de alarmă este mediată și amplificată de filtrele cognitive preexistente. Definirea stresului în prezenta cercetare transcende astfel simplul răspuns fiziologic, fiind privit ca un proces interpretativ activ, a cărui gestionare necesită o abordare integrată, de la stabilizarea neurovegetativă la resemnificarea simbolică a traumei.

1.3 Aspecte psihologice asociate pacienților spitalizați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă

Spitalizarea în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă reprezintă una dintre cele mai stresante experiențe medicale, întrucât pacienții internați aici sunt, de regulă, în stare critică, izolați de familie și supuși unor intervenții medicale invazive. Aceștia pot prezenta o serie de simptome cognitive, emoționale și comportamentale de intensitate și frecvență variabile, în funcție de severitatea bolii, durata internării, factorii individuali și mediului de terapie intensivă în sine [29; 93; 117; 168; 175]. În acest context, este esențială diferențierea clinică între tulburarea de stres acut (TSA) și tulburarea de stres posttraumatic (PTSD).

În timp ce tulburarea de stres acut (TSA) se manifestă în fereastra imediată de 3 până la 30 de zile de la evenimentul traumatic (perioada spitalizării în ATI), diagnosticul de tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) este rezervat cazurilor în care simptomatologia persistă peste o lună de la trauma inițială [33; 92]. Descrierea detaliată a acestor simptome în prezenta lucrare nu are doar un scop taxonomic, ci unul pronostic. Susținem că identificarea precoce a indicatorilor de stres acut (precum disocierea sau hipervigilența) permite clinicianului să identifice „punctul de ruptură” al eului înainte ca acesta să se cristalizeze într-o structură post-traumatică rigidă. Astfel, simptomul nu este doar o manifestare a bolii, ci un semnal de alarmă privind eșecul mecanismelor de autoreglare, iar intervenția psihologică timpurie vizează gestionarea tabloului de stres acut pentru a preveni cronicizarea acestuia sub forma PTSD-ului [127; 175].

Simptomele cognitive includ alterări ale atenției, memoriei și procesării informațiilor, afectând semnificativ funcțiile executive. Hopkins și colaboratorii (2005) au constatat persistența acestora chiar și la doi ani post-externare [62]. Aceste deficite pot fi atribuite sedării, delirului sau hipoxemiei [33; 74]. În acest context, tulburările cognitive comune includ [115; 117; 160; 175]: Delirul - caracterizat prin confuzie, dezorientare, tulburări de atenție și de gândire. Pacienții pot prezenta halucinații, iluzii și fluctuații rapide ale stării de conștiență, putând afecta negativ rezultatele pacientului [33;135]. Este una dintre cele mai frecvente complicații cognitive acute și este asociat cu un risc crescut de morbiditate și mortalitate, dar și cu un impact negativ asupra funcționării cognitive pe termen lung [123].

Dificultăți de atenție și concentrare - probleme în menținerea atenției și concentrării, în special în mediul agitat și stresant al unității de terapie intensivă, care pot afecta capacitatea pacientului de a interacționa cu mediul și cu membrii echipei medicale [117;175].

Deficit de memorie - dificultăți în amintirea evenimentelor recente, informații sau instrucțiuni, ceea ce le poate afecta capacitatea de a se implica în deciziile referitoare la tratament și de a participa la activități de reabilitare [53;117;175].

Dificultăți în gândirea abstractă și în rezolvarea de probleme - probleme în abordarea sarcinilor care necesită gândire abstractă, planificare și rezolvare de probleme complexe, care pot afecta abilitățile cognitive superioare și capacitatea de a se angaja în activități intelectuale [10;173].

Tulburări de percepție - halucinații sau iluzii, care le pot afecta modul în care percep și interpretează informațiile senzoriale din mediul înconjurător [101].

Disfuncție executivă - dificultăți în planificarea, organizarea, luarea deciziilor și rezolvarea de probleme complexe, care le pot afecta abilitatea de a-și gestiona sarcinile de zi cu zi și de a reveni la nivelul anterior de funcționare cognitivă [101]. Din perspectiva psihodramei (Moreno, 1946), aceste fragmentări cognitive reprezintă, o pierdere a „rolului de sine” stabil. Într-un mediu depersonalizant precum terapia intensivă, pacientul își pierde capacitatea de a mai fi „regizorul” propriei vieți. Considerăm că intervenția prin tehnici de ancorare în realitate și dublu acționează ca un suport extern pentru funcțiile executive prăbușite, ajutând pacientul să reasambleze fragmentele de identitate și să dea un sens coerent stimulilor senzoriali distorsionați [117; 175].

Tulburări de limbaj și comunicare - dificultăți în exprimarea verbală și înțelegerea mesajelor echipei medicale [160].

Deficit de învățare și adaptare - dificultăți în procesul de învățare și adaptare la noile situații și recăpătarea independenței funcționale [160].

Tulburări de orientare spațială și temporală - confuzie privind locul, timpul și ordinea cronologică a evenimentelor [160].

Probleme în procesul de luare a deciziilor - afectarea capacității pacientului de a lua decizii rationale și bine fundamentate, dificultăți în evaluarea informațiilor, în analizarea opțiunilor și în identificarea consecințelor posibile [160].

Dificultăți în controlul emoțional - fluctuații ale stării de spirit, dificultăți în controlul emoțiilor și în adaptarea la situații stresante [160].

Simptomele emoționale ale pacienților spitalizați la terapie intensivă sunt rezultatul stresului psihologic și al izolării sociale, manifestându-se prin tablouri clinice complexe [117; 175]. Acestea includ:

Stresul acut - reacție intensă la traume, marcată de neliniște, insomnie, coșmaruri, hipervigilență, flashback-uri și agitație psihomotorie [117; 175].

Anxietate, frică și neliniște - îngrijorare constantă legată de prognosticul medical și incertitudinea viitorului [92; 117; 137; 175].

Iritabilitate și agitație - reactivitate exagerată la stimuli externi și dificultăți majore de relaxare [117; 127; 175].

Labilitate emoțională - fluctuații rapide ale stării de spirit, inclusiv plâns sau râs necontrolat [117; 120; 175].

Furie, frustrare și tristețe - reacții la pierderea independenței, autonomiei și la limitările fizice impuse de boală [117; 127; 137; 175].

Vinovă și rușine - sentimente legate de dependența de îngrijirea altora și incapacitatea de a-și îndeplini rolurile anterioare [117; 127; 175].

Simptome somatice - palpitații, tensiune musculară, greață și disconfort abdominal, ca răspuns fiziologic la stresul emoțional [33; 127].

Tulburări de somn și apatie - somn fragmentat și pierderea interesului pentru viață, contribuind la epuizarea generală [33; 92; 117; 127; 175].

Evitare și retragere socială - diminuarea interacțiunilor ca strategie disfuncțională de gestionare a anxietății [86; 96].

Conform modelului de la Palo Alto (Watzlawick et al., 1967), teama și retragerea socială reprezintă „soluții încercate” de pacient pentru a gestiona o realitate copleșitoare. Susținem că agitația psihomotorie și simptomele somatice pot fi abordate prin resemnificare (reframing). Aceasta presupune transformarea percepției asupra tehnologiei medicale din *instrumente de invazie* în *aliați tehnologici* care susțin funcțiile vitale pentru a permite recuperarea. Această schimbare de perspectivă reduce reactivitatea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA), facilitând tranziția de la agitație la cooperare clinică [158; 159].

Simptomele comportamentale la pacienții în stare critică pot varia în funcție de condiția individuală a pacientului și de stresul și traumele asociate terapiei intensive. Iată câteva simptome comportamentale care pot apărea la acești pacienți [117; 175]:

Agitație și agresivitate - agitație psihomotorie crescută, manifestată prin mișcări necontrolate, încercări de a se smulge de pe aparatele medicale sau de a îndepărta personalul medical, agresivitate verbală sau fizică față de personalul medical [124; 140].

Retragere socială - reducerea interacțiunilor sociale, pentru ei poate să fie dificil să se conecteze cu cei din jur și să participe la conversații sau activități sociale [40].

Comportament de evitare sau rezistență la îngrijire - rezistență la îngrijirea personală sau medicală, refuzând să primească anumite tratamente sau să coopereze cu personalul medical, datorită anxietății, fricii sau a dorinței de a avea control asupra deciziilor și propriului corp [118].

În viziunea noastră, aceste comportamente nu sunt semne de „neconformare”, ci manifestări clinice ale activării schemelor cognitive rigide. La pacienții în stare critică, aceste scheme funcționează ca modele inflexibile care condiționează reacția la mediul de terapie intensivă [5; 8]. Suferința psihologică acută, marcată de neputință, se traduce biologic prin activarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA) [159].

Cea mai frecventă problemă de sănătate mintală în descrierea unei game largi de simptome și experiențe din viața interioară este suferința psihologică fiind asociată cu simptome de depresie (pierderea interesului, frustrare și tristețe), anxietate (neliniște) și stres psihologic acut, care pot duce la schimbarea sentimentelor și comportamentului unei persoane într-un mod negativ [67]. Aceasta, poate duce la simptome fizice (insomnie, dureri de cap) și poate avea efecte adverse, chiar și în relațiile interumane [67].

Cercetări recente în teoria emoțiilor arată că schemele emoționale (conceptualizarea și convingerile individuale despre emoții) joacă un rol crucial în dirijarea proceselor emoționale [120]. Teoria schemelor emoționale este un model cognitiv social care arată convingerile de bază despre emoții și procesele emoționale și ghidează natura răspunsurilor cuiva la experiențele emoționale [8]. La pacienții în stare critică, schemele cognitive rigide funcționează ca modele inflexibile de interpretare a informațiilor, condiționând reacția la evenimentele din terapia intensivă [7]. Aceste structuri rigide contribuie la perpetuarea anxietății, depresiei și a stresului psihologic acut, amplificând temerile legate de prognostic și experiența spitalizării [116]. Abordarea acestor scheme este esențială pentru configurarea unui sprijin psihologic adecvat în contextul clinic al terapiei intensive [153].

Literatura de specialitate evidențiază că spitalizarea la terapie intensivă generează reacții psihologice intense cu risc de evoluție spre sindromul post-terapie intensivă (PICS) [23; 25; 102].

Biologic, stresul acut este mediat de axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenală (HPA), responsabilă de reglarea răspunsului neuroendocrin [159]. Pacienții raportează frecvent vulnerabilitate extremă și pierderea controlului [176], frica de mediul spitalicesc fiind strâns legată de particularitățile psihoemoționale individuale [165]. Nivelul de stres psihogen resimțit influențează critic adaptarea, manifestările clinice variind de la variante hipokinetice (stupoare disociativă) la cele hiperkinetice (agitație pronunțată) [34].

Manifestările psihologice sunt condiționate și de factori culturali, barierele lingvistice exacerbând izolarea emoțională [152], fapt ce impune adaptarea intervențiilor la particularitățile identitare ale pacientului [26].

În paralel, încărcătura emoțională afectează profund familiile, în special în contextul donării de organe, unde procesarea informației despre moartea cerebrală este îngreunată de șoc, durere și teama de mutilare [28; 128; 141]. Membrii familiei parcurg etape de la negare la acceptare, proces intensificat de imprevizibilitatea traumei [66; 150].

Scopul descrierii acestui evantai de simptome este de a demonstra că stresul acut la pacienții spitalizați la terapie intensivă este un fenomen multidimensional. Evaluarea integrată a dimensiunilor cognitive, emoționale și comportamentale permite trecerea de la o medicină a *organului bolnav* la o medicină a *persoanei în criză*. Identificarea acestor indicatori prin scalele CERQ, DASS-21R și STAI-Y fundamentează necesitatea unui suport psihologic specializat care să diminueze riscul de evoluție spre sindromul post-terapie intensivă (PICS) [23; 25; 102; 153].

1.4 Relația dintre particularitățile schemelor cognitive, operaționalizate prin strategiile de coping cognitiv-emoțional și stresul acut la pacienții internați de urgență

În arhitectura psihologică a pacientului confruntat cu iminența morții și cu mediul tehnologizat al terapiei intensive, schemele cognitive dezadaptative timpurii reprezintă structuri mnezice și perceptiv rigide care predetermină modalitatea de procesare a traumei medicale. Aceste scheme sunt tipare mentale profunde, formate în copilărie, care funcționează ca filtre prin care indivizii percep și reacționează la situațiile critice de viață [162; 168].

Este imperativă distincția între schema cognitivă, care reprezintă vulnerabilitatea structurală latentă (un *dat* interior preexistent traumei) și mecanismele de coping cognitiv-emoțional, care reprezintă procesul activ și dinamic de răspuns la stresorul prezent. În timp ce schema constituie *lentila* prin care realitatea este distorsionată (ex: schema de vulnerabilitate la rău), copingul (evaluat prin chestionarul de coping cognitiv-emoțional CERQ) constituie efortul cognitiv de a gestiona încărcătura emoțională rezultată (ex: strategia de catastrofare). Astfel,

schema este cauza distală, în timp ce copingul este mediatorul proximal care generează manifestarea clinică a stresului acut.

În contextul spitalizării de urgență, aceste structuri joacă un rol esențial în medierea răspunsului la stresul acut, definit ca o reacție emoțională intensă, cu manifestări fiziologice și psihologice, la un eveniment perceput ca amenințător [139]. Conform lui Selye (1976), acest tip de stres este alimentat de percepția pericolului iminent, de durerea fizică și de pierderea controlului asupra propriei integrități [139].

Din punct de vedere neurobiologic, această percepție a pericolului activează axa Hipotalamo-Hipofizo-Suprarenală (HPA), mecanismul central de răspuns la stres al organismului. Așa cum este ilustrat în *Figura 1.4*, activarea acestui sistem determină o cascadă hormonală ce culminează cu eliberarea cortizolului, menținând pacientul într-o stare de alertă fiziologică prelungită, care epuizează resursele de adaptare ale eului [159].

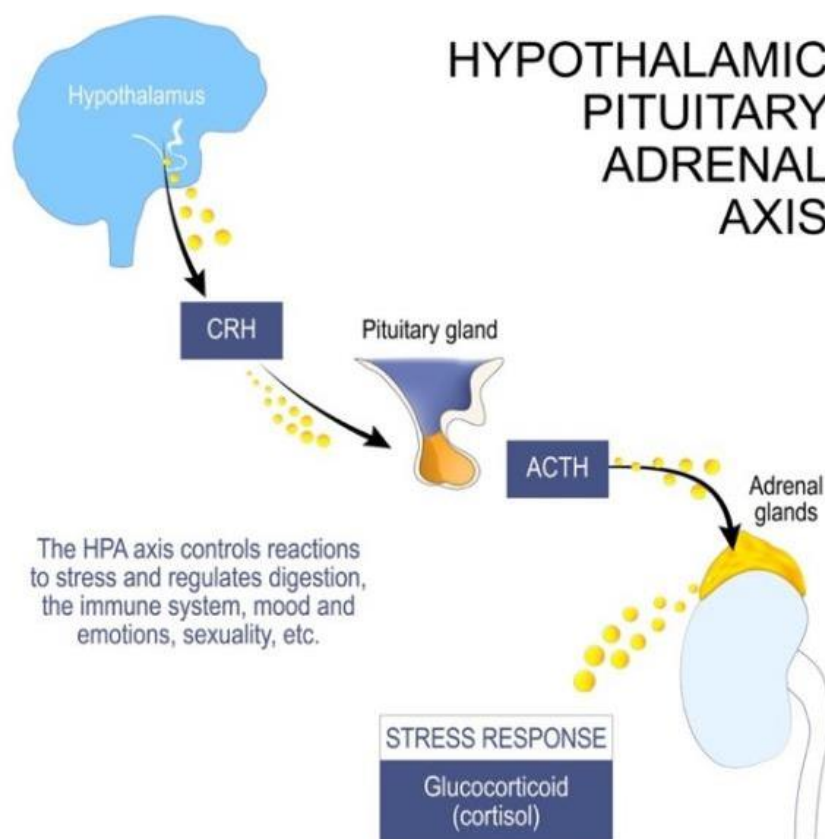


Figura 1.4 Mecanismul de activare a axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA) sub influența stresorilor psihologici

Acești factori neurobiologici sunt amplificați considerabil de mediul tehnologizat și invaziv al unităților de primiri urgențe sau terapie intensivă, unde lipsa predictibilității confirmă adesea schemele de vulnerabilitate sau neajutorare preexistente ale pacientului. Totuși, în contextul rigurozității metodologice a prezentei teze, susținem că aceste scheme nu produc stresul acut în mod direct, ci prin intermediul unui proces dinamic de operaționalizare în strategii de coping cognitiv-emoțional.

Această distincție este fundamentală pentru înțelegerea tabloului clinic, deoarece schema constituie dispoziția structurală sau vulnerabilitatea latentă, în timp ce strategiile de reglare cognitiv-emoționale, evaluate prin instrumentul CERQ, constituie procesul activ prin care stresul este gestionat, amplificat sau cronicizat [106; 168]. Relația dintre aceste dimensiuni este una de cauzalitate mediată, unde strategiile de coping funcționează ca un mecanism de transmisie între convingerile profunde și simptomatologia manifestă (DASS-21R). De pildă, pacienții care prezintă o prevalență a schemelor din domeniul deconectării și respingerii, precum abandonul sau neîncrederea, trăiesc experiența spitalizării la terapie intensivă ca pe o validare a lipsei de siguranță fundamentale. În cazul acestora, operaționalizarea schemei se realizează printr-o corelație pozitivă semnificativă cu strategiile de blamare a celorlalți și ruminare [118; 167]. Pacientul, suspectând erori medicale sau intenții ostile din partea personalului, își focalizează resursele cognitive pe monitorizarea obsesivă a mediului, fapt ce împiedică procesul de acceptare adaptativă și menține o stare de hipervigilență epuizantă [85; 116]. Această dinamică se traduce clinic prin scoruri ridicate la subscala de tensiune și prin simptome de intruziune specifice tulburării de stres acut, blocând „rolul de sine” securizat și conducând la o fragmentare a eului care necesită intervenție prin tehnica dublului pentru restabilirea coerenței psihice [117; 175].

O importanță deosebită în contextul bolii critice o deține domeniul autonomiei și performanței deficitare, unde schemele de vulnerabilitate la rău sau boală și dependență sunt activate direct de pierderea integrității fizice. Aici, mecanismul de operaționalizare prin copingul cognitiv este marcat de o corelație robustă cu strategia de catastrofare. Pacientul nu doar procesează prezența durerii sau a dispneei, ci, prin filtrul schemei, le atribuie o semnificație terminală iminentă, ignorând orice indicator de progres medical [163]. Această constelație cognitivă este responsabilă pentru scorurile extreme la anxietatea ca stare (STAI-Y1), menținând axa hipotalamo-hipofizo-suprarenaliană (HPA) într-o stare de hipersensibilitate patologică. Din punct de vedere clinic, catastrofarea funcționează ca un potențiator neurobiologic al suferinței, întârziind stabilizarea hemodinamică și crescând riscul de evoluție spre sindromul post-terapie intensivă [80; 110; 159].

În paralel, schemele de subjugare și sacrificiu de sine, specifice domeniului orientării către ceilalți, generează un profil de pacient aparent cooperant, dar a cărui suferință internalizată este adesea subestimată de echipa medicală. În aceste cazuri, stresul acut este operaționalizat prin autoblamare și o acceptare resemnată, pacientul percepend boala ca pe o povară impusă celorlalți [70; 127]. Deși manifestările de agitație psihomotorie pot fi reduse, acești subiecți înregistrează scoruri alarmante la subscala de depresie a instrumentului DASS-21R. Lipsa exteriorizării trăirilor negative, definită în psihodramă ca un blocaj al spontaneității, impune utilizarea unor tehnici de acțiune simbolică la patul bolnavului pentru a facilita un catharsis emoțional salvator și pentru a preveni prăbușirea eului în apatie [117; 120; 175]. Mai mult, rigiditatea indusă de schemele de negativism, pesimism sau standarde implacabile blochează accesul la strategii adaptative esențiale, cum ar fi reevaluarea pozitivă sau punerea în perspectivă. Un pacient captiv în scheme de vigilență excesivă va utiliza ruminarea ca strategie dominantă, focalizându-se exclusiv pe riscurile tratamentului sau pe pierderea controlului asupra propriei vieți [116]. Această incapacitate de flexibilizare cognitivă determină un stres psihologic acut persistent, caracterizat prin dificultăți de relaxare și insomnie de hipervigilență, factori care predispun la configurarea ulterioară a tulburării de stres post-traumatic [51; 55; 169]. Sinteza acestor corelații demonstrează că strategiile de reglare cognitiv-emoțională transformă convingerile negative latente în simptome clinice, validând astfel necesitatea unei intervenții psihologice focalizate pe recalibrarea proceselor de reglare.

Din perspectiva neuropsihologică, acest proces de operaționalizare este exacerbă de vulnerabilitatea funcțiilor executive în mediul terapiei intensive. Alterările atenției, memoriei și procesării informațiilor, adesea atribuite sedării, delirului sau hipoxemiei, fragilizează capacitatea pacientului de a utiliza strategii de coping adaptative, precum planificarea sau reevaluarea pozitivă [33; 62; 74]. Delirul, caracterizat prin confuzie și fluctuații ale stării de conștiență, acționează ca un catalizator pentru activarea schemelor de vulnerabilitate, transformând mediul spitalicesc într-un spațiu de persecuție simbolică [123; 135]. În aceste momente de ruptură traumatică, pacientul își pierde rolul de *regizor* al propriei vieți, devenind victima unei disfuncții executive care îi afectează capacitatea de a lua decizii raționale și de a-și gestiona emoțiile copleșitoare [7;101;115; 173;175].

Problematica stresului acut transcende experiența individuală a pacientului, extinzându-se profund asupra sistemului familial, unde încărcătura emoțională este amplificată de imprezibilitatea traumei și de fragilitatea speranței. În contextul donării de organe, procesarea informației despre moartea cerebrală este adesea îngreunată de șoc, durere și teama de mutilare, membrii familiei parcurgând etape succesive de la negare la acceptare [21; 66; 128; 141]. Această

dinamică familială reacționează în oglindă cu schemele de pierdere și abandon, generând un stres colectiv ce impune o asistență psihologică integrată. Evaluarea acestor dimensiuni permite elaborarea unui suport ce diminuează anxietatea și optimizează comunicarea cu personalul medical, facilitând luarea unor decizii raționale în momente de criză maximă [150; 153].

Din perspectiva modelului de la Palo Alto (Watzlawick et al., 1967), mediul ATI acționează ca un *context declanșator* care transformă schemele latente în realități subiective absolute. Pacientul nu doar are o schemă, ci începe să comunice cu mediul prin prisma ei. În acest punct, stresul acut devine un produs al *soluțiilor încercate* disfuncționale: cu cât pacientul încearcă să controleze mediul, prin hipervigilență, cu atât se simte mai amenințat. Intervenția strategică prin resemnificare (reframing) vizează tocmai întreruperea acestui circuit, oferind o nouă interpretare stimulilor care activează schema [158]. Interpretarea stresorilor este dictată de schemele cognitive preexistente: de exemplu, neîncrederea/abuzul poate genera o percepție ostilă asupra personalului medical, în timp ce autodepășirea poate duce la subraportarea durerii, periclitanând diagnosticul [167]. Rigiditatea acestor modele alimentează simptomele de anxietate, depresie și stres acut, amplificând temerile legate de prognostic [97; 116] și impunând intervenții personalizate pentru flexibilizarea interpretărilor [51]. Relația scheme-stres este mediată de reglarea emoțională: utilizarea catastrofării sau a ruminării intensifică stresul resimțit și prelungește recuperarea prin exagerarea severității stării [80]. Astfel de pacienți manifestă răspunsuri intense la durere și o complianță scăzută la tratament [110].

Conform modelului teoretic al lui Jeffrey Young, schema de vulnerabilitate la pericole determină pacientul să interpreteze simptomele fizice minore ca semne ale unei catastrofe iminente, declanșând un răspuns neurovegetativ de stres acut [163]. În mod similar, subiecții cu scheme de neajutorare sau abandon percep spitalizarea ca pe o pierdere totală a controlului, activând mecanisme de tip *luptă sau fugi* (Beck et al., 2016). Această stare de disperare afectează comunicarea cu echipa medicală și complianța terapeutică [45]. Activarea mecanismelor de tip *luptă sau fugă* în condițiile imobilizării la pat creează un paradox fiziologic: organismul este pregătit pentru acțiune, dar corpul este captiv. Această ruptură alimentează trauma și se manifestă clinic prin agitație psihomotorie - o încercare dezadaptativă a organismului de a descărca tensiunea internă - și prin insomnie, care reflectă starea de hipervigilență indusă de schemele de vulnerabilitate. Aceste manifestări, alături de palpitații și tensiune musculară, nu sunt doar simptome izolate, ci indicatori ai unui stres acut sever care blochează resursele de refacere ale pacientului.

Aplicând principiile psihodramei (Moreno, 1946), stresul acut este privit ca o prăbușire a spontaneității în fața rigidității schemei. Prin tehnica dublului, terapeutul poate acționa ca o

extensie a eului pacientului, verbalizând *strigătul de luptă sau fugă* neexprimat, permițând astfel descărcarea tensiunii și reducerea hiperactivării neurovegetative, restabilind un sentiment minim de control și autonomie simbolică [117; 175].

Alte strategii dezadaptative, precum autoculpabilizarea, pot reduce motivația pentru recuperare prin instalarea sentimentului de inutilitate [70], în timp ce blamarea altora generează conflicte cu personalul medical și neîncredere în schema de tratament [118]. Aceste strategii rigide sunt predictorii semnificativi pentru un nivel crescut de stres acut, influențând decisiv traiectoria medicală a pacientului internat de urgență.

Sintetizând argumentația prezentată, cercetarea de față propune un model teoretic de tip cauzal-explicativ, menit să surprindă dinamica dintre structurile cognitive de profunzime și răspunsul adaptativ imediat în context critic:

- *variabila independentă (predictorul fundamental)* este reprezentată de particularitățile schemelor cognitive dezadaptative timpurii (vulnerabilitatea structurală). Acest concept se fundamentează pe teoria lui Young (1990, 2003), care postulează că aceste scheme acționează ca matrici rigide de procesare a experiențelor de viață, fiind activate de stresori majori precum boala critică [162; 168].

- *variabilă mediatoare (factor intermediar)* este reprezentată de strategiile de coping cognitiv-emoțional (evaluate prin CERQ).

Conform modelului tranzacțional al stresului propus de Lazarus și Folkman (1984), relația dintre o structură cognitivă și simptom este mediată de evaluare și adaptare [106]. Acest „intermediar” reprezintă veriga procesuală definită de Garnefski și Kraaij (2006) ca fiind mecanismul prin care individul gestionează conștient sarcina emoțională a traumei [62; 163].

- *variabila dependentă (rezultatul clinic)* este reprezentată de manifestarea stresului acut, operaționalizat multidimensional prin triada anxietate-depresie-stres, conform modelului tripartit al lui Lovibond și Lovibond (1995) integrat în instrumentul DASS-21R [110] și prin dinamica anxietății ca stare, fundamentată pe teoria lui Spielberger (1983) și măsurată prin chestionarul STAI - Y1 [153].

Utilizarea scalei STAI - Y2 (anxietatea ca trăsătură) permite, de asemenea, evidențierea predispoziției anxioase care adesea acompaniază schemele de vulnerabilitate.

Modul în care schema latentă este operaționalizată prin strategii precum catastrofarea sau ruminarea determină, în final, intensitatea suferinței psihice.

Acest flux logic, de la structura cognitivă la mediatorul procesual și la output-ul simptomatic, oferă rigoarea necesară testării ipotezelor în cadrul demersului empiric fundamentând ipoteza că intensitatea suferinței în terapie intensivă nu este doar o reacție la boală, ci rezultatul modului în care schemele latente viciază procesarea traumei.

1.5. Concluzii la Capitolul I

Analiza teoretică a literaturii de specialitate evidențiază faptul că spitalizarea în unitățile de terapie intensivă reprezintă un eveniment cu potențial traumatic major, a cărui gestionare depășește resursele de adaptare biologică și psihologică standard ale individului. Examinarea lucrărilor care au cercetat particularitățile schemelor cognitive, mecanismele de coping cognitiv-emoțional și manifestările stresului acut în diverse contexte, a permis formularea următoarelor concluzii:

1. Schemele cognitive reprezintă 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 (TSA), diagnosticul precoce fiind vital pentru prevenirea cronicizării sub forma Tulburării de stres posttraumatic (PTSD).
4. Interconexiunea dintre schemele cognitive și strategiile de reglare cognitiv-emoțională mediază direct modul în care pacienții percep mediul terapeutic, fundamentând ipoteza conform căreia un suport psihologic centrat pe flexibilizarea mecanismelor de coping poate reduce severitatea manifestărilor de anxietate și depresie, diminuând totodată riscul apariției Sindromului postterapie intensivă (PICS).
5. Complexitatea răspunsului psiho-somatic justifică necesitatea unui management mixt, medical și psihologic, unde identificarea structurilor cognitive rigide și dezadaptative permite aplicarea tehnicilor de resemnificare și a metodelor psihodramatice pentru a facilita descărcarea tensiunii emoționale și a optimiza complianța 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.

2. ANALIZA EMPIRICĂ A PARTICULARITĂȚILOR SCHEMELOR COGNITIVE ȘI MANIFESTAREA STRESULUI ACUT LA PACIENȚII SPITALIZAȚI ÎN UNITĂȚILE DE TERAPIE INTENSIVĂ

2.1. Design-ul demersului psihodiagnostic

Acest capitol dedicat exclusiv cercetării de constatare, se axează pe o analiză aprofundată, atât cantitativă, cât și calitativă, a relației dintre activarea schemelor cognitive dezadaptative și manifestarea stresului acut la pacienții internați în Secția Clinică ATI a SCJU Târgu Mureș. Această secțiune a studiului valorifică un cadru teoretic psihologic expus în capitolul 1 al lucrării, integrând totodată metode de psihodiagnostic riguroase, cu scopul de a investiga și de a înțelege mai nuanțat și mai aprofundat modul în care mediul critic, caracterizat de incertitudine și dependență, determină manifestări de stres acut care cresc semnificativ riscul de dezvoltare a unei tulburări de stres posttraumatic [118; 156], influențând percepția amenințării prin prisma structurilor mentale ale pacientului [162] și exacerbând vulnerabilitatea sub presiunea unui context perceput ca necontrolabil [156].

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. În vederea atingerii acestui scop al cercetării și pentru a oferi o perspectivă cuprinzătoare asupra fenomenului studiat, cercetarea utilizează un design mixt, integrând metode calitative și cantitative, care permit surprinderea complexității interacțiunii dintre structurile cognitive dezadaptative și stresul acut.

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 manifestarilor stresului acut la pacienții internați în Secția Clinică ATI 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**:

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

Pentru a investiga variabilele vizate în experimentul de constatare, am selectat o combinație de metode cantitative și calitative:

Metode cantitative: cercetarea a inclus un demers cantitativ riguros, având ca obiectiv identificarea tiparelor cognitive predominante și modul în care acestea influențează nivelurile de stres, anxietate și depresie, utilizând instrumente validate științific în rândul pacienților spitalizați în ATI.

Pentru a asigura validitatea și fidelitatea evaluării psihologice, au fost utilizate următoarele **instrumente psihometrice standardizate**:

Chestionarul de evaluare a schemelor cognitive:

Chestionarul de coping cognitiv-emoțional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - CERQ) [81], (*Anexa 1*), elaborat de către Nadia Garnefski, Vivian Kraaij, philil Spinhoven, Leiderdorp, The Netherlands: DATEC, 2002, tradus în limba română de către Alexandra Copaciu, adaptat și standardizat pe populația din România - Cluj- Napoca: Editura ASCR, 2010 *cu licență de utilizare pentru psiholog Suciaghi Mariana, cu seria CQ, Nr. 0768 / 26.04.2023* - este un chestionar multidimensional, construit pentru a identifica strategiile de coping cognitiv-emoțional, pe care o persoană le folosește după ce a trăit anumite evenimente sau situații negative și poate fi folosit pentru a evalua schemele cognitive legate de reglarea emoțiilor în situații de stres ale adulților și adolescenților începând cu vârsta 12 ani. Ca și beneficiii, chestionarul CERQ se referă în mod exclusiv la ce *gândește* o persoană atunci când se confruntă cu o experiență negativă și este copleșită de emoții, face distincția între ceea ce *gândește* și ceea ce face o persoană

atunci când se confruntă cu o experiență de viață negativă sau traumatică și identifică strategii disfuncționale de coping cognitiv-emoțional, contribuind la corectarea lor în cadrul unor programe de dezvoltare personală. Strategiile de coping cognitiv sunt definite ca strategii cognitive de reglare a emoțiilor, ceea ce presupune reglarea cognitivă a răspunsurilor emoționale la evenimentele care au ca și consecință agravarea emoțiilor individuale. Chestionarul CERQ include 36 itemi, împărțiți proporțional pe cele 9 scale, astfel încât fiecare subscală CERQ conține câte 4 itemi și măsoară frecvența utilizării anumitor strategii de coping [81; 171]: *auto-culpabilizare* (gândurile prin care dăm vina pe propria persoană pentru ceea ce s-a întâmplat), *acceptare* (gândurile prin care ne resemnăm pentru ce s-a întâmplat), *ruminare* (ne gândim în continuu la sentimentele și ideile asociate evenimentului negativ), *refocalizare pozitivă* (ne gândim la lucruri plăcute și nu la evenimentul negativ), *refocalizare pe planificare* (ne gândim la pașii pe care îi vom urma pentru a ne confrunța cu evenimentul), *reevaluare pozitivă* (ne gândim să atribuim o semnificație pozitivă evenimentului negativ, în termenii unei dezvoltări personale), *punerea în perspectivă* (gândurile prin care minimalizăm gravitatea evenimentului, atunci când îl comparăm cu alte evenimente), *catastrofare* (accentuăm în mod explicit teroarea provocată de eveniment), *culpabilizarea celorlalți* (ne gândim să dăm vina pe ceilalți pentru cele întâmplate), clasificate în strategii adaptative (acceptare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă) și dezadaptative (auto - culpabilizare, ruminare, catastrofare, culpabilizarea celorlalți).

În ceea ce privește cotele și interpretarea CERQ, când răspunde la întrebări, fiecare persoană indică, pe o scală de cinci puncte, în ce măsură folosește anumite strategii de coping cognitiv: 1 punct - aproape niciodată, 2 puncte - uneori, 3 puncte - de obicei, 4 puncte - adesea, 5 puncte - aproape întotdeauna. Se calculează suma celor patru itemi incluși într-o scală, care poate să varieze de la 4 (strategia de coping cognitiv nu este folosită niciodată) la 20 (strategia de coping cognitiv este folosită des). Pentru a putea efectua scorarea, dintre cei 4 itemi ai unei scale, nu poate lipsi răspunsul la mai mult de un item. În acest caz, scorul lipsă este înlocuit cu media celorlalte trei scoruri și, astfel, chiar dacă o valoare este absentă, se poate obține un scor al scalei cu o valoare între 4 și 20. În cercetările efectuate cu CERQ [81] scorurile brute sunt transformate în cote *T*, iar procentele corespunzătoare pot fi exprimate în *stanine*. Interpretarea profilului psihologic s-a realizat prin raportarea scorurilor brute la etaloanele standardizate, unde valorile foarte ridicate (scor 12-20, $T \geq 62$, stanine 8-9) și ridicate (scor 11, $T = 58-62$, stanina 7) indică o prezență accentuată a trăsăturilor investigate, în timp ce scorurile peste medie (9-10, $T = 53-58$, stanina 6) și medii (7-8, $T = 48-53$, stanina 5) preced palierele inferioare reprezentate de scorurile sub medie (6, $T = 43-48$, stanina 4), scăzute (5, $T = 39-43$, stanina 3) și foarte scăzute (sub 4, $T \leq 38$, stanine 1-2).

În cazul tuturor scalelor CERQ este valabil următorul aspect: cu cât scorul este mai mare la o anumită subscală, cu atât persoana utilizează în mai mare măsură acea strategie de coping cognitiv. Studiile empirice privind utilizarea CERQ evidențiază că strategiile dezadaptative (ruminarea, catastrofarea, autoculpabilizarea) sunt predictorii ai psihopatologiei, în timp ce mecanismele adaptative (reevaluarea și refocalizarea pozitivă) constituie resurse esențiale în intervenție. Astfel, identificarea acestor factori de risc și de protecție devine prioritară în prevenția și tratamentul tulburărilor emoționale [81; 171].

Chestionare de evaluare a nivelului de anxietate, depresie și stres:

Scalele de depresie, anxietate și stres (Depression Anxiety Stress Scales - DASS-21R (*Anexa 2*), elaborat de către S.H.Lovibond și P.F.Lovibond, School of Psychology, Sydney, Australia, 1995, tradus în limba română de către Alexandra Copaciu, adaptat și standardizat pe populația din România - Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2011[109; 178], *achiziționat de către psiholog Suciaghi Mariana de la Cognitrom SRL, cu seria CO23, Nr. 20315 / 07.07.2023* - aceste scale sunt utilizate pentru a evalua severitatea simptomelor centrale ale depresiei, anxietății și stresului, punând accent mai degrabă pe stări emoționale negative decât pe trăsături. Versiunea în limba română a Chestionarului DASS-21R are 21 de itemi, împărțiți în mod egal pe 3 scale, câte 7 itemi pentru fiecare scală - *anxietate, depresie, stres* și a primit acronimul *DASS-21R*, fiind construit pentru a evalua mai degrabă stările decât trăsăturile. Cu toate acestea, trebuie menționat faptul că DASS-21R nu se folosește pentru evaluarea stării emoționale de moment (adică, nu măsoară cum se simte subiectul *acum*), întrucât unii itemi se referă la experiențe și situații din afara contextului de testare. Trebuie menționat faptul că persoanele cu depresie clinică, anxietate și stres pot să manifeste și simptome suplimentare, care tind să fie comune pentru două sau pentru toate cele trei condiții vizate, simptome cum ar fi: tulburări de somn sau de apetit și tulburări de natură sexuală. Capacitatea de discriminare între cele trei stări relaționate de depresie, anxietate și stres este utilă cercetătorilor care sunt preocupați de natura, etiologia și mecanismele tulburărilor emoționale.

Scala de depresie evaluează disforia, devalorizarea vieții, pierderea speranței, pierderea interesului, anhedonia, autodeprecierea și inactivitatea (itemii: 3,5,10,13,16,17,21).

Scala de anxietate evaluează activarea sistemului nervos autonom, anxietatea situațională, experiența subiectivă a stării de anxietate, efectele musculo-scheletare (itemii: 2,4,7,9,15,19,20).

Scala de stres evaluează dificultatea de a te relaxa, caracteristica de a deveni cu ușurință supărat/ agitat/ iritabil/ hiper-reactiv și nerăbdător (itemii:1,6,8,11,12,14,18).

Persoanele testate sunt rugate să evalueze pe o scară de 4 puncte, de la 0 la 3, pe dimensiunea frecvență/severitate, intensitatea la care au simțit pe parcursul ultimei săptămâni fiecare stare (0 - nu mi s-a potrivit, 1- mi s-a potrivit într-o oarecare măsură sau din când în când,

2- mi s-a potrivit destul de mult sau de des, 3 - mi s-a potrivit foarte mult sau aproape tot timpul). Pentru fiecare din scalele DASS-21R se obține scorul total prin însumarea scorurilor celor 7 itemi corespunzători fiecărei scale, totalul obținut pe fiecare scală înmulțindu-se cu 2 pentru a fi echivalentul versiunii DASS-42. Cu cât scorul este mai mare, cu atât este mai ridicat nivelul constructului măsurat de scală (depresie, anxietate sau stres). Nici una din scale nu prezintă itemi cotați invers. De obicei, scorurile scalelor DASS-21R se interpretează prin raportarea la mediile și abaterile standard din etaloane. Scorul brut obținut la o scală de o persoană, se înmulțește cu 2 și se transformă în *cotă z*, corespunzătoare scalei respective și se evaluează nivelul de severitate [109; 172]. Evaluarea severității simptomatologiei prin scala DASS-21R a fost realizată pe un continuum stabilit în funcție de cotele Z și centile, pornind de la nivelul normal ($Z < 0,5$; centile 0-70: scoruri 0-9 depresie, 0-7 anxietate, 0-14 stres), trecând prin pragurile ușor ($z < 1,0$; 10-13 depresie, 8-9 anxietate, 15-18 stres) și moderat ($z < 2,0$; 14-20 depresie, 10-14 anxietate, 19-25 stres), până la nivelurile sever ($z < 3,0$; 21-27 depresie, 15-19 anxietate, 26-33 stres) și extrem de sever ($z \geq 3,0$; centile 98-100: scoruri peste 28 depresie, 20 anxietate și 34 stres).

Inventarele de măsurare a anxietății ca stare (STAI-Y1) și trăsătură (STAI-Y2), State-Trait Anxiety Inventory Y- Form, Spielberg [146] (Anexa 3 și Anexa 4), cu licență de utilizare pentru psiholog Suciaghi Mariana, cu seria MN-00004887/ 2015-12-08 - sunt alcătuite din 2 scale de autoevaluare pentru măsurarea a două concepte distincte privind anxietatea: anxietatea ca stare (STAI -Y1-stare) și anxietatea ca trăsătură (STAI - Y 2-trăsătură). Scala (Y2-trăsătură) constă din 20 de descrieri pe baza cărora oamenii exprimă modul în care se simt ei în general. Scala (Y1-stare) constă de asemenea, din 20 de descrieri, dar instrucțiunile cer subiecților să indice modul în care ei se simt la un moment dat. Cercetătorii pot utiliza (Y1- stare) pentru a determina nivelurile actuale ale stărilor de anxietate, induse prin proceduri experimentale stresante sau ca un indice al nivelului de autocontrol (doive level), așa cum a fost numit acest concept de Hull (1943) și Spense (1958). S-a demonstrat că scorurile la scala (Y1- stare) cresc în urma variatelor tipuri de stres și descresc în urma antrenamentului de relaxare (relaxation training). Scala (Y2 - trăsătură) oferă posibilitatea depistării înclinațiilor anxiogene. Scala (Y1- stare) este un indicator bun al nivelului de anxietate tranzitorie resimțită de clienți și pacienți în consiliere, psihoterapie, terapie comportamentală sau în domeniul psihiatric. Ea poate fi de asemenea, utilizată pentru a măsura schimbările de intensitate ale stării anxiogene care apar în aceste situații. Acest instrument este util în evaluarea răspunsurilor emoționale și a stării psihologice ale pacientului în perioada internării în ATI, oferind o imagine clară asupra nivelului de anxietate care poate fi influențat de percepțiile și schemele cognitive.

Scorurile posibile pentru STAI-Y variază de la un scor minim de 20 de puncte la un scor maxim de 80, în ambele subscale STAI-Y1-stare și STAI-Y2-trăsătură. Subiecții răspund la fiecare item a STAI, evaluând ei înșiși pe o scală cu 4 puncte. Cele patru categorii pentru scala STAI-Y1-stare sunt: 1) deloc, 2) puțin, 3) destul, 4) foarte mult. Categoriile pentru scala STAI-Y2-trăsătură sunt: 1) aproape niciodată, 2) câteodată, 3) adeseori, 4) aproape totdeauna.

Itemii cotați invers în subscalele STAI-Y sunt: Scala STAI-Y1- stare: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Scala STAI-Y2- trăsătură: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

Interpretarea scorurilor brute obținute la inventarul STAI-Y s-a realizat conform următoarelor praguri valorice: între 20-35 puncte (anxietate minimă), 36-50 puncte (anxietate medie), 51-65 puncte (anxietate ridicată) și 66-80 puncte (anxietate foarte ridicată), aceste repere fiind raportate la etaloanele orientative care detaliază mediile și abaterile standard pentru anxietatea ca stare și trăsătură, diferențiate pe sexe (femei: stare $M=41,39$, $SD=8,30$; trăsătură $M=42,11$, $SD=7,04$; bărbați: stare $M=40,38$, $SD=7,2$; trăsătură $M=40,16$, $SD=8,33$).

Metode calitative: pentru a completa datele cantitative cu o înțelegere subiectivă și contextuală a trăirilor emoționale, am recurs și la o abordare calitativă complementară.

Principalele metode au fost:

Interviul clinic semi-structurat - este un instrument care oferă în primul rând informații despre datele demografice și clinice ale pacientului (Anexa 5) și mai multe informații asupra felului de a gândi a pacientului, a registrului de funcționare și a mecanismelor de apărare, fapt care oferă o analiză a profilurilor psihoemoționale și constituirea eșantioanelor experimentale pentru programul formativ [4; 5] (Anexa 6). Prezintă utilitate în evaluarea schemelor cognitive și a stresului acut la pacienții din Secția Clinică ATI. Prin discuții cu pacienții care oferă informații despre gândurile, sentimentele și comportamentele lor se pot identifica modalitățile acestora de a face față stresului acut și schemele cognitive care stau la baza acestora. Prin intermediul interviului, psihologul poate înțelege mai bine modul în care pacientul gândește, simte și acționează, ceea ce poate ajuta la dezvoltarea unui plan de tratament eficient [46].

Această metodă a permis surprinderea experiențelor subiective, a percepțiilor și a mecanismelor personale de adaptare a pacienților la stresul acut generat de internarea la ATI. Interviurile au fost transcrise integral și analizate prin metoda **analizei de conținut tematic**, care a permis identificarea unor tipare recurente în răspunsurile pacienților. Răspunsurile au fost codificate printr-o abordare mixtă, deductivă și inductivă și grupate în șapte teme majore, fiecare reflectând o dimensiune semnificativă a experienței pacienților, relevantă pentru înțelegerea percepției stresului acut și a schemelor cognitive asociate. Deși analiza este calitativă, frecvența apariției fiecărei teme a fost notată pentru a evidenția consistența trăirilor între participanți.

Codificarea datelor realizată prin abordarea mixtă:

Deductivă, utilizând ca bază conceptele teoretice relevante (scheme cognitive, stres acut, coping);

Inductivă, prin identificarea temelor emergente direct din datele transcrise.

Temele principale identificate pentru analiza calitativă au fost codificate (Anexa 7):

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.

Pentru a evidenția consistența temelor, a fost realizată o cuantificare simplificată, prin raportarea frecvenței fiecărei teme și sensului psihologic al conținutului la numărul total de interviuri (N = 100). Astfel, analiza calitativă oferă nu doar profunzime interpretativă, ci și o orientare cantitativă privind prevalența percepțiilor exprimate.

Observația clinică:

În timpul interacțiunilor cu pacientul, atât înainte, cât și pe durata aplicării testelor psihologice și după administrarea acestora, au fost înregistrate observații privind:

- *comportamentul nonverbal* al pacienților (mimica, gesturi, poziția corpului, tonul vocii);
- *manifestările emoționale spontane* (expresiile emoționale, semne de anxietate, tensiune, ezitări, retrageri sau comentarii verbale legate de itemii testați, precum și exprimări spontane de frică, neputință, negare);
- *interacțiunea pacientului cu personalul medical* și răspunsul la contextul spitalizării la terapie intensivă.

Observațiile clinice au fost înregistrate în *Fișa de observație psihologică clinică* (Anexa 8) și au fost utilizate în triangularea datelor, pentru a completa și valida informațiile obținute prin interviul clinic semi-structurat și prin metodele cantitative. Prin integrarea observației clinice, s-a reușit obținerea unei perspective mai profunde asupra trăirilor emoționale, a tiparelor comportamentale și a resurselor psihologice utilizate de pacienți în contextul spitalizării la terapie intensivă. De asemenea, evaluarea comportamentului nonverbal și a interacțiunii sociale poate ajuta la identificarea schemelor cognitive disfuncționale și la dezvoltarea unor strategii de intervenție adecvate pentru pacienți.

2.1.1. Organizarea și desfășurarea cercetării schemelor cognitive și a stresului acut la pacienții internați la terapie intensivă

Elaborarea demersului de cercetare și implementarea acestuia a avut loc în perioada 2022-2025, în cadrul Secției Clinice ATI a SCJU Târgu Mureș. Selectarea pacienților, evaluarea psihologică, intervenția psihologică și reevaluarea psihologică a pacienților a fost realizată în cadrul obligațiilor de serviciu, de către doctoranda, angajată ca psiholog clinician principal în Secția Clinică ATI a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu - Mureș.

Aspecte etice: pentru derularea studiului de cercetare în cadrul Secției Clinice Anestezie și Terapie intensivă, a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, s-a obținut aprobarea Comisiei de Etică a spitalului. Subiecții au fost informați exhaustiv cu privire la procedura și instrumentele de evaluare, scopul utilizării datelor, precum și asupra caracterului confidențial și a limitelor acestuia. Totodată, pacienților li s-a adus la cunoștință posibilitatea utilizării datelor în studii viitoare vizând optimizarea asistenței psihologice în terapie intensivă, garantându-se anonimatul deplin prin imposibilitatea asocierii identității cu răspunsurile furnizate. Gestionarea și stocarea securizată a bazei de date revin psihologului clinician principal Suciaghi Mariana, angajată a Secției Clinice Anestezie și Terapie Intensivă, a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, anumite rezultate fiind anonimizate sau generalizate pentru a respecta riguros exigențele etice și normele de protecție a datelor cu caracter personal.

Descrierea eșantionului cercetării: pentru a răspunde rigorilor cercetării și a asigura validitatea acesteia a fost selectat un eșantion eterogen de 100 pacienți adulți, internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, care îndeplinesc criteriile de incluziune și excluziune (Anexa 9):

Criterii de includere în studiu: a) pacienții au fost internați în Secția Clinică ATI a SCJU Târgu -Mureș; b)pacienții sunt conștienți și cooperanți în momentul evaluării; c) pacienții nu sunt sub efectul sedativelor în momentul interviului; d) pacienții nu prezintă deteriorări cognitive majore care să influențeze fiabilitatea răspunsurilor; e) pacienții au oferit consimțământ informat pentru participare; f) subiecților le-au fost aplicate o baterie de tehnici psihodiagnostice identice.

Criterii de excludere din studiu: nu am inclus în cercetare pacienții care nu prezentau stare de conștiență, erau sedați sau prezentau deteriorări cognitive severe care ar putea compromite validitatea răspunsurilor.

După exprimarea consimțământului informat, participanții au fost evaluați individual în intervale adecvate din punct de vedere clinic, pentru a evita interferența cu tratamentul sau investigațiile medicale. În paralel cu aplicarea testelor psihologice, au fost colectate printr-un ghid standardizat și datele demografice și clinice relevante (Anexa 5): a) vârsta peste 18 ani; b) genul

feminin și masculin; c) mediul de rezidență: urban sau rural; d) nivelul studiilor: gimnazial, școală profesională, liceu, studii superioare; e) tipul de diagnostic: acut sau cronic; f) tipul de intervenție medicală: chirurgical sau nechirurgical.

Pentru prezenta cercetare, am evaluat psihologic un număr de 100 pacienți, care s-au încadrat în criteriile enunțate mai sus. Dintre aceștia, 33 sunt de gen feminin și 67 sunt de gen masculin, 49 sunt din mediul urban, iar 51 sunt din mediul 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, 65 prezintă afecțiuni acute, iar 35 prezintă afecțiuni cronice, 77 au necesitat intervenții chirurgicale, iar 23 nu au necesitat intervenții chirurgicale. Distribuția acestora este detaliată în Figura 2.1:

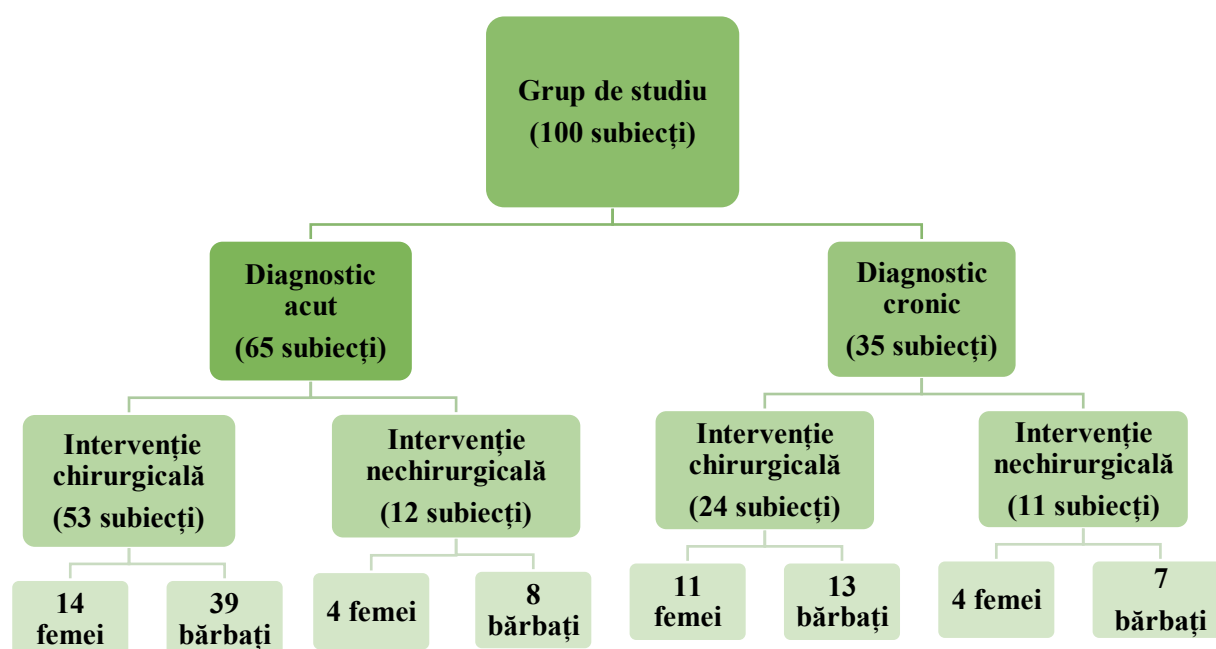


Figura 2.1 Compoziția grupului de subiecți evaluați pe parcursul anului 2022-2025

Etapele cercetării:

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 ATI a SCJU 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.

2.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor cercetării cantitative

În acest subcapitol este prezentată analiza și interpretarea cantitativă a rezultatelor obținute în urma evaluării psihologice a pacienților internați în Secția Clinică ATI a SCJU Târgu-Mureș. Datele au fost prelucrate statistic utilizând software-ul IBM SPSS Statistics (v. 21), fiind aplicate următoarele proceduri și tehnici de analiză:

Analiza descriptivă - utilizată pentru caracterizarea eșantionului prin calcularea frecvențelor, procentelor, mediilor și abaterilor standard pentru variabilele demografice și clinice.

Analiza corelațională, Pearson sau Spearman - aplicată pentru a investiga intensitatea și direcția relațiilor dintre schemele cognitive/strategiile de coping și scorurile obținute la scalele de stres, anxietate și depresie.

Analiza comparativă (Testul t pentru eșantioane independente și ANOVA) - utilizată pentru a identifica diferențele semnificative statistic între subgrupurile eșantionului, în funcție de variabilele demografice (ex. gen, mediu) și clinice (ex. tip diagnostic).

Analiza regresiei multiple - implementată cu scopul de a identifica principalii predictorii ai stresului acut în rândul pacienților internați la ATI, oferind astfel o valoare predictivă modelului teoretic propus.

Testul t pentru eșantioane dependente - pentru a compara rezultatele obținute de pacienți înainte și după implementarea intervenției psihologice.

Această metodologie mixtă de analiză a permis identificarea modelelor complexe de interacțiune între factorii psihologici și contextul ATI, oferind o perspectivă riguroasă asupra mecanismelor de menținere a stresului acut. Direcțiile principale de investigație au vizat:

- asocierea dintre tiparele cognitive dezadaptative și severitatea manifestărilor de stres acut;
- relația dintre strategiile de reglare emoțională și dimensiunile anxietății (stare versus trăsătură);
- evaluarea impactului intervenției psihologice în reducerea simptomatologiei clinice la reevaluare.

Prezentarea și interpretarea rezultatelor analizei descriptive a variabilelor demografice numerice și categoriale.

În cadrul cercetării au fost evaluați psihologic 100 de pacienți care au îndeplinit criteriile de includere în studiu. Eșantionul este compus predominant din bărbați (67%) și un procent mai mic de femei (33%), cu o distribuție aproape egală între mediul urban (49%) și mediul rural (51%). Vârsta pacienților a variat între 18 și 87 de ani ($M=52,6$; $AS=22,5$), eșantionul fiind distribuit pe categorii după cum urmează: 18-30 ani (17%), 31-45 ani (21%), 46-60 ani (28%), 61-75 ani (27%) și peste 75 ani (7%). Se observă că grupele cele mai reprezentate sunt 46-60 ani și 61-75 ani, cumulând peste jumătate din eșantion (55%). Această distribuție indică o predominanță a pacienților de vârstă medie și înaintată în cadrul Secției Clinice ATI investigate, aspect ce reflectă profilul demografic specific cazuisticii de terapie intensivă. Aceste caracteristici demografice oferă un context important pentru interpretarea modului în care stresul acut și schemele cognitive se manifestă în rândul pacienților spitalizați la terapie intensivă, permițând o înțelegere mai nuanțată a măsurii în care variabilele socio-demografice pot influența răspunsul psihologic în situații critice. Distribuția procentuală a pacienților în funcție de caracteristicile demografice este prezentată în Figura 2.2.

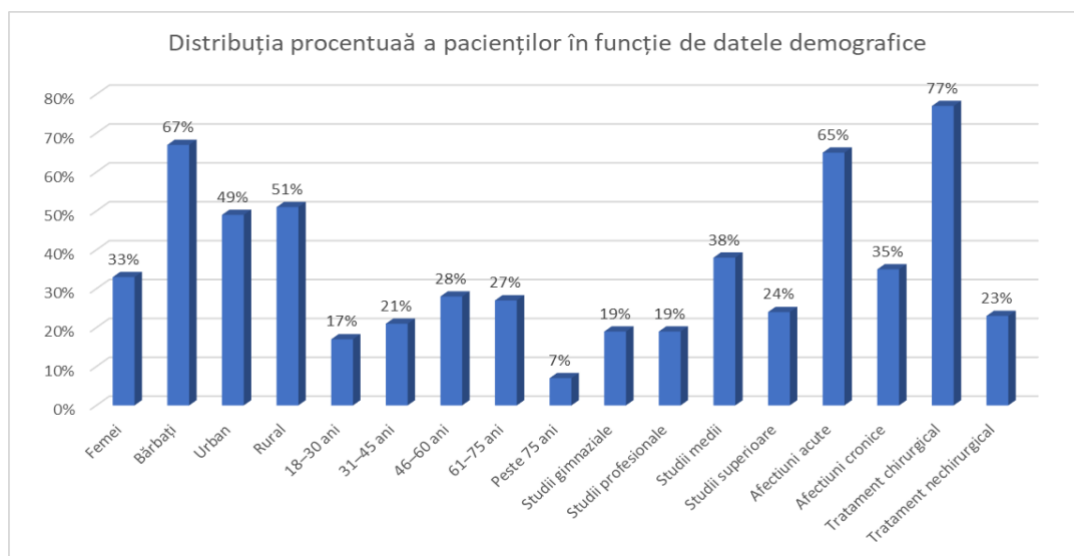


Figura 2.2 Distribuția procentuală a pacienților în funcție de datele demografice

Rezultatele detaliate ale analizei descriptive, inclusiv tabelele de frecvență pentru toate variabilele demografice și clinice analizate, sunt prezentate în Anexa 16 (Tabelele A16.1 - A16.7).

Pentru a decide ce teste statistice vom folosi în continuare, menționăm că pentru variabilele demografice categoriale (sexul, mediul de rezidență, nivelul de studii, tipul afecțiunii medicale, tipul intervenției medicale) nu este necesară verificarea normalității. Totuși, pentru a verifica dacă

variabila numerică vârsta este distribuită normal, am efectuat teste specifice. Această etapă este esențială deoarece, dacă datele sunt normale, putem folosi teste parametrice (Pearson, t-test, ANOVA), iar în caz contrar, vom utiliza teste neparametrice (Spearman, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis etc.).

Am aplicat testele de normalitate pentru variabila independentă vârsta și am obținut următoarele rezultate: distribuția vârstelor participanților arată o dispersie largă, cu un vârf în intervalele 46-60 și 61-75 de ani, ceea ce sugerează o predominanță a pacienților de vârstă medie și înaintată în cadrul eșantionului.

Testele de normalitate Shapiro -Wilk ($p=0,0014$) și D'Agostino & Pearson ($p=0,0018$) au indicat o abatere semnificativă de la distribuția normală ($p < 0,05$), confirmând caracterul negaussian al acestei variabile. Această observație care arată vizual cum sunt distribuite valorile de vârstă în eșantionul studiat (în mod normal, o distribuție normală ar arăta ca un clopot) justifică utilizarea metodelor statistice neparametrice în analiza relațiilor dintre vârstă și celelalte variabile psihologice. În Figura 2.3 este reprezentată histograma pentru distribuția vârstei, care evidențiază vizual absența formei de „clopot” caracteristică unei distribuții normale.

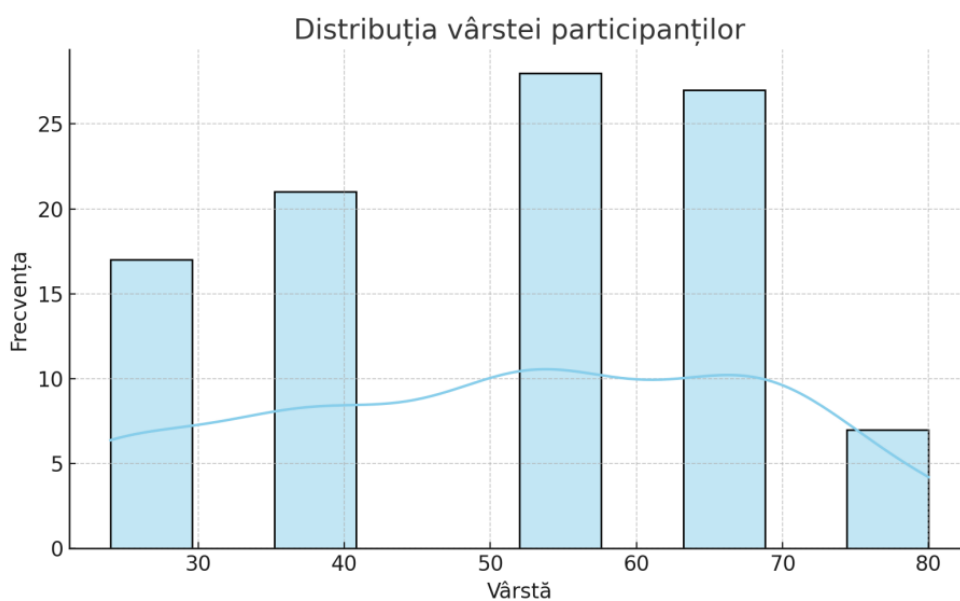


Figura 2.3 Histograma pentru distribuția vârstei, folosită în analiza testului de normalitate

Analiza descriptivă a variabilelor psihologice și analiza comparativă a variabilelor psihologice în funcție de gen

În această etapă a cercetării, am procedat la analiza descriptivă a variabilelor psihologice cuantificate pentru evaluarea dimensiunilor cognitive și emoționale asociate stresului acut: strategiile de coping evaluate prin Chestionarul de coping cognitiv-emoțional (CERQ): autoînvinovățire (AUTO), acceptare (ACC), ruminare (RUM), refocalizare pozitivă (REF), refocalizare pe planificare (PLAN), reevaluare pozitivă (REEV POZ), punere în perspectivă (PUN), catastrofare (CAT) și culpabilizarea celorlalți (CULP). De asemenea, au fost evaluate stările afective negative prin scala DASS-21R (depresie, anxietate, stres) și anxietatea prin inventarele STAI-Y1 (anxietate ca stare), STAI - Y2 (anxietate ca trăsătură). Menționăm că, în restul analizei, aceste dimensiuni vor fi redate prin acronimele menționate în paranteze.

Rezultatele evidențiază niveluri critice de simptomatologie psihologică în rândul pacienților spitalizați în Secția Clinică ATI (Anexa 16 - Tabelul A16.8). Media scorurilor la scala depresie a fost de 22,78 (SD=10,14), la anxietate de 34,26 (SD=7,48), iar la stres de 36,74 (SD=7,61), ceea ce indică niveluri ridicate de stres acut psihologic. Scorul mediu la STAI-Y1 a fost de 65,60 (SD=10,36), iar la STAI-Y2 de 47,79 (SD=11,59), reflectând o tendință pronunțată către reacții anxioase, atât situaționale, cât și stabile în timp.

În ceea ce privește strategiile cognitive de reglare emoțională evaluate prin CERQ, pacienții au prezentat o frecvență mai ridicată în utilizarea strategiilor dezadaptative, precum ruminare (M=13,69;SD=4,77), catastrofare (M=12,23;SD=4,43) și auto-învinovățire (M=10,12;SD=4,43). Dintre strategiile considerate adaptative, scoruri moderate au fost înregistrate la refocalizare pe planificare (M=13,42), iar valorile mai scăzute la reevaluare pozitivă (M=9,78) și punerea în perspectivă (M=8,50), fapt ce sugerează o utilizare redusă a strategiilor cognitive constructive în fața stresului acut.

Normalitatea distribuțiilor a fost evaluată prin coeficienții de asimetrie (Skewness) și aplatizare (Kurtosis) (Anexa 16 - Tabelul A16.9). S-a adoptat pragul convențional de ± 1 pentru definirea unei distribuții aproximativ normale. Analiza a relevat că majoritatea variabilelor respectă acest criteriu, cu excepții în cazul scalelor anxietate și stres (DASS-21R) - care prezintă distribuții puternic asimetrice cu o concentrare a valorilor în zona superioară - și culpabilizare (CERQ), care prezintă o asimetrie pozitivă pronunțată.

Strategia de analiză statistică a fost diferențiată în funcție de natura distribuției datelor. Pentru variabilele care au respectat criteriul normalității (auto-culpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă, punerea în perspectivă, catastrofare, depresie, anxietate ca stare, anxietate ca trăsătură), s-au aplicat teste parametrice:

coeficientul de corelație Pearson, testul t pentru eșantioane independente și analize de regresie liniară. În contrast, pentru variabilele cu distribuție non-normală (culpabilizare, stres, anxietate), s-au utilizat echivalentele neparametrice: Spearman's rho (rs) și testul Mann-Whitney U. Pentru a determina existența unei asocieri semnificative între variabila Gen și nivelurile de severitate, s-a recurs la Testul Chi-Pătrat (χ^2). Pragul de semnificație a fost stabilit la $p < 0,05$.

Analizând strategiile de coping utilizate în contextul situațiilor neplăcute, s-a constatat că cele mai utilizate mecanisme de către persoanele de gen feminin spitalizate la terapie intensivă sunt catastrofarea și ruminarea, în proporție de 55%, urmate de culpabilizarea celorlalți (24%) și auto-învinovățirea (18%). Cele mai puțin utilizate strategii de către acestea sunt punerea în perspectivă (39%), refocalizarea pozitivă (36%) și reevaluarea pozitivă (21%). În Figura 2.4 este reprezentată distribuția strategiilor de coping cognitiv utilizate de femei în aceste situații critice.

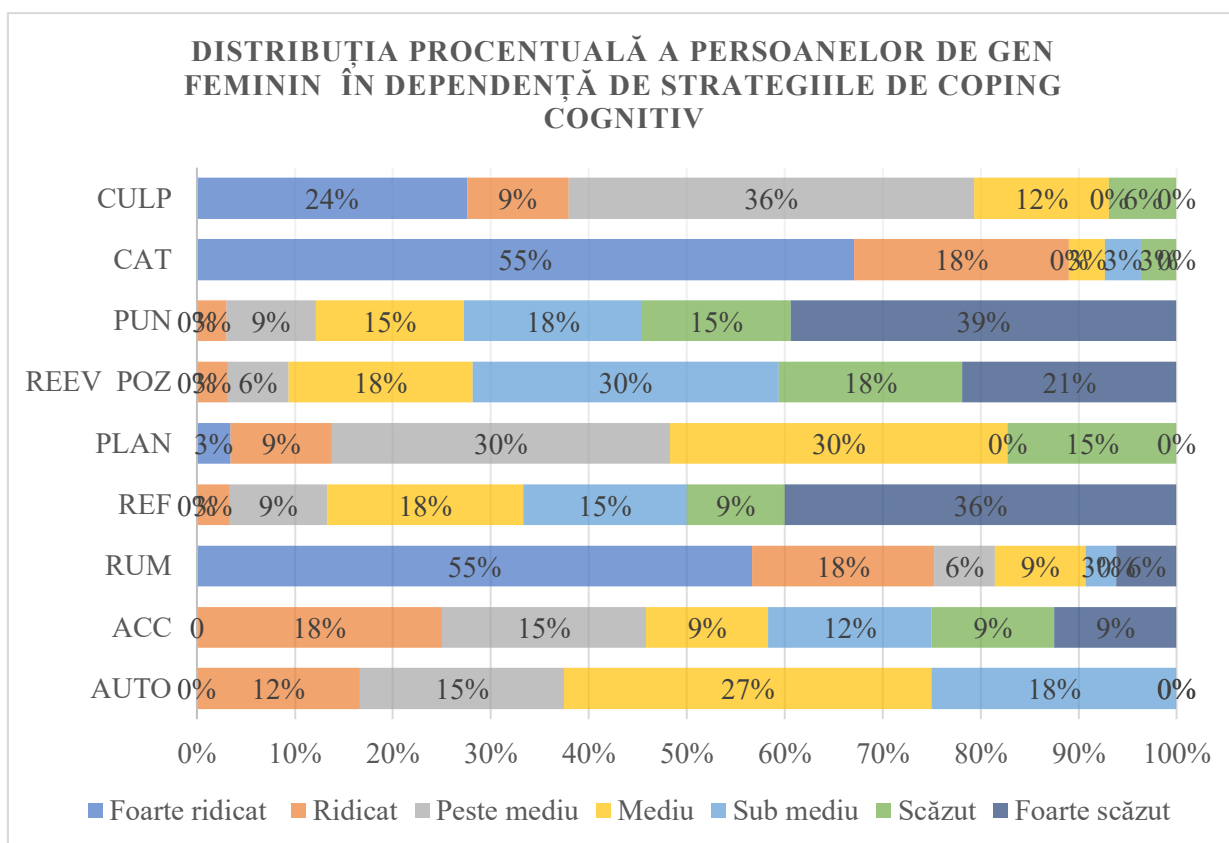


Figura 2.4 Distribuția procentuală a persoanelor de gen feminin în dependență de stilurile cognitive de coping

Distribuția pacienților de gen masculin în funcție de strategiile de coping cognitiv utilizate în contextul stresului acut este reprezentată în Figura 2.5.

În urma analizei, s-a constatat că cele mai utilizate mecanisme de adaptare la cel mai ridicat nivel sunt: catastrofarea, în proporție de 79%, urmată de ruminarea (46%) și culpabilizarea (33%). La polul opus, rezultatele indică faptul că strategiile cel mai puțin mobilizate de către bărbați în situații critice sunt: refocalizarea pe planificare (55%), refocalizarea pozitivă (28%) și reevaluarea pozitivă (24%).

Această configurație sugerează că, în fața stresului acut al mediului de terapie intensivă, și pacienții de gen masculin prezintă o vulnerabilitate crescută către mecanisme dezadaptative, cu o tendință marcată spre catastrofare, concomitent cu o utilizare limitată a resurselor cognitive constructive.

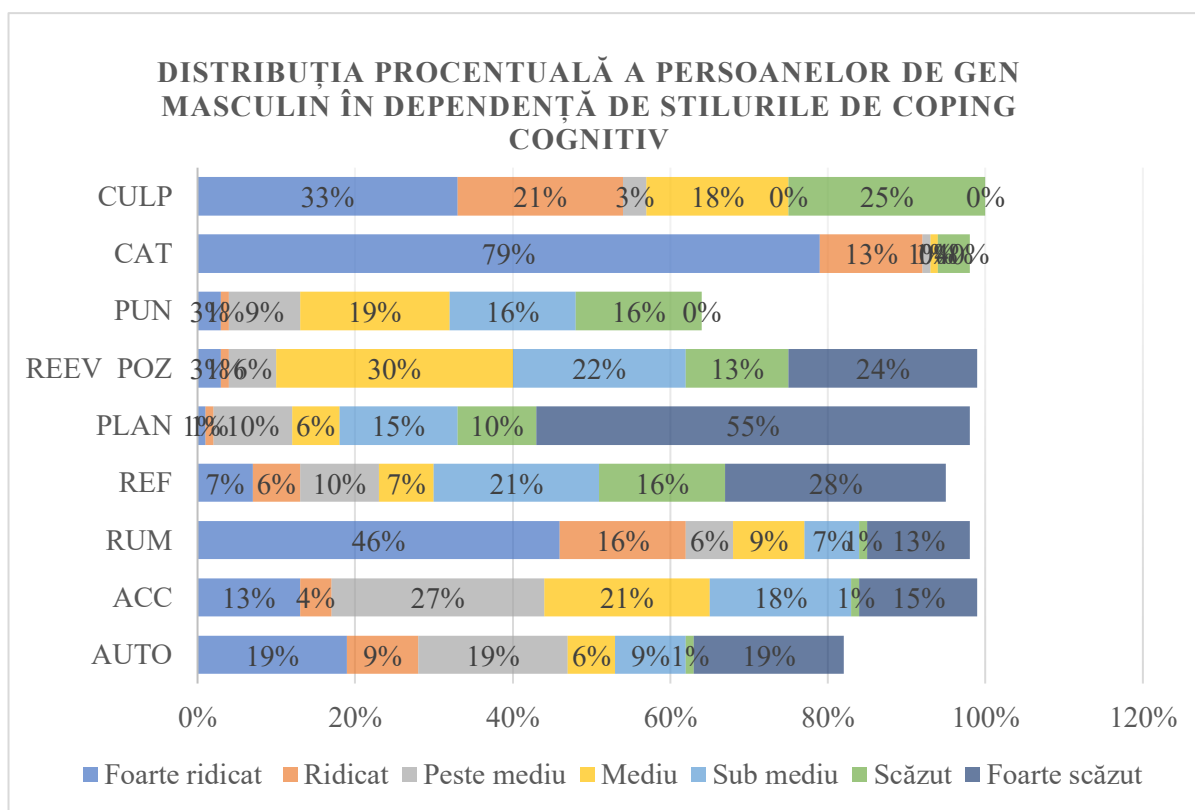


Figura 2.5 Distribuția persoanelor de gen masculin în dependență de stilurile cognitive de coping

Analiza descriptivă și comparativă a strategiilor de coping cognitiv, evaluate prin chestionarul CERQ (AUTO, ACC, RUM, REF, PLAN, REEV POZ, PUN, CAT, CULP), a fost fundamentată metodologic prin selecția riguroasă a testelor statistice în funcție de caracteristicile distribuției datelor (Anexa 16 - Tabelul A16.10 - A16.54).

Astfel, pe baza indicatorilor de asimetrie (*Skewness*) și aplatizare (*Kurtosis*), demersul statistic a urmat două direcții principale: pentru subscalele care au respectat criteriile normalității (AUTO, ACC, RUM, REF, PLAN, REEV POZ, PUN, CAT), s-a aplicat *Testul Chi-Pătrat (χ^2) de Independență* - procedură ce presupune interpretarea coroborată a tabelelor de contingență (*Crosstab*), a testelor de semnificație (*Chi-Square Tests*) și a măsurilor de forță ale asocierii (*Symmetric Measures*) - în timp ce pentru variabila cu distribuție non-normală (CULP) s-a optat pentru *Testul U Mann-Whitney*, echivalentul neparametric robust utilizat pentru compararea rangurilor medii între sexe.

1. Genul și nivelul de severitate auto-culpabilizarea (AUTO)

Deoarece variabila auto-culpabilizarea a prezentat o distribuție aproximativ normală, am utilizat *Testul Chi-Pătrat (χ^2) de Independență* pentru a evalua asocierea dintre gen și nivelurile de severitate. Interpretarea tabelelor de contingență (Anexa 16 -Tabelele A16.10 -A16.14) indică faptul că 31% dintre participanți obțin un scor foarte ridicat.

Analiza a evidențiat o *asociere semnificativă statistic* ($\chi^2(6)=16,127$, $p=0,013$), indicând faptul că distribuția strategiei de autoînvinovățire diferă semnificativ între bărbați și femei. Mărimea efectului (Cramer's V = 0,402) sugerează o diferență practică moderată, bărbații fiind mai prezenți la extremele scalei, în timp ce femeile sunt concentrate în zona scorurilor medii.

2. Genul și nivelul de severitate acceptare (ACC)

Pentru subscala acceptare, distribuția a permis utilizarea *Testului Chi-Pătrat*. Datele (Anexa 16 - Tabelele A16.15-A16.19) arată că 48% dintre subiecți utilizează frecvent această strategie.

Deși descriptiv femeile ating mai des nivelul foarte ridicat (54,5% vs 44,8%), valoarea $p=0,649$ indică faptul că *nu există o asociere semnificativă statistic*.

Diferențele observate sunt reduse ca intensitate (Cramer's V = 0,205), indicând o utilizare relativ similară a acceptare la ambele sexe.

3. Genul și nivelul de severitate ruminare (RUM)

În cazul ruminării, *testul Chi-Pătrat* a fost completat de *analiza Linear-by-Linear Association* pentru a identifica o eventuală tendință direcțională în datele cu distribuție normală (Anexa 16 - Tabelele A16.20 - A16.24).

Deși asocierea generală a fost ne semnificativă ($p=0,428$), *testul tendinței liniare* a fost *semnificativ statistic* ($p=0,042$).

Aceasta demonstrează că, pe măsură ce severitatea rumației crește, proporția femeilor tinde să crească previzibil, atingând un maxim la categoria foarte ridicat (81,8%).

4. Genul și nivelul de severitate refocalizare pozitivă (REF)

Analiza prin *Testul Chi-Pătrat* pentru subscala refocalizare pe planificare (Anexa 16 - Tabelele A16.25-A16.29)) nu a revelat o asociere semnificativă statistic ($p=0,226$).

Deși bărbații prezintă o frecvență dublă la scorurile foarte scăzute (28,4% vs 15,2%), mărimea efectului (Cramer's $V = 0,286$) confirmă o forță de *asociere scăzută* între gen și refocalizarea pozitivă în acest eșantion.

5. Genul și nivelul de severitate refocalizare pe planificare (PLAN)

Utilizând *Testul Chi-Pătrat*, s-a constatat că 75% din eșantion utilizează intens refocalizarea pe planificare.

Rezultatele statistice (Anexa 16 - Tabelele A16.30-A16.33) indică *absența unei asocieri semnificative* între gen și această strategie ($p=0,372$).

Valorile de utilizare sunt foarte ridicate la ambele sexe (femei 72,7%, bărbați 76,1%), mărimea efectului fiind mică (Cramer's $V = 0,177$).

6. Genul și nivelul de severitate reevaluare pozitivă (REEV POZ)

Pentru reevaluarea pozitivă, distribuția normală a fundamentat alegerea *Testului Chi-Pătrat*. Analiza (Anexa 16 - Tabelele A16.34-A16.38) arată un prag $p=0,946$, confirmând *lipsa unei asocieri* între gen și reevaluarea pozitivă.

Mărimea efectului neglijabilă ($V=0,130$) indică o distribuție omogenă a acestei strategii indiferent de sex.

7. Genul și nivelul de severitate punerea în perspectivă (PUN)

Analiza asocierii dintre gen și punerea în perspectivă prin *Testul Chi-Pătrat* (Anexa 16 - Tabelele A16.39-A16.43) a generat un rezultat *ne semnificativ* ($p=0,890$).

Deși femeile tind descriptiv spre scoruri medii, iar bărbații spre scoruri ridicate, forța asocierii este extrem de slabă (Cramer's $V = 0,152$), neexistând dovezi pentru o diferență reală în populație.

8. Genul și nivelul de severitate catastrofare (CAT)

Evaluată prin *Testul Chi-Pătrat*, strategia catastrofare prezintă o utilizare generală foarte ridicată (58% scor foarte ridicat).

Absența semnificației statistice ($p=0,987$) și mărimea efectului minimă ($V=0,099$) sugerează că această strategie dezadaptativă este declanșată de contextul critic al spitalizării în mod egal la ambele sexe (Anexa 16 - Tabelele A16.44 - A16.48).

9. Genul și nivelul de severitate culpabilizarea celorlalți (CULP)

Spre deosebire de celelalte subscale, culpabilizarea celorlalți a prezentat o distribuție puternic asimetrică (non-normală), fapt ce a impus utilizarea *Testului U Mann-Whitney*. Acesta este echivalentul non-parametric al testului t, fiind selectat deoarece compară rangurile medii și este robust la valorile extreme.

Deși analiza rangurilor medii (Anexa 16 - Tabelul A16.49) a indicat o valoare mai mare pentru femei (57,48) față de bărbați (47,06), totuși rezultatele *testului de semnificație U Mann-Whitney* (Anexa 16 - Tabelul A16.50) a relevat un prag $p=0,088$.

Deoarece $p > 0,05$, am concluzionat că *nu există o diferență statistic semnificativă* în nivelul de culpabilizarea celorlalți între bărbați și femei. Diferența observată în rangurile medii nu este suficient de consistentă pentru a fi generalizată la întreaga populație, fiind atribuită variabilității eșantionării.

Sinteza tuturor indicatorilor statistici obținuți în urma testării asocierii dintre variabila gen și strategiile de reglare cognitiv-emoțională este prezentată în Tabelul 2.1. Acest tabel centralizează valorile testelor utilizate (χ^2 și U), pragurile de semnificație obținute (p) și mărimea efectului (Cramer's V), oferind o perspectivă comparativă asupra impactului genului asupra profilului cognitiv al pacienților spitalizați în unitățile de terapie intensivă.

Tabelul 2.1 Sinteza indicatorilor de asociere statistică între gen și subscalele CERQ

Subscală CERQ	Test statistic utilizat	Valoare test (χ^2 / U)	Semnificație, p)	Mărimea efectului (Cramer's V)	Interpretarea semnificației
AUTO	Chi-Pătrat Pearson	16,127	0,013	0,402	Asociere semnificativă (moderată)
ACC	Chi-Pătrat Pearson	4,202	0,649	0,205	Nesemnificativ
RUM	Linear-by-Linear	-	0,042	0,244	Tendință liniară semnificativă
REF	Chi-Pătrat Pearson	8,163	0,226	0,286	Nesemnificativ
PLAN	Chi-Pătrat Pearson	3,133	0,372	0,177	Nesemnificativ
REEV POZ	Chi-Pătrat Pearson	1,694	0,946	0,130	Nesemnificativ
PUN	Chi-Pătrat Pearson	2,300	0,890	0,152	Nesemnificativ
CAT	Chi-Pătrat Pearson	0,972	0,987	0,099	Nesemnificativ
CULP	U Mann-Whitney	912,5	0,088	-	Nesemnificativ

Interpretarea datelor agregate în Tabelul 2.1 relevă faptul că majoritatea mecanismelor de reglare cognitivă sunt activate în manieră similară de către bărbați și femei, sub presiunea factorilor stresori specifici mediului de terapie intensivă. Diferențele cu relevanță statistică se circumscriu exclusiv strategiilor auto-culpabilizare și ruminare, evidențiind un specific de gen restrâns, dar existent, în procesarea cognitivă a stresului acut.

Analiza distribuției comparative pe genuri a scorurilor scalei DASS-21R (Figura 2.6) relevă o prevalență critică a simptomatologiei în mediul ATI, de nivel sever și extrem de sever la ambele genuri: 94% dintre femei prezintă anxietate (85% extrem de severă, 9% severă), 88% stres

(79% extrem de ridicat, 9% sever) și 69% depresie (45% extrem de ridicat, 24% sever), în timp ce la bărbați valorile sunt similare, cu 92% anxietate (85% extrem de severă, 6% severă), 90% stres (84% extrem de ridicat, 6% sever) și 56% depresie (31% extrem de ridicat, 25% sever).

În ciuda tendinței descriptive de creștere a proporției feminine odată cu severitatea depresiei (de la 20% la nivel normal la 41.7% la nivel foarte sever) și dominanței masculine în nivelurile mici de severitate (80% nivel normal și 83.3% nivel ușor), testele statistice nu confirmă existența unei asocieri semnificative între gen și severitatea simptomelor ($p > 0.05$), sugerând că impactul psihologic al spitalizării la terapie intensivă este un factor egalizator pentru ambele sexe.

Strategia de analiză a asocierii dintre gen și nivelul de severitate al variabilelor DASS-21R a fost diferențiată în funcție de natura distribuției datelor: pentru depresie (distribuție normală) s-a aplicat Testul Chi-Pătrat (χ^2) de Independență, în timp ce pentru anxietate și stres (distribuții asimetrice) s-a optat pentru testul neparametric Mann-Whitney U.

În cazul depresiei, deși s-a observat o tendință descriptivă notabilă de creștere a proporției feminine odată cu severitatea simptomelor (de la 20% la nivelul normal, la 41,7% la nivelul foarte sever) și o dominanță masculină la nivelurile normal (80%) și ușor (83,3%), testul Chi-Pătrat a indicat absența unei asocieri semnificative statistic ($\chi^2(4)=3.106$, $p=0.540$) (Anexa 16 - Subsecțiunea D1, Tabelele A16.51-A16.52). Mărimea efectului confirmă o relație slabă, ($\phi=0.176$) (Anexa 16 - Subsecțiunea D1, Tabelul A16.53), sugerând că diferențele sunt datorate variației aleatorii a eșantionării.

Pentru variabila anxietate, distribuția asimetrică a datelor a impus utilizarea testului Mann-Whitney U pentru compararea rangurilor medii între sexe (Anexa 16 - subsecțiunea D.2). Rezultatele analizei rangurilor (Anexa 16 - Tabelul A16.54) au indicat o medie a rangurilor ușor mai mare la femei (51,97 vs. 49,78). Totuși, testul de semnificație (Anexa 16 - Tabelul A16.55) a relevat o valoare $U=1057,00$ și un indicator $Z=-0,864$, cu un prag de semnificație $p=0,388$. Deoarece $p > 0,05$, se confirmă absența unei diferențe semnificative statistic între bărbați și femei în ceea ce privește nivelul de severitate al anxietății. Aceste rezultate sugerează că starea de anxietate este trăită la o intensitate similară de către toți pacienții spitalizați la terapie intensivă, indiferent de gen.

În mod similar, la scala stres, analiza comparativă realizată prin testul neparametric Mann-Whitney U (Anexa 16 - Subsecțiunea D.2) a indicat faptul că bărbații au prezentat descriptiv un rang mediu marginal mai ridicat (51,30 vs. 48,88) (Anexa 16 - Tabelul A16.56). Totuși, rezultatele testului de semnificație (Anexa 16 - Tabelul A16.57) confirmă absența unei diferențe statistice între sexe ($U=1052, Z=-0,586, p=0,558$).

În concluzie, datele indică faptul că genul nu reprezintă un factor determinant pentru intensitatea răspunsului afectiv negativ în mediul critic al Secției Clinice Anestezie și Terapie Intensivă. Testele statistice nu confirmă existența unei asocieri semnificative între gen și severitatea simptomelor, valorile obținute indicând o relație slabă și ne semnificativă pentru depresie ($\chi^2(4)=3,106$, $p=0,540$, $\phi=0,176$), anxietate ($Z=-0,864$, $p=0,388$) și stres ($Z=-0,586$, $p=0,558$), diferențele fiind atribuite exclusiv variabilității de eșantionare, valorile fiind sintetizate în Tabelul 2.2.

Tabelul 2.2 Analiza comparativă a nivelurilor de severitate DASS-21R în funcție de gen și indicatorii de semnificație statistică

Dimensiune	Nivel severitate	Gen feminin (N=33)	Gen masculin (N=67)	Test statistic și semnificație
ANXIETATE	Extrem de sever	85%	85%	Mann-Whitney U
Distribuție asimetrică	Sever	9%	7%	$Z = -0.864$ $p = 0.388$ (ns) Mean Rank: 51.97 vs. 49.78
	Moderat	3%	4%	
	Ușor	0%	1%	
	Normal	3%	1%	
STRES	Extrem de sever	79%	84%	Mann-Whitney U
Distribuție asimetrică	Sever	9%	6%	$Z=-0.586$ $p=0.558$ (ns) Mean Rank: F=48.88/M=51.30
	Moderat	9%	4%	
	Ușor	0%	4%	
	Normal	3%	0%	
DEPRESIE	Extrem de sever	45%	31%	Chi-Pătrat (χ^2) de independență
Distribuție normală	Sever	24%	25%	$\chi^2(4) = 3.106$ $p = 0.540$ (ns) Phi / Cramer's V: 0.176 (Asociere slabă)
	Moderat	18%	15%	
	Ușor	3%	9%	
	Normal	9%	19%	

Evaluarea anxietății prin inventarul STAI-Y relevă un profil marcat de o tensiune psihică severă în contextul spitalizării în unitățile de terapie intensivă.

Analiza comparativă pe genuri (Tabelul 2.3) evidențiază faptul că ambele grupuri prezintă niveluri critice de anxietate ca stare (STAI-Y1) ca reacție la mediul de terapie intensivă (Anexa 16 - Subsecțiunea E.1, Tabelele A16.58-A16.60), cu un total de 88% dintre femei (52% nivel foarte ridicat, 36% ridicat, 12% mediu) față de 77% dintre bărbați (49% nivel foarte ridicat, 28% ridicat, 21% mediu și 3% minim).

În oglindă, anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2) (Anexa 16 - Subsecțiunea E2, Tabelul A16.61) indică o predispoziție stabilă mai echilibrată, unde 52% dintre femei (9% foarte ridicat, 33% ridicat, 52% mediu) și 48% dintre bărbați (18% foarte ridicat, 29% ridicat, 42% mediu) prezintă scoruri cumulate în zonele superioare, sugerând că stresul acut actual depășește vulnerabilitatea structurală a subiecților.

Pentru a determina dacă aceste diferențe de medii sunt statistic semnificative, a fost aplicat testul t pentru eșantioane independente (Anexa 16 - Subsecțiunea E3, Tabelul A16.65). Alegerea acestui test parametric a fost fundamentată pe natura continuă a variabilelor și pe distribuția normală a datelor (confirmată de valorile Skewness de -0,674 pentru STAI-Y1 și 0,227 pentru STAI-Y2).

Totodată, testul Levene a indicat pentru STAI-Y1 o valoare $F = 0,533$, $p = 0,467$, permițând asumarea varianțelor egale. Rezultatele confirmă absența unei diferențe semnificative: scorul mediu al femeilor ($65,64 \pm 10,00$) este aproape identic cu cel al bărbaților ($65,58 \pm 10,61$, $p = 0,981$).

În ceea ce privește STAI-Y2, deși femeile au prezentat o medie de $50,06 \pm 8,03$ față de $46,67 \pm 12,89$ la bărbați (Anexa 16 - Subsecțiunea E3, Tabelul A16.64), testul t ($p = 0,170$) nu a confirmat o diferență semnificativă între medii.

Totuși, la nivel categorial, testul Likelihood Ratio (utilizat pentru a compensa frecvențele așteptate reduse) a evidențiat o tendință de asociere marginal semnificativă ($p = 0,046$) cu o mărime a efectului medie, ϕ/V de Cramer = 0,267 (Anexa 16 - Subsecțiunea E2, Tabelele A16.62 - A16.63). Această corelație indică o polarizare mai accentuată a trăsăturilor de personalitate la bărbați (18% foarte ridicat vs. 9% la femei), în contrast cu impactul universal și egalizator pe care mediul de terapie intensivă îl exercită asupra stării anxioase curente. Indicatorii de semnificație și frecvențele sunt sintetizați în Tabelul 2.3.

Tabelul 2.3 Analiza comparativă a nivelurilor de anxietate (STAI -Y1 & STAI-Y2) pe genuri și indicatorii de semnificație statistică

Dimensiune STAI	Nivel severitate	Femei (N=33)	Bărbați (N=67)	Semnificație statistică
STAI-Y1 (Stare)	Foarte ridicată	52%	49%	Test t: $p = 0,981$ Chi-Pătrat: $p = 0,422$ Levene: $p = 0,467$
<i>(Dispoziție anxioasă)</i>	Ridicată	36%	28%	
	Medie	12%	21%	
	Minimă	0%	3%	
	Total (R + FR)	88%	77%	
STAI-Y2 (Trăsătură)	Foarte ridicată	9%	18%	Pearson: $p = 0,067$ L. Ratio: $p = 0,046$ Phi: $0,267$
<i>(Predispoziție anxioasă)</i>	Ridicată	33%	29%	
	Medie	52%	42%	
	Minimă	6%	11%	
	Total (R + FR)	42%	47%	

Discuții privind relația dintre gen și nivelurile de severitate ale variabilelor psihologice (depresie, anxietate, stres, anxietate ca stare, anxietate ca trăsătură):

Analiza comparativă a dimensiunilor afective (depresie, anxietate, stres, anxietate ca stare și anxietate ca trăsătură) relevă o omogenitate remarcabilă a răspunsului emoțional în rândul pacienților, independent de variabila gen. Deși literatura de specialitate indică adesea o prevalență mai ridicată a tulburărilor afective în rândul populației feminine, datele obținute în prezentul studiu nu confirmă apartenența la gen ca fiind un factor determinant sau predictiv pentru severitatea simptomatologiei în contextul terapiei intensive.

Absența semnificației statistice, $p > 0,05$ în cadrul testelor inferențiale aplicate - atât pe scorurile brute, cât și pe nivelurile de severitate - sugerează că, în contextul critic al spitalizării în unitățile de terapie intensivă, factorii situaționali și severitatea afecțiunii medicale prevalează asupra diferențelor de gen. Astfel, intensitatea stresului psihologic acut pare să fie o constantă a experienței de terapie intensivă, genul neexercitând o influență mediatorie semnificativă asupra variațiilor de scor raportate la scalele DASS-21R și STAI -Y.

Consolidarea rezultatelor generale subliniază o consistență internă a datelor: convergența tuturor măsurătorilor spre non-semnificație statistică elimină ipoteza unor rezultate contradictorii. Chiar și în situațiile unde au fost identificate valori la limita pragului de semnificație (ex. $p=0.046$ pentru STAI-Y2 la Likelihood Ratio, dar $p=0.067$ la Pearson), robustețea testelor

parametrice a confirmat lipsa unei asocieri reale. În concluzie, profilul afectiv al eșantionului studiat este definit mai degrabă de contextul clinic acut decât de variabila gen, sugerând necesitatea unor strategii de suport psihologic universal aplicabile, adaptate specificului mediului terapiei intensive.

2.3. Analiza relației dintre schemele cognitive și manifestarea stresului acut la pacienții internați în secții de terapie intensivă

În cadrul acestui subcapitol, se investighează modul în care schemele cognitive - abordate aici ca structuri de procesare a informației și mecanisme de reglare cognitiv-emoțională - interacționează cu simptomatologia specifică stresului acut. Aceste scheme funcționează ca filtre prin care pacientul evaluează stimulii amenințători din mediul de terapie intensivă, determinând natura și intensitatea răspunsului adaptativ. Scopul central al acestei analize este de a explora relațiile dintre strategiile de reglare cognitiv-emoțională (evaluate prin chestionarul CERQ) și manifestările stresului acut (măsurate prin scalele DASS-21R, STAI-Y1 și STAI-Y2). Utilizând coeficientul de corelație Spearman (r_s) pentru a asigura rigoarea interpretării datelor în contextul unei distribuții non-normale a scorurilor obținute, demersul vizează înțelegerea modului în care procesarea cognitivă mediază experiența subiectivă a pacientului în mediul de terapie intensivă.

Analiza corelațiilor între manifestările stresului acut și strategiile de coping

Corelațiile între variabilele DASS-21R (Depresie, Anxietate, Stres) (Anexa 17 - Subsecțiunea A, Tabelul A17.1). Interpretarea acestei matrici de corelații Spearman's rho ($N=100$) confirmă relațiile dintre cele trei dimensiuni principale ale stresului acut. Coeficientul de corelație (ρ): 0.537, iar semnificație, p este 0.000 (adică $p < 0.001$). Există o corelație puternică, pozitivă și extrem de semnificativă statistic între nivelul de stres și cel de anxietate. Aceasta înseamnă că, pe măsură ce crește nivelul de stres perceput, crește și nivelul de anxietate resimțit de participanți.

Corelația între stres și anxietate indică o relație pozitivă puternică și înalt semnificativă statistic ($\rho=0.537$, $p<0.001$). Această asocieră demonstrează că cele două stări tind să fluctueze simultan: o creștere a stresului perceput este acompaniată, în majoritatea cazurilor, de o intensificare a stărilor de anxietate. Rezultatul subliniază legătura strânsă dintre presiunea resimțită și răspunsul anxios al participanților.

Corelația între stres și depresie indică un o asocieră pozitivă, semnificativă statistic, dar de intensitate slab-moderată ($\rho=0.265$, $p=0.008$), ceea ce sugerează că, deși nivelul de stres influențează prezența simptomelor depresive, această legătură este mai puțin directă sau intensă comparativ cu relația dintre stres și anxietate.

Corelația între anxietate și depresie indică un coeficient de corelație (ρ) de 0.557 și un prag de semnificație, p de 0.000 (adică $p < 0.001$). Există o corelație puternică, pozitivă și extrem de semnificativă statistic între nivelul de anxietate și cel de depresie. Această constatare este în concordanță cu literatura de specialitate care subliniază comorbiditatea și suprapunerea semnificativă a simptomelor de anxietate și depresie.

Corelațiile dintre STAI-Y1 și STAI-Y2 (Anexa 17 - Subsecțiunea A, Tabelul A17.2) indică un coeficient de corelație (ρ) de 0.396 și un prag de semnificație, p de 0.000 (adică $p < 0.001$). Există o corelație moderată, pozitivă și extrem de semnificativă statistic între anxietatea ca stare (STAI-Y1) și anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2). Acest lucru este consistent cu teoria, sugerând că persoanele care tind să fie mai anxioase în general (trăsătură) sunt, de asemenea, mai predispuse să experimenteze stări de anxietate în situații specifice. Este un indicator al validității interne a constructului de anxietate măsurat.

Corelațiile dintre DASS-21R cu STAI-Y1 și STAI-Y2 (Anexa 17 - Subsecțiunea A, Tabelul A17.3). Interpretarea acestei matrici de corelații Spearman's rho ($N=100$) dintre DASS-21R, STAI-Y1 și STAI-Y2 indică relațiile interne ale scalelor DASS-21R (stres, anxietate, depresie):
Stres - anxietate: $\rho=0.537$, $p<0.001$. Corelație puternică, pozitivă și extrem de semnificativă.
Stres - depresie: $\rho=0.265$, $p=0.008$. Corelație slabă spre moderată, pozitivă și semnificativă.
Anxietate - depresie: $\rho=0.557$, $p<0.001$. Corelație puternică, pozitivă și extrem de semnificativă.
Concluzie: Aceste rezultate reconfirmă corelațiile puternice și pozitive între anxietate și stres, precum și între anxietate și depresie. Stresul este, de asemenea, corelat pozitiv, dar mai slab, cu depresia. Acest lucru este consistent cu natura acestor constructe ca dimensiuni ale distresului psihologic care adesea co-ocura.

Relația internă a scalelor STAI-Y1 și STAI-Y2:

STAI-Y1-STAI-Y2: $\rho=0.0396$, $p<0.001$. Corelație moderată, pozitivă și extrem de semnificativă. Anxietatea ca stare și anxietatea ca trăsătură sunt moderat corelate, ceea ce indică o legătură între manifestările situaționale și predispoziția generală către anxietate.

Relațiile dintre scalele DASS-21R și STAI-Y1, STAI-Y2 (Corelații cross-instrument):

Anxietate (DASS-21R) cu STAIY1 și STAIY2:

Cu STAI-Y1: $\rho=0.573$, $p<0.001$. Corelație puternică, pozitivă și extrem de semnificativă.

Cu STAI-Y2: $\rho=0.421$, $p<0.001$. Corelație moderată, pozitivă și extrem de semnificativă.

Scala de anxietate din DASS-21R corelează puternic cu ambele dimensiuni ale anxietății măsurate de STAI-Y, oferind suport pentru validitatea convergentă a instrumentelor și confirmând o asociere robustă între aceste aspecte ale anxietății.

Depresie (DASS-21R) cu STAI-Y1 și STAI-Y2:

Cu STAI-Y1: $\rho=0.495$, $p<0.001$. Corelație moderată spre puternică, pozitivă și extrem de semnificativă.

Cu STAI-Y2: $\rho=0.570$, $p<0.001$. Corelație puternică, pozitivă și extrem de semnificativă.

Simptomele depresive sunt semnificativ și pozitiv corelate atât cu anxietatea ca stare, cât și cu cea ca trăsătură, relația fiind mai puternică cu anxietatea ca trăsătură. Acest lucru subliniază interconectarea dintre depresie și anxietate.

Stres (DASS-21R) cu STAI-Y1 și STAI-Y2:

Cu STAI-Y1: $\rho=0.520$, $p<0.001$. Corelație puternică, pozitivă și extrem de semnificativă.

Cu STAI-Y2: $\rho=0.205$, $p=0.041$. Corelație slabă, pozitivă și semnificativă.

Nivelul de stres este semnificativ și pozitiv corelat, în special cu anxietatea ca stare (STAI-Y1), dar și, într-o măsură mai mică, cu anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2). Persoanele care raportează mai mult stres tind să aibă și niveluri mai ridicate de anxietate.

Corelațiile dintre variabilele psihologice și strategiile de coping (CERQ):

Această secțiune detaliază relațiile dintre diversele variabile psihologice evaluate în studiu, incluzând simptomele de depresie, anxietate și stres (măsurate prin DASS-21R), anxietatea ca stare și ca trăsătură (măsurate prin STAI-Y1 și STAI-Y2) și strategiile cognitive de reglare emoțională (evaluate prin CERQ). Scopul principal al acestei analize a fost identificarea direcției (pozitivă sau negativă) și a intensității asocierilor între aceste constructe. Dată fiind natura non-normală a distribuției majorității scorurilor obținute, s-a utilizat coeficientul de corelație Spearman (ρ) pentru toate analizele, analizând separat grupul de strategii cognitive adaptative și strategii cognitive dezadaptative. Matricea de corelații Spearman (ρ) între variabilele psihologice și strategiile de coping adaptative (Anexa 17 - Subsecțiunea B, Tabelul A17.4) a vizat relațiile dintre simptomele de stres acut și strategiile de coping considerate, în general, adaptative.

Relațiile dintre strategiile de coping adaptative și variabilele psihologice:

Refocalizarea pozitivă (REF) - a arătat corelații negative și extrem de semnificative cu toate variabilele de stres acut. Cele mai puternice asocieri au fost observate cu depresia ($\rho=-0,627$, $p<0,001$) și anxietatea ($\rho=-0,595$, $p<0,001$), urmate de STAI-Y1 ($\rho=-0,549$, $p<0,001$), STAI-Y2 ($\rho=-0,424$, $p<0,001$) și stresul ($\rho=-0,354$, $p<0,001$). Aceasta sugerează că abilitatea de a se concentra pe aspecte pozitive este un factor important în reducerea tuturor formelor de stres acut.

Reevaluarea pozitivă (REEV POZ) - s-au identificat corelații negative și semnificative cu depresia ($\rho=-0,451$, $p<0,001$), anxietatea ($\rho=-0,305$, $p=0,002$), STAI-Y1 ($\rho=-0,438$, $p<0,001$) și STAI-Y2 ($\rho=-0,253$, $p=0,011$). Nu a existat o corelație semnificativă cu stresul

($\rho=-0,162, p=0,107$). Reevaluarea pozitivă pare a fi o strategie eficientă în atenuarea simptomelor depresive și anxioase.

Punerea în perspectivă (PUN) - a corelat negativ și semnificativ cu toate variabilele de stres acut: depresie ($\rho=-0,386, p<0,001$), anxietate ($\rho=-0,316, p=0,001$), STAI-Y1 ($\rho=-0,413, p<0,001$), STAI-Y2 ($\rho=-0,207, p=0,039$) și stres ($\rho=-0,215, p=0,032$). Acest lucru indică faptul că abilitatea de a relativiza problemele este asociată cu niveluri mai scăzute ale tuturor formelor de stres acut.

Refocalizare pe planificare (PLAN) - a demonstrat corelații negative și semnificative cu depresia ($\rho=-0,396, p<0,001$), anxietatea ($\rho=-0,328, p=0,001$), STAI-Y1 ($\rho=-0,272, p=0,006$) și STAI-Y2 ($\rho=-0,473, p<0,001$). Spre deosebire de alte strategii, nu a fost semnificativ corelată cu stresul ($\rho=-0,089, p=0,380$). Refocalizarea pe planificare pare a fi benefică în special pentru gestionarea simptomelor depresive și anxioase.

Acceptarea (ACC) - a prezentat corelații negative și semnificative cu stresul ($\rho=-0,278, p=0,005$) și STAI-Y1 ($\rho=-0,274, p=0,006$). Nu s-au identificat corelații semnificative cu depresia ($\rho=-0,039, p=0,701$), anxietatea ($\rho=-0,142, p=0,157$) sau STAI-Y2 ($\rho=0,021, p=0,838$). Acceptarea pare să fie mai specific asociată cu reducerea stresului și a anxietății ca stare.

Auto-culpabilizarea (AUTO) - contrar așteptărilor pentru o strategie care ar putea fi considerată dezadaptivă, auto-culpabilizarea nu a prezentat corelații semnificative cu niciuna dintre variabilele de stres acut: depresie ($\rho=0,106, p=0,294$), anxietate ($\rho=0,120, p=0,236$), stres ($\rho=0,121, p=0,230$), STAI-Y1 ($\rho=0,018, p=0,857$) sau STAI-Y2 ($\rho=0,114, p=0,260$). Relațiile interne între strategiile de coping adaptative: s-au observat corelații pozitive și semnificative între majoritatea strategiilor adaptative, indicând că persoanele tind să utilizeze o combinație de astfel de strategii. Corelații puternice includ reevaluarea pozitivă cu punerea în perspectivă ($\rho=0,723, p<0,001$), refocalizarea pozitivă cu reevaluarea pozitivă ($\rho=0,588, p<0,001$) și acceptarea cu reevaluarea pozitivă ($\rho=0,448, p<0,001$). Relațiile interne ale variabilelor psihologice (DASS-21R & STAI-Y):

Inter-corelațiile DASS-21R - consistența internă a scalelor DASS-21R este evidentă prin corelațiile pozitive și semnificative: anxietatea corelează puternic cu depresia ($\rho=0,557, p<0,001$) și stresul ($\rho=0,537, p<0,001$). Stresul, deși semnificativ, are o corelație mai slabă cu depresia ($\rho=0,265, p=0,008$). Aceste relații subliniază co-ocurența frecventă a acestor simptome în tabloul de stres acut.

Inter-corelația STAI-Y: STAI-Y1 și STAI-Y2 sunt corelate moderat pozitiv ($\rho=0,396$, $p<0,001$), indicând o legătură între manifestările situaționale și predispoziția generală către anxietate.

Corelațiile DASS-21R cu STAI-Y: toate variabilele DASS-21R au demonstrat corelații pozitive și semnificative cu STAI-Y. Anxietatea DASS-21R are corelații puternice cu STAI-Y1 ($\rho=0,573$, $p<0,001$) și STAI-Y2 ($\rho=0,421$, $p<0,001$). Depresia DASS-21R corelează puternic cu STAI-Y2 ($\rho=0,570$, $p<0,001$) și moderat cu STAI-Y1 ($\rho=0,495$, $p<0,001$). Stresul a fost, de asemenea, semnificativ corelat cu ambele subscale STAI-Y, mai puternic cu STAI-Y1 ($\rho=0,520$, $p<0,001$) decât cu STAI-Y2 ($\rho=0,205$, $p=0,041$).

Strategii dezadaptive de coping:

Matricea de corelații Spearman's rho, incluzând culpabilizarea celorlalți, catastrofarea și ruminarea din CERQ, alături de variabilele DASS -21R (stres, anxietate, depresie) și STAI - Y(STAI-Y1, STAI-Y2) (Anexa 17 - subsecțiunea C, Tabelul A17.5), ne oferă informații valoroase despre legătura dintre strategiile dezadaptive de coping și manifestările de stres acut.

Relațiile dintre subscalele CERQ (CULP, CAT, RUM) și variabilele psihologice (stres, anxietate, depresie, STAIY1, STAIY2):

Culpabilizare celorlalți (CULP) - corelații pozitive și semnificative cu: anxietatea ($\rho=0,318$, $p=0,001$), STAI-Y1 ($\rho=0,363$, $p<0,001$) și STAI-Y2 ($\rho=0,412$, $p<0,001$). Corelație pozitivă, dar slabă, la limita semnificației cu stresul ($\rho=0,261$, $p=0,009$). Nu este semnificativ corelat cu depresia ($\rho=0,179$, $p=0,075$). Culpabilizarea celorlalți ca strategie de coping este asociată moderat cu niveluri mai ridicate de anxietate (stare și trăsătură) și într-o măsură mai mică cu stresul, fără o legătură directă semnificativă cu depresia.

Catastrofarea (CAT) - corelații puternice, pozitive și extrem de semnificative cu: STAI-Y1 ($\rho=0,601$, $p<0,001$), anxietatea ($\rho=0,460$, $p<0,001$) și depresia ($\rho=0,445$, $p<0,001$). Corelație pozitivă moderată cu stresul ($\rho=0,310$, $p=0,002$) și STAI-Y2 ($\rho=0,339$, $p=0,001$). Catastrofarea este o strategie dezadaptativă puternic asociată cu toate formele de stres acut. Legătura deosebit de puternică cu anxietatea și depresia sugerează că tendința de a exagera negativitatea evenimentelor este un factor semnificativ în experiența psihopatologică în terapie intensivă.

Ruminarea (RUM) - corelații pozitive, moderate și extrem de semnificative cu: anxietatea ($\rho=0,419$, $p<0,001$), stresul ($\rho=0,408$, $p<0,001$), STAI-Y1 ($\rho=0,387$, $p<0,001$), depresia ($\rho=0,329$, $p=0,001$) și STAI-Y2 ($\rho=0,318$, $p=0,001$). Ruminarea este asociată pozitiv și semnificativ cu toate cele cinci variabile de stres acut, confirmând rolul său în menținerea sau amplificarea simptomelor.

Relațiile interne între subscalele CERQ prezentate:

Catastrofare - Ruminare: $\rho=0,689, p<0,001$. Corelație foarte puternică, pozitivă și semnificativă. Catastrofarea și Ruminarea sunt strategii foarte strâns legate, indicând faptul că pacienții care tind să rumineze tind și să catastropheze.

Culpabilizarea - Catastrofarea: $\rho=0,212, p=0,035$. Corelație slabă, pozitivă și semnificativă.

Culpabilizarea - Ruminarea: $\rho=0,146, p=0,147$. Corelație slabă, fără semnificație statistică.

Recapitularea corelațiilor DASS-21R și STAI-Y:

DASS-21R intern - toate corelațiile rămân puternice și semnificative (anxietate-stres $\rho=0,537$; anxietate-depresie $\rho=0,557$).

STAI-Y intern - STAI-Y1-STAI-Y2 $\rho=0,396, p<0,001$.

DASS-21R-STAI-Y cross-instrument - toate corelațiile rămân semnificative, variind de la slabă (stres-STAI-Y2, $\rho=0,205$) la puternică (anxietate-STAI-Y1, $\rho=0,573$; depresie-STAI-Y2 $\rho=0,570$).

Aceste rezultate subliniază rolul important al strategiilor dezadaptative (în special catastrofarea și ruminarea) în corelația cu un nivel mai ridicat de stres acut. Rezultatele confirmă interconectarea semnificativă a simptomelor de depresie, anxietate și stres, precum și faptul că majoritatea strategiilor adaptative (REF, REEV POZ, PUN, PLAN) sunt asociate cu niveluri semnificativ mai scăzute ale manifestărilor psihice. Excepția notabilă este lipsa de corelație a auto-învinovății cu manifestările analizate, aspect ce oferă o bază empirică solidă pentru înțelegerea mecanismelor de coping în ATI.

Analiza de regresie multiplă pentru predicția stresului (DASS-21R): rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitive CERQ) în predispoziția la stres acut

Pentru a identifica strategiile cognitive de reglare emoțională (măsurate prin CERQ) care sunt predictorii semnificativi ai nivelului de stres acut (măsurat prin scala DASS-21R - stres) la pacienții internați în Secția Clinică ATI, au fost efectuate analize de regresie liniară multiplă.

Conform obiectivului 1 al cercetării, care vizează identificarea schemelor cognitive predominante și corelarea acestora cu manifestările de stres acut, și în conformitate cu ipoteza generală și ipoteza specifică 1, care postulează că rigiditatea schemelor cognitive și prezența schemelor dezadaptative sunt asociate cu o predispoziție mai mare la stres acut, a fost efectuată o analiză de regresie liniară multiplă. Această analiză a inclus toate cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională (măsurate prin CERQ) ca predictorii ai nivelului de stres acut (scala DASS-21R - stres) la pacienții internați în secția de terapie intensivă. Scopul a fost să se exploreze cum

interacționează aceste scheme cognitive și care dintre ele contribuie în mod semnificativ la manifestarea stresului acut.

Interpretarea generală a modelului și relația cu predispoziția la stres acut:

Modelul de regresie complet, incluzând toate cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională, s-a dovedit a fi semnificativ statistic în ansamblul său ($F(9,90)=4.839$, $p<0.001$). Acest model explică 32.6% din varianța totală a stresului ($R^2=0.326$, cu un R^2 ajustat de 0.259). Această proporție substanțială de varianță explicată confirmă că schematismul cognitiv al pacienților joacă un rol determinant în intensitatea manifestărilor de stres acut în ATI, susținând astfel ipoteza generală. Parametrii de performanță ai modelului și analiza varianței (ANOVA) sunt prezentați în Anexa 18 - Subsecțiunea A, Tabelul A18.1-A18.2).

Analiza detaliată a contribuției fiecărei scheme cognitive la predispoziția și manifestarea stresului acut, prin examinarea coeficienților Beta standardizați (Anexa 18 - Subsecțiunea A, Tabelul A18.3), permite înțelegerea rolului distinct al fiecărei strategii:

1. Rolul schemelor cognitive dezadaptative (predispozitori la stres acut):

Ipoteza cercetării sugerează că schemele cognitive rigide sau dezadaptative predispun la dezvoltarea stresului acut. Analiza următoare detaliază modul în care aceste scheme contribuie la manifestarea stresului:

Culpabilizarea celorlalți (CULP) ($\beta=0.184$, $p=0.070$) - deși nu atinge pragul convențional de semnificație statistică de 0.05, indică o tendință puternică către o relație pozitivă cu stresul. Coeficientul beta pozitiv sugerează că o utilizare mai intensă a culpabilizării celorlalți este asociată cu un nivel mai ridicat de stres. Acest rezultat este în deplin acord cu rolul său teoretic de schemă rigidă care predispozează la stres, indicând că pacienții care își atribuie dificultățile cauzelor externe sunt mai vulnerabili la stres acut în mediul ATI.

Auto-culpabilizarea (AUTO) ($\beta=0.197$, $p=0.085$) - similar cu culpabilizarea celorlalți, auto-culpabilizarea este o schemă cognitivă dezadaptativă care, deși nu este un predictor unic semnificativ statistic în acest model complex, se apropie de pragul de semnificație. Coeficientul beta pozitiv indică o tendință clară de creștere a stresului odată cu creșterea auto-învinovării. Acest lucru subliniază un potențial rol de predispoziție la stres, sugerând că pacienții care se auto-învinovătesc tind să experimenteze niveluri mai ridicate de stres, chiar dacă influența sa este partajată cu alte scheme cognitive în acest model.

Ruminarea (RUM) ($\beta=0.181$, $p=0.159$) - este o schemă cognitivă dezadaptativă centrală, recunoscută pentru rolul său în menținerea și amplificarea stresului. În analiza corelațiilor bivariate, ruminarea a demonstrat o corelație puternică și semnificativă pozitiv cu stresul ($\rho=0.408$, $p<0.001$), indicând o predispoziție clară la nivel individual la manifestări sporite de stres. Cu toate

acestea, în acest model de regresie multiplă complex, care controlează simultan influența tuturor celorlalte opt scheme cognitive, nu apare ca un predictor unic semnificativ statistic. Această aparentă lipsă de contribuție unică nu anulează rolul său fundamental de predispoziție la stres acut. Mai degrabă, sugerează că, în prezența tuturor celorlalte scheme (adaptative și dezadaptative), influența sa unică asupra stresului este subsumată sau partajată cu alte strategii cognitive, care ar putea capta o parte din varianța explicată de ruminare. Ruminarea rămâne o schemă cognitivă rigidă și dezadaptativă, care prin menținerea atenției pe aspectele negative și dificultatea de a se detașa de acestea, predispune indivizii la amplificarea și prelungirea stresului emoțional și, implicit, a stresului acut.

Catastrofarea (CAT) ($\beta=-0.089$, $p=0.526$) - este o altă schemă cognitivă profund dezadaptativă, al cărei rol principal este amplificarea percepută a amenințărilor și a consecințelor negative. În analiza corelațiilor bivariante, catastrofarea a arătat o corelație pozitivă și semnificativă cu stresul ($\rho=0.310$, $p<0.001$), susținând rolul său de predispoziție la stres. Însă, în acest model de regresie multiplă, nu este un predictor unic semnificativ statistic. Mai mult, coeficientul beta este negativ, o valoare neașteptată pentru o schemă dezadaptativă și care, în absența semnificației statistice, este cel mai probabil un artefact al complexității modelului (de exemplu, efecte de supresie sau varianță partajată). Cu toate acestea, din punct de vedere clinic și teoretic, catastrofarea este o schemă cognitivă rigidă care, prin exagerarea pericolelor, predispune puternic la o reactivitate emoțională acută și la o intensificare a manifestărilor de stres acut. Lipsa unei contribuții unice semnificative în acest model nu diminuează importanța sa fundamentală în vulnerabilitatea la stres, ci sugerează faptul că influența sa poate fi strâns legată de alte strategii cognitive din model sau este parte a unui schematism dezadaptativ mai larg.

2. Rolul schemelor cognitive adaptative (factori de atenuare a stresului acut):

În contrast cu rolul de predispoziție al schemelor dezadaptative, schemele cognitive adaptative funcționează ca factori de protecție împotriva stresului.

Refocalizarea pozitivă (REF) ($\beta=-0.359$, $p=0.007$) - această schemă cognitivă adaptativă este un predictor unic și extrem de semnificativ statistic al stresului acut. Coeficientul beta negativ indică o relație inversă puternică: cu cât pacienții utilizează mai frecvent strategia de refocalizare pozitivă, cu atât nivelul lor de stres acut tinde să fie semnificativ mai scăzut. Aceasta subliniază rolul său esențial în atenuarea manifestărilor de stres și în promovarea rezilienței în mediul ATI.

Acceptarea (ACC) ($\beta=-0.253$, $p=0.031$) - similar cu refocalizarea pozitivă, acceptarea este, de asemenea, o schemă cognitivă adaptativă și un predictor unic și semnificativ statistic al stresului. Coeficientul beta negativ arată o relație inversă: o capacitate mai mare de a accepta

realitatea dificilă și evenimentele negative este asociată cu un nivel semnificativ mai scăzut de stres. Această strategie adaptativă contribuie, de asemenea, la reducerea vulnerabilității la manifestările intense ale stresului.

Refocalizarea pe planificare (PLAN) ($\beta=0.082$, $p=0.413$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ statistic al stresului în acest model.

Reevaluarea pozitivă (REEV POZ) ($\beta=0.008$, $p=0.957$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Punerea în perspectivă (PUN) ($\beta=0.071$, $p=0.619$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Concluzii privind rolul schemelor cognitive (operaționalizate prin strategiile de coping cognitiv-emoțional) în manifestarea stresului acut la pacienții spitalizați în terapie intensivă:

Această analiză detaliată a modelului complet de regresie confirmă și extinde ipoteza generală și ipoteza specifică 1, demonstrând că schematismul cognitiv al pacienților este un factor central în predispoziția și manifestarea stresului acut.

Rolul fundamental al schemelor dezadaptative în predispoziția la stres acut: prezența și utilizarea predominantă a strategiilor precum catastrofarea, ruminarea, culpabilizarea celorlalți și auto-culpabilizarea contribuie la vulnerabilitatea intrinsecă a pacienților. Deși în acest model complex anumite scheme nu apar ca predictori unici semnificativi din cauza interacțiunilor și a varianței partajate, rolul lor este susținut de corelațiile bivariate puternice și de validitatea teoretică recunoscută. Această configurație cognitivă îi face pe pacienți mai predispuși la a manifesta simptome intense în contextul traumatic al spitalizării în terapie intensivă, subliniind complexitatea interacțiunilor dintre vulnerabilitățile individuale.

Rolul vital al schemelor adaptative în atenuarea stresului acut: pe de altă parte, existența unor scheme cognitive adaptative eficiente, în special refocalizarea pozitivă și acceptarea, acționează ca factori de protecție esențiali. Pacienții care reușesc să activeze aceste tipare de gândire sunt mai puțin expuși intensității stresului acut, chiar și în condiții extreme, aceste strategii contribuind la o reducere semnificativă a impactului mediului critic.

În concluzie, manifestarea stresului acut la pacienții din terapie intensivă este rezultatul unei balanțe delicate între predominanța schemelor dezadaptative, care sporesc vulnerabilitatea, și capacitatea de a mobiliza scheme adaptative, care servesc drept tampon protector.

Analiza de regresie multiplă pentru predicția anxietății (DASS-21R): rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitiv CERQ) în predispoziția la anxietate.

Această analiză a avut ca scop să determine modul în care toate cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională (măsurate prin CERQ) contribuie în mod unic la predicția nivelului de anxietate acută (măsurat prin scala DASS-21R) la pacienții internați în secția de terapie intensivă. Detaliile privind performanța modelului sunt prezentate în Anexa 18-Subsecțiunea B, Tabelul A18.4, iar semnificația statistică generală a modelului este confirmată în detaliu de analiza varianței (ANOVA), prezentată în Anexa 18-Subsecțiunea B, Tabelul A18.5.

Interpretarea generală a modelului și relația cu predispoziția la anxietate: modelul de regresie complet, incluzând toate cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională, s-a dovedit a fi semnificativ statistic în ansamblul său ($F(9,90)=8.358, p<0.001$). Acest model explică 45.5% din varianța totală a anxietății ($R^2=0.455$, cu un R^2 ajustat de 0.401), ceea ce reprezintă o proporție substanțială și semnificativ mai mare decât cea observată pentru stres. Această proporție ridicată de varianță explicată subliniază că schematismul cognitiv al pacienților joacă un rol extrem de important și determinant în intensitatea manifestărilor de anxietate acută la pacienții spitalizați în ATI, susținând puternic ipoteza generală și ipoteza specifică 1 privind influența schemelor cognitive. Contribuțiile individuale ale fiecărei scheme cognitive (strategii CERQ) la predicția anxietății sunt evidențiate în Anexa 18-Subsecțiunea B, Tabelul A18.6.

Examinarea coeficienților individuali (beta standardizat) și a valorilor de semnificație (p-value) ne permite să înțelegem rolul distinct al fiecărei scheme cognitive în influențarea anxietății.

Rolul schemelor cognitive dezadaptative (predispozitori la anxietate):

Conform ipotezelor cercetării, schemele cognitive rigide sau dezadaptative sunt așteptate să contribuie la dezvoltarea anxietății acute.

Catastrofarea (CAT) ($\beta=0.455, p=0.001$) - această schemă cognitivă dezadaptativă este un predictor unic și extrem de semnificativ statistic al anxietății acute. Coeficientul beta pozitiv indică o relație directă, puternică și foarte semnificativă: cu cât pacienții utilizează mai frecvent strategia de catastrofare, cu atât nivelul lor de anxietate acută tinde să fie semnificativ mai ridicat. Acest rezultat subliniază că, catastrofarea este o schemă cognitivă fundamentală care predispozează puternic pacienții la o amplificare a sentimentelor de frică și îngrijorare, fiind un factor cheie în manifestarea anxietății acute în mediul terapiei intensive. Este o dovadă clară a rolului schemelor rigide în vulnerabilitatea la anxietate.

Auto-culpabilizarea (AUTO) ($\beta=0.171, p=0.095$) - este o schemă cognitivă dezadaptativă care, deși nu este un predictor unic semnificativ statistic la nivelul $p < 0.05$ în acest model complex,

se află la limita semnificației. Coeficientul beta pozitiv indică o tendință clară de creștere a anxietății odată cu creșterea auto-învinovățirii. Acest lucru sugerează un potențial rol de predispoziție la anxietate, chiar dacă influența sa este partajată cu alte scheme cognitive în acest model.

Ruminarea (RUM) ($\beta=0.019$, $p=0.866$) - deși o schemă cognitivă dezadaptativă teoretic importantă, nu este un predictor unic semnificativ statistic al anxietății în acest model complet. Contribuția sa la predicție este neglijabilă în prezența celorlalte scheme cognitive. Aceasta poate indica faptul că influența sa asupra anxietății este subsumată sau partajată de alte strategii cognitive, cum ar fi catastrofarea, care surprinde o parte mai mare din varianța anxietății legate de gândirea negativă.

Culpabilizarea celorlalți (CULP) ($\beta=-0.002$, $p=0.985$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic al anxietății în acest model. Coeficientul său beta este practic zero, indicând o lipsă de contribuție independentă în predicția anxietății când se controlează celelalte scheme.

2. Rolul schemelor cognitive adaptative (factori de atenuare a anxietății):

În contrast cu rolul de predispoziție al schemelor dezadaptative, schemele cognitive adaptative funcționează ca factori de protecție împotriva anxietății.

Refocalizarea pozitivă (REF) ($\beta=-0.468$, $p=0.000$) - această schemă cognitivă adaptativă este un predictor unic și extrem de semnificativ statistic al anxietății acute. Coeficientul beta negativ indică o relație inversă puternică și foarte semnificativă: cu cât pacienții utilizează mai frecvent strategia de refocalizare pozitivă, cu atât nivelul lor de anxietate ca stare tinde să fie semnificativ și substanțial mai scăzut. Aceasta subliniază rolul său esențial în atenuarea manifestărilor de anxietate și în promovarea rezilienței în mediul ATI.

Acceptarea (ACC) ($\beta=0.006$, $p=0.955$) - deși acceptarea este o strategie adaptativă, nu este un predictor unic semnificativ statistic al anxietății în acest model complet.

Refocalizarea pe planificare (PLAN) ($\beta=0.010$, $p=0.916$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Reevaluarea pozitivă (REEV POZ) ($\beta=0.112$, $p=0.426$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Punerea în perspectivă (PUN) ($\beta=-0.049$, $p=0.723$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Această analiză detaliată a modelului complet de regresie confirmă și extinde ipoteza generală și ipoteza specifică 1 și 2, demonstrând că schematismul cognitiv al pacienților este un factor decisiv în predispoziția și manifestarea anxietății acute și ne permite formularea unor

concluzii privind rolul schemelor cognitive în manifestarea anxietății la pacienții spitalizați în terapie intensivă:

Spre deosebire de stres, unde influența schemelor dezadaptative era mai nuanțată în modelul complet, catastrofarea se profilează ca o schemă cognitivă dezadaptativă extrem de puternică și unică în predicția anxietății acute. Acest rezultat subliniază că tendința de a amplifica negativ consecințele evenimentelor este o vulnerabilitate critică, predispune pacienții la nivele semnificativ mai ridicate de anxietate. Auto-culpabilizarea, deși nu atinge semnificația statistică la $p < 0.05$, demonstrează o tendință de a contribui la anxietate. Rolul ruminării și culpabilizării celorlalți în predicția unică a anxietății în acest model complex este mai puțin evident, sugerând că efectele lor pot fi subsumate de catastrofare sau de alte interacțiuni complexe.

Pe de altă parte, refocalizarea pozitivă se confirmă ca o schemă cognitivă adaptativă de o importanță capitală, fiind un predictor negativ și puternic al anxietății. Aceasta indică faptul că abilitatea de a se concentra pe aspecte pozitive servește ca un mecanism robust de atenuare, protejând pacienții de intensitatea manifestărilor anxioase.

În concluzie, manifestarea anxietății acute la pacienții spitalizați în terapie intensivă, este puternic influențată de predominanța schemelor cognitive dezadaptative de catastrofarea, care acționează ca un factor major de predispoziție, concomitent cu rolul vital al refocalizării pozitive ca factor protector. Această dinamică a schemelor cognitive subliniază că intervențiile psihologice ar trebui să vizeze reducerea catastrofării și consolidarea refocalizării pozitive pentru a diminua anxietatea în acest mediu clinic.

Analiza de regresie multiplă pentru predicția depresiei (DASS-21R): rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitiv CERQ) în predispoziția la depresie

Această analiză a avut ca scop să determine modul în care toate cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională (măsurate prin CERQ) contribuie în mod unic la predicția nivelului de depresie acută (măsurat prin scala DASS-21R și depresie) la pacienții internați în terapie intensivă. Detaliile privind performanța modelului sunt prezentate în (Anexa18 - Subsecțiunea C, Tabelul A18.7), iar semnificația statistică generală a modelului este confirmată în detaliu de analiza varianței (ANOVA), prezentată în (Anexa18 - Subsecțiunea C, Tabelul A18.8).

Interpretare generală a modelului și relația cu predispoziția la depresie - modelul de regresie complet, incluzând toate cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională, s-a dovedit a fi semnificativ statistic în ansamblul său ($F(9,90)=11.791$, $p<0.001$). Acest model explică 54.1% din varianța totală a depresiei ($R^2=0.541$, cu un R^2 ajustat de 0.495). Această proporție remarcabil

de mare de varianță explicată subliniază că schematismul cognitiv al pacienților joacă un rol extrem de important și determinant în intensitatea manifestărilor depresive la pacienții spitalizați în terapie intensivă. Acest rezultat este în puternic acord cu ipoteza generală, care postulează influența semnificativă a schemelor cognitive asupra dispoziției negative. Contribuțiile individuale ale fiecărei scheme cognitive (strategii CERQ) la predicția depresiei sunt evidențiate în (Anexa18 - Subsecțiunea C, Tabelul A18.9).

Analiza detaliată a contribuției fiecărei scheme cognitive (strategii de coping cognitive CERQ) la predispoziția și manifestarea depresiei - examinarea coeficienților individuali (Beta standardizat) și a valorilor de semnificație (p-value) ne permite să înțelegem rolul distinct al fiecărei scheme cognitive în influențarea depresiei.

1. Rolul schemelor cognitive dezadaptative (potențiali predispozitori la depresie):

Conform ipotezelor cercetării, schemele cognitive rigide sau dezadaptative sunt așteptate să contribuie la dezvoltarea depresiei acute. Cu toate acestea, în acest model complet, contribuția unică a majorității schemelor disfuncționale este limitată:

Ruminarea (RUM) ($\beta=0.045$, $p=0.668$) - o schemă cognitivă dezadaptativă centrală puternic asociată teoretic cu depresia, nu este un predictor unic semnificativ statistic al depresiei în acest model complex. Deși la nivel bivariat ruminarea este adesea un predictor robust al depresiei, în prezența tuturor celorlalte opt scheme cognitive, influența sa unică asupra depresiei este subsumată sau partajată cu alte strategii. Aceasta nu neagă rolul teoretic și clinic al ruminării în predispoziția la depresie prin menținerea gândurilor negative și incapacitatea de a se desprinde de evenimente stresante, ci indică complexitatea interacțiunilor în modelul multivariat.

Catastrofarea (CAT) ($\beta=0.054$, $p=0.640$) - o altă schemă cognitivă dezadaptativă puternic asociată cu dispozițiile negative, nu este un predictor unic semnificativ statistic al depresiei în acest model. Contribuția sa unică este foarte mică. Similar cu ruminarea, acest lucru poate sugera că impactul său este parte a unui schematism dezadaptativ mai amplu sau este mediat de alte scheme din model. Teoretic, catastrofarea predispune la disperare și deznădejde, elemente centrale în depresie, prin amplificarea percepută a dificultăților.

Auto-culpabilizarea (AUTO) ($\beta=0.027$, $p=0.774$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic al depresiei în acest model. Contribuția sa este neglijabilă.

Culpabilizarea celorlalți (CULP) ($\beta=0.101$, $p=0.225$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic al depresiei în acest model.

2. Rolul schemelor cognitive adaptative (factori de atenuare/ influențe complexe asupra depresiei):

Refocalizarea pozitivă (REF) ($\beta=-0.501$, $p=0.000$) - această schemă cognitivă adaptativă este un predictor unic și extrem de puternic, semnificativ statistic al depresiei acute. Coeficientul beta negativ indică o relație inversă foarte puternică și semnificativă: cu cât pacienții utilizează mai frecvent strategia de refocalizarea pozitivă, cu atât nivelul lor de depresie acută tinde să fie substanțial mai scăzut. Aceasta subliniază rolul său esențial în atenuarea manifestărilor depresive și în promovarea rezilienței emoționale în mediul critic al terapiei intensive. Este un factor protector fundamental.

Acceptarea (ACC) ($\beta=0.218$, $p=0.025$) - acest rezultat este neașteptat și necesită o interpretare nuanțată. Deși acceptarea este considerată o strategie adaptativă, în acest model a apărut ca un predictor unic și semnificativ statistic al depresiei, cu un coeficient beta pozitiv. Acest lucru înseamnă că o acceptare mai mare este asociată cu un nivel mai ridicat de depresie. O posibilă explicație pentru acest rezultat contraintuitiv în contextul terapiei intensive ar putea fi legată de natura specifică a acceptării în situații de suferință extremă. Este posibil ca pacienții cu niveluri mai ridicate de depresie, confrunțați cu o situație medicală gravă și lipsă de control, să manifeste o formă de acceptare pasivă sau resemnare, care coexistă cu sentimente de neajutorare și tristețe profundă. Altfel spus, acceptarea ar putea fi mai degrabă o consecință a depresiei severe decât un mecanism activ de coping care reduce depresia.

Refocalizarea pe planificarea (PLAN) ($\beta=-0.159$, $p=0.057$) - această strategie adaptativă se află la limita semnificației statistice, cu o tendință de a fi asociată negativ cu depresia. Sugerează că o mai bună planificare ar putea contribui la un nivel ușor mai scăzut al depresiei.

Reevaluarea pozitivă (REEV POZ) ($\beta=-0.096$, $p=0.446$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Punerea în perspectivă (PUN) ($\beta=-0.068$, $p=0.563$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Această analiză detaliază rolul schematismului cognitiv în predispoziția și manifestarea depresiei acute, **confirmând ipoteza generală și contribuind la o înțelegere nuanțată a ipotezei specifice 1.**

Concluzii privind rolul schemelor cognitive în manifestarea depresiei la pacienții spitalizați în terapie intensivă - cel mai puternic predictor al depresiei în acest model este refocalizarea pozitivă, care are un rol esențial de protecție și atenuare, ducând la niveluri

semnificativ mai scăzute ale depresiei. Această schemă cognitivă adaptativă este crucială pentru menținerea sănătății mintale în medii critice.

Spre deosebire de stres și anxietate, în predicția depresiei, niciuna dintre schemele cognitive dezadaptative (RUM, CAT, AUTO, CULP) nu apare ca predictor unic semnificativ în acest model complet. Aceasta nu înseamnă că ele nu joacă un rol în predispoziția la depresie; din contră, teoria sugerează că aceste scheme sunt implicate în menținerea depresiei. Lipsa semnificației unice poate fi interpretată prin prisma interacțiunilor și a varianței partajate. Este posibil ca impactul lor să fie subsumat de alți factori sau să funcționeze mai mult ca parte a unui sindrom de coping dezadaptativ.

Descoperirea unei relații pozitive și semnificative între acceptare și depresie este un aspect notabil care necesită investigație suplimentară. Acest lucru sugerează că acceptarea în contextul spitalizării în terapie intensivă și al depresiei severe ar putea reflecta o formă de resemnare pasivă. În concluzie, manifestările depresive la pacienții din terapie intensivă sunt influențate preponderent de utilizarea redusă a refocalizării pozitive. Deși schemele dezadaptative nu apar ca predictorii unici direcți în acest model, rolul lor teoretic în predispoziția la depresie rămâne important.

Analiza de regresie multiplă pentru predicția anxietății ca stare (STAI-Y1) - rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitiv CERQ)

Această analiză a avut ca scop să determine modul în care cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională (măsurate prin CERQ) contribuie în mod unic la predicția nivelului de anxietate ca stare (măsurată prin scala STAI-Y1) la pacienții internați în secția clinică ATI. Detaliile privind performanța modelului sunt prezentate în (Anexa18 - Subsecțiunea D, Tabelul A18.10), iar semnificația statistică generală a modelului este confirmată în detaliu de analiza varianței (ANOVA), prezentată în (Anexa18 - Subsecțiunea D, Tabelul A18.11).

Interpretare generală a modelului și relația cu predispoziția la anxietatea ca stare - modelul de regresie complet, incluzând toate cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională, s-a dovedit a fi semnificativ statistic în ansamblul său ($F(9,90)=9.975$, $p<0.001$). Acest model explică 54.1% din varianța totală a anxietății ca stare ($R^2=0.541$, cu un R^2 ajustat de 0.495). Această proporție substanțială de varianță explicată subliniază că schematismul cognitiv al pacienților joacă un rol extrem de important și determinant în intensitatea manifestărilor de anxietate situațională în contextul spitalizării în terapie intensivă. Contribuțiile individuale ale

fiecărei scheme cognitive (strategii CERQ) la predicția anxietății ca stare sunt evidențiate în (Anexa18 - Subsecțiunea D, Tabelul A18.12).

Analiza detaliată a contribuției fiecărei scheme cognitive (strategii de coping cognitive CERQ) la predispoziția și manifestarea anxietății ca stare - examinarea coeficienților individuali (beta standardizat) și a valorilor de semnificație (p-value) ne permite să înțelegem rolul distinct al fiecărei scheme cognitive în influențarea anxietății ca stare.

1. Rolul schemelor cognitive dezadaptative (predispozitori la anxietatea ca stare):

Conform ipotezelor cercetării, schemele cognitive dezadaptative sunt așteptate să contribuie la creșterea anxietății situaționale:

Catastrofarea (CAT) ($\beta=0.419$, $p=0.001$) - această schemă cognitivă dezadaptativă este un predictor unic și extrem de semnificativ statistic al anxietății ca stare. Coeficientul beta pozitiv indică o relație directă, puternică și foarte semnificativă: cu cât pacienții utilizează mai frecvent strategia de CAT, cu atât nivelul lor de anxietate ca stare tinde să fie semnificativ mai ridicat. Acest rezultat subliniază că, CAT este o schemă fundamentală care predispune pacienții la o amplificare a sentimentelor de frică în momentul prezent în mediul ATI.

Culpabilizarea (CULP) ($\beta=0.206$, $p=0.019$) - această schemă cognitivă dezadaptativă este un predictor unic și semnificativ statistic al anxietății ca stare. Coeficientul beta pozitiv indică o relație directă: o utilizare mai intensă a culpabilizării este asociată cu un nivel mai ridicat de anxietate situațională, sugerând că atribuirea vinei către factori externi intensifică stresul acut.

Auto-culpabilizarea (AUTO) ($\beta=0.019$, $p=0.844$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic al anxietății ca stare în acest model. Contribuția sa este neglijabilă.

Ruminarea (RUM) ($\beta=-0.034$, $p=0.758$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic al anxietății ca stare în acest model complet.

2. Rolul schemelor cognitive adaptative (factori de atenuare a anxietății ca stare):

Refocalizarea pozitivă (REF) ($\beta=-0.291$, $p=0.012$) - această schemă cognitivă adaptativă este un predictor unic și semnificativ statistic. Coeficientul beta negativ indică o relație inversă: cu cât pacienții utilizează mai frecvent REF, cu atât nivelul lor de anxietate ca stare tinde să fie semnificativ mai scăzut, funcționând ca un mecanism de protecție activă.

Acceptarea (ACC) ($\beta=-0.078$, $p=0.434$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic al anxietății ca stare în acest model complet.

Refocalizarea pe planificare (PLAN) ($\beta=-0.074$, $p=0.394$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Reevaluarea pozitivă (REEVPOZ) ($\beta=0.188$, $p=0.156$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Punerea în perspectivă (PUN) ($\beta=-0.126$, $p=0.305$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Această analiză detaliază rolul schematismului cognitiv în predispoziția și manifestarea anxietății situaționale, **confirmând ipoteza generală.**

Concluzii privind rolul schemelor cognitive în manifestarea anxietății ca stare la pacienții spitalizați în terapie intensivă:

Principalii predictorii dezadaptativi pentru anxietatea ca stare sunt catastrofarea și culpabilizarea, ambele contribuind la creșterea vulnerabilității pacienților și la intensificarea trăirilor anxioase în contextul terapiei intensive.

Refocalizarea pozitivă se confirmă ca factor protector esențial, fiind singura schemă adaptativă care reduce semnificativ nivelul anxietății situaționale în acest model.

În concluzie, intervențiile pentru reducerea anxietății ca stare ar trebui să se concentreze pe diminuarea tendinței de catastrofarea și pe încurajarea strategiei de refocalizare pozitivă.

Analiza de regresie multiplă pentru predicția anxietății ca trăsătură (STAI-Y2) - rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitiv CERQ)

Această analiză a avut ca scop să determine modul în care cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională (măsurate prin CERQ) contribuie în mod unic la predicția nivelului de anxietate ca trăsătură (măsurată prin scala STAI-Y2) la pacienții internați în terapie intensivă. Performanța globală a modelului este prezentată în (Anexa18 - Subsecțiunea E, Tabelul A18.13), iar semnificația statistică generală a modelului este confirmată în detaliu de analiza varianței (ANOVA), prezentată în (Anexa18 - Subsecțiunea E, Tabelul A18.14).

Interpretare generală a modelului și relația cu predispoziția la anxietatea ca trăsătură: modelul de regresie complet, incluzând toate cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională, s-a dovedit a fi semnificativ statistic în ansamblul său ($F(9,90)=7.616$, $p<0.001$). Acest model explică 43.2% din varianța totală a anxietății ca trăsătură ($R^2=0.432$, cu un R^2 ajustat de 0.376). Această proporție considerabilă de varianță explicată subliniază că schematismul cognitiv al pacienților joacă un rol important în înțelegerea și predicția predispoziției lor generale spre anxietate în contextul ATI. Contribuțiile individuale ale fiecărei scheme cognitive la predicția anxietății ca trăsătură sunt evidențiate în (Anexa18 - Subsecțiunea E, Tabelul A18.15).

Analiza detaliată a contribuției fiecărei scheme cognitive (strategii de coping cognitiv CERQ) la predispoziția și manifestarea anxietății ca trăsătură - examinarea coeficienților individuali (beta standardizat) și a valorilor de semnificație (p-value) ne permite să înțelegem rolul distinct al fiecărei scheme cognitive în influențarea anxietății ca trăsătură.

1. Rolul schemelor cognitive dezadaptative (predispozitori la anxietate ca trăsătură) - conform ipotezelor cercetării, schemele cognitive dezadaptative sunt așteptate să contribuie la o vulnerabilitate generală:

Culpabilizarea celorlalți (CULP) ($\beta=0.355$, $p=0.000$) - această schemă cognitivă dezadaptativă este un predictor unic și extrem de puternic, semnificativ statistic al anxietății ca trăsătură. Coeficientul beta pozitiv indică o relație directă și foarte semnificativă: cu cât pacienții utilizează mai frecvent strategia de culpabilizarea celorlalți, cu atât nivelul lor de anxietate ca trăsătură tinde să fie semnificativ mai ridicat. Acest rezultat sugerează că atribuirea problemelor altora este un factor fundamental în predispoziția de a experimenta anxietatea în mod cronic.

Acceptarea (ACC) ($\beta=0.259$, $p=0.017$) - similar cu rezultatul de la depresie, acceptare, deși clasificată ca o schemă adaptativă, apare aici ca un predictor unic și semnificativ statistic al anxietății ca trăsătură, cu un coeficient beta pozitiv. Acest lucru înseamnă că o acceptare mai mare este asociată cu un nivel mai ridicat de anxietate ca trăsătură. Acest rezultat contraintuitiv ar putea reflecta o formă de resemnare pasivă sau o „acceptare” a stării anxioase ca parte a identității proprii, mai degrabă decât o strategie activă de coping.

Auto-culpabilizarea (AUTO) ($\beta=0.153$, $p=0.143$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic al anxietății ca trăsătură în acest model.

Ruminarea (RUM) ($\beta=0.069$, $p=0.555$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic al anxietății ca trăsătură în acest model.

Catastrofarea (CAT) ($\beta=-0.038$, $p=0.771$) - nu este un predictor unic semnificativ statistic în acest model. Interesant este că, spre deosebire de anxietatea ca stare, unde CAT era predictorul principal, aici nu are o contribuție unică, sugerând o dinamică diferită pentru trăsătura anxioasă stabilă.

2. Rolul schemelor cognitive adaptative (factori de atenuare a anxietății ca trăsătură):

Refocalizarea pe planificare (PLAN) ($\beta=-0.348$, $p=0.000$) - această schemă cognitivă adaptativă este un predictor unic și extrem de puternic, semnificativ statistic al anxietății ca trăsătură. Coeficientul beta negativ indică o relație inversă puternică: cu cât pacienții utilizează mai frecvent strategia de plan, cu atât nivelul lor de anxietate ca trăsătură tinde să fie substanțial

mai scăzut. Aceasta subliniază rolul său esențial în oferirea unui sentiment de control care reduce vulnerabilitatea cronică.

Refocalizarea pozitivă (REF) ($\beta=-0.208$, $p=0.086$) - această schemă cognitivă adaptativă se află la limita semnificației statistice, sugerând un potențial rol de atenuare, dar fără a atinge pragul de unicitate predictivă în acest model multivariat.

Reevaluarea pozitivă (REEVPOZ) ($\beta=0.053$, $p=0.705$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Punerea în perspectivă (PUN) ($\beta=-0.134$, $p=0.305$) - această strategie adaptativă nu este un predictor unic semnificativ.

Concluzii privind rolul schemelor cognitive în manifestarea anxietății ca trăsătură la pacienți internați în Secția Clinică ATI - această analiză detaliată a modelului complet de regresie subliniază rolul crucial al schemelor cognitive în predicția anxietății ca trăsătură, oferind perspective importante asupra mecanismelor de vulnerabilitate:

Spre deosebire de anxietatea ca stare, unde catastrofa domina, în cazul anxietății ca trăsătură, culpabilizarea se profilează ca un predictor semnificativ și puternic. Acest lucru sugerează că o tendință cronică de a atribui problemele factorilor externi este o vulnerabilitate fundamentală care predispozează la o anxietate persistentă.

Refocalizarea pe planificare se dovedește a fi un factor protector extrem de important, reducând semnificativ anxietatea ca trăsătură. Capacitatea de a aborda metodic problemele pare să confere o reziliență de durată împotriva anxietății generalizate.

Descoperirea unei relații pozitive între acceptare și anxietate ca trăsătură sugerează că, pentru unii pacienți, această strategie ar putea reflecta o resemnare față de propria predispoziție anxioasă.

În concluzie, anxietatea ca trăsătură la pacienții din terapie intensivă este puternic influențată de predominanța culpabilizării care acționează ca factor de predispoziție, și de rolul vital al refocalizării pe planificare ca factor protector. Aceste constatări subliniază necesitatea unor intervenții care să vizeze consolidarea abilităților de planificare pentru a diminua vulnerabilitatea cronică la anxietate.

Sinteza integrativă a rezultatelor analizelor de regresie multiple: rolul schemelor cognitive în predicția sresului acut, anxietății și depresiei la pacienții spitalizați în terapie intensivă

Analizele de regresie multiple detaliate în sub-capitolele anterioare (2.4.1 - 2.4.6) au explorat contribuția unică a fiecăreia dintre cele nouă strategii cognitive de reglare emoțională (măsurate prin CERQ) la predicția nivelurilor de stres acut (DASS-21R), anxietate (DASS-21R), depresie (DASS-21R), anxietate ca stare (STAI-Y1) și anxietate ca trăsătură (STAI-Y2) la pacienții spitalizați în secția de terapie intensivă. Aceste demersuri au fost în concordanță cu scopul general al cercetării - studierea relației dintre schemele cognitive și manifestările stresului acut - și au vizat atingerea obiectivelor specifice, în special identificarea schemelor cognitive predominante și corelarea acestora cu manifestările de stres acut, anxietate și depresie, oferind o perspectivă cuprinzătoare asupra fenomenului.

Această secțiune își propune să sintetizeze și să integreze descoperirile cheie din aceste analize, identificând pattern-urile recurente, diferențele notabile și rolul preponderent al anumitor scheme cognitive, atât cele adaptative, cât și cele dezadaptative, în influențarea bunăstării psihologice a pacienților internați la terapie intensivă.

Rolul predominant al schemelor cognitive în explicarea varianței dispozițiilor negative acute

Un prim aspect esențial care reiese din toate modelele de regresie este validitatea globală a fiecărui model. Toate modelele construite, incluzând cele nouă strategii CERQ, s-au dovedit a fi semnificativ statistic în ansamblul lor ($p < 0.001$ pentru toate), explicând o proporție considerabilă din varianța fiecărei variabile psihologice. Detaliile privind varianța explicată (R^2) și semnificația globală a fiecărui model de regresie multiplă sunt evidențiate în datele centralizate în Tabelul 2.4.

Tabelul 2.4 Indicatorii de semnificație globală și varianța explicată (R^2)

Variabila dependentă	R^2 (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

Analiza indicatorilor de varianță explicată relevă o capacitate predictivă remarcabilă a strategiilor de reglare emoțională. Modelele demonstrează că strategiile CERQ explică o proporție substanțială din simptomatologie, cu niveluri maxime pentru depresie (54,1%) și anxietate ca stare (49,9%). Aceasta indică faptul că procesarea cognitivă este responsabilă pentru aproximativ jumătate din intensitatea trăirilor afective negative.

Semnificația statistică ridicată a tuturor modelelor ($p < 0,001$) confirmă robustețea relației analizate. Se observă că modelele cognitive explică mai eficient stările de anxietate și depresie decât stresul acut (32,6%), acesta din urmă fiind influențat într-o măsură mai mare și de factori fiziologici obiectivi. Rezultatele indică următoarele ponderi ale varianței explicate:

Depresie (DASS-21R) - modelul a explicat 54.1% din varianță ($R^2=.541$), conform datelor din Anexa 18 - subsecțiunea C.

Anxietate ca stare (STAI-Y1) - modelul a explicat 49.9% din varianță ($R^2=.499$), conform datelor din Anexa 18 - subsecțiunea D.

Anxietate (DASS-21R) - capacitatea predictivă a fost de 45.5% ($R^2=.455$), conform datelor din Anexa 18 - subsecțiunea B.

Anxietate ca trăsătură (STAI-Y2) - proporția explicată a fost de 43.2% ($R^2=.432$), conform datelor din Anexa 18 - subsecțiunea E.

Stres (DASS-21R) - modelul a explicat 32.6% din varianță ($R^2=.326$), conform indicatorilor din Anexa 18 - subsecțiunea A.

În concluzie, datele evidențiază modul în care strategiile dezadaptative acționează ca factori de predispoziție, în timp ce strategiile adaptative funcționează ca factori de atenuare a suferinței psihice în mediul de terapie intensivă. Aceste rezultate subliniază că tiparele de procesare cognitivă, reflectate de strategiile de reglare emoțională, reprezintă un determinant major în explicarea suferinței pacienților. Procentele ridicate de varianță explicată *confirmă ipoteza generală a cercetării*, demonstrând influența semnificativă a strategiilor de reglare cognitiv-emoțională asupra dispoziției negative în contextul critic al terapiei intensive.

Identificarea predictorilor cheie: o perspectivă integrată asupra rolului schemelor cognitive

Pe lângă validitatea globală a modelelor, analizele de regresie multiple au elucidat rolul predictiv specific al fiecărei scheme cognitive, oferind o perspectivă integrată asupra modului în care acestea predispun sau protejează pacienții în contextul critic al terapiei intensive. Contribuția individuală a predictorilor este sintetizată în rezultatele centralizate în Tabelul 2.5 (extrase din datele brute regăsite în Anexa 18):

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 (R²)	32,6%	45,5%	54,1%	54,1%	43,2%

Privind aceste descoperiri integrat, cel mai puternic predictor al stresului acut s-a dovedit a fi culpabilizarea, conform Anexa 18 - Subsecțiunea A, Tabel A18.3. Contribuția sa unică subliniază un mecanism de amplificare a stării de stres prin atribuirea responsabilității externe. Alături de culpabilizarea, catastrofare și ruminare s-au profilat ca predictori semnificativi ai stresului acut în scenariile în care interacțiunile lor nu au fost mascate de prezența simultană a tuturor schemelor, funcționând ca mecanisme cognitive esențiale ce amplifică percepția amenințării și perpetuează starea de alertă. Rezultatele relevă corelații semnificative între schemele disfuncționale și intensitatea suferinței psihice, *confirmând ipoteza specifică nr. 2*.

S-au observat corelații robuste între gama de scheme negative și stresul acut, cea mai proeminentă fiind legătura cu culpabilizarea celorlalți.

De asemenea, anxietatea, evaluată atât ca stare (STAI-Y1, Anexa 18 - Subsecțiunea D, Tabel A18.12), cât și ca trăsătură (STAI-Y2, Anexa 18 - Subsecțiunea E, Tabel A18.15), a demonstrat o asociere puternică cu schemele disfuncționale, reconfirmând rolul anxietății ca vulnerabilitate fundamentală în fața stresorilor din terapie intensivă.

În ceea ce privește depresia, anumite scheme, în special ruminarea și auto-culpabilizarea, au prezentat corelații semnificative (Anexa 18 - Subsecțiunea C, Tabel A18.9), evidențiind rolul lor în amplificarea suferinței emoționale generale, chiar dacă auto-culpabilizarea nu s-a dovedit a fi un predictor direct al stresului acut în acest context imediat.

În concluzie, această perspectivă integrată demonstrează că stresul acut în terapie intensivă este un fenomen multifactorial, influențat de culpabilizarea celorlalți, catastrofare și ruminare, alături de o predispoziție anxioasă preexistentă. Recunoașterea interdependenței acestor factori este esențială pentru dezvoltarea unor strategii psihologice comprehensive, menite să atenueze suferința și să sprijine recuperarea optimă a pacienților critici.

Investigarea rolului moderator al anxietății ca trăsătură în relația dintre schemele cognitive disfuncționale și stresul acut

În continuarea analizei predictive, a fost explorată și o ipoteză specifică ce sugera că pacienții cu strategii de coping cognitive dezadaptative și anxietate medie/ridicată ca trăsătură ar fi mai predispuși la dezvoltarea stresului acut. Pentru a testa această relație complexă, a fost construit un model de regresie multiplă în care stresul (DASS-21R) a reprezentat variabila dependentă, iar anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2 centrată) și termenul de interacțiune dintre acestea au fost incluse ca predictori.

Analiza regresiei multiple a oferit o perspectivă detaliată asupra modului în care diverse scheme cognitive negative și anxietatea ca trăsătură contribuie la nivelul de stres acut resimțit de pacienții din secțiile de Terapie Intensivă. Rezultatele noastre subliniază o rețea complexă de influențe, unde interacțiunea dintre acești factori este la fel de importantă ca și contribuția lor individuală.

Contribuția globală a factorilor psihologici

Modelul complet, care a inclus toate cele patru scheme cognitive negative (CAT, AUTO, RUM, CULP) și anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2), a explicat 20.7% din varianța stresului (DASS-21R) și a fost semnificativ statistic ($F(5,94)=4.917, p=0.000$). Aceasta *validează ipoteza specifică nr.1 a cercetării*, confirmând că aceste dimensiuni psihologice sunt predictori relevanți și importanți ai stresului acut în rândul pacienților critici. Procentul de varianță explicată, deși moderat, este substanțial într-un context clinic complex precum mediul de terapie intensivă, unde numeroși alți factori medicali și de mediu contribuie la experiența pacientului.

Examinarea contribuției fiecărui predictor în cadrul modelului complet relevă o dinamică specifică a modului în care schemele cognitive dezadaptative modelează stresul acut.

Culpabilizarea celorlalți reprezintă tendința de a atribui responsabilitatea pentru evenimentele negative sau pentru propria suferință unor factori externi sau altor indivizi. Chiar și în prezența tuturor celorlalte scheme cognitive negative și a anxietății ca trăsătură, culpabilizarea s-a dovedit a fi un predictor pozitiv și semnificativ statistic al stresului

acut ($\beta=0.272$, $p=0.011$). Aceasta subliniază contribuția sa independentă și robustă la nivelul de stres al pacienților. În modelul cu culpabilizarea celorlalți și STAI-Y2, relația a rămas semnificativă statistic, cu un coeficient similar ($\beta=0.245$, $p=0.017$). Această consistență sugerează că blamarea externă este un mecanism central și puternic care contribuie la experiența de stres acut. Atribuirea responsabilității în afara propriei persoane poate, paradoxal, să amplifice distresul prin menținerea unei stări de neputință, furie sau frustrare, deoarece pacientul percepe că controlul asupra situației îi scapă complet. Acest stil cognitiv îi împiedică să adopte o perspectivă proactivă sau de acceptare, perpetuând astfel răspunsul la stres. Culpabilizarea celorlalți este un predictor pozitiv și semnificativ statistic al stresului acut, având o contribuție independentă și consistentă la amplificarea stresului acut. Rezultatele regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu culpabilizarea și STAI-Y2 sunt prezentate în Anexa 19 - Subsecțiunea A, Tabelele A19.1 - A19.3.

Catastrofarea este tendința de a exagera severitatea și consecințele negative ale evenimentelor. Deși este o schemă dezadaptativă recunoscută pentru amplificarea stresului acut, în modelul complet catastrofarea nu a fost un predictor individual semnificativ statistic al stresului ($p=0.670$). Aceasta sugerează că, în prezența altor factori puternici, contribuția sa unică a fost mascată. Atunci când a fost evaluată alături doar de STAI-Y2, catastrofarea a devenit un predictor pozitiv și semnificativ statistic al stresului acut ($\beta=0.226$, $p=0.027$). Această dinamică indică faptul că efectul său direct poate fi suprapus cu alte scheme cognitive. Relevanța sa clinică rămâne însă incontestabilă: persoanele care catastrofizează tind să perceapă amenințările ca fiind mult mai grave, declanșând un răspuns de stres intens. Rezultatele regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu catastrofarea și STAI-Y2 sunt reprezentate în Anexa 19 - Subsecțiunea B, Tabelele A19.4 - A19.6.

Auto-culpabilizarea se referă la tendința de a-și asuma responsabilitatea pentru evenimentele negative. În modelul complet, auto-culpabilizarea nu a fost un predictor individual semnificativ statistic ($p=0.148$), rămânând nesemnificativă și în modelul restrâns alături de STAI-Y2 ($p=0.168$). Aceste rezultate sugerează că, în acest eșantion, auto-învinovățirea nu are o contribuție directă semnificativă la stresul acut. În mediul critic al terapiei intensive, pacienții par să se concentreze mai mult pe amenințări externe sau pe efectele bolii. Rezultatele regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu auto-culpabilizarea și STAI-Y2 sunt reprezentate în Anexa 19 - Subsecțiunea C, Tabelele A19.7 - A19.9.

Ruminarea presupune gândirea repetitivă și pasivă la simptomele stresului acut. În modelul complet, ruminarea nu a atins pragul de semnificație ($p=0.269$), dar evaluată alături de STAI-Y2, a devenit un predictor pozitiv semnificativ ($\beta=0.253$, $p=0.013$). Blocarea în gânduri negative

repetitive despre situația actuală amplifică percepția de amenințare și menține starea de alertă. Faptul că devine semnificativă în modelul cu doi predictorii confirmă relevanța sa clinică, indicând o suprapunere a varianței cu alte scheme cognitive dezadaptative. Rezultatele regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu ruminarea și STAI-Y2 sunt prezentate în Anexa 19 - Subsecțiunea D, Tabelele A19.10 - A19.12.

STAI-Y2, reprezentând o predispoziție stabilă spre anxietate, a prezentat o dinamică nuanțată. În modelul complet, nu a fost un predictor individual semnificativ ($p=0.356$), fapt ce poate fi atribuit suprapunerii varianței cu schemele cognitive dezadaptative. Cu toate acestea, în modelele bi-predictive, STAI-Y2 a devenit un predictor pozitiv și semnificativ statistic în toate cele patru cazuri: alături de catastrofare ($\beta=0.216$, $p=0.035$), auto-culpabilizarea ($\beta=0.266$, $p=0.008$), ruminare ($\beta=0.208$, $p=0.039$) și culpabilizarea celorlalți ($\beta=0.204$, $p=0.047$).

Această dinamică sugerează că vulnerabilitatea la stresul acut este sporită de prezența schemelor cognitive dezadaptative care acționează ca mecanisme prin care anxietatea ca trăsătură se manifestă. Identificarea pacienților cu niveluri ridicate de STAI-Y2 necesită o abordare integrativă, pentru a contracara transformarea stresorilor situaționali în stări acute de stres. În concluzie, STAI-Y2 rămâne o vulnerabilitate generală care influențează direct dezvoltarea stresului acut, necesitând intervenții psihologice specifice pentru a întări reziliența.

Implicații pentru stresul acut la pacienții spitalizați în secția de terapie intensivă

Cercetarea noastră privind rolul tiparelor de procesare cognitivă dezadaptative și al anxietății ca trăsătură în predicția stresului acut oferă o bază solidă pentru dezvoltarea unor intervenții psihologice mai eficiente în acest mediu critic. Înțelegerea profundă a mecanismelor care amplifică stresul acut permite o abordare mai țintită și personalizată a îngrijirii psiho-emoționale.

Evaluarea comprehensivă a vulnerabilităților psihologice:

Rezultatele studiului subliniază importanța unui screening psihologic complet la internarea pacienților în ATI, care ar trebui să vizeze următoarele componente:

Profilul afectiv (DASS-21R) - utilizarea instrumentului este imperativă pentru monitorizarea severității simptomatologiei de stres, anxietate și depresie. Aceasta oferă o imagine obiectivă asupra intensității suferinței psihice, facilitând triajul pacienților care necesită asistență psihologică urgentă.

Schemele cognitive dezadaptative (CERQ) - este esențială evaluarea tendințelor de culpabilizare a celorlalți, catastrofare și ruminare, deoarece acestea au demonstrat un impact direct asupra nivelului de stres acut. Chiar dacă auto-culpabilizarea nu s-a dovedit a fi un predictor direct în analizele noastre, identificarea acestei scheme rămâne vitală. Prezența ei indică un risc crescut

pentru alte forme de suferință (ex. vinovăție cronică, depresie) și poate afecta recuperarea post-spitalizare, motiv pentru care o evaluare completă trebuie să o includă.

Anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2) - scorurile ridicate reprezintă un semnal de alarmă privind vulnerabilitatea intrinsecă a pacientului. Aceste persoane tind să proceseze mediul ATI prin filtre de amenințare, necesitând monitorizare clinică sporită.

Anxietatea ca stare (STAI-Y1) - evaluarea reflectă nivelul curent de tensiune și succesul (sau eșecul) mecanismelor de reglare cognitivă în fața stresorilor mediului critic. O valoare ridicată la STAI-Y1 constituie indicatorul clinic imediat al necesității unei intervenții de specialitate.

Concluzii privind adaptarea cognitiv-emoțională:

Datele prezentate anterior demonstrează că adaptarea psihologică în unitățile de terapie intensivă nu este condiționată exclusiv de factori medicali sau de mediu, ci este mediată profund de filtrele cognitive ale pacienților. Identificarea pacienților care utilizează strategii dezadaptative precum culpabilizarea celorlalți sau catastrofarea oferă echipei medicale posibilitatea de a modula comunicarea și de a solicita intervenția psihologului clinician înainte ca stresul acut să escaladeze în forme severe de stres post-traumatic sau depresie majoră. Această abordare subliniază necesitatea integrării scorurilor STAI-Y1, STAI-Y2 și ale subscalelor CERQ într-un tablou clinic complet, permițând o asistență medicală cu adevărat holistică și preventivă.

Analiza corelațională între variabilele socio-demografice/medicale și intensitatea stresului psihologic acut

Pentru a investiga relațiile dintre caracteristicile socio-demografice și medicale ale pacienților și intensitatea distresului resimțit, a fost realizată o analiză de corelație Spearman's rho. Rezultatele sunt prezentate în Anexa 20 -Tabelul A20.1, din care reiese că:

Vârsta pacienților nu a prezentat corelații semnificative statistic cu nici o măsură a stresului acut (stres, anxietate, depresie, anxietate ca stare, anxietate ca trăsătură). Acest lucru indică faptul că, în eșantionul studiat, intensitatea stresului acut nu este influențată direct de categoria de vârstă a pacienților.

Mediul de rezidență este corelat pozitiv semnificativ statistic cu nivelul severității stresului ($\rho=0.199$, $p=0.047$). Datele sugerează că pacienții proveniți din mediul rural experimentează niveluri mai ridicate de stres în ATI comparativ cu cei din mediul urban. De asemenea, mediul de rezidență se corelează negativ semnificativ cu nivelul studiilor ($\rho=-0.429$, $p<0.001$), indicând o prevalență mai mare a studiilor scăzute în rândul pacienților rurali. Stresul exacerbât în acest grup poate fi explicat prin:

Izolarea socială - distanța îngreunează vizitele familiei, intensificând sentimentul de singurătate.
Șocul mediului tehnologizat - trecerea de la un mediu rural la complexitatea tehnologică și procedurile invazive ale unei secții de terapie intensivă urbană, poate genera un șoc adaptativ mai mare.

Barriere de comunicare - diferențele subtile în stilul de comunicare pot contribui la sentimente de neînțelegere sau lipsă de control.

Nivelul studiilor prezintă o corelație negativă semnificativă statistic cu nivelul severității depresiei ($\rho=-0.306$, $p=0.002$). Un nivel educațional mai ridicat este asociat cu un nivel mai scăzut de depresie, sugerând o posibilă rezervă cognitivă sau mecanisme de coping mai variate. Totodată, studiile se corelează negativ cu tipul tratamentului ($\rho=-0.229$, $p=0.022$), pacienții cu studii superioare fiind mai frecvent subiecții unor intervenții chirurgicale în acest eșantion.

Tipul afecțiunii medicale se corelează pozitiv semnificativ cu vârsta ($\rho=0.295$, $p=0.003$), confirmând prevalența afecțiunilor cronice la pacienții vârstnici. Esențial pentru studiul de față este corelația pozitivă cu nivelul depresiei ($\rho=0.261$, $p=0.009$) și cu anxietatea ca trăsătură - STAI-Y2 ($\rho=0.436$, $p<.001$). Natura cronică a patologiei medicale crește semnificativ vulnerabilitatea la stări depresive și menține un nivel ridicat de anxietate structurală.

Tipul tratamentului medical - datele evidențiază diferențe în povara emoțională în funcție de caracterul intervenției (chirurgical vs. conservator).

Impactul asupra anxietății și depresiei - intervențiile nechirurgicale (conservatoare) sunt corelate semnificativ pozitiv cu un nivel ridicat de anxietate și depresie: anxietate ca stare (STAI-Y1): $\rho=0.279$, $p=0.005$; anxietate ca trăsătură (STAI-Y2): $\rho=0.247$, $p=0.013$; depresie: $\rho=0.276$, $p=0.006$.

Aceste asocieri indică faptul că tratamentele conservatoare, adesea aplicate în patologii cronice, implică o incertitudine prelungită și lipsa unui moment final clar (specific chirurgiei), ceea ce erodează resursele adaptative și speranța.

Impactul asupra stresului acut - paradoxal, nu există o corelație semnificativă între tipul de intervenție medicală și stresul acut ($\rho=0.183$, $p=0.068$). Acest lucru sugerează că factorii stresori imediați din terapie intensivă (zgomot, privare de somn, proceduri) afectează uniform toți pacienții, stresul acut fiind o constantă a mediului critic, indiferent de tipul tratamentului.

Deși orice spitalizare în secția de terapie intensivă este traumatizantă, pacienții supuși tratamentelor nechirurgicale prezintă o vulnerabilitate emoțională cronică mai accentuată, necesitând suport psihologic ținut pe gestionarea incertitudinii și a simptomatologiei cronice.

2.4. Integrarea rezultatelor calitative

Metodologia analizei calitative

Pentru a completa datele cantitative cu o înțelegere subiectivă și contextuală a trăirilor emoționale ale pacienților, a fost adoptată o abordare calitativă complementară [68]. Aceasta a vizat explorarea în profunzime a percepțiilor, experiențelor și mecanismelor personale de adaptare la stresul acut generat de internarea în Secția Clinică ATI. Principalele metode de colectare a datelor au fost interviul clinic semi-structurat și observația clinică.

Interviul clinic semi-structurat (Anexa 5 și Anexa 6)

Interviul clinic semi-structurat a reprezentat instrumentul principal pentru obținerea de informații detaliate privind gândirea, registrul de funcționare psihologică și mecanismele de apărare ale pacienților [104]. Această metodă a facilitat o analiză aprofundată a profilurilor psihoemoționale și o înțelegere a modului în care pacienții își gestionează stresul acut și a schemelor cognitive subiacente. Interviurile au permis surprinderea experiențelor subiective, a percepțiilor individuale și a modalităților personale de adaptare la situația medicală critică.

Toate interviurile au fost transcrise integral și supuse analizei de conținut tematic. Această analiză a permis identificarea tiparelor recurente în răspunsurile pacienților, printr-o abordare mixtă de codificare [52]:

Deductivă - utilizând ca bază concepte teoretice relevante, precum schemele cognitive, stresul acut și strategiile de coping.

Inductivă - prin identificarea temelor emergente direct din datele transcrise, asigurând o reprezentare fidelă a experiențelor pacienților.

Răspunsurile au fost grupate în șapte teme majore (detaliate în Anexa 7), fiecare reflectând o dimensiune semnificativă a experienței pacienților, relevantă pentru înțelegerea percepției stresului acut și a schemelor cognitive asociate:

Tema 1 - percepția vulnerabilității și pierderea controlului

Tema 2 - reacții emoționale dominante

Tema 3 - scheme cognitive dezadaptative

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.

Pentru a evidenția consistența temelor și a oferi o orientare cantitativă asupra prevalenței percepțiilor exprimate, a fost realizată o cuantificare simplificată a frecvenței apariției fiecărei teme, raportată la numărul total de interviuri (N = 100).

Observația clinică

Pe parcursul interacțiunilor cu pacienții, incluzând perioadele pre/intra/post-administrare a testelor psihologice, au fost înregistrate observații sistematice în fișa de observație psihologică clinică (Anexa 8). Aceste observații au vizat:

Comportamentul nonverbal - mimică, gesturi, poziția corpului, tonul vocii [99].

Manifestările emoționale spontane - expresii emoționale, semne de anxietate, tensiune, ezitări, retrageri sau comentarii verbale legate de itemii testați, precum și exprimări spontane de frică, neputință, negare).

Interacțiunea pacientului cu personalul medical și răspunsul la contextul spitalizării în terapie intensivă.

Observațiile clinice au fost utilizate în triangularea datelor, completând și validând informațiile obținute prin interviul clinic semi-structurat și prin metodele cantitative [71]. Această integrare a permis obținerea unei perspective mai profunde asupra trăirilor emoționale, a tiparelor comportamentale și a resurselor psihologice utilizate de pacienți în contextul spitalizării la terapie intensivă. De asemenea, evaluarea comportamentului nonverbal și a interacțiunii sociale a contribuit la identificarea schemelor cognitive disfuncționale și la dezvoltarea unor strategii de intervenție adecvate.

Prezentarea și interpretarea temelor calitative:

Această secțiune oferă o perspectivă aprofundată asupra experiențelor subiective ale pacienților (N=100) internați în Secția Clinică ATI, completând datele cantitative cu o înțelegere nuanțată a trăirilor lor emoționale, cognitive și comportamentale. Temele identificate prin analiza de conținut tematic reflectă dimensiuni semnificative ale adaptării la stresul acut și la activarea schemelor cognitive disfuncționale. Pentru a evidenția consistența temelor, a fost realizată o cuantificare simplificată, prin raportarea frecvenței apariției fiecărei teme la numărul total de interviuri.

Tema 1 - percepția vulnerabilității și pierderea controlului

Un aspect central și profund perturbator al experienței pacienților în terapie intensivă este percepția acută a vulnerabilității și a pierderii controlului. Această temă subliniază modul în care contextul medical critic deturneză fundamentele psihologice ale autonomiei și siguranței [42; 65]. Sentimentul de vulnerabilitate este direct alimentat de severitatea condiției medicale și de dependența aproape totală de aparatură și de intervențiile personalului. Pacienții se confruntă cu o conștientizare bruscă a fragilității propriului corp și a proximității unui pericol, ceea ce generează o senzație profundă de neputință și o incapacitate de a influența cursul evenimentelor. Așa cum a

exprimat un pacient: „*Mă simțeam ca o păpușă, complet la mâna lor. Nu puteam face nimic, nici măcar să mă mișc singur*”. Un altul a relatat: „*Fiecare bip al aparatului îmi amintea cât de aproape sunt de... de sfârșit*”. Observațiile clinice au confirmat adesea această stare, prin posturi corporale pasive și contact vizual redus.

Simultan, mediul ATI contribuie masiv la pierderea controlului. Factori precum impunerea de restricții fizice (tuburi, cabluri, imobilizare), programul riguros și adesea imprevizibil al procedurilor medicale, lipsa intimității, dificultatea de comunicare (intubația, sedarea) și dependența totală de deciziile personalului medical amplifică percepția că viața lor nu mai este sub control personal [98]. Pacienții simt că au fost dezbrăcați de autonomie. Un pacient a descris această frustrare: „*Nu știam niciodată ce urmează. Eram trezit pentru analize, apoi adormit la loc. Ziua și noaptea se amestecau. Parcă nu mai eram stăpân pe mine*”. Aceste sentimente de pierdere a controlului sunt direct legate de scorurile crescute de anxietate și stres acut observate în datele cantitative, unde lipsa controlului este un factor recunoscut de vulnerabilitate la stres [22].

Tema 2 - reacții emoționale dominante

Pe lângă percepția vulnerabilității, pacienții din terapie intensivă experimentează o gamă intensă de reacții emoționale, adesea coplesitoare și contradictorii. Această temă reflectă impactul direct al stresului acut asupra stării afective și a fost prevalentă în relatările a majorității participanților (peste 90% din pacienți au menționat emoții negative intense).

Anxietatea și frica sunt emoții predominante, generate de incertitudinea privind prognosticul, frica de durere, de proceduri invazive sau de moarte [47]. Un pacient a mărturisit: „*Eram mereu cu inima strânsă, așteptând să se întâmple ceva rău. Nu puteam să respir liniștit*”. Alții au descris frica specifică de aparatură: „*Zgomotele alea de la aparate mă înspăimântau. Fiecare sunet era un semn de pericol*”. Observațiile clinice au validat aceste relatări prin semne fizice de anxietate, cum ar fi tremurul, agitația și suspinele. Aceste manifestări sunt în strictă concordanță cu scorurile semnificativ crescute la anxietatea ca stare (STAI-Y1) și anxietatea generală (DASS-21R) din datele cantitative (ambele cu $p < 0.001$ în modelele de regresie, conform Anexei 18 - Subsecțiunile B și D, Tabel A18.6 și Tabel A18.12), unde anxietatea este o reacție comună la amenințare percepută [146].

Disperarea și tristețea apar adesea ca răspuns la limitările fizice, la pierderea independenței și la separarea de familie. „*Mă simțeam atât de singur și de trist. Îmi era dor de casă, de cei dragi, și mă întrebam dacă o să-i mai văd vreodată*”, a relatat un alt pacient. Acest sentiment de tristețe se reflectă în scorurile crescute de depresie (DASS-21R - depresie) din evaluarea cantitativă (cu $p < 0.001$ în modelul de regresie, conform Anexei 18 - Subsecțiunea C, Tabel A18.9).

De asemenea, pot apărea frustrarea și iritabilitatea, ca răspuns la incapacitatea de a comunica eficient sau la disconfortul fizic. „*Eram furios că nu puteam vorbi, să le spun ce mă doare. Mă simțeam neajutorat și îmi venea să urlu*”, a exprimat un alt pacient. Chiar și în acest context dificil, unii pacienți au manifestat grațitudine, recunoscând eforturile personalului: „*Le sunt recunoscător medicilor și întregului personal medical. Ei sunt îngerii mei păzitori*”. Această ambivalență emoțională subliniază complexitatea trăirilor în ATI. Aceste reacții emoționale intense subliniază impactul copleșitor al mediului ATI și al severității bolii, fiind manifestări directe ale stresului acut resimțit de pacienți [22].

Tema 3 - scheme cognitive dezadaptative

Această temă dezvăluie tiparele de gândire dezadaptative activate sau exacerbate de experiența traumatică a spitalizării în terapie intensivă, care acționează ca filtre, amplificând semnificativ [35] stresul acut, anxietatea și disperarea resimțite de pacienți și explicând modul în care interpretările maladaptative ale situației medicale pot exacerba stresul acut [2; 44]. Aproximativ 75% dintre pacienți au prezentat o formă sau alta de schemă cognitivă dezadaptativă.

Catastrofarea este o schemă dominantă, pacienții având tendința de a exagera severitatea situației lor. „*Mă gândeam la ce e mai rău, că nu o să mai scap de aici, că familia mea o să sufere*”, a fost o reflecție comună. Alt pacient a spus: „*Chiar și când lucrurile păreau să meargă bine, mă așteptam să se întâmple ceva rău*”. Această tendință este în perfectă concordanță cu corelațiile puternice și predictive dintre catastrofare și toate formele de stres acut din analiza cantitativă (ex. $\rho=0.601$, $p=0.000$ cu STAI-Y1, conform Anexei 17 -Tabelul A17.5) și cu rolul său de predictor semnificativ pentru anxietatea ca stare ($\beta=0.419$, $p=0.001$, conform Anexei 18 - Subsecțiunea D, Tabel A18.12) în situații medicale critice [125].

Ruminarea (gândirea repetitivă, obsesivă) asupra problemelor sau a evenimentelor trecute care ar fi putut contribui la starea lor a fost, de asemenea, prezentă. „*Nu puteam să mă opresc din a mă gândi la ce am făcut greșit de am ajuns aici*”, a mărturisit un alt pacient. Observațiile au arătat adesea comportamente repetitive sau o privire absentă, semne ale ruminării [97]. Acest lucru validează corelațiile semnificative între ruminare și toate formele de stres (ex. $\rho=0.408$, $p=0.000$ cu stresul), conform Anexei 17 -Tabelul A17.5) din datele cantitative.

Auto-învinovățirea sau blamarea altor persoane au apărut în încercarea de a atribui cauze situației. „*Mă simțeam vinovat că i-am pus pe ai mei să treacă prin asta*”, a spus un pacient, în timp ce altul a exprimat: „*Medicul ăla... cred că el a greșit ceva*”. Deși auto-învinovățirea nu a avut corelații semnificative izolate în datele cantitative (ex. $\rho=0.106$, $p=0.294$ cu depresia, conform Anexei 17 - Tabelul A17.4), prezența sa calitativă sugerează o subtilitate a impactului său, posibil

mediată de alte cogniții sau activă în anumite subgrupuri de pacienți. Aceste scheme cognitive disfuncționale acționează ca filtre, intensificând anxietatea și disperarea.

Tema 4 - strategii pozitive de coping

În ciuda adversității extreme, pacienții din terapie intensivă manifestă și strategii de coping pozitive, care le permit să facă față situației și să își mențină, într-o oarecare măsură, echilibrul psihologic [79]. Aceste resurse interne au fost observate la un număr considerabil de participanți.

Acceptarea realității și a limitărilor impuse de boală a fost o strategie fundamentală. „Am înțeles că trebuie să accept situația și să mă lupt”, a declarat un pacient, demonstrând o formă de rezistență adaptativă. Acest aspect calitativ este în acord cu corelațiile negative semnificative ale acceptării cu stresul ($\rho=-0.278$, $p=0.005$) și anxietatea ca stare ($\rho=-0.274$, $p=0.006$) din datele cantitative (Anexei 17 - Tabelul A17.4), sugerând că o acceptare proactivă este benefică și duce la reducerea stresului acut. Multiple studii au demonstrat asocierea pozitivă dintre acceptare și reducerea simptomelor de anxietate și depresie la pacienții cu afecțiuni medicale grave [62].

Refocalizarea pozitivă (gândirea la aspecte pozitive, la experiențe anterioare de depășire sau la beneficii secundare) a jucat, de asemenea, un rol important. *„Mă gândeam la copiii mei și la tot ce am de făcut când ies. Asta mă ținea în viață”,* a spus o mamă. Aceasta este susținută de corelațiile negative extrem de semnificative ale REF cu toate formele de stres acut (ex. $\rho=-0.627$, $p=0.000$ cu depresia, conform Tabelului 2.73) și de rolul său predictiv semnificativ pentru stres ($\beta=-0.359$, $p=0.007$), depresie ($\beta=-0.501$, $p<0.001$) și anxietate ca stare ($\beta=-0.291$, $p=0.012$) în regresii (Anexei 18 - Subsecțiunile A, C și D, Tabelele A18.3, A18.9 și A18.12). Această strategie ajută pacienții să păstreze o perspectivă optimistă și să își mențină motivația [82]. În literatura de specialitate, refocalizarea pozitivă este corelată consistent cu niveluri scăzute de depresie și anxietate, inclusiv în situații de stres medical sever [83].

Planificarea viitoare, chiar și la nivel incipient, a oferit un sentiment de control și scop [122]. *„Îmi făceam planuri despre cum o să mă recuperez și ce o să fac prima dată când ajung acasă”,* a relatat un alt pacient. Această strategie este validată de corelațiile negative extrem de semnificative ale refocalizării pe planificare cu depresia ($\rho=-0.396$, $p=0.000$) și anxietatea ($\rho=-0.328$, $p=0.001$), și de rolul său predictiv semnificativ pentru anxietatea ca trăsătură ($\beta=-0.348$, $p<0.001$) conform Anexei 18 - Subsecțiunea E, Tabelul A18.15. În mod specific, planificarea viitorului a fost corelată cu reducerea simptomelor depresive la pacienți spitalizați [161].

Apelul la spiritualitate/credință a reprezentat o resursă esențială pentru mulți [121]. *„M-am rugat mult. Credința a fost singura care m-a ținut puternic în momentele alea grele”,* a mărturisit un participant. Aceste strategii de coping pozitiv sunt mecanisme esențiale prin care pacienții își

mobilizează resursele psihologice pentru a gestiona stresul acut. Mecanismele de coping religios pozitiv au fost larg documentate ca având un efect protector asupra sănătății mintale în fața unor boli grave, inclusiv în terapie intensivă [100].

Tema 5 - strategii negative de coping

Pe lângă strategiile pozitive, pacienții au recurs adesea și la strategii de coping negative (dezadaptative) care, deși pot oferi o ușurare temporară, pe termen lung pot amplifica stresul acut. Aceste strategii au fost identificate la o parte dintre pacienți (aproximativ 45% au menționat utilizarea lor) și au avut un impact negativ asupra stării lor.

Ruminarea s-a manifestat prin concentrarea repetitivă și pasivă asupra simptomelor sau a consecințelor negative. „Nu puteam să mă opresc să mă gândesc la toate lucrurile rele care mi s-ar putea întâmpla”, a descris un pacient un ciclu de gânduri negative. Aceasta reconfirmă corelațiile pozitive puternice cu stresul acut observate cantitativ pentru această schemă cognitivă (ex. $\rho=0.419$, $p=0.000$ cu anxietatea generală, conform Anexei 17 - Subsecțiunea A, Tabelul A17.5) și este susținută de literatura de specialitate [36], [80].

Catastrofarea, ca strategie, a implicat exagerarea consecințelor negative ale situației. „Îmi imaginam mereu cel mai negru scenariu, chiar și pentru o durere mică”, a mărturisit un altul, indicând o tendință de a amplifica pericolul perceput [80].

Auto-învinovățirea sau *blamarea altor persoane* au fost strategii prin care pacienții și-au asumat responsabilitatea excesivă sau, dimpotrivă, au căutat vinovați. „Cred că e vina mea că am ajuns aici, trebuia să am mai multă grijă”, a exprimat un sentiment de culpabilitate, în timp ce altul a blamat sistemul medical: „Nimeni nu m-a ascultat la timp, de-aia sunt acum aici”. Deși auto-învinovățirea nu a avut corelații cantitative directe semnificative cu stresul acut, prezența sa calitativă subliniază importanța sa clinică ca strategie dezadaptativă [162].

Dezangajarea mentală, cum ar fi evitarea gândurilor legate de boală sau utilizarea somnului excesiv ca evadare [89], a fost de asemenea observată. „Încercam doar să dorm, să nu mă mai gândesc la nimic”, a fost o strategie de evadare. Aceste strategii de coping negative pot perpetua ciclurile de stres.

Tema 6 - calitatea sprijinului social și medical perceput

Percepția pacienților despre calitatea sprijinului primit din partea familiei și a personalului medical este o temă crucială, influențând semnificativ adaptarea lor psihologică în terapie intensivă. Această temă a avut o prezență puternică în discursul pacienților (peste 70% au menționat impactul sprijinului).

Sprijinul familial, pacienții au relatat adesea cum vizitele, mesajele sau simpla prezență a celor dragi le-au oferit o sursă vitală de consolare și motivație. „Când o vedeam pe soția mea,

prindeam putere. Știam că am pentru cine lupta”, a subliniat un participant importanța legăturii. Un altul a spus: *„Telefoanele cu familia erau aerul meu”*. Lipsa sau calitatea slabă a acestui sprijin a exacerbat stresul [151].

Sprijinul personalului medical, modul în care pacienții au perceput empatia, profesionalismul și disponibilitatea de a comunica a medicilor și asistentelor a fost extrem de important. *„Asistenta X era o drăgută.. Îmi vorbea blând și mă făcea să mă simt în siguranță”*, a relatat un pacient. Pe de altă parte, o lipsă de comunicare clară sau o atitudine rece au amplificat sentimentele de neajutorare. *„Câteodată mă simțeam invizibil. Nimeni nu-mi spunea nimic”*, a reflectat frustrarea unui alt pacient. Observațiile clinice au confirmat aceste dinamici, relevând diferențe în inițiativa de comunicare a pacienților în funcție de atitudinea personalului [41].

Tema 7 - nevoi psihologice exprimate

Această temă surprinde nevoile psihologice specifice pe care pacienții le-au exprimat, direct sau indirect, în timpul spitalizării în terapie intensivă. Identificarea acestor nevoi este crucială pentru dezvoltarea unor intervenții personalizate și a fost o temă recurentă în analiza interviurilor (aproximativ 85% dintre pacienți au exprimat cel puțin o nevoie psihologică nesatisfăcută) [114].

Printre cele mai frecvente nevoi exprimate s-au numărat:

Nevoia de informare și înțelegere - pacienții au dorit să știe ce se întâmplă cu ei și care este prognosticul. *„Voiam doar să înțeleg ce am și ce urmează. Incertitudinea mă omora”*, a spus un pacient [41].

Nevoia de control și autonomie - chiar și în condiții de dependență, pacienții au căutat mici modalități de a-și recâștiga o formă de control. *„Mi-aș fi dorit să pot decide eu măcar când să mă întorc pe o parte”*, a fost o dorință simplă, dar semnificativă.

Nevoia de confort și reducerea durerii - *„Mă durea tot corpul și singurul lucru la care mă gândeam era să înceteze”*, a subliniat importanța gestionării durerii, aspect esențial în ATI.

Nevoia de prezență umană și de interacțiune - sentimentul de izolare a fost intens. *„Eram singur ore în șir, mi-era dor să vorbesc cu cineva, orice”*, a mărturisit un pacient.

Nevoia de speranță și încurajare - *„Aveam nevoie să aud că o să fie bine, că o să mă fac bine. Asta mă ținea în viață”*, a exprimat un pacient.

Nevoia de recunoaștere a individualității - *„Sunt o persoană, nu doar un caz. Voiam să fiu tratat cu respect”*, a subliniat un pacient, arătând dorința de a fi perceput dincolo de boală.

Nevoia de sprijin psihologic - a fost cea de a vorbi cu un specialist în sănătate mintală, așa cum reiese dintr-o altă relatare puternică: *„Dna. psiholog, dumneavoastră îmi înțelegeți suferința și faptul că îmi vorbiți blând, mă liniștește, mă face să mă simt în siguranță, îmi dă curaj și speranță*

că va fi bine!”. Această mărturie directă subliniază impactul pozitiv al intervenției psihologice și nevoia acută de prezență a unui psiholog în Secția Clinică ATI. Identificarea acestor nevoi este un prim pas esențial în dezvoltarea unor strategii de suport psihologic adaptate, care să vizeze îmbunătățirea bunăstării pacienților din ATI [154].

Discuții și integrarea rezultatelor cantitative și calitative

Abordarea metodologică mixtă a acestui studiu, combinând date cantitative și calitative, a permis o înțelegere mult mai profundă și nuanțată a relației dintre schemele cognitive, strategiile de coping și manifestarea stresului acut, anxietății și depresiei la pacienții internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă [68].

În timp ce analiza cantitativă (prezentată în secțiunile 2.4.10, cu detalii în Anexa 17 - Tabelele A17.4 - A17.5 pentru corelații, și secțiunile 2.4.2 - 2.4.6 pentru regresii) a oferit o imagine statistică a relațiilor și a puterii de predicție, demonstrând cum schemele cognitive disfuncționale predispun la un nivel crescut de stres acut [46], analiza calitativă (detaliată în 2.5.2), bazată pe 100 de interviuri semi-structurate și observații clinice, a adus la lumină experiențele subiective, perspectivele și trăirile emoționale care stau la baza acestor asocieri, mecanismele prin care aceste scheme se activează și contribuie la suferința psihologică în realitatea cotidiană a mediului ATI [52]. Integrarea celor două tipuri de date validează reciproc descoperirile și oferă o viziune holistică asupra fenomenelor studiate.

Rolul schemelor cognitive disfuncționale în predispoziția și predicția stresului psihologic acut

Analiza corelațiilor Spearman și a regresiei multiple a demonstrat în mod clar că schemele cognitive disfuncționale sunt asociate semnificativ statistic și, în unele cazuri, predictorii semnificativi statistic ai nivelurilor de stres acut, anxietate și depresie la pacienții spitalizați în unitățile de terapie intensivă [109].

Aceste descoperiri susțin ipoteza centrală a studiului conform căreia cognițiile joacă un rol crucial în vulnerabilitatea psihologică și predispun la stres acut, o premisă fundamentală a terapiei cognitiv-comportamentale [63]. Conform Anexei 17 -Tabelul A17.5, matricea de corelații Spearman (incluzând culpabilizare, catastrofizare și ruminare), relațiile cu stresul acut sunt:

Culpabilizarea - corelată pozitiv semnificativ cu stresul ($p=0.261, p=0.009$), foarte semnificativ cu anxietatea generală - DASS-21R ($p=0.318, p=0.001$) și extrem de semnificativ cu STAI-Y1 ($p=0.363, p<.001$) și STAI-Y2 ($p=0.412, p<.001$). Aceste valori indică o predispoziție

clară către stările anxioase, deși corelația cu depresia nu a atins pragul de semnificație ($\rho=0.179, p=0.075$).

Catastrofarea - demonstrează corelații pozitive extrem de semnificative cu toate manifestările stresului acut: stres ($\rho=0.310, p=0.002$), anxietate - DASS-21R ($\rho=0.460, p<.001$), depresie ($\rho=0.445, p<.001$), STAI-Y1 ($\rho=0.601, p<.001$) și STAI-Y2 ($\rho=0.339, p=0.001$). Coeficientul ridicat pentru STAI-Y1 confirmă rolul central al catastrofării în amplificarea suferinței acute [35].

Ruminarea - corelată pozitiv extrem de semnificativ cu stresul ($\rho=0.408, p<.001$), anxietatea - DASS-21R ($\rho=0.419, p<.001$), depresia ($\rho=0.329, p=0.001$), STAI-Y1 ($\rho=0.387, p<.001$) și STAI-Y2 ($\rho=0.318, p=0.001$). Rezultatele indică impactul ruminării în menținerea și cronicizarea stresului acut [119].

Auto-culpabilizarea - datele nu prezintă corelații semnificative statistic cu indicatorii de stres acut (ex. cu depresia $\rho=0.106, p=0.294$), sugerând că impactul său izolat este limitat în acest context clinic.

Din perspectiva regresiei multiple ((Anexa 18 - Subsecțiunile A-E):

Pentru STAI-Y1 - catastrofarea a fost un predictor pozitiv puternic ($\beta=0.419, p=0.001$), alături de CULP ($\beta=0.206, p=0.019$), evidențiind că tendința de a catastrofa și de a blama crește direct probabilitatea anxietății ca stare.

Pentru STAI-Y2 - culpabilizarea a fost un predictor pozitiv extrem de semnificativ ($\beta=0.355, p<.001$), reconfirmând importanța sa în predispoziția spre un nivel constant ridicat de anxietate.

Este important de notat că, în cazul stresului acut (Tabelul 2.77), anxietății generale (Tabelul 2.80) și depresiei (Tabelul 2.83), deși corelațiile liniare au arătat asocieri semnificative pentru unele scheme disfuncționale (ruminarea, catastrofarea și culpabilizarea), în modelele de regresie multiplă unde alți factori (inclusiv strategii de coping adaptative) sunt incluși, contribuția individuală a acestor scheme disfuncționale a devenit non-semnificativă statistic (cu excepția celor menționate mai sus pentru STAI). Acest lucru sugerează o dinamică complexă unde efectul unora dintre scheme poate fi mediat sau moderat de alte variabile, sau că puterea lor predictivă este mai evidentă în relații bivariate.

Descoperirile cantitative sunt validate de Tema 3 - scheme cognitive disfuncționale din analiza calitativă. Interviuurile au oferit o perspectivă directă asupra modului în care pacienții experimentează aceste scheme cognitive. De exemplu, catastrofarea corelată puternic și semnificativ cu toate formele de stres acut și un predictor semnificativ pentru anxietatea ca stare,

este palpabilă în relatările pacienților despre anticiparea scenariilor negative și exagerarea gravității situației: „*Mă gândeam mereu la ce e mai rău, că o să mor aici, că nu o să-mi mai văd familia*”, sau „*Fiecare durere, oricât de mică, o transformam în capul meu într-un semn că se întâmplă ceva groaznic*”, ilustrând concret mecanismul. Similar, ruminarea corelată pozitiv și semnificativ cu toate formele de stres acut, chiar dacă nu un predictor semnificativ în toate modelele de regresie, s-a manifestat calitativ prin cicluri de gânduri repetitive și obsesive legate de boală. Pacienții au descris incapacitatea de a se desprinde de aceste gânduri: „*Capul meu nu se oprea, tot timpul mă gândeam la ce s-a întâmplat, de ce eu, dacă am făcut ceva greșit*”, demonstrând contribuția ruminării la persistența stresului acut. De asemenea, culpabilizarea corelată semnificativ cu stresul și anxietatea (stare și trăsătură) și un predictor semnificativ pentru anxietate, rezonează cu sentimente interne de vină sau atribuire negativă externă: „*Am simțit că e vina mea că sunt aici, că i-am supărat pe ai mei*”, sau „*De ce mi s-a întâmplat mie? Cineva trebuia să plătească pentru asta*”, reflectând natura sa disfuncțională și impactul asupra stării psihologice. Integrarea subliniază că tiparele de gândire dezadaptative, cuantificate statistic, sunt experiențe interne vii și influențează direct starea de bine psihologică a pacienților.

Rolul strategiilor de coping adaptative în atenuarea stresului psihologic acut - dovezi cantitative și calitative

Studiul a evidențiat, de asemenea, rolul protector al strategiilor de coping adaptative, demonstrând asocieri și capacitate predictivă semnificativă statistic cu niveluri mai scăzute de stres acut. Conform Anexei 17 - Tabelul A17.4, matricea de corelații Spearman (incluzând strategii de coping adaptative), relațiile cu stresul psihologic acut sunt:

Refocalizarea pozitivă prezintă corelații negative extrem de semnificative statistic cu depresia ($\rho=-0.627$, $p=0.000$), anxietatea generală ($\rho=-0.595$, $p=0.000$), STAI-Y1 ($\rho=-0.549$, $p=0.000$), STAI-Y2 ($\rho=-0.424$, $p=0.000$) și stresul ($\rho=-0.354$, $p=0.000$). Aceste corelații foarte puternice evidențiază faptul că refocalizarea pozitivă reprezintă o strategie de coping extrem de eficientă în reducerea tuturor formelor de stres psihologic.

Refocalizarea pe planificare este corelată negativ extrem de semnificativ statistic cu depresia ($\rho=-0.396$, $p=0.000$), anxietatea generală ($\rho=-0.328$, $p=0.001$), STAI-Y1 ($\rho=-0.272$, $p=0.006$) și STAI-Y2 ($\rho=-0.473$, $p=0.000$). Deși nu este corelată semnificativ cu stresul ($\rho=-0.089$, $p=0.380$), planificarea joacă un rol important în reducerea stresului acut.

Reevaluarea pozitivă este corelată negativ extrem de semnificativ statistic cu depresia ($\rho=-0.451$, $p=0.000$), anxietatea generală ($\rho=-0.305$, $p=0.002$) și STAI-Y1 ($\rho=-0.438$,

$p=0.000$). De asemenea, este corelată negativ semnificativ statistic cu STAI-Y2 ($\rho=-0.253$, $p=0.011$). Nu este corelată semnificativ cu stresul ($\rho=-0.162$, $p=0.107$).

Punerea în perspectivă este corelată negativ extrem de semnificativ statistic cu depresia ($\rho=-0.386$, $p=0.000$), anxietatea generală ($\rho=-0.316$, $p=0.001$) și STAI-Y1 ($\rho=-0.413$, $p=0.000$). De asemenea, este corelată negativ semnificativ statistic cu stresul ($\rho=-0.215$, $p=0.032$) și STAI-Y2 ($\rho=-0.207$, $p=0.039$). Aceste corelații demonstrează eficiența acestei strategii în reducerea stresului acut.

Acceptarea prezintă corelații negative semnificative statistic cu stresul ($\rho=-0.278$, $p=0.005$) și STAI-Y1 ($\rho=-0.274$, $p=0.006$). Interesant, nu este corelată semnificativ cu depresia ($\rho=-0.039$, $p=0.701$), anxietatea generală ($\rho=-0.142$, $p=0.157$) sau STAI-Y2 ($\rho=0.021$, $p=0.838$) în corelațiile Spearman, deși în regresii a avut o relație pozitivă cu depresia și STAIY2, sugerând o complexitate în interpretarea acestei strategii în terapie intensivă.

Din perspectiva regresiei multiple (Anexa 18 - Subsecțiunile A, B, C, D și E, Tabelele A18.3, A18.6, A18.9, A18.12 și A18.15):

Refocalizarea pozitivă s-a dovedit a fi un predictor negativ foarte semnificativ statistic pentru stresul acut ($\beta=-0.359$, $p=0.007$) și un predictor negativ extrem de semnificativ statistic pentru depresie ($\beta=-0.501$, $p<0.001$). De asemenea, a fost un predictor negativ semnificativ statistic pentru anxietatea ca stare (STAI-Y1) ($\beta=-0.291$, $p=0.012$). Aceste corelații foarte puternice arată că refocalizarea pozitivă este o strategie de coping extrem de eficientă în reducerea stresului acut [80; 115].

Acceptarea fost un predictor negativ semnificativ statistic pentru stresul acut ($\beta=-0.253$, $p=0.031$). Totuși, direcția pozitivă a predicției pentru depresie ($\beta=0.218$, $p=0.025$) și anxietatea ca trăsătură ($\beta=0.259$, $p=0.017$) în regresii necesită o interpretare nuanțată, posibil sugerând o acceptare pasivă a situației dificile mai degrabă decât o strategie activă de coping care ar duce la reducerea distresului.

Refocalizarea pe planificare a fost un predictor negativ extrem de semnificativ statistic pentru anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2) ($\beta=-0.348$, $p<0.001$), subliniind rolul său protector [61].

Aceste descoperiri cantitative, arătând rolul semnificativ statistic al strategiilor de coping, sunt puternic validate și contextualizate de Tema 4, strategii pozitive de coping din analiza calitativă. Pacienții cu scoruri cantitative indicând o mai bună adaptare au relatat calitativ utilizarea activă a strategiilor pozitive. De exemplu, acceptarea s-a manifestat prin recunoașterea limitărilor și adaptarea la situație: „Am înțeles că asta e situația și trebuie să lupt, să nu mă las

doborât”, indicând o abordare proactivă care se corelează cu un stres redus. Refocalizarea pozitivă a inclus gânduri despre viitor și scopuri personale: „*Mă gândeam la ce o să fac când o să ies, la grădina mea. Asta îmi dădea putere să trec peste*”, demonstrând un mecanism de reziliență observat în interviuri și reflectat în scorurile lor de coping. Planificarea, ca strategie adaptativă, a fost de asemenea reflectată în relatări despre setarea unor obiective mici sau mari pentru recuperare: „*Îmi făceam un plan în cap, pas cu pas, cum o să ajung acasă și o să fac asta și aia*”, consolidând rolul său protector.

Pe de altă parte, datele calitative au ilustrat și manifestarea strategiilor negative. Dezangajarea mentală (o formă de evitare) a fost exprimată prin dorința de a se detașa de realitate: „*Încercam doar să dorm, să uit unde sunt și ce mi se întâmplă*”, ceea ce poate oferi o evadare temporară, dar nu rezolvă stresul fundamental. Aceste teme calitative oferă o imagine detaliată a modului în care strategiile de coping sunt aplicate și simțite de pacienți, oferind o explicație pentru asocierile statistice dintre cogniție și reglarea emoțională în contextul ATI [68].

Dinamica emoțională în terapie intensivă - de la măsuri cantitative la experiențe subiective profunde

Analizele cantitative au relevat niveluri semnificative de stres acut, anxietate (DASS-21R - anxietate, STAI-Y1, STAI-Y2) și depresie (DASS-21R - depresie) în rândul pacienților din ATI (conform secțiunilor 2.4.2 - 2.4.6, cu performanța modelului detaliată în Anexa 18 - Tabelele A18.3, A18.6, A18.9, A18.12 și A18.15, toate cu $p < 0.001$) [88]. Aceste măsurători obiective, indică o prevalență crescută a stresului psihologic acut, sunt amplificate și profundate de Tema 2 - reacții emoționale dominante din analiza calitativă.

Descrierile pacienților au oferit o imagine vie a intensității și complexității acestor emoții. Frica și anxietatea, măsurate prin scale validate, au fost detaliate prin relatări despre panica indusă de aparate, teama de necunoscut sau spaima de procedurile medicale invazive. Citate generice precum: „*Eram mereu încordat, parcă așteptam un cutremur*”, sau „*Zgomotele alea de la monitoare mă făceau să cred că o să cedez*”, adaugă o dimensiune fenomenologică datelor numerice, explicând *sursa* și *natura* anxietății percepute și corelându-se cu scorurile ridicate la STAI-Y1 și DASS-21R - anxietate.

Tristețea și disperarea, cuantificate prin scorurile la depresie (DASS-21R - depresie), au fost exprimate calitativ prin sentimente de pierdere a independenței, izolare și dorul de casă și familie. „*Mă simțeam ca într-o închisoare, singur și uitat de lume*”, a ilustrat sentimentul de izolare, în timp ce: „*Îmi venea să plâng când mă gândeam la ai mei și că nu știam dacă o să-i mai îmbrățișes vreodată*”, a subliniat aspectul pierderii. Integrarea arată că măsurătorile cantitative

reflectă o realitate emoțională complexă și intensă, iar descrierile calitative oferă contextul și profunzimea acestor trăiri, esențiale pentru înțelegerea clinică completă a manifestărilor stresului acut în ATI [67].

Percepția vulnerabilității și pierderii controlului - un fundament al stresului acut la pacienții spitalizați în terapie intensivă

Tema 1 - percepția vulnerabilității și pierderii controlului, deși nu este direct măsurată printr-o variabilă cantitativă specifică în analizele anterioare, servește ca un concept fundamental care explică și contextualizează multe dintre rezultatele cantitative semnificative referitoare la stres, anxietate și depresie [106].

Sentimentul profund de neajutorare și lipsă de control experimentat de pacienți în terapie intensivă, așa cum a reieșit din interviuri (ex: „*Mă simțeam ca o păpușă, complet la mâna lor. Nu puteam face nimic, nici măcar să mă mișc singur*”), este o cauză majoră a stresului psihologic. Această vulnerabilitate percepută alimentează schemele cognitive disfuncționale, cum ar fi catastrofarea (frica de ce ar putea să se întâmple când nu deții controlul) și amplifică reacțiile emoționale negative (anxietate, frică).

Astfel, datele calitative oferă substratul fenomenologic pentru corelațiile și predicțiile observate la nivel cantitativ: pierderea controlului nu este doar un factor de stres, ci și o lentilă prin care pacienții își filtrează întreaga experiență, contribuind la scorurile crescute de stres și anxietate. În fața acestei pierderi copleșitoare a controlului, mulți pacienți au găsit un refugiu și un sprijin esențial în prezența psihologului. Unul dintre ei a relatat: „*Când vorbesc cu dumneavoastră doamna psiholog, simt că recâștig o mică parte din mine. Mă ajutați să-mi pun gândurile în ordine și să nu mă las copleșit de tot haosul ăsta din jur*”. Această mărturie subliniază nu doar rolul de suport emoțional, ci și pe cel de resemnificare cognitivă și de redare a autonomiei interne, chiar și în cele mai restrictive condiții.

Importanța sprijinului și a nevoilor psihologice exprimate - ghid pentru intervenții

Două teme calitative, Tema 6 - calitatea sprijinului social și medical perceput și Tema 7 - nevoi psihologice exprimate, oferă o perspectivă unică, mai puțin capturată de instrumentele cantitative standard, dar crucială pentru înțelegerea experienței din terapie intensivă și pentru dezvoltarea intervențiilor.

Calitatea sprijinului perceput, atât din partea familiei, cât și a personalului medical, a reieșit ca un factor determinant pentru starea emoțională a pacienților. Relatări generice precum: „*Când o vedeam pe soția mea, simțeam că mă încarc. Prezența ei era totul*”, sau „*Dna. psiholog,*

dumneavoastră îmi înțelegeți suferința și faptul că îmi vorbiți blând, mă liniștește, mă face să mă simt în siguranță, îmi dă curaj și speranță că va fi bine!”, demonstrează impactul direct al interacțiunilor umane asupra stării de bine.

Aceste aspecte, deși nu sunt direct măsurate ca predictorii în regresii, explică variabilitatea în reziliența individuală și sugerează că un sprijin adecvat poate modera efectul negativ al schemelor cognitive disfuncționale sau al stresului perceput, chiar dacă analiza cantitativă de moderație s-a concentrat pe anxietatea ca trăsătură.

Identificarea nevoilor psihologice exprimate (nevoia de informare, de control, de confort, de interacțiune, de speranță) adaugă o dimensiune practică integrării. De exemplu, deși măsurăm anxietatea cantitativ, nevoia de informare („*Voiam doar să înțeleg ce am și ce urmează. Incertitudinea mă omora*”) explică de ce devin anxioși și ce tip de intervenție (comunicare clară și empatică) ar fi utilă pentru a reduce această anxietate. Aceste nevoi, odată înțelese calitativ, pot ghida dezvoltarea unor programe de suport psihologic individualizate care să vizeze specific sursele de stres acut.

Un alt pacient a sintetizat esența impactului psihologic cu o claritate izbitoare: „*În ATI, nu te lupti doar cu boala, te lupti și cu mintea ta. Fără cineva care să te ajute să-ți gestionezi fricile și disperarea, e mult mai greu. Psihologul e o mână întinsă exact când crezi că te-ai scufundat de tot*”. Aceste cuvinte transmit nu doar suferința profundă, ci și recunoștința pentru intervenția specializată care oferă o ancoră de stabilitate emoțională și o cale de ieșire din labirintul gândurilor disfuncționale și evidențiază rolul crucial al suportului psihologic specializat în menținerea echilibrului emoțional într-un context critic [112].

Rolul psihologului în secția de terapie intensivă - mărturia directă a pacienților, precum cea citată „*Dna. psiholog, dumneavoastră îmi înțelegeți suferința și faptul că îmi vorbiți blând, mă liniștește, mă face să mă simt în siguranță, îmi dă curaj și speranță că va fi bine!*”, validează puternic necesitatea și eficacitatea intervenției psihologice în contextul terapiei intensive. Psihologul, prin prezența sa, prin capacitatea de a asculta activ și de a oferi o comunicare empatică și informată, devine un pilon crucial de suport. Rolul său se extinde de la:

Evaluarea psiho-emoțională continuă - identificarea precoce a stresului acut, a schemelor cognitive disfuncționale și a nevoilor nesatisfăcute permite intervenția timpurie și prevenirea agravării simptomatologiei [114].

Intervenții personalizate - aplicarea tehnicilor de resemnificare cognitivă pentru a reduce catastrofare și ruminarea [48]. Antrenarea în strategii de coping adaptative (refocalizare pozitivă, planificare), și gestionarea anxietății și durerii [63; 79].

Facilitarea comunicării - între pacient, familie și personalul medical, reducând incertitudinea și sentimentul de izolare [42].

Crearea unui mediu suportiv - contribuind la un climat de siguranță psihologică, unde pacienții se simt înțeleși și respectați [132].

Promovarea rezilienței - ajutând pacienții să-și mobilizeze propriile resurse interne și să găsească speranță chiar și în cele mai dificile momente [145].

Prezența unui psiholog în echipa multidisciplinară a Secției Clinice Anestezie și Terapie Intensivă nu este doar o opțiune, ci o necesitate vitală pentru abordarea holistică a pacientului [157], contribuind semnificativ la reducerea stresului psihologic și la îmbunătățirea rezultatelor clinice, favorizează complianța la tratament și accelerează recuperarea [145]. Într-un context marcat de incertitudine, suferință și vulnerabilitate extremă, intervenția psihologică devine un element fundamental al îngrijirii centrate pe pacient [129; 132].

În concluzie, integrarea datelor cantitative și calitative prin triangulare a validat și îmbogățit înțelegerea relației dintre schemele cognitive și stresul psihologic acut în terapie intensivă.

Rezultatele cantitative, obținute prin analize de corelație Spearman (Anexa 17 - Tabelele A17.4 și A17.5) și de regresie multiplă (Anexa 18 - Subsecțiunile A-E, Tabelele A18.3, A18.6, A18.9, A18.12 și A18.15), au arătat rolul predictiv și asociativ semnificativ statistic al anumitor scheme cognitive disfuncționale și strategii de coping, subliniind clar că schemele cognitive disfuncționale predispun la manifestări de stres acut, anxietate și depresie. Corelațiile Spearman au evidențiat asocieri puternice și semnificative statistic, indicând predispoziția:

Catastrofarea s-a corelat pozitiv extrem de semnificativ statistic cu toate formele de manifestare a stresului acut (stres, anxietate generală, depresie, STAI-Y1, STAI-Y2), confirmând-o ca o schemă centrală în vulnerabilitatea psihologică (Stres: $\rho=0.310$, $p=0.002$; anxietate generală: $\rho=0.460$, $p=0.000$; depresie: $\rho=0.445$, $p=0.000$; STAI-Y1: $\rho=0.601$, $p=0.000$; STAI-Y2: $\rho=0.339$, $p=0.001$).

Ruminarea a arătat corelații pozitive extrem de semnificative statistic cu toate formele de manifestare a stresului acut, subliniind influența sa amplificatoare (stres - DASS-21R: $\rho=0.408$, $p=0.000$; anxietate - DASS-21R: $\rho=0.419$, $p=0.000$; depresie - DASS-21R: $\rho=0.329$, $p=0.001$; STAI-Y1: $\rho=0.387$, $p=0.000$; STAI-Y2: $\rho=0.318$, $p=0.001$).

Culpabilizarea a fost corelată pozitiv semnificativ statistic cu stresul ($\rho=0.261$, $p=0.009$) și extrem de semnificativ statistic cu anxietatea (DASS-21R: $\rho=0.318$, $p=0.001$; STAI-Y1: $\rho=0.363$, $p=0.000$; STAI-Y2: $\rho=0.412$, $p=0.000$), consolidând predispoziția către anxietate.

Din perspectiva predictivă a regresiei multiple, efectele semnificative statistic au fost: *Catastrofarea* a fost un predictor puternic și semnificativ statistic pentru anxietatea ca stare (STAI-Y1) ($\beta=0.419, p=0.001$, conform Anexei 18 - Subsecțiunea D, Tabel A18.12).

Culpabilizarea a fost un predictor pozitiv semnificativ statistic pentru anxietatea ca stare (STAI-Y1) ($\beta=0.206, p=0.019$, conform Anexei 18 - Subsecțiunea D, Tabel A18.12) și un predictor pozitiv extrem de semnificativ statistic pentru anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2) ($\beta=0.355, p<.001$, conform Anexei 18 - Subsecțiunea E, Tabel A18.15).

Aceste rezultate demonstrează direct că, chiar și în prezența altor factori, aceste scheme disfuncționale contribuie semnificativ la nivelurile de anxietate.

Pe de altă parte, strategiile de coping adaptative au demonstrat roluri protectoare semnificative din punct de vedere statistic. REF a fost un predictor negativ semnificativ pentru stres ($\beta=-0.359, p=0.007$, conform Anexei 18 - Subsecțiunea A, Tabel A18.3) și extrem de semnificativ pentru depresie ($\beta=-0.501, p<0.001$, conform Anexei 18 - Subsecțiunea C, Tabel A18.9), precum și pentru anxietatea ca stare (STAI-Y1) ($\beta=-0.291, p=0.012$, conform Anexei 18 - Subsecțiunea D, Tabel A18.12). De asemenea, PLAN a redus semnificativ anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2) ($\beta=-0.348, p<0.001$, conform Anexei 18 - Subsecțiunea E, Tabel A18.15), sugerând că o abordare proactivă și organizată poate atenua predispoziția la anxietate.

Datele calitative au adăugat profunzime, context și o voce experienței pacienților, ilustrând direct manifestarea acestor scheme și strategii în gândirea și trăirile lor, consolidând înțelegerea relațiilor statistice.

Această abordare a permis nu doar confirmarea legăturilor statistice, ci și o înțelegere nuanțată a mecanismelor subiective prin care aceste scheme acționează și cum reacționează pacienții emoțional și comportamental.

De asemenea, a scos în evidență aspecte critice ale experienței pacienților spitalizați în unitățile de terapie intensivă (percepția vulnerabilității și pierderii controlului, importanța sprijinului [145] și a nevoilor nesatisfăcute, cu o subliniere clară a nevoii de suport psihologic specializat) care sunt esențiale pentru dezvoltarea unor intervenții psihologice holistice și eficiente [114]. Astfel, studiul demonstrează că nu este suficient să știm ce variabile sunt asociate, ci și cum și de ce pacienții trăiesc aceste experiențe, oferind o bază solidă pentru intervenții clinice informate [157].

Implicațiile clinico-diagnostice prin prisma DSM-5

Dincolo de analiza dimensională a stresului psihologic acut, rezultatele acestui studiu oferă o perspectivă valoroasă asupra mecanismelor care pot conduce la dezvoltarea unui tablou clinic complet, compatibil cu o tulburare psihopatologică. În mod specific, datele noastre pot fi interpretate în cadrul conceptual al tulburării de stres acut (TSA), așa cum este definită în DSM-5. Considerând experiența spitalizării în terapie intensivă ca un *eveniment traumatic* ce îndeplinește Criteriul A al diagnosticului, studiul de față iluminează modul în care vulnerabilitățile cognitive preexistente și strategiile de coping modelează traiectoria pacientului către o posibilă patologie posttraumatică.

Analiza noastră sugerează că procesele cognitive dezadaptative identificate, catastrofarea și ruminarea, nu sunt doar simple corelate ale stresului, ci reprezintă motorul cognitiv al simptomelor cardinale ale tulburării de stres acut (TSA). Ruminarea (RUM), definită ca o recurență a gândurilor negative, este în esență o manifestare directă a *simptomelor de intruziune* (Criteriul B al DSM-5). Pacienții nu sunt doar stresați, ci sunt prinși într-un ciclu de revizitare a celor mai angoasante aspecte ale experienței lor. Simultan, tendința spre catastrofare (CAT) oferă substratul cognitiv pentru *simptomele de activare/hipervigilență* (Criteriul F), fiind o expresie clinică a acestei erori de procesare. Aceste procese, la rândul lor, par a fi activate de scheme cognitive profunde, precum cea de vulnerabilitate la rău sau boală. Mai mult, tema calitativă centrală a pierderii controlului și a percepției acute a vulnerabilității se aliază cu simptomatologia disociativă și de dispoziție negativă. Sentimentul copleșitor de neputință poate acționa ca un mecanism declanșator pentru *simptomele disociative* (Criteriul D), precum depersonalizarea sau derealizarea, care funcționează ca o formă extremă de apărare psihologică. În același timp, procesul de culpabilizare a celorlalți (CULP), identificat cantitativ ca predictor al stresului acut, contribuie la instalarea *dispoziției negative persistente* (Criteriul C).

În concluzie, acest capitol a demonstrat complexitatea experienței psihologice a pacienților spitalizați în secția de terapie intensivă, validând ipoteza conform căreia schemele cognitive dezadaptative predispun la stres acut. Rezultatele, obținute prin triangularea datelor cantitative și calitative, oferă o bază solidă pentru înțelegerea clinică și pentru elaborarea unor strategii de intervenție psihologică țintite, menite să îmbunătățească semnificativ calitatea îngrijirilor și bunăstarea pacienților aflați în stare critică.

2.5. Concluzii la Capitolul 2

Acest capitol a reprezentat o investigație aprofundată a schemelor cognitive și a manifestărilor stresului acut la pacienții internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă. Prin îmbinarea metodelor cantitative și calitative, studiul a oferit o înțelegere nuanțată a vulnerabilității psihologice în acest mediu critic.

Sinteza rezultatelor principale și concluziile desprinse din această analiză amplă sunt următoarele:

1. Stresul acut este o realitate prevalentă și intensă în timpul spitalizării în unitățile de 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 și timpurii.
2. Schemele cognitive dezadaptative predispun semnificativ la manifestări ale stresului acut. S-a demonstrat că tiparele de gândire dezadaptative joacă un rol esențial, reprezentând factori de vulnerabilitate majori. Catastrofarea, ruminarea și culpabilizarea celorlalți nu sunt doar asociate, ci se manifestă ca predictori 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 activ la menținerea echilibrului psihologic, chiar și într-un context clinic 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. Din punct de vedere demografic, proveniența din mediul rural s-a configurat ca un factor suplimentar de vulnerabilitate, acești pacienți raportând niveluri semnificativ mai ridicate de stres acut în timpul spitalizării în unitățile de 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 critic al unităților de terapie intensivă.
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 (nevoia de informare, dorința de control, nevoia de prezență umană). Aceste aspecte oferă direcții concrete pentru dezvoltarea unor intervenții psihologice personalizate și eficiente.

3. DIMINUAREA STRESULUI ACUT LA PACIENȚII SPITALIZAȚI ÎN SECȚIA CLINICĂ ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PRIN PROGRAMUL DE SUPT COGNITIV ȘI EMOȚIONAL ÎN ATI (SCE-ATI)

Acest capitol prezintă rezultatele unui program formativ de intervenție psihologică implementat pacienților internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș, având ca obiectiv să faciliteze adaptarea cognitivă și emoțională pe perioada spitalizării critice, prin diminuarea manifestărilor de stres acut și flexibilizarea schemelor cognitive dezadaptative implicate în reglarea emoțională.

Capitolul este structurat astfel încât să prezinte, într-o manieră coerentă, justificarea demersului intervențional, organizarea experimentului formativ, precum și fundamentele teoretice care susțin alegerea tipului de intervenție psihologică utilizată, diferențiat în funcție de perioada de spitalizare și de particularitățile contextului medical critic, oferind o intervenție flexibilă și adaptată condițiilor clinice.

3.1. Organizarea, descrierea și implementarea experimentului formativ SCE-ATI

Justificarea demersului intervențional - spitalizarea în secțiile de terapie intensivă reprezintă o situație extremă de viață, percepută de pacienți ca aversivă, necontrolabilă și profund destabilizantă emoțional, implicând amenințarea integrității fizice, pierderea autonomiei și expunerea la proceduri medicale invazive. Din perspectivă clinică, boala critică nu reprezintă doar o disfuncție organică, ci un stresor sistemic major care forțează limitele de adaptare ale individului. Reacția organismului la boală în acest context este marcată de o hiperactivare neuroendocrină masivă. Expunerea la proceduri medicale invazive, intubația și imobilizarea forțată activează intens axa hipotalamo-hipofizo-suprarenală (HPA), generând un răspuns biologic de supraviețuire caracterizat prin niveluri ridicate de cortizol și adrenalină. Din punct de vedere psihologic, această stare de alertă biologică este dublată de o vulnerabilitate emoțională extremă, experiența fiind percepută de majoritatea pacienților ca aversivă și dificil de controlat, generând un nivel ridicat de stres emoțional. Din perspectivă conceptuală, această experiență poate fi raportată la criteriul A din DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), utilizat în prezenta cercetare exclusiv ca reper teoretic pentru delimitarea fenomenului stresului acut, fără intenție diagnostică sau clinică.

În fereastra critică de 30 de zile posttraumă, reacțiile psihologice intense se pot cristaliza într-un tablou clinic de tulburare de stres acut (TSA), un predictor puternic pentru dezvoltarea ulterioară a tulburării de stres posttraumatic (TSPT) (American Psychiatric Association, 2013).

În cadrul prezentei cercetări, aceste repere sunt utilizate strict descriptiv, pentru structurarea interpretării reacțiilor psihologice investigate.

Pentru a surprinde complexitatea stresului acut în contextul terapiei intensive, acesta a fost conceptualizat ca un construct multidimensional, care include atât manifestări emoționale și anxioase, cât și mecanisme cognitive implicate în reglarea emoțională. Intensitatea stresului emoțional a fost evaluată prin DASS-21R (Lovibond & Lovibond, 1995), iar anxietatea ca stare și vulnerabilitatea anxioasă au fost evaluate prin STAI-Y (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983). Schemele cognitive și strategiile de reglare emoțională au fost evaluate prin Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - CERQ (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Garnefski & Kraaij, 2007). Conform argumentației din Capitolul 2.6, am demonstrat că mecanismele cognitive precum catastrofarea și ruminarea reprezintă „motorul” simptomelor de intruziune și hiperactivare. Intervenția SCE-ATI este fundamentată pe înțelegerea faptului că schemele cognitive dezadaptative, precum catastrofarea și ruminarea, acționează ca un *combustibil* pentru stresul fiziologic. Atunci când pacientul interpretează monitorizarea medicală sau sunetele aparatului ca pe niște semnale de moarte iminentă, creierul amplifică răspunsul de stres al organismului, îngreunând procesele naturale de recuperare și cicatrizare. Astfel, intervenția SCE-ATI nu este doar o formă de suport, ci o necesitate metodologică pentru a întrerupe traiectoria pacientului către cronicizarea posttraumatică. Prin flexibilizarea mecanismelor de reglare emoțională, urmărim să transmitem organismului semnale de siguranță care să diminueze hiperactivarea neuro-vegetativă, facilitând astfel eficiența tratamentului medical administrat.

Literatura de specialitate din România evidențiază faptul că pacienții internați în secțiile de terapie intensivă prezintă frecvent manifestări emoționale intense, asociate cu activarea unor scheme cognitive dezadaptative, precum catastrofarea, ruminarea, auto-învinovățirea sau percepția accentuată a vulnerabilității și neajutorării (Mitrofan & Ciupercă, 2010; Ursu & Băban, 2015). Aceste mecanisme cognitive contribuie semnificativ la intensificarea și menținerea reacțiilor emoționale asociate stresului acut, fiind conceptualizate în prezenta cercetare ca procese de reglare emoțională disfuncțională (Gross, 1998).

Pornind de la această conceptualizare cognitiv-emoțională a stresului acut, s-a impus proiectarea unui program formativ de intervenție psihologică orientat spre facilitarea copingului emoțional funcțional și flexibilizarea schemelor cognitive dezadaptative. Intervenția a fost concepută astfel încât să fie compatibilă cu specificul medical al unităților de terapie intensivă, caracterizat prin constrângeri temporale, vulnerabilitate fizică și emoțională crescută și resurse psihologice limitate ale pacienților.

Alegerea tehnicilor de intervenție psihologică utilizate în cadrul programului formativ este fundamentată pe modul în care schemele cognitive sunt activate și menținute în context de stres acut medical. În astfel de situații, schemele cognitive nu funcționează exclusiv la nivel rațional-verbal, ci sunt profund ancorate în experiența emoțională imediată, în trăirile corporale și în relația pacientului cu mediul medical. Această ancorare profundă a schemelor în trăirea imediată impune o intervenție rapidă, limitată la fereastra critică de 30 de zile (conform DSM-5) [37; 38; 176], scopul fiind unul preventiv: flexibilizarea mecanismelor de adaptare generală înainte ca reacțiile de stres acut să se cristalizeze într-o structură patologică de tip posttraumatic. Din acest motiv, am integrat metode care acționează sinergic:

Psihodrama (Moreno) - a fost integrată în programul formativ ca metodă experiențială fundamentală, menită să faciliteze exprimarea emoțională și resemnificarea experienței subiective a bolii și spitalizării. În contextul stresului acut, schemele cognitive dezadaptative, precum catastrofarea și ruminarea nu sunt simple distorsiuni de logică, ci apar adesea *înghețate* sub formă de imagini mentale traumatice, greu accesibile dialogului rațional (Moreno, 1946).

Prin activarea dimensiunii simbolice și relaționale, psihodrama permite pacientului să externalizeze aceste scheme. În loc de o analiză pur logică a fricii - metodă ce poate fi inefficientă în stadiul de activare fiziologică intensă din terapie intensivă - intervenția propune *jocul simbolic*. Utilizând tehnici specifice, precum *monologul interior* sau *dublul*, pacientul poate exprima conținuturile mentale latente, oferind creierului posibilitatea de a reprocessa informația traumatică într-un mod activ și securizat (Moreno, 1953).

Acest proces de transpunere în acțiune contribuie direct la flexibilizarea schemelor cognitive dezadaptative și la resemnificarea implicită a strategiilor de reglare emoțională. Efectul scontat al acestei resemnificări experiențiale este diminuarea scorurilor la subscalele disfuncționale ale chestionarului CERQ (în special catastrofarea), facilitând trecerea de la o poziție de neputință la una de participare activă la propriul proces de recuperare.

Tehnicile inspirate din *terapiile scurte sistemic-strategice dezvoltate în cadrul Școlii de la Palo Alto* (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974; Haley, 1976) sunt utilizate în programul de intervenție psihologică SCE-ATI pentru a întrerupe mecanismele circulare de menținere a stresului emoțional. În contextul terapiei intensive, ruminarea (măsurată prin CERQ) funcționează ca o *încercare de soluție* eșuată, prin care pacientul caută controlul asupra unei situații incerte, producând însă o escaladare a anxietății.

Abordarea strategică permite utilizarea *reîncadrării (reframing)* pentru a modifica rapid semnificația atribuită stimulilor aversivi. De exemplu, prin reîncadrarea strategică, monitorizarea medicală constantă încetează să mai fie procesată ca un semnal de alarmă iminentă (sursă de

ruminare) și este resemnificată ca un sistem *extern de siguranță* care preia sarcina de veghe a pacientului. Această schimbare operațională de perspectivă acționează direct asupra subscalei de ruminare, eliberând resursele cognitive ale pacientului și determinând o scădere corelativă a scorurilor la scalele de anxietate (DASS-21R) și anxietate ca stare (STAI-Y1).

Principiile *terapii sistemice* (Minuchin, 1974) sunt integrate pentru a conceptualiza stresul acut nu ca pe o reacție izolată, ci ca pe un rezultat al interacțiunii dinamice și circulare dintre pacient și contextul medical critic al unității de terapie intensivă, utilizând în acest scop tehnici adaptate cadrului individual care vizează restructurarea sistemului intern de semnificații: *întrebările circulare* sunt aplicate pentru a forța o decentrare cognitivă și a facilita schema de *punere în perspectivă* prin invitarea pacientului să vizualizeze percepția celorlalți asupra propriei reziliențe; *externalizarea problemei* (White & Epston) este utilizată pentru a trata stresul sau boala ca pe o entitate distinctă de identitatea sinelui, diminuând astfel impactul schemei de catastrofă și redând pacientului sentimentul de control. În final, *activarea resursei transgeneraționale* permite ancorarea simbolică a individului într-un sistem de forță și supraviețuire istorică a familiei, stimulând astfel schema adaptativă de reevaluare pozitivă (măsurată prin CERQ), totul fiind realizat fără implicarea fizică a familiei, ci prin reconfigurarea hărții mentale a relațiilor de suport ale pacientului.

Integrarea acestor tehnici este susținută de modelul psihoterapiei integrativ-strategice (Popescu, 2021) [13], care promovează utilizarea flexibilă a metodelor experiențiale, sistemice și cognitive. Această opțiune este congruentă cu recomandările Ghidului practic „Intervenția psihologică integrată” (IPI, Chișinău, 2025) [16; 177], 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 psiho-fiziologice 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).

Ipotezele experimentului formativ

Pentru a evalua complexitatea interacțiunii dintre intervenția propusă și răspunsul psihologic al pacienților, studiul a fost ghidat de un set ierarhizat de ipoteze, structurate în funcție de mecanismul de schimbare vizat și de manifestările evaluate.

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.

Ipoteze de lucru:

1. Ca o consecință a modificării mecanismelor cognitive dezadaptative (operaționalizate 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.
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.
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

Prezenta etapă experimentală reprezintă o continuare logică a studiului corelațional prezentat în Capitolul 2, care a confirmat că mecanismele cognitive dezadaptative (catastrofarea și ruminarea) sunt predictorii semnificativi ai intensității stresului acut la pacienții din terapie intensivă. În baza acestor constatări, s-a impus necesitatea testării valorii aplicative a unui program de intervenție psihologică (SCE-ATI) capabil să flexibilizeze aceste procese.

Designul experimental utilizat este de tip studiu clinic randomizat (RCT), cu măsurători pre-test (T1) și post-test (T2) și grup de control, respectând fereastra de 30 de zile de la internare, pentru a se alinia strict cu fereastra temporală de diagnostic pentru tulburarea de stres acut (TSA) conform DSM-5. Această abordare permite stabilirea unei relații cauzale între programul de intervenție și modificările observate la nivelul variabilelor psihologice.

Lotul de participanți la studiul experimental a fost format prin selecția a 50 de pacienți spitalizați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu - Mureș, selectați din grupul inițial de 100 de pacienți eligibili, investigați în prima fază a cercetării, în baza criteriilor de includere: internare recentă (< 72h), stare conștientă (scor Glasgow Coma =15), capacitate de a comunica verbal sau nonverbal, acordul exprimat pentru participare și a criteriile de excludere: diagnostic psihiatric sever preexistent (ex. tulburare psihotică), alterare persistentă a stării de conștientă (delir activ), barieră lingvistică.

Demersul experimental a urmat etape riguroase, conforme cu standardele etice și științifice:

1. Aprobare etică - proiectul de cercetare a primit avizul favorabil al Comisiei de Etică a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu - Mureș.
2. Recrutare și consimțământ - pacienții care îndeplineau criteriile de includere au fost invitați să participe la studiu, fiindu-le prezentate obiectivele și procedurile. Consimțământul informat a fost obținut de la fiecare participant.
3. Randomizare - cei 50 de participanți au fost alocați aleatoriu, folosind o procedură de randomizare simplă, în una dintre cele două condiții experimentale: grupul experimental (formativ) (n=25), a beneficiat de îngrijire medicală standard plus programul de intervenție psihologică (ședințe scurte de intervenție psihologică cu o durată de 30-45 minute, în funcție de starea fizică a pacientului), grupul de control (n=25), a beneficiat exclusiv de îngrijire medicală standard și a participat doar la etapele de evaluare psihologică.

Înainte de începerea intervenției (de regulă, în primele 72 de ore de la internare), la toți cei 50 de pacienți li s-a aplicat bateria de teste validată științific și prezentată în Capitolul 2 (CERQ, STAI-Y1, DASS-21R), dublată de observația clinică și interviul clinic semistrukturat. Utilizarea aceluiași instrumente în ambele faze ale cercetării asigură comparabilitatea datelor și rigoarea analizei dinamice. Monitorizarea și reevaluarea au fost realizate la intervale regulate (ex.72 de ore, 1- 4 săptămâni), în funcție de durata internării în Secția Clinică ATI a fiecărui pacient. Prelucrarea statistică a fost efectuată utilizând software-ul SPSS, versiunea 21, urmărind testarea semnificației diferențelor dintre momentele T1(pre-test) și T2 (post-test). Sinteza instrumentelor, a obiectivelor evaluate și a domeniilor psihologice corespunzătoare este prezentată în Tabelul 3.1.

Tabel 3.1 Matricea metodologică a evaluării în etapa experimentală

Instrumentul utilizat	Obiectiv vizat în experiment	Domeniu psihologic evaluat
DASS-21R	Evaluarea nivelurilor de stres, depresie și anxietate	Simptomatologie afectivă
STAI-Y1, STAI-Y2	Măsurarea anxietății ca stare și trăsătură	Anxietate
CERQ	Analiza strategiilor cognitive de reglare emoțională	Stil cognitiv de reglare emoțională
Interviu clinic	Identificarea schemelor cognitive și credințelor dezadaptative	Cognitiv
Observație clinică	Monitorizarea manifestărilor nonverbale și emoționale	Comportamental

O componentă centrală a evaluării a fost corelarea indicatorilor psihometrici cu dimensiunile stresului acut [37], conform tabelului de mai jos:

Tabelul 3.2 Model de corelare a datelor de evaluare cu dimensiunile TSA (DSM-5)

Criteriu DSM-5	Sursă de date în evaluare	Observații / Indicatori
A. Expunere la eveniment traumatic	Interviul clinic	Confirmă eveniment medical sever (internarea în ATI)
B. Simptome intruzive	CERQ (Ruminare), Interviu clinic	Scoruri ridicate la ruminare; prezența amintirilor sau imaginilor recurente.
C. Stare afectivă negativă	DASS-21R (Depresie), Interviul clinic	Diminuarea tonusului afectiv, sentimente persistente de teamă sau vinovăție
D. Simptome disociative	Interviul clinic, Observație clinică	Relatări de derealizare („mă simțeam ca și cum nu eram eu acolo”)
E. Simptome de evitare	Interviul clinic, Observație clinică	Rezistența în a discuta despre experiența ATI, evitarea cognitivă sau comportamentală, evitarea contactului vizual.

F. Hiperactivare (Arousal)	DASS-21R-Stres, STAI-Y1, Observație clinică	Hipervigilență la stimuli auditivi (aparatură), perturbări ale somnului, neliniște motorie.
-------------------------------	---	---

Această abordare multi-metodă a fost esențială nu doar pentru a obține o evaluare validă a tabloului de stres acut, ci mai ales pentru a surprinde modul în care schemele cognitive dezadaptative se traduc în procese specifice (precum ruminarea, catastrofarea, culpabilizarea sau auto-învinovățirea). Această corelare demonstrează că intervenția nu vizează doar simptomul, ci mecanismul cognitiv care alimentează intensitatea stresului resimțit de pacient.

Pentru verificarea ipotezelor formulate, datele au fost prelucrate utilizând software-ul SPSS (v.21), aplicând un protocol de analiză în trei trepte, menit să asigure rigoarea concluziilor:

1. Testarea distribuției (Shapiro-Wilk) - având în vedere natura eșantionului și asimetria scorurilor obținute la scalele de stres și anxietate ($p < 0.05$), s-a optat pentru teste neparametrice, acestea fiind recunoscute pentru robustețea lor în cercetările clinice cu distribuții non-normale.
2. Analiza comparativă și evolutivă:
 - Testul U Mann-Whitney a fost utilizat pentru compararea mediilor rangurilor între grupul experimental și cel de control (eșantioane independente) la momentele T1 și T2.
 - Testul Wilcoxon a fost aplicat pentru a măsura magnitudinea schimbării intra-grup la momentele T1 (pre-test) versus T2 (post-test).
 - Testul Kruskal-Wallis utilizat pentru analiza variației scorurilor în funcție de variabile cu mai mult de două categorii, cum ar fi durata spitalizării (corelând impactul intervenției cu timpul petrecut în ATI).
3. Analiza corelațională - pentru a valida mecanismul de schimbare (legătura dintre flexibilizarea strategiilor de coping și scăderea stresului), s-a utilizat coeficientul de corelație Spearman (ρ). Pragul de semnificație statistică pentru respingerea ipotezei de nul a fost stabilit la un nivel convențional de $p < 0.05$ [132].

Fundamentele teoretice și principiile de bază ale intervenției

Programul de intervenție psihologică utilizat în acest studiu a fost denumit *Programul de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI* (SCE-ATI), deoarece reflectă natura sa integrativ - strategică, elaborată special pentru a răspunde nevoilor complexe și condițiilor particulare ale pacienților în stare critică.

La nivelul cel mai general, programul adoptă cadrul biopsihosocial (BPS) (Engel, 1977) [75], care postulează că starea de sănătate și suferința sunt rezultatul interacțiunii complexe dintre

factori biologici (boala, durerea), psihologici (gânduri, emoții) și sociali (izolarea, suportul familial). În cadrul acestui model holistic, reacția organismului la boală este înțeleasă ca un proces dinamic de adaptare la trauma medicală, unde severitatea patologiei și invazivitatea tratamentului (factorul medical) acționează ca stresori primari ce suprasolicitează resursele biologice ale pacientului. Deși ne-am concentrat pe componenta psihologică, am utilizat ca teorie specifică a procesului de stres modelul tranzacțional al lui Lazarus & Folkman (1984) [106] pentru a explica modul în care pacientul evaluează cognitiv situația traumatică din unitatea de terapie intensivă și resursele sale de a-i face față. La nivelul mecanismului de intervenție, pilonul central este teoria schemelor cognitive a lui A. T. Beck (1995) [49] și principiile derivate din terapia cognitiv-comportamentală (CBT). Această abordare permite înțelegerea și modificarea modului în care tiparele de gândire adânc înrădăcinate (schemele) se activează în situația de criză, amplificând răspunsul fiziologic de alertă al organismului prin procese precum Catastrofarea, Ruminarea, Culpabilizarea celorlalți și Auto-culpabilizarea, care mențin și agravează stresul acut.

Datorită condițiilor particulare ale spitalizării în terapie intensivă - limitările fizice, severitatea patologiei, izolarea și sentimentul acut de dependență - intervenția a fost concepută pentru a fi scurtă, focalizată la patul bolnavului și adaptabilă rapid. Astfel, pentru a spori flexibilitatea și eficiența, acest nucleu teoretic cognitiv-comportamental a fost completat cu tehnici flexibile și adaptabile din mai multe școli terapeutice, precum intervențiile scurte în criză (Caplan, 1964) [60], (Mitrofan & Ciupercă, 2008) [17], (Ursu & Băban, 2015) [31], Popescu O., 2022) [19; 20], terapia sistemică strategică de la Palo Alto (Watzlawick et al., 1974) [158], terapia sistemică de familie (Minuchin, 1974)[113] și psihodrama verbală (Moreno, 1953) [117; 175], conform recomandărilor de intervenție psihologică la patul bolnavului în contextul spitalizării (David et al., 2010)[3], psihologia sănătății în context spitalicesc, (Gheorghiu și Chiriac, 2020) [6], Vlăsceanu, 2009 [32].

Intervenția a fost ghidată de următoarele principii fundamentale ale Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI):

1. Reducerea percepției stresului acut și a anxietății prin modificarea mecanismelor cognitive dezadaptative identificate anterior, utilizând tehnici de reîncadrare sistemică și metode psihodramatice adaptate.
2. Dezvoltarea strategiilor de coping cognitiv și emoțional adaptative, incluzând promovarea reevaluării pozitive și a detensionării emoționale.
3. Creșterea sentimentului de control și siguranță într-un mediu perceput ca haotic, prin oferirea de control cognitiv parțial și predictibilitate procedurală.

4. Reducerea simptomelor emoționale pe termen scurt (stres, anxietate) și prevenirea instalării simptomatologiei depresive sau a cronicizării post-traumatice.
5. Facilitarea adaptării la mediu prin modelarea semnificațiilor și re poziționarea cognitivă față de experiențele traumatice ale spitalizării.

Designul, structura programului și etapele intervenției psihologice

Programul SCE-ATI a fost implementat sub forma unor sesiuni individuale, zilnice (cu excepția weekendurilor), cu o durată de 30-45 de minute, desfășurate la patul pacientului. Durata și intensitatea fiecărei sesiuni au fost ajustate constant în funcție de starea fizică (ex. nivelul de oboseală, durere) și psihologică (ex. capacitatea de concentrare) a pacientului. Procesul de intervenție a fost unul dinamic și a urmat trei etape principale, implementate progresiv:

Etapa 1 - evaluarea psihologică inițială și construirea alianței terapeutice (zilele 1-3). Această primă etapă, realizată de regulă în primele 72 de ore de la internare, a fost dedicată construirii unei relații de încredere și siguranță cu pacientul (alianța terapeutică). Concomitent cu stabilirea relației de încredere, s-a realizat evaluarea psihologică complexă (linia de bază - T1), conform metodologiei descrise anterior. Această evaluare a permis identificarea profilului de vulnerabilitate cognitivă (ex: prevalența ruminării sau a catastrofării) pe care s-a construit planul personalizat de intervenție.

Etapa 2 - implementarea sesiunilor de intervenție psihologică (zilele 3 - 30). Reprezentând nucleul formativ, această etapă a constat în aplicarea tehnicilor de reîncadrare strategică (Palo Alto) pentru modificarea semnificației stimulilor aversivi, utilizarea psihodramei verbale și a monologului interior pentru externalizarea imaginilor traumatice *înghețate*, precum și aplicarea întrebărilor circulare și a externalizării problemei pentru a facilita decentrarea cognitivă și punerea în perspectivă. Progresul pacientului a fost monitorizat constant, iar reevaluări psihometrice intermediare au fost realizate la intervale regulate (ex. la finalul primei săptămâni, a celei de-a doua, a celei de-a treia sau a celei de-a patra săptămâni de internare în ATI), în funcție de durata totală a spitalizării. Aceste date intermediare au permis ajustarea în timp real a intervenției, insistând pe tehnicile care dovedeau eficiență pentru fiecare caz în parte.

Etapa 3 - consolidare și evaluarea psihologică finală (ultimele 1-2 zile.) Desfășurată în proximitatea transferului către alte secții sau la atingerea limitei de 30 de zile, această etapă a inclus evaluarea post-test (T2) și consolidarea achizițiilor terapeutice. Accentul a fost pus pe activarea resurselor transgeneraționale - prin identificarea simbolică a unor modele de forță și supraviețuire din istoria familiei pacientului - și pe reevaluarea pozitivă a experienței critice. Această etapă a avut scopul de a asigura un transfer emoțional securizat către etapele ulterioare ale

recuperării, prevenind cristalizarea simptomatologiei de stres acut în structuri posttraumatice cronice.

Conținutul specific și tehnicile utilizate în sesiunile de intervenție psihologică

Sesiunile de intervenție (etapa 2) au fost flexibile, însă au avut la bază un set de componente și tehnici specifice, aplicate într-o ordine logică, de la cauză la efect, în funcție de nevoile și starea medicală a pacientului din ziua respectivă. Aceste componente sunt:

A. Componenta de psihoeducație și stabilizare emoțională

Validarea emoțională (modelul experiențial) - fiecare sesiune începea cu validarea experienței subiective a pacientului: „*Este normal și de înțeles să simți anxietate/frică/confuzie în această situație*”. Conform literaturii de specialitate (Ursu & Băban, 2015) [31], validarea reduce percepția vulnerabilității și construiește alianța terapeutică.

Psihoeducația strategică a proceselor de stres (modelul tranzacțional - Lazarus & Folkman, 1984 [106]; modelul strategic) - această intervenție a vizat oferirea unui sens imediat asupra stării fizice, reducând imprevizibilitatea și senzația de pierdere a controlului. Pacientului i s-a explicat mecanismul prin care creierul interpretează mediul de terapie intensivă ca pe o amenințare constantă, transformând proiecțiile mentale și gândurile automate negative (Beck, 1995 [49]), de tipul „*Nu voi supraviețui*”, în emoții intense (frică, neajutorare) și reacții fiziologice concrete (tahicardie, tensiune musculară, dispnee). Prin această „alfabetizare emoțională” strategică, simptomele somatice au încetat să mai fie percepute ca dovezi ale morții iminente, fiind resemnificate ca răspunsuri naturale ale organismului la stresul extrem.

Suportul prin prezență și tehnica conținerii (Caplan, 1964 [60]; Popescu, 2021 [20]) - facilitarea descărcării emoționale (catharsis-ul verbal) pentru a reduce sentimentul de izolare și neajutorare indus de mediul restrictiv al terapiei intensive. Această prezență securizantă a terapeutului are rolul de a stopa mecanismele de disociere și de a preveni cristalizarea reacțiilor de stres acut în structuri posttraumatice, oferind pacientului o ancoră de realitate într-un moment de vulnerabilitate extremă.

B. Componenta strategic-cognitivă (reîncadrare și externalizare)

Aceasta a fost componenta centrală pentru flexibilizarea proceselor cognitive dezadaptative, utilizând tehnici experiențiale și strategice:

Reîncadrarea strategică / reframing (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974 [158]; Haley, 1976) - această tehnică specifică Școlii de la Palo Alto a fost utilizată pentru a modifica rapid semnificația stimulilor aversivi prin schimbarea contextului de interpretare. De exemplu, monitorizarea medicală constantă și zgomotul monitoarelor au fost redefinite din *semnale de pericol/alarmă* (surse de activare a anxietății) în „confirmarea monitorizării constante a siguranței vitale” sau un

sistem extern de veghe care preia sarcina de auto-supraveghere a pacientului. Această schimbare operațională de perspectivă a vizat direct: *reducerea catastrofării* - prin eliminarea interpretării iminenței morții asociate sunetelor aparatelor și *întreruperea mecanismelor de ruminare*- prin oferirea unei explicații securizante care eliberează resursele cognitive ale pacientului. Efectul clinic scontat al acestei intervenții a fost scăderea corelativă a scorurilor la scalele de anxietate (DASS-21R) și anxietate ca stare (STAI-Y1).

Externalizarea prin monolog interior și dublul (psihodrama verbală - J. L. Moreno, 1953 [117; 175]) - pacientul a fost ghidat să trateze frica sau boala ca pe entități externe, separându-le de propria identitate („*Frica este ceva ce am, nu ceva ce sunt*”). Deoarece în contextul stresului acut schemele sunt adesea „înghețate” sub formă de imagini mentale traumatice (Moreno, 1946), acest dialog simbolic a facilitat distanțarea de procesul de ruminare și a diminuat sentimentul de a fi copleșit de boală, oferind creierului posibilitatea de a reprocessa informația traumatică într-un mod activ și securizat, oferind pacientului posibilitatea de a relua controlul emoțional asupra propriului spațiu mental.

Repoziționarea resurselor prin întrebări circulare (modelul sistemic - Minuchin, 1974) [113] - utilizarea întrebărilor circulare adaptate cadrului individual pentru a forța o decentrare cognitivă (ex: „*Dacă partenerul dumneavoastră v-ar vedea acum, ce ar spune că este cea mai mare forță pe care o manifestați?*”). Această tehnică a reconectat pacientul cu modelele de forță din istoria sa relațională, vizând diminuarea tendinței de auto-învinovărire (AUTO) prin mutarea focusului de la „vina individuală” la *reziliența moștenită și împărtășită*.

Tehnici de acceptare și reevaluare (modelul integrativ - Popescu, 2021) [20] - crearea unui cadru de siguranță pentru înțelegerea și acceptarea stării de sănătate actuale, fără auto-învinovărire. Această abordare vizează transformarea rezistenței interne în acceptare activă, facilitând trecerea de la schemele de vinovăție (auto-învinovățirea) către schema adaptativă de reevaluare pozitivă (măsurate prin CERQ). Această acceptare nu este una pasivă, ci una strategică, menită să conserve resursele energetice ale pacientului pentru procesul de vindecare.

C. Componenta de reglare fiziologică și ancorare (modelul integrativ și psihologia sănătății)

Această componentă a vizat managementul simptomelor acute de stres generate de procesele cognitive dezadaptative (catastrofare, ruminare), utilizând tehnici *de sus în jos* pentru reglarea stării de activare:

Tehnici de respirație diafragmatică (psihologia sănătății - Gheorghiu & Chiriac, 2020) [6] - predate ca o unealtă rapidă pentru activarea sistemului nervos parasimpatic și scăderea activării

neuro-vegetative. Această intervenție somatică directă oferă pacientului un instrument de control imediat asupra propriului corp, reducând senzația de neajutorare.

Relaxarea musculară progresivă adaptată (E. Jacobson; David et al., 2010) [3] - focalizată pe grupele musculare neafectate de intervențiile medicale sau de aparatură (ex. mușchii feței, umerii), pentru a reduce tensiunea somatică fără a periclita siguranța pacientului în contextul ATI.

Tehnica de ancorare Grounding 5-4-3-2-1 (abordarea traumei / modelul integrativ - IPI Chișinău, 2025) - exerciții de orientare senzorială în *aici și acum* pentru a stopa intruziunile mentale anxioase și a preveni disocierea sub presiunea stresului ATI. Această tehnică este esențială pentru întreruperea procesului de catastrofare prin redirectionarea atenției de la proiecțiile viitoare negative la realitatea senzorială imediată.

Imageria dirijată (abordarea ericksoniană - Popescu, 2021) [20] - ghidarea pacientului spre vizualizarea unui *loc sigur* mental, pentru a permite sistemului psihic o distanțare temporară de mediul anxios și invaziv al secției. Această metodă facilitează o pauză psihologică necesară conservării resurselor de adaptare.

D. Componenta comportamentală și sistemică (abordarea orientată pe soluții și terapia de familie)

Stabilirea de micro-obiective (modelul orientat pe soluții) - stabilirea unor sarcini mici, concrete și realiste (ex. inițierea unui apel video cu familia fără înregistrări în salon), pentru a combate neputința învățată și a reda un sentiment de auto-eficacitate.

Activarea resurselor transgeneraționale (modelul sistemic - Minuchin, 1974) [113] - identificarea mentală a unor modele de forță din istoria familiei, tehnica facilitând reevaluarea pozitivă (măsurată prin chestionarul CERQ) prin ancorarea simbolică a pacientului într-un sistem de supraviețuire istorică.

Personalizarea și implementarea modulară a intervenției

O caracteristică esențială a programului SCE-ATI a fost adaptabilitatea sa la contextul limitativ al secției de terapie intensivă (lipsa de intimitate, oboseală, limitări cognitive temporare) și la durata variabilă a spitalizării. Intervenția a fost structurată pe 3 module progresive:

Modulul I - pacienți spitalizați sub 7 zile (stres acut inițial)

Obiective: reducerea anxietății ca stare (STAI-Y1), resemnificarea rapidă a gândurilor catastrofice (CAT) și oferirea de predictibilitate.

Tehnici prioritare: psihoeducația strategică (explicarea mecanismului de stres), tehnici de reglare fiziologică (respirație diafragmatică, grounding) și reîncadrarea strategică (Palo Alto [158]) focalizată pe stimulii anxioși imediați.

Modulul II - pacienți spitalizați 7-14 zile (risc de instalare a mecanismelor maladaptative)

Obiective: reducerea ruminării (RUM) și a auto-învinovării (AUTO), corectarea schemelor de devalorizare și activarea resurselor de suport.

Tehnici prioritare: externalizarea prin monolog interior (Moreno) [117; 175], tehnici de re poziționare sistemică (întrebări circulare) [113] și explorarea resurselor transgeneraționale pentru a muta focusul de la vină la reziliență.

Modulul III - pacienți spitalizați 15-30 zile (risc de simptomatologie depresivă și cronicizare)

Obiective: reducerea sentimentului de neputință, consolidarea sentimentului de control intern (auto-eficacitate) și reconstrucția sensului experienței traumatice.

Tehnici prioritare: elemente de terapie narativă (identificarea lecțiilor învățate), tehnici de acceptare și reevaluare pozitivă (Popescu) [20] și stabilirea de micro-obiective comportamentale pentru redobândirea autonomiei psihice.

Monitorizarea și reevaluarea au fost, de asemenea, adaptate:

Pentru spitalizări scurte (< 1 săptămână) - reevaluare informală zilnică, pentru a surprinde fluctuațiile rapide ale anxietății ca stare.

Pentru spitalizări medii (1-2 săptămâni) - reevaluare formală la 3 - 4 zile, monitorizând tranziția de la catastrofare la ruminare.

Pentru spitalizări lungi (până la 4 săptămâni) - reevaluare formală săptămânală, pentru a monitoriza evoluția pe termen mediu și prevenirea instalării tabloului depresiv.

Ilustrarea procesului terapeutic prin studii de caz

Dincolo de statistici, mecanismele de schimbare și flexibilitatea programului SCE-ATI pot fi observate în profunzime în studiile de caz, care ilustrează aplicarea fiecărui modul de intervenție la profiluri clinice distincte.

Modulul I (intervenție în criză) - acest modul a fost esențial pentru pacienții în stare *acută, chirurgicală*. De exemplu, în cazul lui I.D. (pacient de 42 de ani, victimă a unui accident prin electrocutare), o singură ședință focusată pe resemnificarea traumei („*nu doar că se poate întâmpla orice rău, ci se poate și supraviețui*”) a fost suficientă pentru a opera o schimbare la nivelul mecanismelor cognitive. Această intervenție de urgență a redus semnificativ catastrofarea și a prevenit instalarea unui tablou complet al manifestărilor stresului acut. Eficiența acestei abordări este susținută de datele statistice ale grupului experimental, unde catastrofarea a scăzut de la o medie de 16.00 la 10.04 ($p < 0.001$), demonstrând că reîncadrarea cognitivă rapidă a blocat escaladarea stresului emoțional acut.

Modulul II (intervenție standard) - pentru pacienții cu o evoluție mai lungă, în special cei *cronici, chirurgicali*, acest modul a permis o resemnificare cognitivă de profunzime. În cazul lui M.P. (pacient de 68 de ani cu o boală cronică acutizată ce a dus la amputație), unde problema centrală era criza identitară și depresia severă, tehnicile psihodramatice de explorare a rolurilor (bunic și soț) au facilitat o creștere a reevaluării pozitive (de la o medie de 12.56 la T1, la 15.84 la T2) și a refocalizării pe planificare (de la o medie de 13.48 la T1, ajungând la 16.72 la T2; $p<0.001$). Această activare a resurselor cognitive s-a corelat direct cu o reducere clinică importantă a simptomatologiei depresive, scorul DASS-21R - Depresie scăzând de la 27.84 la 17.92.

Modulul III (intervenție sistemică individuală) - acest modul a fost utilizat în cazurile complexe, *cronice, nechirurgicale*, în situații de rezistență terapeutică marcată, precum cel al pacientei C.A.C. (25 de ani, caz cronic, medical, cu tetrapareză), unde neîncrederea și poziționarea defensivă față de mediul spitalicesc blocau progresul. Intervenția s-a concentrat pe resemnificarea relației cu „sistemul” spitalicesc și echipa medicală, utilizând complementar tehnici de relaxare și imageria dirijată pentru a diminua hiperactivarea fiziologică și a facilita accesul la resursele interne. Redefinirea actului medical a fost esențială pentru a reduce culpabilizarea celorlalți (care înregistra la T1 o medie de 9.96, scăzând la finalul intervenției la o medie de 8.77; $p=0.004$) și pentru a construi o relație de siguranță psihologică. Această schimbare de paradigmă, de la percepția personalului ca *agresor* la cea de *partener de îngrijire*, susținută de starea de calm indusă prin relaxare, a facilitat o resemnificare profundă a contextului clinic. Această etapă a deblocat resursele interne ale pacientei, permițând ulterior procesul de resemnificare prin tehnicile specifice Modulului II, vizând strategii adaptative precum refocalizarea pe planificare (care a crescut la nivelul grupului de la 13.48 la 16.72; $p<0.001$) și reevaluarea pozitivă (de la 12.56 la 15.84; $p<0.001$).

Aceste exemple, câte unul pentru fiecare modul și acoperind diverse profiluri clinice, oferă profunzime rezultatelor statistice, demonstrând că programul SCE-ATI asigură o resemnificare eficientă indiferent de tipul traumei (acută, existențială sau sistemică). Corelarea indicelui de semnificație ($p<0.001$) cu observațiile clinice confirmă flexibilitatea programului în transformarea experienței din terapie intensivă dintr-un spațiu al traumei într-unul al recuperării active prin diminuarea manifestărilor stresului acut.

Rezultatele studiului nostru, care subliniază rolul central al mecanismelor de resemnificare în gestionarea manifestărilor stresului acut, sunt în consonanță cu un corp larg de cercetări ce evidențiază importanța și eficacitatea intervențiilor psihologice timpurii în unitățile de terapie intensivă. De exemplu, studii fundamentale precum cel realizat de Jones et al. (2010) [3; 4] au demonstrat că intervențiile care ajută pacientul să construiască o poveste coerentă a experienței

din terapie intensivă, precum jurnalele de terapie, pot reduce semnificativ incidența tulburării de stres posttraumatic. O revizuire sistematică realizată de Wade et al. (2013) [156] a demonstrat că factorii psihologici din timpul internării sunt predictorii cheie pentru dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic pe termen lung, validând astfel focusul programului SCE-ATI pe resemnificarea timpurie a traumei medicale.

Studiul de față aduce o *contribuție originală prin validarea unui program de intervenție psihologică integrativ - strategic (SCE-ATI)*, care vizează înlocuirea tiparelor cognitive dezadaptative prin resemnificare, fundamentându-le pe o filozofie sistemică și pe tehnici experiențiale (relaxare și imagerie dirijată), o abordare mai puțin documentată în acest context specific, dar care s-a dovedit extrem de eficientă. S-a pornit de la premisa că sistemul pacient-familie este profund afectat, o realitate demonstrată de cercetări de impact precum cea a lui Cameron et al. (2016) [59]. Prin validarea unui model integrativ care utilizează tehnici centrate pe resurse, studiul de față oferă o soluție clinică pentru o problemă complexă, aducând o contribuție valoroasă la literatura de specialitate prin demonstrarea modului în care resemnificarea poate diminua manifestările stresului acut.

Analiza procesului terapeutic - reacții, adaptări și limite clinice

Implicațiile practice ale acestui studiu sunt semnificative. Rezultatele subliniază necesitatea și, mai ales, posibilitatea implementării unor programe de suport psihologic structurat în secțiile de terapie intensivă. O contribuție practică majoră a programului este structura sa modulară. Faptul că intervenția s-a dovedit a fi eficientă indiferent de modulul aplicat (Modul I pentru crize scurte, Modul II pentru cazuri standard sau Modul III pentru situații complexe), demonstrează o flexibilitate și o aplicabilitate clinică remarcabilă, permițând psihologului clinician să adapteze profunzimea procesului de resemnificare.

Dincolo de succesul statistic, experiența clinică din cadrul programului SCE-ATI a demonstrat că mediul de terapie intensivă impune o selecție riguroasă a instrumentarului terapeutic. Analiza procesului relevă faptul că tehnicile au avut un impact diferențiat, fiind necesară o flexibilitate metodologică constantă din partea psihologului, oscilând între tehnici în funcție de manifestările stresului acut, starea fizică a pacientului și contextul medical imediat:

1. Tehnici din Psihodramă (abordarea experiențială)

Dublul - a reprezentat instrumentul fundamental de intervenție în momentele în care pacienții resimțeau o blocare emoțională masivă sau o epuizare fizică extremă care le limita capacitatea de comunicare verbală. În aceste situații, psihologul s-a poziționat simbolic lângă pacient, *împrumutându-i* vocea sa pentru a formula la persoana I trăirile subiacente („*Simt că îmi este teamă*

să adorm pentru că s-ar putea întâmpla ceva”). Validarea imediată primită de la pacient prin mișcări discrete ale capului sau prin privire a confirmat că această tehnică a permis o descărcare catartică necesară și a oferit o validare profundă a suferinței. Prin verbalizarea de către psiholog a emoțiilor pe care pacientul nu le putea exprima singur, s-a redus sentimentul de izolare și s-a deblocat procesul de resemnificare, transformând o experiență mută și copleșitoare într-una care poate fi procesată psihic.

Limite: nu a funcționat la pacienții cu o nevoie crescută de autonomie, care au perceput tehnica ca pe o intruziune în spațiul lor mental, preferând controlul propriilor tăceri.

Oglinda - tehnica a fost aplicată într-o formă narativ-simbolică pentru a confrunta pacientul cu propriile resurse demonstrate în situații de criză recente, servind ca un instrument esențial în reducerea sentimentului de neputință învățată. Psihologul a *reflectat* pacientului forța sa interioară prin descrierea amănunțită a comportamentelor de coping observate (ex: „*Vă amintiți cum azi dimineață, când echipa medicală a intervenit pentru schimbarea pansamentelor, deși resimțeai un disconfort major, ați ales să vă concentrați pe exercițiul de respirație pe care l-am învățat, reușind să rămâneți stăpân pe propria stare?*”). Această oglindire a activat părțile sănătoase ale eului, oferindu-i pacientului o dovadă externă a capacității sale de reziliență și contracarând percepția de *victimă pasivă* a bolii prin evidențierea faptului că, în ciuda fragilității fizice, el rămâne un participant activ la propria recuperare.

Limite: a fost inefficientă la pacienții aflați în negare severă sau cu iritabilitate crescută, aceștia interpretând evidențierea punctelor forte ca pe o minimalizare a suferinței lor reale

Schimbul de rol în plan imaginar - deoarece limitările fizice ale pacienților din Secția Clinică ATI făceau imposibilă mișcarea specifică psihodramei clasice, schimbul de rol a fost realizat prin ghidaj verbal, invitând pacientul să ocupe mental locul unei persoane semnificative (ex: „*Dacă ați fi acum în locul soției dumneavoastră, care stă dincolo de ușă și așteaptă vești, ce ați vedea privind spre acest pat? Ați vedea un om care a cedat sau un om care luptă cu fiecare suflare?*”). Această tehnică a facilitat resemnificarea relației atât cu familia, cât și cu echipa medicală, permițând pacientului să integreze suportul extern ca pe o resursă proprie, diminuând sentimentul de abandon și crescând motivația intrinsecă pentru viață.

Limite: din cauza efortului cognitiv necesar pentru abstractizare, tehnica nu a putut fi utilizată la pacienții cu funcții executive afectate de medicație sedativă sau de hipoxie, aceștia neputând susține mental dedublarea cerută.

Imageria dirijată (vizualizarea psihodramatică) - utilizată ca tehnică de activare a *scenariului de siguranță*, aceasta nu a fost o simplă relaxare, ci o punere în scenă mentală a unui spațiu de protecție. A permis pacientului o retragere strategică din mediul traumatic al terapiei intensive

(zgomote de alarme, lumini neon, agitația echipei medicale) către un spațiu mental securizat (ex: „*Sunteți în locul acela drag de la munte, simțiți răcoarea aerului, sunteți în afara oricărui pericol medical*”). Această tehnică a facilitat relaxarea profundă fără niciun efort fizic, fiind ideală pentru pacienții cu epuizare musculară severă.

Limite: la pacienții hipervigilenți (scoruri mari la catastrofare), închiderea ochilor a crescut panica, aceștia simțind că pierd controlul vizual asupra monitoarelor.

2. Tehnici din terapia sistemic-strategică (Palo Alto) și terapia sistemică de familie

Reîncadrarea (reframing) - tehnica pivot în gestionarea catastrofării (CAT), care a permis transformarea radicală a percepției asupra contextului medical prin schimbarea sensului atribuit stimulilor aversivi.

Exemplu: interpretarea zgomotelor repetitive ale monitoarelor nu ca *semnale de alarmă și pericol*, ci ca „indicatori ai vieții și aliați tehnologici care veghează inima, permițând pacientului să se odihnească *în siguranță*”. Această resemnificare a transformat un mediu ostil într-un partener de vindecare.

Limite: în momentele de durere fizică acută sau dispnee (lipsă de aer), logica reîncadrării nu a putut străpunge urgența biologică, pacientul fiind complet absorbit de senzația corporală, fără disponibilitate pentru restructurare mentală.

Viziunea sistemică asupra unității pacient-familie - deși intervenția a fost centrată pe pacient, s-a lucrat constant cu loialitățile invizibile și cu locul acestuia în ierarhia familială. Boala a fost resemnificată nu ca un eșec individual, ci ca o luptă a întregului sistem familial (ex: „*Fiecare respirație pe care o faceți aici este un pas pe care îl faceți împreună cu familia dumneavoastră spre reîntregire*”). Această abordare a crescut masiv motivația pentru recuperare, reducând sentimentul de vinovăție.

Limite: la pacienții cu istoric familial conflictual, această abordare putea deveni un factor de stres suplimentar în loc de resursă, accentuând sentimentele de vinovăție sau resentimentele.

Intervenția strategică - s-a pus accentul pe *cum* se menține anxietatea în prezent (ex: prin focalizarea excesivă pe monitoare) și nu pe cauzele istorice (de ce). Acest focus a permis o intervenție rapidă și de impact, esențială într-un mediu unde timpul clinic este limitat și starea pacientului se poate schimba rapid.

Limite: pentru pacienții cu o nevoie profundă de validare a istoricului personal, focalizarea strictă pe prezent a fost percepută ca fiind superficială, aceștia simțind că suferința lor nu este înțeleasă în contextul ei larg.

3. Terapiile scurte (focusate pe soluții)

Tehnica întrebării miracol - adaptată la contextul spitalicesc, a servit la orientarea pe viitor și pe planificare. Exemplu: „*Dacă în această noapte s-ar întâmpla un miracol și mâine ați fi externat, care ar fi primul lucru mărunț pe care l-ați face acasă?*”. Această proiecție a ajutat la construirea unei punți mentale între suferința prezentă și viața de după boală, oferind un sens efortului de a îndura tratamentul.

Limite: la pacienții cu epuizare vitală severă, proiecția viitorului a fost percepută ca nerealistă sau obositoare. Psihologul a adaptat tehnica vizând doar *primul moment* de confort după mutarea pe secție.

Scalarea - utilă pentru a monitoriza subiectiv progresul și a oferi un sentiment de control (ex: „*Pe o scară de la 1 la 10, unde 1 este spaima de dimineață și 10 este liniștea de acum, unde vă situați?*”). Vizualizarea progresului pe o scală numerică a oferit pacientului un sentiment de auto-eficacitate, demonstrându-i că starea lui emoțională este fluidă și poate fi influențată prin efort propriu.

Limite: pacienții cu labilitate emoțională extremă s-au simțit constrânși și neînțeleși de rigoarea cifrelor, considerând că suferința lor este prea complexă pentru a fi redusă la o notă de la 1 la 10.

4. Tehnici de relaxare și control fiziologic

Tehnicile de respirație dirijată - s-au dovedit a fi cel mai eficient instrument fiziologic, fiind ușor de coordonat cu efortul respirator al pacientului și oferind un sentiment imediat de calmare.

Limite: ineficiență la pacienții cu dispnee severă sau asincronie ventilator-pacient, unde concentrarea pe respirație a indus o conștientizare acută a sufocării, crescând anxietatea în loc să o diminueze. În aceste cazuri de suferință respiratorie acută, tehnicile de reglare fiziologică pot deveni contraproductive, necesitând prioritizarea stabilizării medicale sau utilizarea unor strategii de distragere a atenției, în detrimentul celor de monitorizare somatică.

Relaxarea musculară progresivă (Jacobson) - s-a observat a fi cea mai problematică tehnică în ATI.

Limite: pentru pacienții cu drenuri, catetere sau dureri post-operatorii, cerința de a contracta mușchii a activat *harta durerii*, accentuând sentimentul de fragilitate fizică. Din acest motiv, a fost înlocuită constant cu tehnici de relaxare autogenă (bazate pe sugestii de greutate și căldură) sau imagerie, care nu necesitau mișcare fizică.

5. Adaptarea la cadrul clinic specific terapiei intensive: tehnica vs. realitatea medicală

Intervenția la patul bolnavului dependent de aparatură și monitoare a impus redefinirea cadrului terapeutic:

Dinamica posturii (scaun vs. verticalitate) - psihologul a adaptat poziționarea fizică în funcție de configurația tehnică a fiecărui caz. Atunci când spațiul dintre monitoare și pat a permis, psihologul

a lucrat așezat pe scaun, la nivelul ochilor pacientului, pentru a facilita o relație de egalitate și siguranță. Totuși, în situațiile de aglomerație tehnică extremă, psihologul a lucrat în picioare, postură resemnificată drept *scut vizual* între pacient și haosul salonului, oferind o ancoră de stabilitate verticală pacientului imobilizat la orizontală.

Coconul sonor în spațiul tehnic - deoarece confidențialitatea fizică este imposibilă printre ventilatoare și intervenții medicale, psihologul a construit-o relațional. Prin utilizarea paravanelor mobile și a unei tonalități vocale joase, s-a creat un *cocon sonor* care a izolat simbolic dialogul de zgomotul monitoarelor.

Intervenția modulară - din cauza fragmentării timpului de către urgențele medicale și alarmele monitoarelor, psihologul a structurat fiecare tehnică pentru un impact rapid (10-15 minute), trecând în rolul de suport de proximitate în timpul manevrelor invazive pentru a menține starea de siguranță a pacientului.

În concluzie, această cercetare a proiectat, implementat și validat cu succes programul de intervenție psihologică SCE-ATI. Coroborarea datelor cantitative cu analiza calitativă a procesului terapeutic demonstrează statistic și ilustrează clinic că o abordare integrativă focusată pe resemnificarea tiparelor cognitive, poate reduce semnificativ manifestările stresului acut chiar și în condițiile severe ale terapiei intensive. Eficiența programului este susținută de utilizarea strategică a scalelor de evaluare (catastrofare, refocalizare pe planificare), care permit o calibrare precisă a intervențiilor la patul bolnavului, confirmând faptul că, prin diminuarea viziunii catastrofice și stimularea planificării, procesul de resemnificare a experienței traumatiche devine posibil chiar și în condițiile severe ale mediului de terapie intensivă.

Prin rezultatele obținute, studiul aduce o contribuție valoroasă la practica psihologiei clinice, oferind un model de lucru eficient, adaptabil și centrat pe resursele umane, demonstrând că umanizarea mediului tehnologizat din unitățile de terapie intensivă este un obiectiv terapeutic realizabil.

În continuare, prezentăm o selecție de 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. Pentru a menține concizia textului, analizele complete se regăsesc în Anexa 21, iar pentru exemplificarea procesului terapeutic, studiul de caz nr. 2 este detaliat în secțiunea următoare:

Studiu de caz nr.2
(Modulul II - pacient cu afecțiune medicală acută, tratament chirurgical,
11 zile de internare la ATI)

1. Prezentarea cazului și contextul clinic:

Date demografice și sociale: B.I. este un pacient de 28 de ani, de sex masculin, din mediul urban, cu studii superioare, căsătorit, inginer angajat în domeniul IT.

Context medical: pacientul a fost victima unui politraumatism sever în urma unui accident rutier, fiind adus la urgențe și internat direct în Secția Clinică ATI. Diagnosticul medical a inclus: Fractură complexă de femur drept. Multiple fracturi costale. Contuzie pulmonară. A suferit o intervenție chirurgicală de urgență pentru fixarea fracturii și a necesitat ventilație mecanică timp de 2 zile. Evaluarea psihologică a început în ziua a 3-a de spitalizare, post-extubare. Durata totală a spitalizării în ATI a fost de 11 zile, încadrându-se în Modulul II de intervenție (specific pacienților cu spitalizare între 7 și 14 zile).

Istoric psihologic: B.I. nu are un istoric cunoscut de tulburări psihice, însă descrie un stil de viață alert și perioade anterioare de stres crescut, legate de responsabilitățile profesionale.

Particularități de cadru și context fizic: succesul programului SCE-ATI a fost condiționat de o adaptare riguroasă la mediul restrictiv al Secției Clinice ATI, unde cadrul intervenției a fost redefinit prin transformarea limitărilor fizice în resurse terapeutice. Astfel, deși pacientul B.I. a fost imobilizat pe tot parcursul celor 11 ședințe în poziție de decubit dorsal, cu capul patului ridicat la 45° (poziție Semi-Fowler), această postură forțată a fost imediat extrasă din zona neputinței și resemnificată simbolic sub forma unei *stații de mentenanță și andocare*. Pentru a neutraliza asimetria de putere inerentă contextului clinic, am adoptat o poziționare strategică pe un scaun, la nivelul patului, asigurând un contact vizual constant la aceeași înălțime cu pacientul. Această aliniere a privirilor a fost fundamentală pentru a valida metafora unei colaborări tehnice de tip *de la egal la egal* între doi specialiști care analizează *sistemul* aflat în avarie. Mai mult, întregul mediu tehnologic ostil, dominat de monitoare și pompe de perfuzie, a fost integrat funcțional în procesul de recuperare, fiind reîncadrat ca un *panou de control al performanței*. În acest cadru, piuitul aparatelor medicale nu a mai fost tratat ca un factor de stres, ci ca un feedback de sistem, unde orice creștere a frecvenței cardiace vizibilă pe ecran era interpretată ca un semnal de tip *semnale de eroare*, indicând necesitatea activării imediate a *comenzii de răcire* prin tehnica respirației diafragmatice.

2. Evaluarea psihologică inițială (T1)

2.1. Analiza cognitivă (cauza stresului acut)

Evaluarea s-a concentrat inițial pe identificarea proceselor cognitive dezadaptative care alimentau starea de criză.

Scheme cognitive și strategii de coping (CERQ & Interviu) - interviul clinic a relevat o activare a schemelor de vulnerabilitate la rău sau boală și deficiență/rușine. Pacientul a verbalizat: „Am crezut mereu că sunt puternic, dar acum sunt doar un om stricat, legat de pat. Simt că piciorul ăsta nu o să mai fie niciodată al meu. O să fiu un invalid. Totul s-a terminat”.

Acest cadru cognitiv a fost confirmat de scorurile CERQ, prezentate în Tabelul 3.3:

**Tabelul 3.3. Profilul strategiilor de coping cognitiv-emoțional (CERQ)
- evaluarea inițială (T1)**

<i>Strategie de Coping (CERQ):</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare</i>
Catastrofare	18 / 20	Utilizare foarte frecventă
Ruminare	17 / 20	Utilizare foarte frecventă
Auto-culpabilizare	14 / 20	Utilizare moderată-ridicată
Culpabilizarea celorlalți	11 / 20	Utilizare redusă
Acceptare	10 / 20	Utilizare foarte redusă
Reevaluare pozitivă	9 / 20	Utilizare foarte redusă
Refocalizare pe planificare	10 / 20	Utilizare moderată
Refocalizare pozitivă	14 / 20	Utilizare redusă
Punerea în perspectivă	8 / 20	Utilizare foarte redusă

2.2. Tabloul clinic al stresului acut (manifestările):

Simptomatologia emoțională și fiziologică (DASS-21R, STAI-Y1, STAI-Y2) sunt reprezentate în Tabelul 3.4:

Tabelul 3.4. Tabloul clinic al stresului acut: manifestări emoționale și fiziologice (integrarea scorurilor DASS-21R și STAI-Y1) (evaluare la T1)

Instrument / Dimensiune	Scor (T1)	Interpretare clinică	Manifestări specifice (observate/declaratate)
DASS-21R Stres	42 / 42	Nivel extrem de ridicat	Hiper-vigilență la stimulii din mediul ATI (alarme, zgomot), tensiune musculară generalizată, iritabilitate ridicată.
DASS-21R Anxietate	40 / 42	Nivel sever	Senzație de sufocare, „nod în gât”, teama de un atac de cord iminent, transpirații și tremor declanșate de gândul la accident.
DASS-21R Depresie	24 / 42	Nivel moderat	Lipsa speranței privind recuperarea profesională, apatie, sentiment de devalorizare cauzat de neputința fizică.
STAI-Y1 (Stare)	72 / 80	Anxietate-stare foarte ridicată	Alertă psihică continuă, inabilitatea de a se relaxa în pat, focus exclusiv pe amenințările imediate (erori de percepție).
STAI-Y2 (Trăsătură)	40 / 80	Nivel mediu (Normal)	Confirmă faptul că suferința actuală este o reacție la traumă, nu o trăsătură de personalitate pre-existentă.

Observații clinice și comportamentale - pacientul era agitat, scana în permanență monitoarele și tresărea la zgomotele puternice. A descris flashback-uri vizuale recurente cu momentul impactului: „Văd farurile celeilalte mașini cum vin direct spre mine. E doar o secundă, dar o retrăiesc iar și iar”. Evita să vorbească în detaliu despre accident și refuza contactul vizual la menționarea acestuia.

2.3. Analiza fenomenologică a răspunsului la stres (corelarea metodologică cu reperele DSM-5)

În cadrul acestui studiu, criteriile DSM-5 pentru TSA - respectiv îndeplinirea Criteriului A (trauma) și a Criteriului B (prezența a cel puțin 9 din 14 simptome specifice) - au fost utilizate exclusiv ca reper metodologic pentru a delimita perioada de intervenție (maximum 30 de zile) și pentru a evalua intensitatea răspunsului psihologic în raport cu trauma medicală.

Această corelare este esențială pentru a justifica durata programului SCE-ATI, intervenția fiind limitată strict la „fereastra stresului acut” (primele 30 de zile post-eveniment), înainte ca manifestările psihice să intre în zona de cronicizare specifică stresului post-traumatic.

Din perspectiva psihologiei generale, aceste repere ne permit să identificăm dinamica proceselor cognitive și emoționale aflate sub presiunea unui stresor extrem, fără a urmări un diagnostic clinic de natură psihiatrică.

Analiza tabloului psihologic al pacientului B.I. a evidențiat un răspuns adaptativ sever, caracterizat prin îndeplinirea Criteriului A (trauma) și a 9 din 14 indicatori de stres, utilizați pentru a calibra intensitatea intervenției:

Din categoria intruziune (2 simptome): 1. Amintiri intruzive recurente (flashback-urile); 2. Vise deranjante despre accident.

Din categoria stare afectivă negativă (1 simptom): 3. Incapacitatea persistentă de a simți emoții pozitive.

Din categoria simptome disociative (1 simptom): 4. Un sentiment de irealitate („parcă nu sunt eu aici”).

Din categoria evitare (1 simptom): 5. Eforturi de a evita amintirile dureroase (schimbarea subiectului).

Din categoria hiperactivare (4 simptome): 6. Comportament iritabil; 7. Hipervigilență; 8. Răspuns de tresărire exagerat; 9. Tulburări de somn.

3. Desfășurarea intervenției (Programul SCE-ATI - Modulul II)

Identificarea schemelor cognitive dezadaptative de vulnerabilitate și deficiență a rezultat din triangularea riguroasă a datelor obținute la evaluarea inițială (T1), prin coroborarea indicilor cantitativi din testele DASS-21R (nivel extrem de sever de devalorizare și stres), CERQ (scoruri ridicate la catastrofare, ruminare, auto-învinovățire) și STAI-Y1 (scoruri ridicate la anxietate ca stare), cu datele calitative extrase din observația clinică a indicatorilor DSM-5 și din analiza tematică a interviului semistructurat.

Cele șapte teme majore identificate în faza de analiză calitativă (Anexa 7) - de la percepția vulnerabilității și pierderea controlului (Tema 1) și prezența schemelor dezadaptative (Tema 3), până la nevoile psihologice exprimate (Tema 7) - au confirmat arhitectura fragilității psihice a pacientului B.I. în contextul de criză ATI.

Intervenția s-a fundamentat pe principiile terapiei sistemice, ale psihodramei (Moreno [117; 175]) și, în mod prioritar, pe abordarea strategică centrată pe resemnificarea percepției (Palo Alto [158]). Această perspectivă presupune că reacțiile de stres ale pacientului nu sunt generate direct de evenimentul traumatic (accidentul), ci de modul în care el percepe și interpretează situația actuală prin prisma strategiilor de reglare cognitiv-emoțională.

În contextul spitalizării de criză la terapie intensivă, unde logica rațională este adesea eclipsată de frică, am utilizat tehnici strategice pentru a schimba percepția pacientului de la „victimă neputincioasă” la *subiect activ în propria recuperare*. Odată ce percepția este resemnificată, strategiile de procesare dezadaptative (CERQ) și stările de devalorizare (DASS-21R) își pierd intensitatea.

Utilizarea criteriilor DSM-5 pentru TSA ca reper metodologic a permis calibrarea intervenției în *ferestra de stres acut* (30 de zile). Scopul a fost resemnificarea percepției pentru a reduce scorul STAI-Y1 (anxietatea ca stare), folosind stabilitatea STAI-Y2 (anxietatea ca trăsătură) ca resursă de echilibru.

Obiective terapeutice specifice:

1. Resemnificarea percepției asupra schemelor de vulnerabilitate și deficiență (alimentate de devalorizarea din DASS-21R și autovinovăția din CERQ).
2. Reducerea intensității manifestărilor de stres acut prin diminuarea mecanismelor de catastrofare și ruminare.
3. Activarea resurselor de coping adaptative pentru scăderea scorurilor la STAI-Y1 și scalele de anxietate/stres - DASS-21R.

Descrierea ședințelor și tehnicilor aplicate:

Ședințele 1-2 (Focus: cognitiv - emoțional - crearea contextului pentru resemnificare):

Abordare: terapie scurtă strategică și sistemică narativă.

Tehnică: psihoeducație sistemică și externalizarea problemei. Pentru a iniția procesul de resemnificare a percepției, psihologul a început prin a oferi un nou cadru de înțelegere (cognitiv), urmat de separarea pacientului de schema sa cognitivă dezadaptativă (emoțional).

Logica intervenției: scopul a fost decuplarea identității pacientului de trauma suferită. În loc să privim stresul ca pe o *boală*, l-am redefinit ca pe o reacție naturală de adaptare, pregătind terenul pentru diminuarea intensității stresului acut.

Exemplificare în dialog:

Psihoeducație: psihologul a spus: „Este normal ca, după un șoc atât de mare, mintea să încerce să creeze o poveste pentru a explica ce s-a întâmplat. Uneori, prima poveste pe care o spune este una a fricii și a catastrofei (asociată Temei 5: strategii negative de coping). Această alarmă internă ridicată (STAI-Y1= 72) este modul creierului de a vă ține în alertă, dar putem învăța să calibrăm acest sistem”.

Externalizare: apoi, psihologul a continuat: „Se pare că „Povestea Invalidității”(schema dezadaptativă de deficiență) este foarte convingătoare acum. Dar ea nu sunteți dumneavoastră. Este un vizitator nepoftit generat de accident. Putem să o analizăm împreună ca pe ceva exterior?”.

Explicația impactului pe schemă și stres:

Diminuarea devalorizării (DASS-21R - Depresie): prin externalizare, pacientul nu mai simte că el este defect sau inutil (schema de deficiență), ci înțelege că situația este dificilă. Această distanțare cognitivă reduce sentimentul de inutilitate și devalorizarea măsurată de scala de depresie și a permis începerea procesului de reîncadrare.

Diminuarea intensității stresului acut (DASS-21R-Stres/STAI-Y1): stresul acut este alimentat de percepția unei amenințări copleșitoare. În momentul în care *problema* este externalizată și resemnificată, ea devine un obiect de studiu, nu mai este un inamic intern. Acest fapt scade reactivitatea sistemului nervos (alertă fiziologică), reducând scorurile la scalele de anxietate și stres.

Impactul asupra CERQ: această fază vizează direct stoparea catastrofării. Dacă trauma este externalizată, pacientul nu mai rulează mental *scenariul dezastrului*, ceea ce reduce instantaneu tensiunea psihică.

Ședințele 3-5 (Focus: cognitiv/emoțional - resemnificarea prin acțiune și roluri):

Abordare: psihodramă (Moreno [117; 175]).

Tehnică: pentru a realiza resemnificarea percepției asociate schemei dezadaptative de deficiență, s-a utilizat tehnica psihodramatică *atomul social* a explorării rolurilor multiple (adaptată verbal).

Logica intervenției: pentru a demonta schema dezadaptativă de deficiență și tema calitativă a *pierderii utilității*, am utilizat identitatea profesională și personală a pacientului ca resursă strategică. Scopul a fost activarea Temei 4 (strategii pozitive de coping) pentru a contracara sentimentele de devalorizare.

Exemplificare în dialog: psihologul l-a invitat pe B.I. să vorbească succesiv din rolurile informaticianul, fiul, soțul, pentru a accesa părți competente și pline de resurse ale identității sale. Strategiile de catastrofare și ruminare (CERQ) au fost redefinite strategic ca fiind *bug-uri* de sistem - erori temporare de procesare apărute în urma șocului traumatic. Psihologul a întrebat: „*Ce ar spune „B.I.-informaticianul”, cel care rezolvă probleme complexe și elimină erorile de cod, despre situația de acum? Ce soluții ar vedea el pentru aceste „bug-uri” emoționale?*”. Această acțiune a generat o contra-poveste puternică, care a demonstrat la nivel experiențial că B.I. este mult mai mult decât corpul său rănit, slăbind astfel credința centrală negativă. Prin utilizarea metaforei tehnice, pacientul a trecut de la o stare de devalorizare (DASS-21R-depresie) la una de analiză activă, diminuând intensitatea stresului acut prin recăpătarea sentimentului de competență și control asupra propriei minți.

Impact pe schemă și stres: utilizarea metaforei tehnice (*bug-uri*) a facilitat externalizarea mecanismelor de catastrofare (CERQ), permițând pacientului să treacă de la auto-critică la o atitudine analitică de *debugging* (depanare). Acest proces a vizat direct devalorizarea (măsurată prin scala de depresie a DASS-21R, transformând percepția de *inutilitate* (Tema 3: scheme cognitive dezadaptative) în una de competență profesională aplicată propriei recuperări. Prin activarea resurselor identitare, intensitatea stresului acut a scăzut semnificativ, fapt reflectat în reducerea scorului STAI-Y1 (anxietate ca stare), pe măsură ce impredictibilitatea situației a fost înlocuită cu o strategie logică de acțiune.

Ședințele 6-8 (Focus: emoțional/fiziologic - managementul stresului ca acțiune de control):

Abordare: tehnici comportamentale integrate sistemic.

Tehnică: ancorare corporală și relaxare. Odată ce cadrul cognitiv a fost modificat prin resemnificare s-a lucrat la manifestările fiziologice ale stresului (Tema 2: reacții emoționale dominante).

Logica intervenției: scopul a fost recuperarea controlului asupra propriului corp, perceput anterior ca o *capcană* (Tema 1: percepția vulnerabilității și pierderea controlului). Tehnica a fost prezentată ca o metodă de *calibrare a hardware-ului* pentru a susține noul software mental.

Exemplificare în dialog: psihologul a prezentat tehnica de respirație diafragmatică nu ca pe o simplă relaxare, ci ca pe o reîncadrare a percepției asupra propriului corp: „*B.I., acum că am început depanarea gândurilor, trebuie să optimizăm și hardware-ul. Respirația controlată este o comandă de răcire (cooling) pe care o dai sistemului. Este o acțiune prin care tu preiei controlul și îi arăți corpului cine este la comandă*”. Această reîncadrare a transformat răspunsul fiziologic

la stres dintr-o amenințare copleșitoare într-o variabilă gestionabilă, ducând la o restructurare a relației pacientului cu propriul corp (din *capcană* în *sistem controlat*).

Impact pe schemă și stres: prezentarea tehnicii ca pe un act de putere și competență a întărit noua percepție de subiect activ. Aplicarea ei a dus la o reducere vizibilă a simptomelor de hiperactivare (tensiune musculară, tahicardie), confirmând diminuarea intensității stresului acut (scoruri scăzute la scalele de anxietate și stres din DASS-21R). Această stăpânire a reacțiilor fiziologice a invalidat schema de vulnerabilitate, oferind pacientului dovada experiențială că poate gestiona mediul ostil al ATI.

Ședințele 9-11 (Focus: consolidare și planificare sistemică):

Abordare: terapie sistemică de familie și terapii scurte orientate pe soluții.

Tehnică: întrebări circulare și proiecția în viitor.

Logica intervenției: integrarea progresului în ecosistemul familial (Tema 6: calitatea sprijinului social) și adresarea sustenabilității pe termen lung a noilor mecanisme de coping (Tema 7: nevoi psihologice exprimate).

Exemplificare în dialog: psihologul a explorat dinamica sistemică („*Când vă simțiți copleșit, ce credeți că vede soția dumneavoastră? Și când ea se arată îngrijorată, ce efect are asta asupra dumneavoastră?*”). În ultima ședință, s-a lucrat pe viitorul concret, folosind reîncadrarea finală a rolului său: „*Când te vei întoarce acasă și vei folosi aceste unelte de 'depanare' a stresului, ce va observa soția ta schimbat? Cum va influența faptul că tu ești din nou 'programatorul' propriei stări modul în care familia ta va trece peste această perioadă?*”. S-a discutat despre importanța continuării procesului terapeutic post-externare, oferind o recomandare scrisă pentru suport psihologic specializat.

Impact pe schemă și stres: înțelegerea dinamicii relaționale a redus auto-învinovățirea (CERQ), pacientul realizând că starea sa îi afectează pe ceilalți nu ca o *povară*, ci ca parte a unui sistem interconectat. Planificarea concretă și recomandarea pentru terapie au consolidat noua schemă de *persoană responsabilă de propria recuperare*, eliminând percepția de inutilitate (Tema 3) și reducând semnificativ anxietatea anticipatorie legată de viitor (scor final scăzut la STAI-Y1).

4. Evaluarea finală (T2) și progresul înregistrat

Tablou clinic final: la evaluarea din ziua a 10-a, în urma implementării programului SCE-ATI, B.I. prezenta o stare clinică vizibil ameliorată. Pacientul era mai calm, cooperant și activ implicat în discuțiile privind planul de recuperare. Acesta raporta o diminuare a frecvenței și intensității amintirilor intruzive, precum și o îmbunătățire a calității somnului.

Din punct de vedere calitativ, se observă trecerea de la percepția *corpului ca o capcană* la cea a unui *sistem în curs de calibrare*, validând succesul procesului de resemnificare.

Rezultatele psihometrice comparative (T1 vs. T2): evidențiază o corelație directă între resemnificarea cognitivă și scăderea indicatorilor de stres. Acestea sunt reprezentate mai jos:

Tabelul 3.5. Evoluția scorurilor DASS-21R și STAI-Y1(T1 vs. T2)

Instrument	Scor Pre-test (T1)	Scor Post-test (T2)	Modificare	Impactul resemnificării
DASS - 21R Stres	42	22	Scădere semnificativă	Reducerea tensiunii psihice prin controlul „hardware-ului”.
DASS - 21R Anxietate	40	18	Scădere semnificativă	Dezactivarea alarmei de supraviețuire.
DASS - 21R Depresie	24	12	Scădere semnificativă	Eliminarea devalorizării prin roluri active.
STAI-Y1 (Stare)	72	38	Scădere semnificativă	Diminuarea intensității stresului acut.

Dinamica strategiilor de coping cognitiv-emoțional (CERQ): schimbarea profilului de coping demonstrează succesul procesului de *debugging* mental. Scăderea strategiilor dezadaptative (pe care le-am definit ca *erori de sistem*) și creșterea celor adaptative indică faptul că pacientul a învățat să își rescrie *codul* reacțiilor emoționale.

Rezultatele sunt exemplificate în Tabelul 3.6:

Tabelul 3.6. Dinamica strategiilor CERQ (T1 vs. T2)

Strategie de coping	T1	T2	Modificare	Semnificație clinică
Catastrofare	18	10	Scădere semnificativă	Eliminarea „bug-urilor” de proiecție negativă.
Ruminare	17	11	Scădere semnificativă	Oprirea buclei obsesive a traumei.
Auto-culpabilizare	14	11	Scădere	Reducerea vinei prin înțelegerea sistemică a accidentului.
Culpabilizarea celorlalți	11	10	Scădere	Focalizarea pe resurse proprii, nu pe cauze externe.
Acceptare	10	17	Creștere semnificativă	Integrarea evenimentului în istoria personală.
Reevaluare pozitivă	9	15	Creștere semnificativă	Resemnificarea traumei ca oportunitate.
Refocalizare pe planificare	13	18	Creștere semnificativă	Activarea rolului de subiect activ.
Punerea în perspectivă	8	16	Creștere semnificativă	Ieșirea din viziunea „tunel” a crizei.

Interpretarea progresului prin prisma strategiilor de coping: analiza comparativă a profilului CERQ indică o reconfigurare a resurselor psihice ale pacientului B.I., marcând tranziția de la mecanisme pasiv-distructive la strategii activ-adaptative:

1. *Eficiența resemnificării cognitive și procesul de debugging:* scăderea semnificativă a scorurilor pentru catastrofare (CAT: de la 18 la 10) și a ruminării (RUM: de la 17 la 11) reprezintă confirmarea clinică a succesului procesului de resemnificare. Prin utilizarea metaforei tehnice, pacientul a reușit să își externalizeze gândurile intruzive, tratându-le nu ca pe niște realități absolute, ci ca pe niște *bug-uri* (erori de procesare) specifice unui sistem aflat în suprasarcină traumatică. Această reîncadrare cognitivă a fost esențială pentru diminuarea intensității stresului acut, deoarece a mutat focusul de pe *drama inevitabilului* pe *logica depanării*, oferindu-i pacientului o metodă familiară și sigură de a-și gestiona panica în mediul ostil al unităților de terapie intensivă.

2. *Recuperarea sentimentului de auto-eficacitate:* creșterea scorurilor la scalele de refocalizare pe planificare (PLAN: de la 13 la 18) și punere în perspectivă (PUN: de la 8 la 16) demonstrează că B.I. a reînvățat să *programeze* pașii recuperării sale. Această evoluție reprezintă dovada clinică a activării Temei 4 (strategii pozitive de coping) și a integrării rolului de subiect activ în propriul proces de vindecare, contracarând tendințele de devalorizare identificate inițial.

3. *Diminuarea intensității stresului acut prin acceptare:* corelația pozitivă dintre creșterea scorului la acceptare (ACC: de la 10 la 17) și scăderea scorului la anxietate ca stare (STAI-Y1: de la 72 la 38) indică faptul că, odată ce pacientul a încetat să mai consume resurse psihice luptând împotriva realității medicale imediate a mediului de terapie intensivă și a început să o gestioneze prin *calibrare* (tehnici de control), nivelul general de alertă al sistemului nervos s-a reglat.

5. Limite și gestionarea acestora în cazul prezentat

Implementarea programului SCE-ATI s-a confruntat cu o serie de bariere contextuale specifice mediului de terapie intensivă, care au necesitat o adaptare continuă a protocolului de intervenție:

Bariera fiziologică (managementul durerii) - durerea post-operatorie acută și imobilizarea pacientului în decubit dorsal au reprezentat variabile de interferență majoră cu capacitatea de concentrare și procesare cognitivă a pacientului.

Gestionare - pentru a optimiza fereastra de lucru terapeutic, ședințele au fost programate strategic în perioadele de eficacitate maximă a medicației analgezice. Această coordonare

a permis ca procesul de resemnificare să se desfășoare într-un cadru de confort fizic minim necesar, prevenind distorsionarea mesajului terapeutic de către semnalele algice.

Riscul de re-traumatizare - natura bruscă și severitatea accidentului au generat o vulnerabilitate psihică ridicată, existând riscul ca o explorare prematură a evenimentului să amplifice starea de alertă.

Gestionare: abordarea a fost una precaută, bazată pe principiile „siguranța primează”. În primele etape, s-a evitat deliberat anamneza detaliată a accidentului, utilizând tehnici de stabilizare emoțională și focusul pe starea de *aici și acum*. Această decizie a facilitat diminuarea intensității stresului acut înainte de a trece la procesul propriu-zis de *debugging* al schemelor cognitive.

Restrictivitatea mediului ATI - zgomotul constant al monitoarelor, prezența personalului medical și lipsa intimității totale pot limita profunzimea dialogului terapeutic.

Gestionare: s-a utilizat metafora tehnică (limbajul profesional al pacientului) tocmai pentru a crea un *spațiu de siguranță mentală*. Această ancorare în identitatea de informatician a servit ca un paravan protectiv împotriva stimulilor spitalicești ostili, permițând pacientului să se izoleze productiv în sarcina terapeutică de analiză a propriilor *bug-uri* cognitive.

6. Concluzii specifice cazului

Studiul de caz al lui B.I. ilustrează eficacitatea unei intervenții psihologice care prioritizează reîncadrarea mecanismelor cognitive în mediul de terapie intensivă. Rezultatele obținute conduc la următoarele concluzii fundamentale:

Validarea mecanismului de schimbare - succesul intervenției confirmă faptul că țintirea directă a proceselor de catastrofare și ruminație, corelată cu facilitarea acceptării, reprezintă calea cea mai scurtă către reducerea simptomatologiei de stres și anxietate.

Secvențialitatea recuperării - datele clinice arată că ameliorarea a apărut, în primă instanță, la nivel cognitiv - prin resemnificarea *defectului* ca *eroare de sistem* (debugging). Această schimbare de paradigmă a fost urmată organic de o reducere a intensității stresului acut emoțional, validând astfel modelul teoretic al tezei.

Eficiența programului SCE-ATI - cazul confirmă utilitatea protocolului SCE-ATI pentru pacienții cu afecțiuni chirurgicale acute care necesită spitalizare de durată medie. Intervenția a demonstrat că un cadru terapeutic structurat poate transforma o experiență traumatică potențial invalidantă într-un proces controlat de recuperare psihică.

Resursa identitară - concluzia majoră a acestui caz este că utilizarea limbajului specific profesiei pacientului (metafora informatică) nu a fost doar un accesoriu de comunicare, ci instrumentul central care a permis resemnificarea realității și recuperarea sentimentului de auto-eficacitate.

3.2. Analiza rezultatelor implementării programului formativ

Prezenta secțiune detaliază rezultatele cantitative obținute în urma derulării studiului experimental. Datele au fost analizate pentru a evalua eficacitatea programului formativ SCE-ATI, prin testarea ipotezelor formulate anterior. Se vor prezenta mai întâi analizele preliminare privind echivalența grupurilor, urmate de testarea propriu-zisă a ipotezelor.

Descrierea eșantionului din programul formativ

La studiu a participat un eșantion total de 50 de pacienți internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă a Spitalului Clinic Județean de Urgență din Târgu-Mureș, alocați aleatoriu în două grupuri: grupul experimental (N=25), care a beneficiat de programul formativ SCE-ATI, și grupul de control (N=25), care a primit îngrijirea standard.

Vârsta medie a participanților din grupul experimental a fost de 43.6 ani, cu o abatere standard de 15.2, iar vârsta medie a participanților din grupul de control a fost de 53.4 ani, cu o abatere standard de 19.2.

Distribuția participanților pe categoriile de vârstă este prezentată în Anexa 15 (Figura A15.1 și Figura A15.2). Vârsta medie a întregului eșantion a fost de 45.8 ani, cu o abatere standard de 17.9.

Distribuția participanților pe categoriile de vârstă este prezentată în Anexa 15 (Figura A15.3).

Caracteristicile demografice și clinice ale celor două grupuri (distribuția pe grupe de vârstă, sex, mediu de rezidență, nivel de studii, tipul afecțiunii și tipul intervenției medicale) sunt prezentate în detaliu în Tabelul 3.7, iar output-ul detaliat se poate vizualiza în Anexa 10.

Analiza comparativă a acestor caracteristici nu a relevat diferențe statistice semnificative între cele două grupuri, confirmând succesul procesului de randomizare.

**Tabelul 3.7 Caracteristicile demografice și clinice ale eșantionului
din programul formativ**

Caracteristică	Grup experimental (N=25)	Grup de control (N=25)	Total eșantion (N=50)
Vârsta medie (Ab. Std.)	43.6 ani (15.2 ani)	53.4 ani (19.2 ani)	45.8 ani (17.9 ani)
Vârsta (Nr, %)			
18-30 ani	Nr=6 (24%)	Nr=5 (20%)	Nr=11 (22%)
31-45 ani	Nr=8 (32%)	Nr=3 (12%)	Nr=11 (22%)
46-60 ani	Nr=7 (28%)	Nr=6 (24%)	Nr=13 (26%)
61-75 ani	Nr=4 (16%)	Nr=8 (32%)	Nr=12 (24%)
Peste 75 ani	Nr=0 (0%)	Nr=3 (12%)	Nr=3 (6%)
Sex (Nr, %)			
Bărbați	Nr. bărbați=11 (44%)	Nr. bărbați= 19 (76 %)	total bărbați= 30(60%)
Femei	Nr. femei=14 (56%)	Nr. femei=6 (24 %)	total femei=20 (40 %)
Mediu de rezidență (Nr, %)			
Urban	nr. urban=15 (60 %)	nr. urban=11 (44%)	total urban=26 (52 %)
Rural	nr. rural=10 (40%)	nr. rural=14 (56%)	total rural=24 (48 %)
Nivelul studiilor (Nr,%)			
Școală gimnazială	Nr.= 5 (20%)	Nr=3 (12%)	Nr=8 (16%)
Școală profesională	Nr= 4 (16%)	Nr=7 (28%)	Nr=11 (22%)
Studii medii	Nr=5 (20%)	Nr= 11 (44%)	Nr=16 (32%)
Studii superioare	Nr=11 (44%)	Nr=4 (16%)	Nr=15 (30%)
Tip afecțiune (Nr, %)			
Acut	nr. acut,=17 (68%)	nr. acut= 14 (56%)	total acut=31 (62%)
Cronic	nr. cronic=8 (32%)	nr. cronic=11 (44 %)	total cronic=19 (38%)
Tip intervenție terapeutică (Nr., %)			
Chirurgical	Nr chirurgical=19 (76%)	Nr chirurgical=18 (72%)	Nr. chirurgical=37 (74%)
Nechirurgical (Medical)	Nr nechirurgical=6 (24%)	Nr nechirurgical=7 (28%)	Nr nechirurgical=13 (26%)

Analize preliminare și echivalența grupurilor la T1

Pentru a valida designul experimental, s-a verificat echivalența celor două grupuri la momentul pre-test (T1) din punct de vedere al variabilelor psihologice. S-a utilizat testul neparametric U Mann-Whitney pentru a compara scorurile inițiale la toate variabilele dependente. Rezultatele testului U Mann-Whitney sunt prezentate în Tabelul 3.8 (output-ul detaliat se poate vizualiza în Anexa 11) și indică faptul că grupurile au fost similare pentru majoritatea variabilelor de stres acut și de coping (majoritatea valorilor $p > 0.05$). Acest lucru arată că, în general, cele două grupuri au pornit de la un nivel comparabil. Au fost identificate, însă, două excepții, unde s-au înregistrat diferențe statistic semnificative pre-existente între grupuri: la subscala acceptare (ACC): $p=0.042$ și la subscala refocalizare pe planificare (PLAN): $p<0.001$ a CERQ. Aceste diferențe inițiale vor fi luate în considerare în interpretarea rezultatelor finale ale studiului.

Tabelul 3.8. Comparația scorurilor între grupuri la pre-test (T1)

Variabila măsurată (la T1)	Grup experimental (N=25)	Grup de control (N=25)	Rezultatul testului U Mann-Whitney
	Medie (Ab. Std.)	Medie (Ab. Std.)	Valoare p
DASS-Depresie	M = 27.84, SD = 9.13	M = 26.64, SD = 8.55	.718
DASS-Anxietate	M = 35.84, SD = 6.43	M = 36.80, SD = 3.00	.945
DASS-Stres	M = 37.44, SD = 7.82	M = 38.88, SD = 3.32	.610
STAI-Y1 (Stare)	M = 65.92, SD = 9.28	M = 68.84, SD = 10.27	.102
STAI-Y2 (Trăsătură)	M = 49.36, SD = 9.47	M = 52.20, SD = 12.88	.393
CERQ-Auto-culpabilizare	M = 12.80, SD = 4.13	M = 13,28, SD = 4.72	.640
CERQ-Acceptare	M = 9.84, SD = 3.84	M = 11,78, SD = 3.11	.042
CERQ-Ruminare	M = 17.32, SD = 2.27	M = 15.92, SD = 3.27	.067
CERQ-Refocalizare pozitivă	M = 7.96, SD = 3.48	M = 6.56, SD = 2.78	.130
CERQ-Refocalizare pe planificare	M = 10.60, SD = 3.48	M = 14.68, SD = 2.39	.000
CERQ-Reevaluare pozitivă	M = 8.44, SD = 2.97	M = 9.40, SD = 2.51	.149
CERQ-Punerea în perspectivă	M = 8.52, SD = 2.99	M = 8.04, SD = 2.94	.625
CERQ-Catastrofizare	M = 16.00, SD = 2.94	M = 14.28, SD = 3.99	.123
CERQ-Culpabilizarea celorlalți	M = 9.96, SD = 4.46	M = 8.68, SD = 4.43	.260

Testarea ipotezelor cercetării

Pentru a evalua eficacitatea programului SCE-ATI, s-au efectuat două tipuri de analize: o comparație între grupuri la momentul T2 și o analiză a evoluției în interiorul fiecărui grup (T1 vs. T2).

A. Efectul intervenției psihologice - comparația dintre grupuri la post-test (T2) (test U Mann-Whitney).

Analiza comparativă a scorurilor la post-test (T2) între grupul experimental și cel de control, realizată cu testul U Mann-Whitney, prezentată în Tabelul 3.9 (a se vedea output-ul detaliat în Anexa 12), demonstrează un efect statistic semnificativ și generalizat al programului SCE-ATI. Grupul experimental a prezentat niveluri de suferință emoțională considerabil mai scăzute comparativ cu grupul de control ($p < 0.001$) pentru toate scalele: depresie ($M=17.92$ vs 28.76), anxietate ($M=19.20$ vs 35.20) și stres ($M=22.72$ vs 36.72).

Tabel 3.9 Comparația grupului experimental vs. grupul de control la T2 (post-test)

Variabila măsurată (la T2)	Grup experimental (N=25)	Grup de control (N=25)	Rezultatul testului U Mann-Whitney
	Medie (Ab. Std.)	Medie (Ab. Std.)	Valoare <i>p</i>
DASS 21R-Depresie	17.92 (5.15)	28.76 (6.54)	<0.001
DASS 21R-Anxietate	19.20 (3.51)	35.2 (3.21)	<0.001
DASS 21R-Stres	22.72 (4.16)	36.72 (2.87)	<0.001
STAI-Y1 (Stare)	45.84 (5.33)	68.4 (7.45)	<0.001
CERQ-Auto-culpabilizare	9.48 (1.87)	12.48 (4.12)	0.005
CERQ-Acceptare	15.36 (3.57)	11.52 (2.66)	<0.001
CERQ-Ruminație	11.12 (1.27)	15.32 (2.78)	<0.001
CERQ-Refocalizare pozitivă	13.72 (3.12)	7.00 (2.73)	<0.001
CERQ-Refocalizare pe planificare	16.72 (2.17)	13.96 (2.60)	<0.001
CERQ-Reevaluare pozitivă	14.52 (2.92)	9.32 (2.71)	<0.001
CERQ-Punerea în perspectivă	14.96 (2.87)	8.96 (3.65)	<0.001
CERQ-Catastrofizare	10.04 (1.43)	13.84 (3.13)	<0.001
CERQ-Culpabilizarea celorlalți	8.77 (2.48)	11.92 (4.02)	0.004

Mai mult, analiza evoluției interne (T1 vs. T2) confirmă că, în timp ce grupul de control a stagnat sau a arătat ameliorări minore, atribuibile factorilor de mediu, grupul experimental a înregistrat un progres statistic semnificativ la absolut toate variabilele măsurate, demonstrând un efect consistent al programului.

Rezultatele cantitative obținute permit o validare punctuală și detaliată a ipotezelor ierarhizate care au ghidat acest studiu:

Aceste date permit validarea următoarelor ipoteze:

Ipoteza H1 (resemnificarea mecanismelor cognitive) - confirmată. Rezultatele testului U Mann-Whitney la momentul post-test (T2) demonstrează că grupul experimental a dobândit un profil de coping semnificativ mai adaptativ comparativ cu grupul de control. Intervenția a redus semnificativ utilizarea strategiilor dezadaptative: catastrofare ($U=82.50$, $Z=-4.494$, $p<0.001$), ruminare ($U=63.50$, $Z=-4.882$, $p<0.001$), auto-învinovățire ($U=167.50$, $Z=-2.830$, $p=0.005$) și culpabilizarea celorlalți ($U=163.50$, $Z=-2.915$, $p=0.004$). În paralel, s-a înregistrat o creștere robustă a strategiilor adaptative: acceptare ($U=96.50$, $Z=-4.211$, $p<0.001$), refocalizare pe planificare ($U=123.50$, $Z=-3.699$, $p<0.001$) și reevaluare pozitivă ($U=54.50$, $p<0.001$). Aceste date confirmă faptul că programul a reușit resemnificarea proceselor de gândire, transformând interpretarea traumei dintr-una paralizantă într-una gestionabilă.

Ipoteza H2 (reducerea manifestărilor stresului acut) - confirmată. Datele susțin ipoteza conform căreia resemnificarea cognitivă atrage după sine o diminuare a stresului emoțional și fiziologic. Grupul experimental a prezentat la finalul intervenției niveluri semnificativ mai scăzute la toate scalele de evaluare: stres ($U=3.50$, $Z=-6.037$, $p<0.001$), anxietate (DASS-21R: $U=0.00$, $Z=-6.101$, $p<0.001$; STAI-Y1: $U=15.00$, $Z=-5.779$, $p<0.001$) și depresie ($U=36.00$, $Z=-5.379$, $p<0.001$). De asemenea, anxietatea ca stare (STAI-Y1) a fost semnificativ mai redusă în grupul experimental ($U=15.00$, $p<0.001$), evidențiind succesul programului în reducerea stării de alertă extremă specifică mediului de terapie intensivă.

Ipoteza H3 (impactul clinic al stresului acut) - confirmată. Analiza Chi-Pătrat (χ^2) a demonstrat o schimbare majoră în profilul clinic al participanților. La finalul studiului, doar 20% dintre pacienții din grupul experimental mai prezentau scoruri în intervalul de severitate clinică la scala stres (DASS-21R), spre deosebire de 96% în grupul de control ($\chi^2(1, N=50)=23.1$, $p<0.001$). Această diferență înalt semnificativă atestă valoarea clinică a intervenției în prevenirea cronicizării simptomatologiei post-traumatice.

B. Progresul în cadrul grupurilor: comparația T1 vs. T2 (testul Wilcoxon)

Pentru a analiza în profunzime procesul de schimbare, s-a examinat evoluția internă a fiecărui grup (T1 vs. T2) cu ajutorul testului Wilcoxon pentru eșantioane în pereche. Rezultatele, detaliate în Tabelul 3.10 (output-ul detaliat poate fi vizualizat în Anexa 13) arată eficacitatea specifică a intervenției psihologice prin programul formativ SCE-ATI, evidențind mecanismul de schimbare. În timp ce grupul de control a stagnat sau a prezentat ameliorări minore (atribuibile acomodării cu mediul), grupul experimental a înregistrat un progres statistic semnificativ ($p < 0.05$) la absolut toate variabilele măsurate.

Tabelul 3.10. Analiza evoluției interne (T1 vs. T2) pentru ambele grupuri (test Wilcoxon)

Variabilă măsurată	Grupul experimental (N=25)	Grupul de control (N=25)
	Medie (Ab. std.) la T1 → Medie (Ab. std.) la T2	Medie (Ab. std.) la T1 → Medie (Ab. std.) la T2
DASS 21R-Stres	37.44 (7.82) → 22.72 (4.16) ($p < 0.001$)	38.88 (3.32) → 36.72 (2.87) ($p = 0.002$)
DASS 21R-Anxietate	35.84 (6.43) → 19.20 (3.51) ($p < 0.001$)	36.80 (3.00) → 35.20 (3.21) ($p = 0.038$)
DASS 21R-Depresie	27.84 (9.13) → 17.92 (5.15) ($p < 0.001$)	26.64 (8.55) → 28.76 (6.54) ($p > 0.05$)
STAI-Y1 (Stare)	65.92 (9.28) → 45.84 (5.33) ($p < 0.001$)	68.84 (10.27) → 68.40 (7.45) ($p > 0.05$)
Strategii dezadaptative		
CERQ-Catastrofizare	16.00 (2.94) → 10.04 (1.43) ($p < 0.001$)	14.28 (3.99) → 13.84 (3.13) ($p > 0.05$)
CERQ-Ruminație	17.32 (2.27) → 11.12 (1.27) ($p < 0.001$)	15.92 (3.27) → 15.32 (2.78) ($p > 0.05$)
CERQ-Auto-culpabilizare	12.80 (4.13) → 9.48 (1.87) ($p < 0.001$)	13.28 (4.72) → 12.48 (4.12) ($p > 0.05$)
CERQ-Culpabilizarea celorlalți	9.96 (4.46) → 8.77 (2.49) ($p = 0.025$)	8.68 (4.43) → 11.92 (4.02) ($p > 0.05$)
Strategii adaptative		
CERQ-Acceptare	9.84 (3.84) → 15.36 (3.57) ($p < 0.001$)	11.78 (3.11) → 11.52 (2.66) ($p > 0.05$)
CERQ-Reevaluare pozitivă	8.44 (2.97) → 14.52 (2.92) ($p < 0.001$)	9.40 (2.51) → 9.32 (2.71) ($p > 0.05$)
CERQ-Refocalizare pe planificare	10.60 (3.48) → 16.72 (2.17) ($p < 0.001$)	14.68 (2.39) → 13.96 (2.60) ($p > 0.05$)
CERQ-Refocalizare pozitivă	7.96 (3.48) → 13.72 (3.12) ($p < 0.001$)	6.56 (2.78) → 7.00 (2.73) ($p > 0.05$)
CERQ-Punerea în perspectivă	8.52 (2.99) → 14.96 (2.87) ($p < 0.001$)	8.04 (2.94) → 8.96 (3.65) ($p > 0.05$)

Notă: Valorile $p < 0.05$ sunt considerate semnificative

Validarea modelului teoretic - legătura între mecanism și efect

Ipoteza H4 (legătura între mecanism și efect) - confirmată. Analizele de corelație Spearman (rs) (a se vedea output-ul detaliat în Anexa 14) efectuate pe scorurile de modificare (T2–T1) oferă dovada finală a modelului teoretic, indicând faptul că resemnificarea cognitivă este motorul schimbării clinice:

1. *Resemnificarea catastrofării (CAT)* - s-a identificat o corelație pozitivă, puternică și semnificativă între scăderea scorurilor la catastrofare și scăderea manifestărilor de stres acut măsurate prin scala stres a DASS-21R ($rs=0.692$, $p<0.001$). Aceasta demonstrează că reducerea gândirii catastrofice prin resemnificare este direct legată de relaxarea răspunsului la stres.
2. *Impactul acceptării (ACC)* - s-a evidențiat o corelație negativă, moderată și semnificativă între creșterea scorurilor la acceptare și scăderea scorurilor la scala depresie a DASS-21R ($rs=-0.595$, $p<0.001$). Rezultatul sugerează că pacienții care au reușit să resemnifice contextul actual prin acceptare activă au prezentat cea mai mare ameliorare a simptomatologiei depresive.

Validarea acestor ipoteze **confirmă mecanismul de acțiune al programului SCE-ATI**: eficacitatea programului SCE-ATI nu este un efect general, ci unul mediat specific de resemnificarea strategiilor de coping. Modificarea schemelor cognitive dezadaptative (motorul) a determinat în mod direct scăderea manifestărilor stresului acut (efectul), oferind organismului resursele necesare pentru recuperare psihologică adaptativă.

Discuții privind mecanismele cognitive și resemnificarea experienței în terapie intensivă

Descoperirile studiului validează pe deplin modelul teoretic propus, demonstrând că eficacitatea programului SCE-ATI în reducerea manifestărilor stresului acut nu este un efect general sau nespecific, ci este mediată direct de resemnificarea cognitivă a strategiilor de coping. Ameliorarea simptomatică observată în grupul experimental poate fi explicată direct prin modificarea semnificativă a strategiilor de coping. Ameliorarea simptomatică observată în grupul experimental este explicată prin modificarea fundamentală a profilului de coping al pacienților. Datele indică o scădere semnificativă a utilizării strategiilor dezadaptative precum: catastrofarea ($M=10.04$ vs. $M=13.84$; $p<0.001$), ruminarea ($M=11.12$ vs. $M=15.32$; $p<0.001$), auto-învinovățirea ($M=9.48$ vs. $M=12.48$; $p=0.005$) și culpabilizarea celorlalți ($M=8.77$ vs. $M=11.92$; $p=0.004$) și o construcție robustă a unui repertoriu cognitiv adaptativ [148], evidențiat prin scoruri superioare la subscalele acceptare (15.36 vs. 11.52 ; $p<0.001$) și refocalizarea pe planificare (16.72 vs. 13.96 ; $p<0.001$). În timp ce în grupul de control s-a înregistrat o stagnare la majoritatea

variabilelor, cu excepția unei ușoare ameliorări la nivelul stresului, $p=0.002$ și anxietății, $p=0.038$ măsurate de DASS-21R, fenomen ce poate fi atribuit factorilor generali de mediu, acomodării cu mediul de terapie intensivă și personalul medical sau îmbunătățirii stării fizice, doar intervenția psihologică structurată a fost capabilă să producă o resemnificare cognitivă profundă în grupul experimental, înregistrându-se un progres statistic semnificativ, $p<0.005$ la absolut toate variabilele măsurate, atât cele de coping cognitiv, cât și la manifestările stresului acut în

Aceste rezultate sugerează că, deși factorul medical și trecerea timpului pot contribui la o ameliorare naturală limitată, flexibilizarea schemelor cognitive dezadaptative prin programul SCE-ATI este elementul critic care asigură o redresare emoțională generalizată și previne cronicizarea posttraumatică. Programul SCE-ATI a modificat astfel *motorul cognitiv* care generează și menține stresul acut, transformând cadrul de interpretare a situației traumatizante.

Această schimbare la nivelul procesării informației a precedat și a determinat ameliorarea simptomatică. Prin modificarea cadrului de interpretare a situației traumatizante, pacienții au reușit să reducă intensitatea răspunsului de stres, ceea ce confirmă că mecanismul de acțiune al intervenției a fost cel vizat: **modificarea schemelor cognitive dezadaptative duce, în consecință, la scăderea manifestărilor de stres acut.**

Integrarea rezultatelor în contextul literaturii de specialitate

Rezultatele obținute prin implementarea programului SCE-ATI confirmă și extind perspectivele teoretice consacrate în psihologia sănătății și a traumei medicale.

Mecanismele de coping (Lazarus și Folkman) - scăderea semnificativă a stresului acut în grupul experimental validează modelul tranzacțional al lui Lazarus și Folkman, demonstrând că evaluarea cognitivă a situației critice este factorul determinant al răspunsului emoțional. Analiza calitativă a procesului terapeutic a arătat că, prin resemnificare, pacienții au trecut de la o evaluare primară de tip amenințare la o evaluare secundară axată pe resurse, proces reflectat statistic în creșterea scorurilor la subscala reevaluare pozitivă a chestionarului de coping cognitiv-emoțional CERQ.

Dinamica anxietății (Spielberger - STAI) - reducerea marcată a anxietății ca stare (STAI-Y1), în timp ce anxietatea ca trăsătură (STAI-Y2) a rămas relativ stabilă la T1, confirmă validitatea constructului lui Spielberger. Această distincție, susținută de datele noastre, indică faptul că intervenția a acționat specific asupra stării de alertă induse de mediul ATI, fără a pretinde modificarea structurii de personalitate a pacientului în contextul scurt al spitalizării.

Specificitatea strategiilor cognitive (Garnefski et al. - CERQ) - rezultatele noastre privind corelația dintre scăderea catastrofării și reducerea simptomatologiei clinice ($r_s=0.692$) sunt în deplin acord cu cercetările internaționale care utilizează instrumentul CERQ. Acestea subliniază că, în medii

de stres extrem, strategiile dezadaptative au un efect de amplificare a traumei, iar simpla lor inhibare prin tehnici de resemnificare (cum a fost oglinda sau reîncadrarea în studiul de față) produce o ameliorare clinică imediată, vizibilă pe scalele DASS-21R.

Valoarea cercetării calitative în ATI - în concordanță cu literatura care promovează abordările calitative pentru înțelegerea experienței pacientului critic, studiile de caz realizate în această cercetare (Anexa 21) oferă o perspectivă fenomenologică asupra *coconului sonor* și a spațiului securizat creat prin dialog. Aceste observații clinice completează datele cantitative, explicând cum anume tehnici precum *dublul psihodramatic* reușesc să deblocheze comunicarea la pacienții cu epuizare vitală, un aspect pe care scalele numerice singure nu îl pot surprinde integral.

3.3. Concluzii la Capitolul 3

Cercetarea experimentală prezentată în acest capitol a vizat proiectarea, implementarea și validarea eficienței Programului de Suport Cognitiv și Emoțional în ATI (SCE-ATI), ca instrument de intervenție focalizat pe reducerea manifestărilor stresului acut și modificarea strategiilor de coping la pacienții internați la terapie intensivă. Rezultatele obținute în urma etapei aplicative confirmă succesul demersului terapeutic, evidențiind transformări calitative și cantitative semnificative la nivelul tuturor dimensiunilor investigate.

Sinteza rezultatelor și a elaborărilor realizate în cadrul acestui capitol permite formularea următoarelor concluzii fundamentale:

1. Optimizarea mecanismelor de coping cognitiv-emoțional - programul a facilitat o tranziție sistemică de la un profil de procesare informațională disfuncțional la unul adaptativ. S-a demonstrat că intervenția a diminuat semnificativ utilizarea strategiilor dezadaptative, în special a catastrofării și ruminăției, care acționau ca mediatori ai suferinței. În paralel, s-a reușit consolidarea unui set de strategii bazate pe acceptare activă și planificare, transformând percepția mediului critic dintr-o amenințare paralizantă într-o situație clinică gestionabilă psihic.
2. Eficientizarea reglării emoționale și reducerea simptomatologiei - diminuarea indicatorilor de stres acut, anxietate și depresie reprezintă consecința directă a procesului de resemnificare. Reducerea marcată a anxietății ca stare confirmă impactul tehnicilor integrativ-strategice în stabilizarea răspunsului de alertă extremă. Din perspectivă clinică, programul a reușit să extragă majoritatea participanților din zona de severitate simptomatică, prevenind astfel riscul cronicizării traumelor specifice perioadei de spitalizare în secția de terapie intensivă.
3. Validarea modelului causal al resemnificării - datele empirice confirmă *lanțul causal* teoretizat la începutul lucrării, demonstrând că ameliorarea stării clinice este direct condiționată de modificarea schemelor cognitive profunde. Corelația identificată între optimizarea strategiilor

de coping și scăderea manifestărilor de stres acut validează premisa conform căreia resemnificarea cognitivă este motorul central al recuperării psihologice a pacientului critic.

4. Impactul aplicativ și valoarea metodologică - succesul programului de suport cognitiv-emoțional SCE-ATI fundamentează necesitatea integrării asistenței psihologice structurate ca standard de îngrijire în unitățile de medicină critică. Intervenția s-a dovedit a fi un instrument flexibil și inovator, capabil să răspundă nevoilor idiosincratice și limitărilor fiziologice ale pacienților, oferind o metodologie de lucru riguroasă și eficientă, aplicată direct la patul bolnavului.

În concluzie, capitolul de față demonstrează că intervenția asupra schemelor cognitive dezadaptative (operaționalizate prin strategiile de coping cognitiv-emoțional) prin metode de resemnificare și suport emoțional constituie o soluție viabilă pentru optimizarea resurselor adaptative. Validarea integrală a ipotezelor de cercetare confirmă utilitatea Programului de Suport Cognitiv-Emoțional în ATI (SCE-ATI) în gestionarea psihologică a 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 acestuia 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.; LOSÎL, E. *Consilierea psihologică: Suport de curs*. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie Specială, Catedra de Psihologie.
2. DAVID, D. *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*. Iași: Polirom, 2006. 328 p. ISBN 973-681-917-5.
3. DAVID, D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Ed. a III-a. Iași: Polirom, 2017. 368 p. ISBN 978-973-46-6819-9.
4. DAVID, D.; SZENTAGOTAI, A.; LUPU, V.; COSMAN, D. *Psihoterapia cognitiv-comportală: Fundamente empirice și aplicații clinice*. Cluj-Napoca: ASCR, 2010. 368 p. ISBN 978-973-7738-25-8.
5. ENEA, V.; DAFINOIU, I. *Evaluarea psihologică. Manualul psihologului clinician*. Iași: Polirom, 2017. 448 p.
6. GHEORGHIU, E.; CHIRIAC, D. *Psihologia sănătății în context spitalicesc*. Chișinău, 2020. 200 p. ISBN 978-9975-55-801-5.
7. GOLU, M. *Fundamentele psihologiei*. Vol. I-II. București: Editura Fundației România de Măine, 2007.
8. GUȚU, V. et al. *Psihopedagogia centrată pe copil*. Ch.: CEP USM, 2008. 175 p. ISBN 978-9975-70-810-4.
9. HOLDEVICI, I.; NEACȘU, V. *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză*. București: Dual Tech, 2011. 256 p. ISBN 973-85526-4-8.
10. ILIEȘ, I. I.; AVRAM, J. Tulburări cognitive în boala Parkinson. In: *Revista Română de Neurologie*. 2013, vol. 12, nr. 2, pp. 53-59.
11. KRAAN, J. C. *Ghid de intervenție în urgențele psihiatrice*. Chișinău: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 2022. 184 p. ISBN 978-9975-87-950-7.
12. MARDARE, I. *Concepția cognitiv-structurală de creare a sistemelor intelectuale pentru restabilirea imaginilor: teză de doct. habilitat în tehnică*. Chișinău, 2008. 240 p.
13. 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.

14. MĂRINEANU, V.; VASILE, I. *Intervenția în criză și primul ajutor psihologic: ghid operațional*. București: Centrul Tehnic-Editorial al Armatei, 2016. 128 p.
15. MASLOW, A. *Motivația și personalitatea*. București: Trei, 2008. 510 p. ISBN 978-973-707-159-0.
16. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA. *Ghid practic: Intervenția psihologică integrată (IPI)*. Aprobabil prin Ordinul MS nr. 588 din 02.07.2025. Chișinău.
17. MITROFAN, I.; CIUPERCĂ, C. *Psihoterapii scurte în criză*. București: SPER, 2008. 240 p. ISBN 978-973-8213-13-6.
18. POPA, C.; SAVA, F. A.; DAVID, D. *Psihoterapiile cognitive și comportamentale în tulburările de personalitate. Aplicații practice și noi direcții*. București: Trei, 2018. 173-206 p. ISBN 978-606-40-0176-4.
19. POPESCU, O. M. *Psihoterapie integrativă strategică Vol. 2: Psihopatologia adultului*. București: Editura Letras. 2022. 508 p. ISBN: 978-606-071-988-5
20. 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.
21. SUCIAGHI, D.; RADULY, G.; SUCIAGHI, M. F. R.-Ș. *Dinamica donării de organe în Clinica ATI a Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș*, 2025.
22. SUCIAGHI, M. *Aspecte teoretico-conceptuale ale stresului acut în literatura contemporană*. In: Conferința științifică națională cu participare internațională „Integrare prin cercetare și inovare”, Chișinău, 9-10 noiembrie 2023. Chișinău, 2024, pp. 103-109.
23. SUCIAGHI, M., TARNOVSCHI, A. *Cognitive schemas and their role in the manifestation of acute stress*. In: Revista Studia, USM. Chișinău, 2024.
24. SUCIAGHI, M. *Evaluarea psihologică a dimensiunilor psihoemoționale ale pacienților în stare critică, internați în secția clinică de terapie intensivă*. In: Conferința “Yesterday’s cultural heritage - contribution to the development of tomorrow’s sustainable society”. Iași - Chișinău-Lviv, 2023, pp. 161-162.
25. SUCIAGHI, M. *Methodological aspect of acute stress in intensive care patients*. In: Conferința Internațională „GLOBALIZATION, INTERCULTURAL DIALOGUE AND NATIONAL IDENTITY”. Vol. 8. Târgu Mureș: Arhipelag XXI Press, 2024.
26. SUCIAGHI, M. *Pacientul critic, între cultură, identitate și cogniție: o perspectivă psihologică asupra schemelor cognitive și stresului acut la pacienții internați la terapie intensivă*. In: The International Scientific Conference GLOBALIZATION,

- INTERCULTURAL DIALOGUE AND NATIONAL IDENTITY. Vol. 9. Tîrgu Mureș: Arhipelag XXI Press, 2025.
27. **SUCIAGHI, M.** *Suportul psiho-emoțional al persoanelor cu dizabilitați spitalizate la terapie intensivă.* In: Protecția drepturilor persoanelor cu dizabilitați: abordări multidisciplinare. Ed. 1. Chișinău, 2024, pp. 116-119. ISBN 978-9975-3686-0-5.
 28. **SUCIAGHI, M.** *The role and involvement of the family in the care of patients hospitalized at anaesthesia and intensive care units.* In: Materials of the Scientific-Practical Conference 'FAMILY RESILIENCE PERSPECTIVES IN THE CONTEXT OF MULTIPLE CRISES'. Ed. 10. Chișinău: Stratum plus I.P., High Anthropological School University, 2024, pp. 153-162. doi: 10.55086/PRFCMCX153162.
 29. **SUCIAGHI, M.** Separation Anxiety. In: *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders.* 2022, vol. 6, nr. 5. doi: 10.26502/jppd.2572-519X0171.
 30. **ȚURCANU, E.; BRÎNZA, O.** *Stresul și sănătatea mintală.* Chișinău, 2021. 152 p. ISBN 978-9975-21-998-6.
 31. **URSU, L.; BĂBAN, A.** *Evaluarea și intervenția psihologică în situații de criză medicală.* Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2015. 200 p. ISBN 978-606-37-0017-0.
 32. **VLĂSCEANU, C.** *Psihologia sănătății. Teorie și practică.* București: Editura C.H. Beck, 2009. 320 p. ISBN 978-973-749-567-0.
 33. **VRASI, R.** *Ghid practic de intervenție în criză.* București: Editura ASCR, 2018. 256 p. ISBN 978-606-28-0782-4.
 34. **ZAINEA, p.** Stresul psihogen la pacienți în timpul spitalizării. In: *Metodologii contemporane de cercetare și evaluare.* Chișinău: CEP USM, 2012, pp. 88-92. ISBN 978-9975-159-16-6.
 35. **ABRAMOWITZ, J. S.; DEACON, B. J.; WHITESIDE, S. P.** *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice.* New York: Guilford Press, 2011.
 36. **ALDAO, A.; NOLEN-HOEKSEMA, S.; SCHWEIZER, S.** Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. In: *Clinical Psychology Review.* 2010, vol. 30, nr. 2, pp. 217-237.
 37. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed., Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing, 2000. ISBN 978-0-89042-025-6.

38. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association, 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
39. ARNTZ, A.; GIESEN-BLOOM, J. *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Wiley-Blackwell, 2012. ISBN 978-0470975618.
40. ARVIDSDOTTER, T. et al. Understanding persons with psychological stress acute in primary health care. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016, vol. 30, nr. 4, pp. 687-694.
41. AU, S. S. et al. Communication with patients' families in the intensive care unit: A point prevalence study. In: *Journal of Critical Care*. 2019, vol. 54, pp. 235-238.
42. AZOULAY, E. et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. In: *Critical Care Medicine*. 2000, vol. 28, nr. 8, pp. 3044-3049.
43. BABAEI, M. R.; ASKARIZADEH, G.; TOWHIDI, A. The Effectiveness of Stress Management and Resilience Training (SMART) on Psychological Well-Being in Patients with Thalassemia Major. In: *Preventive Care In Nursing and Midwifery Journal*. 2019, vol. 8, nr. 4, pp. 8-15.
44. BECK, A. T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976. ISBN 978-0823609901.
45. BECK, A. T. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. 1st ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967. 370 p. ISBN 978-0812290914.
46. BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2015.
47. BECK, A. T.; EMERY, G. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books, 1985.
48. BECK, J. S. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011. 391 p. ISBN 978-1609185046.
49. BECK, J. S.; BECK, A. T. *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press, 1995.
50. BEESLEY, S. J. et al. Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. In: *Critical Care Medicine*. 2018, vol. 46, nr. 2, pp. 229-235.
51. BIENVENU, O. J. et al. Post-traumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-year prospective longitudinal study. In: *Psychological Medicine*. 2013, vol. 43, nr. 12, pp. 2657-2671.

52. BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. In: *Qualitative Research in Psychology*. 2006, vol. 3, nr. 2, pp. 77-101.
53. BRUMMEL, N. E.; GIRARD, T. D. Preventing Delirium in the Intensive Care Unit. In: *Critical Care Clinics*. 2013, vol. 29, nr. 1, pp. 51-65.
54. BRYANT, R. A. Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011, vol. 72, nr. 2, pp. 233-239.
55. BRYANT, R. A. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. In: *Current Psychiatry Reports*. 2018, vol. 20, nr. 12, p. 111.
56. BRYANT, R. A. et al. A review of acute stress disorder in DSM-5. In: *Depression and Anxiety*. 2011, vol. 28, nr. 9, pp. 802-817.
57. BRYANT, R. A. et al. Treatment of Acute Stress Disorder. In: *Archives of General Psychiatry*. 2008, vol. 65, nr. 6, p. 659.
58. BULIC, D.; BENNETT, M.; SHEHABI, Y. Delirium in the intensive care unit and long-term cognitive and psychosocial functioning: literature review. In: *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2015, vol. 33, nr. 1.
59. CAMERON, J. I.; CHU, L. M.; MATTE, A. et al. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. In: *New England Journal of Medicine*. 2016, vol. 374, nr. 19, pp. 1831-41.
60. CAPLAN, G. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books, 1964. ISBN 9780465067252.
61. CARVER, C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. In: *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997, vol. 4, nr. 1, pp. 92-100.
62. CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989, vol. 56, nr. 2, pp. 267-283.
63. CLARK, D. A.; BECK, A. T. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: The Guilford Press, 2010.
64. COHEN, S.; JANICKI-DEVERTS, D.; MILLER, G. E. Psychological Stress and Disease. In: *JAMA*. 2007, vol. 298, nr. 14, p. 1685.
65. COMPAS, B. E. et al. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. In: *Psychological Bulletin*. 2001, vol. 127, nr. 1, pp. 87-127.

66. CORR, C. A. Elisabeth Kübler-Ross and the 'Five Stages' Model in a Sampling of Recent American Textbooks. In: *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2020, vol. 82, nr. 2, pp. 294-322.
67. CRESWELL, J. W. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. 3rd ed. Sage Publications, 2014. ISBN 978-1412995306.
68. CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3rd ed. Sage Publications, 2018. ISBN 978-1483384422.
69. 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.
70. 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](#)
71. DENZIN, N. K. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Aldine Transaction, 2009. ISBN 978-0202362453.
72. EDWARDS, E. R. et al. Maladaptive Emotional Schemas and Emotional Functioning: Evaluation of an Integrated Model Across Two Independent Samples. In: *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2021, vol. 39, nr. 3, 428-455 p. doi: 10.1007/s10942-020-00379-8.
73. 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.
74. 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.
75. ENGEL, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: *Science*. 1977, vol. 196, nr. 4286, pp. 129-136.
76. FANAI, M.; KHAN, M. Acute Stress Disorder. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
77. FARRELL, S. P. et al. The impact of cognitive distortions, stress, and adherence on metabolic control in youths with type 1 diabetes. In: *Journal of Adolescent Health*. 2004, vol. 34, nr. 6, pp. 461-467.
78. FISCH, R.; WEAKLAND, J. H.; SEGAL, L. *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

79. FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J. T. Coping: Pitfalls and Promise. In: *Annual Review of Psychology*. 2004, vol. 55, nr. 1, pp. 745-774.
80. 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.
81. GARNEFSKI, N.; KRAAIJ, V.; SPINHOVEN, P. *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC, 2002.
82. 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.
83. GARNEFSKI, N.; KRAAIJ, V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. In: *Personality and Individual Differences*. 2006, vol. 40, nr. 8, pp. 1659-1669.
84. GEOFFROY, M.-C. et al. Prospective Association of Morning Salivary Cortisol with Depressive Symptoms in Mid-Life: A Life-Course Study. In: *PLoS One*. 2013, vol. 8, nr. 11, p. e77603. doi: 10.1371/journal.pone.0077603.
85. GOLDSTEIN, D. S.; KOPIN, I. J. Evolution of concepts of stress. In: *Stress*. 2007, vol. 10, nr. 2, pp. 109-120.
86. HAFTGOLI, N. et al. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. In: *BMC Family Practice*. 2010, vol. 11, nr. 1, p. 67.
87. HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. 2nd ed. Guilford Press, 2016. ISBN 978-1462528940.
88. HERRIDGE, M. S. et al. One-Year Outcomes in Survivors of the Acute Respiratory Stress Syndrome. In: *New England Journal of Medicine*. 2003, vol. 348, nr. 8, pp. 683-693.
89. HOLAHAN, C. J.; MOOS, R. H.; SCHAEFER, J. A. Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. In: SNYDER, C. R. (Ed.). *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press, 1999, pp. 191-228.
90. HOPKINS, R. O. et al. Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Stress Syndrome. In: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2005, vol. 171, nr. 4, pp. 340-347.

91. INGRAM, R. E.; LUXTON, D. D. Vulnerability-Stress Models. In: HANKIN, B. L.; ABELA, J. R. Z. (Eds.). *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc., 2005, pp. 32-46.
92. 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.
93. 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.
94. JAMES, I. A.; SOUTHAM, L.; BLACKBURN, I. M. Schemas revisited. In: *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004, vol. 11, nr. 6, pp. 369-377.
95. JEWELL, T. et al. Attachment measures in middle childhood and adolescence: A systematic review of measurement properties. In: *Clinical Psychology Review*. 2019, vol. 68, pp. 71-82.
96. 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.
97. 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.
98. KISORIO, L. C.; LANGLEY, G. C. End-of-life care in intensive care unit: Family experiences. In: *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016, vol. 35, pp. 57-65.
99. KNAPP, M. L.; HALL, J. A. *Nonverbal Communication in Human Interaction*. 8th ed. Cengage Learning, 2014. ISBN 978-1133311591.
100. KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. In: *ISRN Psychiatry*. 2012, vol. 2012, pp. 1-33.
101. KOHLER, J., BORCHERS, F., ENDRES, M., WEISS, B., SPIES, C. Cognitive Deficits Following Intensive Care. In: *Deutsches Ärzteblatt International*. 2019.
102. 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.
103. KULICE, E. C. et al. Psychiatric evaluation: an important component of multidisciplinary approach in pediatric burns. In: *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2025, vol. 41, nr. 4, pp. 1164-1169.

104. KVALE, S.; BRINKMANN, S. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. 3rd ed. Sage Publications, 2015. ISBN 978-1452275727.
105. LAZAR, A. E.; SZEDERJESI, O; COMAN, O; ELEKES, A; **SUCIAGHI, M.** and GRIGORESCU, B.L. Survey on Anxiety and Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Personnel during the COVID-19 Pandemic in a Medically Under-Resourced Country. In: *Healthcare*. 2022, vol. 10, nr. 7, p. 1160.
106. LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
107. LEAHY, R. L. *Emotional Schema Therapy*. New York: Guilford Press, 2019. ISBN 978-1462540997.
108. LEAHY, R. L. Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. In: *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019, vol. 12, nr. 1, pp. 1-4.
109. LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, p. F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation, 1995. ISBN 978-0733414237.
110. MARTIN, R. C.; DAHLEN, E. R. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. In: *Personality and Individual Differences*. 2005, vol. 39, nr. 7, pp. 1249-1260.
111. MCKINLEY, S. et al. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. In: *Intensive and Critical Care Nursing*. 2002, vol. 18, nr. 1, pp. 27-36.
112. MEHNERT-THEUERKAUF, A. et al. Prevalence of mental disorders, psychosocial stressors, and perceived need for psychosocial support in cancer patients and their relatives stratified by biopsychosocial factors: rationale, study design, and methods of a prospective multi-center observational cohort study (LUPE study). In: *Frontiers in Psychology*. 2023, vol. 14.
113. MINUCHIN, S. *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974. ISBN 978-0674292369.
114. MITCHELL, M. L.; COURTNEY, M. Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. In: *Intensive and Critical Care Nursing*. 2004, vol. 20, nr. 4, pp. 223-231.
115. MITCHELL, M. L., SHUM, D.H.K., MIHALA, G., MURFIELD, J.E., AITKEN, L.M. Long-term cognitive impairment and delirium in intensive care: A prospective cohort study. In: *Australian Critical Care*. 2018, vol. 31, nr. 4, pp. 204-211.

116. MOHAMMADKHANI, S. et al. Emotional Schemas and Psychological Stress: Mediating Role of Resilience and Cognitive Flexibility. In: *Iranian Journal of Psychiatry*. 2022.
117. MORENO, J. L. *Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. Beacon, NY: Beacon House, 1953. ISBN 978-0917478052.
118. 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.
119. NOLEN-HOEKSEMA, S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 2000, vol. 109, nr. 3, pp. 504-511.
120. 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.
121. PARGAMENT, K. I. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, practice*. Guilford Press, 1997. ISBN 978-1572306644.
122. PARK, C. L.; FOLKMAN, S. Meaning in the Context of Stress and Coping. In: *Review of General Psychology*. 1997, vol. 1, nr. 2, pp. 115-144.
123. 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.
124. 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.
125. QUARTANA, P. J.; CAMPBELL, C. M.; EDWARDS, R. R. Pain catastrophizing: a critical review. In: *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2009, vol. 9, nr. 5, pp. 745-758.
126. QUICK, J. C.; SPIELBERGER, C. D. Walter Bradford Cannon: Pioneer of stress research. In: *International Journal of Stress Management*. 1994, vol. 1, nr. 2, pp. 141-143.
127. 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.
128. RADECKI, C. M.; JACCARD, J. Psychological aspects of organ donation: A critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation decisions. In: *Health Psychology*. 1997, vol. 16, nr. 2, pp. 183-195.

129. RAI, R.; AGARWAL, A. Impact of Critical Illness on Quality of Life after Intensive Care Unit Discharge. In: *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2020, vol. 24, nr. 5, pp. 299-306.
130. RISO, L. P. et al. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. Washington: American Psychological Association, 2007.
131. 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.
132. ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: *Journal of Consulting Psychology*. 1957, vol. 21, nr. 2, pp. 95-103.
133. ROHRBAUGH, M. J.; SHOHAM, V. Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001, vol. 8, nr. 1.
134. 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](https://doi.org/10.1097/00003246-200204000-00004)
135. 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.
136. SANTANA, M. R. M. et al. Acute stress disorder and defense mechanisms: a study of physical trauma patients admitted to an emergency hospital. In: *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2017, vol. 39, nr. 4, pp. 247-256.
137. 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.
138. SELYE, H. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. In: *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1998, vol. 10, nr. 2, pp. 230a-231.
139. SELYE, H. *Selye's Guide to Stress Research*. Vol. 1-3. Van Nostrand Reinhold, 1980.
140. SESSLER, C. N. et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale. In: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002, vol. 166, nr. 10, pp. 1338-1344.
141. 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.
142. SKINNER, E. A. A guide to constructs of control. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996, vol. 71, nr. 3, pp. 549-570.

143. SMITH, S. M.; VALE, W. W. The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2006, vol. 8, nr. 4, pp. 383-395.
144. SMITH, T. W.; O'KEEFFE, J. L.; CHRISTENSEN, A. J. Cognitive distortion and depression in chronic pain: Association with diagnosed disorders. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994, vol. 62, nr. 1, pp. 195-198.
145. SOUTHWICK, S. M.; CHARNEY, D. S. *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges*. Cambridge University Press, 2018.
146. SPIELBERGER, C. D. et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 - Y2)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
147. STARR, L. R.; HERSHENBERG, R. Depressive Symptoms and the Anticipation and Experience of Uplifting Events in Everyday Life. In: *Journal of Clinical Psychology*. 2017, vol. 73, nr. 10, pp. 1442-1461.
148. SELIGMAN, M. E. P. Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life. In: Vintage Books. 2006, vol. 2, nr. 4, p. 85-110. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
149. 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>
150. TYRRELL, p. et al. *Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
151. UCHINO, B. N. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. In: *Journal of Behavioral Medicine*. 2006, vol. 29, nr. 4, pp. 377-387.
152. VAN KEER, R. L.; DESCHEPPER, R.; HUYGHENS, L.; BILSEN, J. Mental well-being of patients from ethnic minority groups during critical care: a qualitative ethnographic study. In: *BMJ Open*. 2017, vol. 7, nr. 9, p. e014075.
153. 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
154. WADE, D. M. et al. Providing psychological support to people in intensive care: development and feasibility study of a nurse-led intervention to prevent acute stress and long-term morbidity. In: *BMJ Open*. 2018, vol. 8, nr. 7, p. e021083.

155. WADE, D.; GEORGIEVA, M.; GUNNEWICHT, H.; FINNIGAN, J.; MACCALLUM, N. Delivery of a psychological intervention to assess and reduce workplace stress among intensive care staff. In: *Journal of Intensive Care Society*. 2021, vol. 22, nr. 1, pp. 52-59.
156. WADE, D.; HARDY, R.; HOWELL, D.; MYTHEN, M. Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. In: *Minerva Anestesiologica*. 2013, vol. 79, nr. 8, pp. 944-963.
157. WATLAND, S. et al. The Caregiver Pathway, a Model for the Systematic and Individualized Follow-up of Family Caregivers at Intensive Care Units: Development Study, preprint). 2023.
158. 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.
159. WHITE, M. et al. Patient Perceptions of stress during evaluation for ACS in the ED. In: *The American Journal of Emergency Medicine*. 2017, volJ. 35, nr. 2, pp. 351-352.
160. 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.
161. WROSCH, C. et al. Adaptive Self-Regulation of Unattainable Goals: Goal Disengagement, Goal Reengagement, and Subjective Well-Being. In: *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2003, vol. 29, nr. 12, pp. 1494-1508.
162. 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.
163. YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. 1st ed. New York: Guilford Press, 2003. ISBN 978-1572308381.
164. ADAM, S. *Despre cele 18 scheme cognitive propuse de Young* [on-line]. (consultat 9 iulie 2024). Disponibil: <https://www.simona-adam.ro/schemele-cognitive/>
165. CHIOREAN, M., COPOTOIU, S.M., AZAMFIREI, L. *Managementul bolnavului critic*. Disponibil: <https://atimures.ro/wp-content/uploads/2012/09/TTI-romana.pdf> (consultat 18.06.2023)
166. GOLUMBEANU, V. *Apariția și evoluția conceptului de stres* [on-line]. Psihologie online. (consultat 23 aprilie 2023). Disponibil la: https://www.psihologiaonline.ro/download/art/A089_ConceptStress.pdf

167. HOLIC, R. *Terapia centrată pe scheme cognitive - ce sunt schemele cognitive* [on-line]. (consultat 9 iulie 2025). Disponibil: <https://www.romedic.ro/psiholog-psihoterapeut-dr-roxana-holic/articol/21427>
168. <https://www.srati.ro/descarca-document/nLepIp24k5Wzza2Xm7i5maWSk4yIp7KJps3Gipu4qYqbvMaVnc3KkZySqYWzp7GGpqtj7PNpY+duKmFs825z5u4uZWeuM6TnZGtmbKrss+nhbaIs5G9IKWYwsI=>. (consultat 18.06.2023)
169. *Diferența dintre tulburarea de stres acută și PTSD* [on-line], (consultat 17 iunie 2023). Disponibil: <https://ro.graphistik.com/acute-stress-disorder>
170. *Simptomele tulburării de stres acut* [on-line]. [citat 24 aprilie 2025]. Disponibil: <https://mhreference.org/anxiety-disorders/acute-stress-symptoms/>
171. <https://www.cognitrom.ro/produs/coping-cognitiv-emotional/> [on-line]. (consultat 10 iunie 2023).
172. <https://www.cognitrom.ro/produs/depresie-anxietate-stres/> [on-line]. (consultat 10 iunie 2023).
173. <https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/Education/Patient-Education/Cognitive-Impairment-and-Behavioral-Problems-in-PD/pat-Handouts-Cognitive-Romanian-v1.pdf>
174. <https://www.scribd.com/doc/308626550/Modalit%C4%83%C5%A3i-de-Abordare-Si-Strategii-de-Coping-in-Stres>
175. <https://www.scribd.com/document/653296839/Psychodrama-Action-Therapy-and-Principles-of-Practise-Moreno>
176. <https://cpcglobal.org/publications/DSM%205%20TR.pdf>
177. <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>

ANEXE

Anexa 1. Chestionarul de coping cognitiv-emoțional (CERQ)

Nume: _____ Vârsta _____
 Data _____ Sex F M Nivel de educație (ani de școală) _____
 Etnic. română maghiară rromă altele _____



Cum faceți față evenimentelor negative?

Toți oamenii se confruntă din când în când în când cu evenimente negative sau neplăcute și fiecare reacționează la ele în modul său propriu. Prin întrebările de mai jos, vi se cere să indicați la ce vă gândiți atunci când trăiți evenimente negative sau neplăcute.

	(aproape) niciodată	uneori	de obicei	adesea	(aproape) întotdeauna
1. Simt că eu sunt de vină pentru ceea ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
2. Mă gândesc că trebuie să accept ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
3. Mă gândesc la ceea ce simt față de ce mi s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
4. Mă gândesc la lucruri mai frumoase decât ceea ce mi s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
5. Mă gândesc la ce ar fi cel mai bine să fac.	1	2	3	4	5
6. Mă gândesc că pot învăța ceva din situația respectivă.	1	2	3	4	5
7. Mă gândesc că totul putea fi mult mai rău.	1	2	3	4	5
8. Mă gândesc că ceea ce mi s-a întâmplat este mult mai rău decât ceea ce li s-a întâmplat altora.	1	2	3	4	5
9. Cred că alții sunt de vină pentru ceea ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
10. Simt că eu sunt cel/cea responsabil(ă) pentru ceea ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
11. Mă gândesc că trebuie să accept situația.	1	2	3	4	5
12. Mă preocupă ce gândesc și ce simt legat de ceea ce mi s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
13. Mă gândesc la lucruri plăcute care nu au nicio legătură cu situația respectivă.	1	2	3	4	5
14. Mă gândesc la cum pot face față cel mai bine situației.	1	2	3	4	5
15. Mă gândesc că pot deveni un om mai puternic ca urmare a ceea ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
16. Mă gândesc că alți oameni trec prin experiențe mult mai rele.	1	2	3	4	5
17. Mă tot gândesc la cât de groaznic este ceea ce mi s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
18. Consider că alții sunt responsabili pentru ceea ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
19. Mă gândesc la greșelile pe care le-am făcut în această situație.	1	2	3	4	5
20. Mă gândesc că nu pot schimba nimic legat de ceea ce mi s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
21. Vreau să înțeleg de ce simt ceea ce simt în legătură cu ceea ce mi s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
22. Mă gândesc la ceva frumos în loc să mă gândesc la ceea ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
23. Mă gândesc cum să schimb situația.	1	2	3	4	5
24. Mă gândesc că situația are și părți bune.	1	2	3	4	5
25. Mă gândesc că nu a fost chiar atât de rău în comparație cu alte lucruri.	1	2	3	4	5
26. Mă gândesc că ceea ce mi s-a întâmplat este cel mai rău lucru care i se poate întâmpla cuiva.	1	2	3	4	5
27. Mă gândesc la greșelile făcute de ceilalți în situația respectivă.	1	2	3	4	5
28. Mă gândesc că, de fapt, eu sunt de vină pentru ceea ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5
29. Mă gândesc că trebuie să învăț să trăiesc cu asta.	1	2	3	4	5
30. Mă gândesc mult la sentimentele pe care mi le-a declanșat situația.	1	2	3	4	5
31. Mă gândesc la experiențe plăcute.	1	2	3	4	5
32. Mă gândesc la un plan pentru ce ar fi cel mai bine să fac.	1	2	3	4	5
33. Caut părțile bune ale situației.	1	2	3	4	5
34. Îmi spun că sunt și lucruri mai rele în viață.	1	2	3	4	5
35. Mă tot gândesc la cât de groaznică a fost situația.	1	2	3	4	5
36. Consider că, de fapt, alții sunt de vină pentru ceea ce s-a întâmplat.	1	2	3	4	5

Vă mulțumim că ați completat chestionarul!

Copyright © Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001

Toate drepturile rezervate. Nicio parte a acestei publicații nu poate fi reprodusă sau transmisă sub nicio formă (electronic sau mecanic, incluzând fotocopierea sau orice alt sistem de copiere), fără permisiunea prealabilă a firmei SC COGNITROM SRL. Material pentru ediția în limba română. Copyright © 2010 SC Cognitrom SRL.

Anexa 2. Scala de măsurare a depresiei, anxietății și stresului DASS-21R

DASS Nume și prenume _____ Vârsta _____		
21 - R Sex: F / M; Nivelul de educație _____ Etnie: română / maghiară / rrom		
Mediul: Urban / Rural; Tipul de dgs: Acut / Cronic; Chirurgical / Nechirurgical;		
Data: _____ Diagnostic: _____		
<p>Vă rugăm să citiți fiecare afirmație și să încercați unul din numerele 0,1,2, sau 3, care arată cât de mult vi s-a potrivit afirmația, <i>gândindu-vă la ultima săptămână</i>. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Nu pierdeți prea mult timp la nici o afirmație.</p>		
<p><i>Semnificația numerelor care corespund răspunsului dumneavoastră este următoarea:</i></p> <p>0 = Nu mi s-a potrivit.</p> <p>1 = Mi s-a potrivit într-o oarecare măsură.</p> <p>2 = Mi s-a potrivit destul de mult sau destul de des.</p> <p>3 = Mi s-a potrivit foarte mult sau aproape tot timpul.</p>		
D	Mi s-a părut că n-am simțit nici o emoție plăcută.	0 1 2 3
D	Mi s-a părut că n-am reușit nicicum să mă mobilizez.	0 1 2 3
S	Am avut tendința de a reacționa exagerat la situații.	0 1 2 3
A	Am avut senzația că îmi pierd echilibrul (de exemplu, mi s-au înmuiat picioarele).	0 1 2 3
A	M-am aflat în situații care m-au făcut atât de neliniștit(ă), încât am fost cel/cea mai ușurat(ă) când s-au terminat.	0 1 2 3
S	Am constatat că mă supăr destul de ușor.	0 1 2 3
S	Am simțit că am fost destul de irascibil(ă).	0 1 2 3
A	Am transpirat vizibil (de exemplu, mâini transpirate), fără să fi fost foarte cald sau să fi făcut efort fizic.	0 1 2 3
A	M-am speriat fără nici un motiv serios.	0 1 2 3
D	Am simțit că viața nu merită trăită.	0 1 2 3
S	Mi-a fost greu să mă liniștesc.	0 1 2 3
A	Am avut dificultăți la înghițire.	0 1 2 3
D	M-am simțit abătut(ă) și necăjit(ă).	0 1 2 3

A	Mi-a fost teamă că voi fi terminat(ă) de unele lucruri banale pe care le aveam de făcut, dar cu care nu eram obișnuit(ă).	0 1 2 3
D	N-am fost în stare să entuziasmez de nimic.	0 1 2 3
S	Mi-a fost greu să suport să fiu întrerupt(ă) din ceea ce făceam.	0 1 2 3
S	Am fost într-o stare de tensiune nervoasă.	0 1 2 3
D	Am simțit că nu prea am valoare.	0 1 2 3
S	Nu am tolerat să fiu întrerupt(ă) din ceea ce aveam de făcut.	0 1 2 3
D	Am simțit că viața nu are sens.	0 1 2 3
A	Am simțit că tremur (de exemplu, mi-au tremurat mâinile).	0 1 2 3

Anexa 3. Chestionarul de anxietate ca stare (STAI-Y1)

INSTRUCTIUNI: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletesti. Cititi fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul **cum va simțiti acum, în acest moment**. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo descriere și dați acel raspuns care pare să înfațișeze cel mai bine felul cum vă simțiți în prezent.

Nr	Descriere	Deloc	Putin	Destul	Foarte mult
1	Ma simt calm(ă)	1	2	3	4
2	Ma simt linistit(ă)	1	2	3	4
3	Sunt încordat(ă)	1	2	3	4
4	Imi pare rău de ceva	1	2	3	4
5	Ma simt în apele mele	1	2	3	4
6	Sunt trist(ă)	1	2	3	4
7	Mă îngrijorează niște neplaceri posibile	1	2	3	4
8	Mă simt odihnit(ă)	1	2	3	4
9	Mă simt nelinistit(ă)	1	2	3	4
10	Mă simt bine	1	2	3	4
11	Am încredere în puterile mele	1	2	3	4
12	Mă simt nervos (nervoasă)	1	2	3	4
13	Sunt speriat(ă)	1	2	3	4
14	Mă simt iritat(ă)	1	2	3	4
15	Sunt relaxat(ă)	1	2	3	4
16	Mă simt multumit(ă)	1	2	3	4
17	Sunt îngrijorat(ă)	1	2	3	4
18	Mă simt agitat și „scos din fire”	1	2	3	4
19	Mă simt vesel(ă)	1	2	3	4
20	Sunt bine dispus(ă)	1	2	3	4

Anexa 4. Chestionarul de anxietate ca trăsătură (STAI -Y2)

INSTRUCȚIUNI: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Cititi fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul **cum vă simțiți de obicei**. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeti prea mult timp cu vreo descriere și dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine felul cum vă simțiți de obicei.

Nr	Descriere	Aproape niciodată	Câteodată	Adeseori	Aproape todeauna
1	Sunt bine dispus	1	2	3	4
2	Obolesc repede	1	2	3	4
3	Imi vine să plang	1	2	3	4
4	Ași dori să fiu la fel de fericit(ă) cum par să fie alții	1	2	3	4
5	De multe ori îmi scapă unele lucruri pentru că nu mă pot decide destul de repede	1	2	3	4
6	Ma simt odihnit(ă)	1	2	3	4
7	Sunt calm, cu „sânge rece” și concentrat	1	2	3	4
8	Simt că se adună greutățile și nu le mai pot face față	1	2	3	4
9	Mă frământă prea mult anumite lucruri care în realitate nu au importanță.	1	2	3	4
10	Sunt fericit(ă)	1	2	3	4
11	Sunt înclinat(ă) să iau lucrurile prea în serios	1	2	3	4
12	Imi lipsește încrederea în puterile mele	1	2	3	4
13	Mă simt în siguranță	1	2	3	4
14	Încerc să evit un moment critic sau o dificultate	1	2	3	4
15	Mă simt abatut(ă)	1	2	3	4
16	Mă simt multumit(ă)	1	2	3	4

17	Îmi trece prin minte câte un gând lipsit de importanță și mă sâcăie	1	2	3	4
18	Așa de mult pun dezamăgirile la suflet încât nu mai pot scăpa de ele	1	2	3	4
19	Sunt un om echilibrat	1	2	3	4
20	Când mă gândesc la necazurile mele prezente, devin nervos (nervoasă) și prost dispus(ă)	1	2	3	4

STAI-Y COTARE

Itemii cotați invers în subscalele STAI-Y sunt:

Scala A (Y 1)- Stare: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Scala B (Y 2)- Trasatura: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

20-35 puncte - Anxietate minimă.

36-50 puncte - Anxietate medie.

51-65 puncte - Anxietate ridicată

65-80 puncte - Anxietate foarte ridicată

Anexa 5. Ghid de interviu - date demografice și clinice ale pacientului

Date demografice:

Vârsta:

Genul: masculin / feminin

Mediul de rezidență: urban / rural

Nivelul studiilor: gimnaziale / profesionale / liceu / studii superioare

Date clinice:

Tipul de diagnostic medical: acut / cronic

Tipul de tratament: chirurgical/ nechirurgical (medical)

Anexa 6. Ghid de Interviu tematic semi-structurat - componenta calitativă

Scop: *Evaluarea schemelor cognitive și a manifestării stresului acut la pacienții spitalizați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă.*

Introducere „Această discuție are scopul de a înțelege mai bine cum vă simțiți în această perioadă, ce gânduri aveți, cum percepeți situația în care vă aflați și ce vă ajută să faceți față. Tot ceea ce împărtășiți rămâne confidențial.”

Domenii tematice și întrebări principale

I. Percepția situației medicale și spitalizării

1. Cum ați resimțit momentul în care ați fost internat(ă) în ATI?
2. Ce gânduri v-au trecut prin minte în primele ore/zile aici?
3. Ce aspecte ale mediului din ATI vi se par cele mai dificile?

II. Stresul perceput și reacții emoționale

4. Ce emoții simțiți cel mai des în această perioadă? (ex: frică, furie, neputință)
5. Ați avut momente în care v-ați simțit copleșit(ă)? Cum ați reacționat?

III. Gânduri automate și convingeri personale

6. Vă surprindeți având anumite gânduri repetitive legate de sănătatea dvs.?
7. Ce credeți că înseamnă pentru dvs. această boală sau această internare?
8. Simțiți că aveți control asupra situației? De ce da/nu?

IV. Strategii de coping (adaptare psihologică)

9. Ce anume vă ajută să faceți față stresului aici?
10. Vă ajută să vorbiți cu cineva? Să vă gândiți pozitiv? Să vă rugați?
11. Ce ați mai făcut pentru a vă calma sau liniști în timpul internării?

V. Sprijin social și percepția îngrijirii medicale

12. Cum simțiți că vă sprijină personalul medical?
13. Ați simțit nevoia să vorbiți cu cineva despre ceea ce trăiți? Ați reușit?

VI. Nevoi psihologice actuale

14. Ce credeți că v-ar ajuta să vă simțiți mai bine acum?
15. Ce v-ar plăcea ca cei din jur (medici, psihologi, familie) să știe despre ce simțiți?

Anexa 7. Matricea de codificare - analiza calitativă a interviurilor

Temă	Cod	Exemplu de citat	Interpretare
Percepția vulnerabilității și pierderii controlului	VULNERABILITATE	„Am simțit că nu mai depind de mine, că sunt complet în mâinile altora.”	Indică o schemă de neajutorare și pierdere a controlului.
Reacții emoționale intense	ANXIETATE/FRICĂ	„Am simțit frică tot timpul, mai ales noaptea când era liniște.”	Manifestare tipică a stresului acut în mediu ATI.
Scheme cognitive disfuncționale	SCHEME NEGATIVE	„Mă gândesc că sigur nu mai ies viu de aici.”	Exemplu de gând automat negativ și catastrofic.
Strategii pozitive de coping	COPING FUNCȚIONAL	„Mă gândesc la familie și asta mă mai liniștește.”	Folosește sprijinul emoțional și imaginația pozitivă ca mecanisme adaptative.
Strategii negative de coping	COPING DISFUNCȚIONAL	„Prefer să nu mă gândesc la nimic. Să nu vorbesc cu nimeni.”	Evitare cognitivă și socială - strategie de coping pasiv.
Sprijin social și percepția îngrijirii	RELAȚIA CU PERSONALUL	„Asistenta de aici e foarte calmă, parcă mă mai liniștește când vine.”	Sprijinul medical este perceput ca factor protector emoțional.
Nevoi psihologice exprimate	NEVOIA DE SUPTOR PSIHOLAGIC	„Mi-ar prinde bine să vorbesc mai des cu cineva de specialitate, să mă ajute să mă liniștesc.”	Exprimare clară a nevoii de consiliere psihologică în timpul spitalizării.

Anexa 8. Fișă de observație psihologică clinică (componentă calitativă - observație nemijlocită)

Date identificare pacient:

Număr identificare pacient:

Data observației:

Loc observație: Secția Clinică ATI

1. Aspect general

Stare generală (vigilență, cooperare, orientare temporo-spațială):

Prezența durerii / disconfortului fizic observabil:

2. Comportament nonverbal

Mimică:

Tonul vocii / volum / ritm vorbire:

Postură corporală / mobilitate:

Contact vizual:

3. Reacții emoționale observabile

Semne de anxietate (tremur, agitație, suspine, grimase):

Semne de tristețe, apatie, frustrare:

Reacții de evitare / respingere / iritabilitate:

4. Interacțiunea cu personalul medical

Răspuns la solicitările medicului/asistentei:

Colaborare în proceduri:

Inițierea comunicării de către pacient:

4. Expresii verbale semnificative (citate/parafraze relevante pentru starea psihologică)

5. Alte observații relevante (comportamente repetitive, manifestări sugestive pentru stres sau schemă cognitivă dezadaptativă):

Evaluator:

Drd.Mariana SUCIAGHI

Psiholog clician principal

Psihoterapeut sistemic de cuplu și familie

Anexa 9. Subiecții cercetării și criteriile de includere și de excludere în studiu

Eșantionul a inclus 100 de pacienți, dintre care 67 de bărbați și 33 de femei, cu vârste cuprinse între 18 și 90 de ani, internați în Secția Clinică ATI a Spitalului Clinic Județean de Urgență din Târgu Mureș.

Criteriile de includere în studiu au fost:

- 1. Internarea în Secția Clinică ATI de cel puțin 24 de ore:** pacienți internați în Secția Clinică Anestezie și Terapie Intensivă (ATI), care sunt în perioada acută a tratamentului, având condiții care necesită monitorizare intensivă (de exemplu, afecțiuni cardiovasculare severe, insuficiență respiratorie, traume majore, intervenții chirurgicale complexe, etc.).
- 2. Vârsta:** adulți cu vârsta cuprinsă între 18 și 90 de ani, pentru a acoperi o gamă variată de vârste, relevante în analiza impactului stresului acut și a schemelor cognitive.
- 3. Stabilitate psihologică minimă:** pacienții trebuie să aibă o stare psihologică suficient de stabilă pentru a putea răspunde la chestionarele utilizate în studiu (chestionarul de coping cognitiv-emoțional CERQ, chestionarul DASS-21R, Inventarele de măsurare a Anxietății ca stare și trăsătură STAI-Y). Aceasta exclude pacienții care prezintă tulburări psihotice grave, comă sau stare vegetativă, care nu pot răspunde la instrumentele de evaluare.
- 4. Comunicarea:** pacienții trebuie să fie capabili să comunice, fie verbal, fie prin alte metode (de exemplu, prin răspunsuri la întrebări prin semne sau scris, dacă starea lor fizică o permite), pentru a putea completa chestionarele sau a participa la interviuri.
- 5. Consimțământ informat:** pacienții trebuie să își dea consimțământul informat pentru participarea la studiu, având o înțelegere clară a scopului cercetării, a procedurilor implicate și a posibilelor riscuri.
- 6. Starea de sănătate stabilizată:** pacienții trebuie să fi fost spitalizați în ATI de cel puțin 24 de ore pentru a asigura că au trecut printr-o perioadă suficientă în care efectele stresului acut pot fi observate și evaluate.
- 7. Fără tulburări psihiatrice severe preexistente:** pacienții cu tulburări psihiatrice cronice grave (de exemplu, schizofrenie, tulburări de personalitate grave, tulburări psihotice) nu vor fi incluși în studiu, întrucât acestea ar putea interfera cu măsurarea exactă a schemelor cognitive și a răspunsurilor de stres acut.
- 8. Nivelul de cooperare și participare activă la studiu:** pacienții trebuie să manifeste un nivel minim de cooperare și dorință de a participa activ la studiul psihologic.

Aceste criterii sunt esențiale pentru a asigura selecția unui eșantion de pacienți care să permită o analiză corectă și validă a relației dintre schemele cognitive și manifestările stresului

acut la pacienții spitalizați în unitățile de terapie intensivă. Ele sunt concepute pentru a controla factori care ar putea influența interpretarea rezultatelor studiului și pentru a asigura siguranța și integritatea participanților.

Criteriile de excludere din studiu au fost:

- 1. Vârsta sub 18 ani sau peste 90 de ani:** pacienții care nu se încadrează în intervalul de vârstă stabilit (18-90 ani) vor fi excluși, pentru a păstra omogenitatea eșantionului și pentru a evita variabilele care ar putea influența rezultatele legate de vârstă.
- 2. Starea de sănătate gravă sau instabilă:** pacienții care sunt în comă, în stare vegetativă, sau care prezintă instabilitate medicală severă (de exemplu, insuficiență multiplă de organ, comă indusă, instabilitate hemodinamică) vor fi excluși, deoarece aceștia nu pot participa activ în evaluările psihologice sau nu pot răspunde la chestionare.
- 3. Tulburări psihice severe preexistente:** pacienții cu tulburări psihiatrice severe (de exemplu, schizofrenie, tulburări psihotice majore, tulburări de personalitate grave) vor fi excluși, deoarece aceste afecțiuni pot interfera cu răspunsurile la evaluările de stres și la măsurarea schemelor cognitive, distorsionând interpretarea rezultatelor.
- 4. Incapacitatea de a înțelege sau de a comunica (din cauza stării fizice sau cognitive):** pacienții care nu pot înțelege întrebările chestionarelor (de exemplu, din cauza unei afecțiuni cognitive severe sau a unei stări de confuzie mentală) sau care nu pot comunica (din cauza unor leziuni neurologice sau intubație) vor fi excluși, întrucât nu ar putea răspunde corespunzător la evaluările psihologice.
- 5. Pacienți care refuză să participe:** pacienții care refuză să semneze consimțământul informat sau care nu sunt de acord cu participarea la studiu vor fi excluși, pentru a respecta principiile etice și de protecție a drepturilor pacienților.
- 6. Istoric de abuz de substanțe:** pacienții cu un istoric de abuz cronic de substanțe (alcool, droguri) vor fi excluși, întrucât consumul de substanțe poate influența semnificativ răspunsurile psihologice la stres și evaluările de schemă cognitivă.
- 7. Sindromul de stres posttraumatic, PTSD diagnosticat anterior:** pacienții cu un diagnostic anterior de PTSD vor fi excluși, deoarece istoricul unei traume majore și al unui răspuns posttraumatic ar putea altera modul în care aceștia răspund la stresul acut asociat spitalizării în ATI, influențând astfel datele studiului.
- 8. Afecțiuni care pot interfera cu evaluările psihologice:** pacienții care au afecțiuni neurologice majore (de exemplu, demență severă, accident vascular cerebral acut) sau orice altă afecțiune care

ar putea afecta percepția, gândirea sau capacitatea de a răspunde la întrebări vor fi excluși, deoarece evaluările nu ar fi valide în aceste condiții.

9. Tratament pe termen lung cu medicamente care afectează funcțiile cognitive sau psihologice: pacienții care urmează tratamente pe termen lung cu medicamente care afectează semnificativ funcțiile cognitive sau emoționale (de exemplu, antipsihotice, sedative puternice, medicamente pentru tratarea depresiei severe) vor fi excluși din studiu, pentru a preveni influențele externe asupra rezultatelor obținute.

Aceste criterii de excludere sunt esențiale pentru a asigura validitatea și acuratețea studiului, asigurându-se că doar pacienții care îndeplinesc condițiile necesare pot fi incluși, iar variabilele care ar putea distorsiona rezultatele sunt controlate. De asemenea, se respectă etica și siguranța participanților la cercetare.

Anexa 10. Output SPSS - analiza descriptivă a eșantionului experimental

Tabelul A.10.1

Sexul * Grup Crosstabulation

			Grup		Total
			1	2	
Sexul	1	Count	14	6	20
		% within Grup	56.0%	24.0%	40.0%
	2	Count	11	19	30
		% within Grup	44.0%	76.0%	60.0%
Total		Count	25	25	50
		% within Grup	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelul A.10.2

Vârsta * Grup Crosstabulation

			Grup		Total
			1.0	2.0	
Vârsta	1.0	Count	6	5	11
		% within Grup	24.0%	20.0%	22.0%
	2.0	Count	8	3	11
		% within Grup	32.0%	12.0%	22.0%
	3.0	Count	7	6	13
		% within Grup	28.0%	24.0%	26.0%
	4.0	Count	4	8	12

		% within Grup	16.0%	32.0%	24.0%
	5.0	Count	0	3	3
		% within Grup	0.0%	12.0%	6.0%
Total		Count	25	25	50
		% within Grup	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelul A.10.3

Mediul de rezidență * Grup Crosstabulation

			Grup		Total
			1.0	2.0	
Mediul de rezidență	1.0	Count	15	11	26
		% within Grup	60.0%	44.0%	52.0%
	2.0	Count	10	14	24
		% within Grup	40.0%	56.0%	48.0%
Total		Count	25	25	50
		% within Grup	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelul A.10.4

Nivelul studiilor * Grup Crosstabulation

			Grup		Total
			1.0	2.0	
Nivelul studiilor	1.0	Count	5	3	8
		% within Grup	20.0%	12.0%	16.0%
	2.0	Count	4	7	11
		% within Grup	16.0%	28.0%	22.0%
	3.0	Count	5	11	16
		% within Grup	20.0%	44.0%	32.0%
	4.0	Count	11	4	15
		% within Grup	44.0%	16.0%	30.0%
Total		Count	25	25	50
		% within Grup	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelul A.10.5

Tipul afecțiunii medicale * Grup Crosstabulation

			Grup		Total
			1.0	2.0	
Tipul afecțiunii medicale	1.0	Count	17	14	31
		% within Grup	68.0%	56.0%	62.0%
	2.0	Count	8	11	19
		% within Grup	32.0%	44.0%	38.0%
Total		Count	25	25	50
		% within Grup	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelul A.10.6

Tipul de intervenție terapeutică * Grup Crosstabulation

			Grup		Total
			1.0	2.0	
Tipul de intervenție terapeutică	1.0	Count	19	18	37
		% within Grup	76.0%	72.0%	74.0%
	2.0	Count	6	7	13
		% within Grup	24.0%	28.0%	26.0%
Total		Count	25	25	50
		% within Grup	100.0%	100.0%	100.0%

Anexa 11. Output SPSS - analiza echivalenței grupurilor la T1

Tabel A11.1

Test Statistics^a

	AUTO_T1	ACC_T1	RUM_T1	REF_T1	PLAN_T1	REEVPO_Z_T1	PUN_T1	CAT_T1	CULP_T1
Mann-Whitney U	288.500	208.000	219.000	235.500	112.000	238.500	287.500	233.500	255.000
Wilcoxon W	613.500	533.000	544.000	560.500	437.000	563.500	612.500	558.500	580.000
Z	-.467	-2.038	-1.834	-1.513	-3.912	-1.444	-.489	-1.541	-1.126
Asymp. Sig. (2-tailed)	.640	.042	.067	.130	.000	.149	.625	.123	.260

a. Grouping Variable: Grup

Tabel A11.2

Test Statistics^a

	DASS21R_De presie_T1	DASS21R_An xietate_T1	DASS21R_Str es_T1	STAIY1_T 1	STAIY2_T 1
Mann-Whitney U	294.000	309.000	287.500	228.500	268.500
Wilcoxon W	619.000	634.000	612.500	553.500	593.500
Z	-.361	-.069	-.509	-1.633	-.855
Asymp. Sig. (2-tailed)	.718	.945	.610	.102	.393

a. Grouping Variable: Grup

Tabel A11.3

Descriptives

	Grup		Statistic	Std. Error	
AUTO_T1	1	Mean	12.80	.827	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.09	
			Upper Bound	14.51	
		5% Trimmed Mean		12.78	
		Median		12.00	
		Variance		17.083	
		Std. Deviation		4.133	
		Minimum		6	
		Maximum		20	
		Range		14	
		Interquartile Range		7	
		Skewness		.205	.464
		Kurtosis		-1.139	.902
	2	Mean	13.24	.946	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.29	
			Upper Bound	15.19	
		5% Trimmed Mean		13.31	
		Median		12.00	
		Variance		22.357	
		Std. Deviation		4.728	
		Minimum		5	
		Maximum		20	
Range		15			

ACC_T1		Interquartile Range		8	
		Skewness		.061	.464
		Kurtosis		-1.106	.902
	1	Mean		9.84	.767
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.26	
			Upper Bound	11.42	
		5% Trimmed Mean		9.77	
		Median		9.00	
		Variance		14.723	
		Std. Deviation		3.837	
		Minimum		4	
		Maximum		17	
		Range		13	
		Interquartile Range		5	
		Skewness		.354	.464
		Kurtosis		-.611	.902
		2	Mean		11.76
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	10.48	
			Upper Bound	13.04	
	5% Trimmed Mean		11.80		
Median			12.00		
Variance			9.690		
Std. Deviation			3.113		
Minimum			5		
Maximum			18		
Range			13		
Interquartile Range		3			

		Skewness		-.451	.464
		Kurtosis		.359	.902
RUM_T1	1	Mean		17.32	.454
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.38	
			Upper Bound	18.26	
		5% Trimmed Mean		17.51	
		Median		17.00	
		Variance		5.143	
		Std. Deviation		2.268	
		Minimum		11	
		Maximum		20	
		Range		9	
		Interquartile Range		3	
		Skewness		-1.224	.464
	Kurtosis		2.067	.902	
	2	Mean		15.92	.656
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.57	
			Upper Bound	17.27	
		5% Trimmed Mean		16.11	
		Median		16.00	
		Variance		10.743	
		Std. Deviation		3.278	
		Minimum		8	
		Maximum		20	
Range			12		
Interquartile Range		4			
Skewness		-.648	.464		

		Kurtosis		.131	.902
REF_T1	1	Mean		7.96	.696
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.52	
			Upper Bound	9.40	
		5% Trimmed Mean		7.76	
		Median		8.00	
		Variance		12.123	
		Std. Deviation		3.482	
		Minimum		4	
		Maximum		16	
		Range		12	
		Interquartile Range		5	
		Skewness		.732	.464
		Kurtosis		-.220	.902
	2	Mean		6.56	.557
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.41	
			Upper Bound	7.71	
		5% Trimmed Mean		6.27	
		Median		6.00	
		Variance		7.757	
		Std. Deviation		2.785	
		Minimum		4	
		Maximum		15	
		Range		11	
Interquartile Range			4		
Skewness			1.440	.464	
Kurtosis		2.366	.902		

PLAN_T1	1	Mean	10.60	.695	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.17	
			Upper Bound	12.03	
		5% Trimmed Mean	10.61		
		Median	10.00		
		Variance	12.083		
		Std. Deviation	3.476		
		Minimum	4		
		Maximum	17		
		Range	13		
		Interquartile Range	5		
		Skewness	.056	.464	
		Kurtosis	-.678	.902	
		2	Mean	14.68	.479
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	13.69	
			Upper Bound	15.67	
	5% Trimmed Mean		14.69		
	Median		15.00		
	Variance		5.727		
	Std. Deviation		2.393		
	Minimum		10		
	Maximum		19		
	Range		9		
Interquartile Range	3				
Skewness	.135		.464		
Kurtosis	-.263		.902		
REEVPOZ_T1	1		Mean	8.44	.595

		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.21		
			Upper Bound	9.67		
		5% Trimmed Mean			8.29	
		Median			8.00	
		Variance			8.840	
		Std. Deviation			2.973	
		Minimum			4	
		Maximum			16	
		Range			12	
		Interquartile Range			4	
		Skewness			.722	.464
		Kurtosis			.226	.902
			2	Mean		
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			8.36		
	Upper Bound			10.44		
5% Trimmed Mean				9.44		
Median				10.00		
Variance				6.333		
Std. Deviation				2.517		
Minimum				4		
Maximum				14		
Range				10		
Interquartile Range				4		
Skewness				-.307	.464	
Kurtosis				-.690	.902	
PUN_T1	1	Mean			8.52	.598
			Lower Bound	7.29		

		95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	9.75		
		5% Trimmed Mean			8.48	
		Median			8.00	
		Variance			8.927	
		Std. Deviation			2.988	
		Minimum			4	
		Maximum			14	
		Range			10	
		Interquartile Range			4	
		Skewness			.070	.464
		Kurtosis			-.843	.902
	2	Mean			8.04	.657
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.68		
			Upper Bound	9.40		
		5% Trimmed Mean			7.94	
		Median			8.00	
		Variance			10.790	
		Std. Deviation			3.285	
		Minimum			4	
Maximum			14			
Range			10			
Interquartile Range			7			
Skewness			.192	.464		
Kurtosis			-1.223	.902		
CAT_T1	1	Mean			16.00	.589
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.78		
			Upper Bound	17.22		

		5% Trimmed Mean		16.10	
		Median		16.00	
		Variance		8.667	
		Std. Deviation		2.944	
		Minimum		10	
		Maximum		20	
		Range		10	
		Interquartile Range		6	
		Skewness		-.501	.464
		Kurtosis		-.864	.902
	2	Mean		14.28	.797
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.64	
			Upper Bound	15.92	
		5% Trimmed Mean		14.47	
		Median		15.00	
		Variance		15.877	
		Std. Deviation		3.985	
		Minimum		5	
		Maximum		20	
Range		15			
Interquartile Range		6			
Skewness		-.727	.464		
Kurtosis		.246	.902		
CULP_T1	1	Mean		9.96	.892
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.12	
			Upper Bound	11.80	
		5% Trimmed Mean		9.74	

		Median	9.00		
		Variance	19.873		
		Std. Deviation	4.458		
		Minimum	4		
		Maximum	20		
		Range	16		
		Interquartile Range	8		
		Skewness	.716	.464	
		Kurtosis	-.471	.902	
	2	Mean	8.68	.886	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.85	
			Upper Bound	10.51	
		5% Trimmed Mean	8.33		
		Median	8.00		
		Variance	19.643		
		Std. Deviation	4.432		
		Minimum	4		
		Maximum	20		
		Range	16		
Interquartile Range	5				
Skewness	1.255	.464			
Kurtosis	1.071	.902			
DASS21R_Depresie_T1	1	Mean	27.84	1.825	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24.07	
			Upper Bound	31.61	
		5% Trimmed Mean	27.82		
		Median	30.00		

		Variance	83.307		
		Std. Deviation	9.127		
		Minimum	14		
		Maximum	42		
		Range	28		
		Interquartile Range	14		
		Skewness	.233	.464	
		Kurtosis	-1.071	.902	
	2	Mean	26.64	1.712	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23.11	
			Upper Bound	30.17	
		5% Trimmed Mean	26.64		
		Median	28.00		
		Variance	73.240		
		Std. Deviation	8.558		
		Minimum	12		
		Maximum	42		
Range		30			
Interquartile Range		12			
Skewness	-.243	.464			
Kurtosis	-.675	.902			
DASS21R_Anxietae_T1	1	Mean	35.84	1.285	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	33.19	
			Upper Bound	38.49	
		5% Trimmed Mean	36.67		
		Median	36.00		
		Variance	41.307		

		Std. Deviation		6.427	
		Minimum		12	
		Maximum		42	
		Range		30	
		Interquartile Range		6	
		Skewness		-2.304	.464
		Kurtosis		7.293	.902
	2	Mean		36.80	.600
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	35.56	
			Upper Bound	38.04	
		5% Trimmed Mean		36.87	
		Median		36.00	
		Variance		9.000	
		Std. Deviation		3.000	
Minimum		30			
Maximum		42			
Range		12			
Interquartile Range		5			
Skewness		-.193	.464		
Kurtosis		-.195	.902		
DASS21R_Stres_T1	1	Mean		37.44	1.564
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34.21	
			Upper Bound	40.67	
		5% Trimmed Mean		38.51	
		Median		42.00	
		Variance		61.173	
		Std. Deviation		7.821	

		Minimum	12		
		Maximum	42		
		Range	30		
		Interquartile Range	6		
		Skewness	-2.189	.464	
		Kurtosis	4.463	.902	
	2	Mean	38.88	.664	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37.51	
			Upper Bound	40.25	
		5% Trimmed Mean	39.18		
		Median	40.00		
		Variance	11.027		
		Std. Deviation	3.321		
		Minimum	30		
		Maximum	42		
		Range	12		
		Interquartile Range	6		
		Skewness	-1.073	.464	
		Kurtosis	.840	.902	
STAIY1_T1	1	Mean	65.92	1.856	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	62.09	
			Upper Bound	69.75	
		5% Trimmed Mean	66.41		
		Median	70.00		
		Variance	86.077		
		Std. Deviation	9.278		
		Minimum	43		

		Maximum	80		
		Range	37		
		Interquartile Range	11		
		Skewness	-.985	.464	
		Kurtosis	.577	.902	
	2	Mean	68.84	2.055	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	64.60	
			Upper Bound	73.08	
		5% Trimmed Mean	69.79		
		Median	72.00		
		Variance	105.557		
		Std. Deviation	10.274		
		Minimum	40		
		Maximum	80		
		Range	40		
Interquartile Range	8				
Skewness	-1.793	.464			
Kurtosis	2.894	.902			
STAIY2_T1	1	Mean	49.36	1.895	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	45.45	
			Upper Bound	53.27	
		5% Trimmed Mean	49.18		
		Median	48.00		
		Variance	89.740		
		Std. Deviation	9.473		
		Minimum	32		
Maximum	70				

		Range		38	
		Interquartile Range		13	
		Skewness		.313	.464
		Kurtosis		.247	.902
	2	Mean		52.20	2.576
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	46.88	
			Upper Bound	57.52	
		5% Trimmed Mean		52.18	
		Median		54.00	
		Variance		165.917	
		Std. Deviation		12.881	
		Minimum		33	
		Maximum		72	
		Range		39	
		Interquartile Range		23	
		Skewness		-.132	.464
		Kurtosis		-1.299	.902

Anexa 12. Output SPSS - comparația grupurilor la T2

Tabelul A12.1

Test Statistics^a

	AUTO_T2	ACC_T2	RUM_T2	REF_T2	PLAN_T2	REEVPO_Z_T2	PUN_T2	CAT_T2	CULP_T2
Mann-Whitney U	167.500	96.500	63.500	46.000	123.500	54.500	66.000	82.500	163.500
Wilcoxon W	492.500	421.500	388.500	371.000	448.500	379.500	391.000	407.500	488.500
Z	-2.830	-4.211	-4.882	-5.191	-3.699	-5.027	-4.799	-4.494	-2.915
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.004

a. Grouping Variable: Grup

Tabelul A12.2

Test Statistics^a

	DASS21R_De presie_T2	DASS21R_An xietate_T2	DASS21R_Str es_T2	STAIY1_T 2
Mann-Whitney U	36.000	.000	3.500	15.000
Wilcoxon W	361.000	325.000	328.500	340.000
Z	-5.379	-6.101	-6.037	-5.779
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000

a. Grouping Variable: Grup

Tabelul A12.3

Descriptives

	Grup		Statistic	Std. Error	
AUTO_T2	1	Mean	9.48	.375	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.71	
			Upper Bound	10.25	
		5% Trimmed Mean		9.42	
		Median		9.00	
		Variance		3.510	
		Std. Deviation		1.873	
		Minimum		6	
		Maximum		14	
		Range		8	
		Interquartile Range		3	
		Skewness		.550	.464
		Kurtosis		.385	.902
		2	Mean	12.48	.825
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	10.78	
			Upper Bound	14.18	
	5% Trimmed Mean		12.49		
	Median		12.00		
	Variance		17.010		
	Std. Deviation		4.124		
	Minimum		5		
	Maximum		20		
Range			15		
Interquartile Range		6			

ACC_T2		Skewness	.025	.464	
		Kurtosis	-.906	.902	
	1	Mean	15.36	.714	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.89	
			Upper Bound	16.83	
		5% Trimmed Mean	15.72		
		Median	16.00		
		Variance	12.740		
		Std. Deviation	3.569		
		Minimum	5		
		Maximum	19		
		Range	14		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	-1.755	.464	
		Kurtosis	2.740	.902	
		2	Mean	11.52	.533
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	10.42	
			Upper Bound	12.62	
	5% Trimmed Mean		11.57		
	Median		12.00		
	Variance		7.093		
	Std. Deviation		2.663		
	Minimum		6		
	Maximum		16		
	Range		10		
	Interquartile Range		3		
Skewness	-.369		.464		

		Kurtosis		- .207	.902
RUM_T2	1	Mean		11.12	.254
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10.60	
			Upper Bound	11.64	
		5% Trimmed Mean		11.09	
		Median		11.00	
		Variance		1.610	
		Std. Deviation		1.269	
		Minimum		9	
		Maximum		14	
		Range		5	
		Interquartile Range		2	
		Skewness		.156	.464
		Kurtosis		-.023	.902
	2	Mean		15.32	.556
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.17	
			Upper Bound	16.47	
		5% Trimmed Mean		15.44	
		Median		15.00	
		Variance		7.727	
		Std. Deviation		2.780	
		Minimum		9	
		Maximum		19	
		Range		10	
Interquartile Range		4			
Skewness		-.474	.464		
Kurtosis		-.326	.902		

REF_T2	1	Mean	13.72	.623	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.43	
			Upper Bound	15.01	
		5% Trimmed Mean	13.98		
		Median	15.00		
		Variance	9.710		
		Std. Deviation	3.116		
		Minimum	4		
		Maximum	18		
		Range	14		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	-1.459	.464	
		Kurtosis	2.658	.902	
	2	Mean	7.00	.545	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.88	
			Upper Bound	8.12	
		5% Trimmed Mean	6.77		
		Median	6.00		
		Variance	7.417		
		Std. Deviation	2.723		
		Minimum	4		
		Maximum	15		
Range		11			
Interquartile Range		4			
Skewness		1.144	.464		
Kurtosis		1.487	.902		
PLAN_T2	1	Mean	16.72	.434	

		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.82	
			Upper Bound	17.62	
		5% Trimmed Mean		16.97	
		Median		17.00	
		Variance		4.710	
		Std. Deviation		2.170	
		Minimum		9	
		Maximum		19	
		Range		10	
		Interquartile Range		3	
		Skewness		-1.947	.464
		Kurtosis		5.680	.902
		2	Mean		13.96
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	12.88	
			Upper Bound	15.04	
	5% Trimmed Mean		13.96		
	Median		14.00		
	Variance		6.790		
	Std. Deviation		2.606		
	Minimum		10		
	Maximum		18		
	Range		8		
Interquartile Range			5		
Skewness			.078	.464	
Kurtosis			-1.076	.902	
REEVPOZ_T2	1	Mean		14.52	.583
			Lower Bound	13.32	

		95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	15.72		
		5% Trimmed Mean			14.88	
		Median			15.00	
		Variance			8.510	
		Std. Deviation			2.917	
		Minimum			5	
		Maximum			17	
		Range			12	
		Interquartile Range			3	
		Skewness			-1.954	.464
		Kurtosis			4.323	.902
	2	Mean			9.32	.544
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.20		
			Upper Bound	10.44		
		5% Trimmed Mean			9.36	
		Median			9.00	
		Variance			7.393	
		Std. Deviation			2.719	
		Minimum			4	
Maximum			14			
Range			10			
Interquartile Range			4			
Skewness			-.232	.464		
Kurtosis			-.749	.902		
PUN_T2	1	Mean			14.96	.573
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.78		
			Upper Bound	16.14		

		5% Trimmed Mean		15.13	
		Median		15.00	
		Variance		8.207	
		Std. Deviation		2.865	
		Minimum		6	
		Maximum		20	
		Range		14	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		-1.112	.464
		Kurtosis		2.713	.902
	2	Mean		8.96	.731
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.45	
			Upper Bound	10.47	
		5% Trimmed Mean		8.91	
		Median		8.00	
		Variance		13.373	
		Std. Deviation		3.657	
		Minimum		4	
		Maximum		15	
		Range		11	
Interquartile Range		8			
Skewness		.151	.464		
Kurtosis		-1.283	.902		
CAT_T2	1	Mean		10.04	.286
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.45	
			Upper Bound	10.63	
		5% Trimmed Mean		10.00	

		Median	10.00		
		Variance	2.040		
		Std. Deviation	1.428		
		Minimum	8		
		Maximum	13		
		Range	5		
		Interquartile Range	2		
		Skewness	.391	.464	
		Kurtosis	-.836	.902	
	2	Mean	13.84	.626	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.55	
			Upper Bound	15.13	
		5% Trimmed Mean	13.92		
		Median	14.00		
		Variance	9.807		
		Std. Deviation	3.132		
		Minimum	7		
		Maximum	19		
		Range	12		
Interquartile Range	4				
Skewness	-.149	.464			
Kurtosis	-.061	.902			
CULP_T2	1	Mean	8.76	.498	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.73	
			Upper Bound	9.79	
		5% Trimmed Mean	8.69		
		Median	8.00		

		Variance	6.190		
		Std. Deviation	2.488		
		Minimum	5		
		Maximum	14		
		Range	9		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	.474	.464	
		Kurtosis	-.614	.902	
	2	Mean	11.92	.804	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10.26	
			Upper Bound	13.58	
		5% Trimmed Mean	11.74		
		Median	12.00		
		Variance	16.160		
		Std. Deviation	4.020		
		Minimum	7		
		Maximum	20		
		Range	13		
		Interquartile Range	7		
Skewness	.687	.464			
Kurtosis	-.571	.902			
DASS21R_Depresie_T2	1	Mean	17.92	1.029	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.80	
			Upper Bound	20.04	
		5% Trimmed Mean	17.82		
		Median	18.00		
		Variance	26.493		

		Std. Deviation		5.147	
		Minimum		10	
		Maximum		28	
		Range		18	
		Interquartile Range		8	
		Skewness		.192	.464
		Kurtosis		-.969	.902
	2	Mean		30.12	1.192
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	27.66	
			Upper Bound	32.58	
		5% Trimmed Mean		30.24	
		Median		30.00	
		Variance		35.527	
		Std. Deviation		5.960	
Minimum		15			
Maximum		42			
Range		27			
Interquartile Range		9			
Skewness		-.238	.464		
Kurtosis		.617	.902		
DASS21R_Anxietae_T 2	1	Mean		19.20	.702
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.75	
			Upper Bound	20.65	
		5% Trimmed Mean		19.02	
		Median		18.00	
		Variance		12.333	
		Std. Deviation		3.512	

		Minimum	14		
		Maximum	28		
		Range	14		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	.873	.464	
		Kurtosis	.534	.902	
	2	Mean	36.16	.576	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34.97	
			Upper Bound	37.35	
		5% Trimmed Mean	36.18		
		Median	36.00		
		Variance	8.307		
		Std. Deviation	2.882		
		Minimum	30		
		Maximum	42		
		Range	12		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	-.060	.464	
		Kurtosis	-.271	.902	
DASS21R_Stres_T2	1	Mean	22.72	.832	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21.00	
			Upper Bound	24.44	
		5% Trimmed Mean	22.51		
		Median	22.00		
		Variance	17.293		
		Std. Deviation	4.159		
		Minimum	16		

		Maximum	34		
		Range	18		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	.684	.464	
		Kurtosis	1.185	.902	
	2	Mean	37.36	.526	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36.28	
			Upper Bound	38.44	
		5% Trimmed Mean	37.51		
		Median	38.00		
		Variance	6.907		
		Std. Deviation	2.628		
		Minimum	32		
		Maximum	40		
		Range	8		
		Interquartile Range	4		
		Skewness	-.667	.464	
		Kurtosis	-.623	.902	
		STAIY1_T2	1	Mean	45.84
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			43.64	
	Upper Bound			48.04	
5% Trimmed Mean	45.90				
Median	46.00				
Variance	28.390				
Std. Deviation	5.328				
Minimum	35				
Maximum	55				

		Range	20		
		Interquartile Range	9		
		Skewness	-.131	.464	
		Kurtosis	-.543	.902	
	2	Mean	68.40	1.491	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	65.32	
			Upper Bound	71.48	
		5% Trimmed Mean	69.02		
		Median	69.00		
		Variance	55.583		
		Std. Deviation	7.455		
		Minimum	45		
		Maximum	78		
		Range	33		
		Interquartile Range	10		
		Skewness	-1.197	.464	
		Kurtosis	2.746	.902	

Anexa 13. Outpout SPSS - analiza evoluției în cadrul fiecărui grup (T1&T2)- testul Wilcoxon

Outpout SPSS -Tabelele pentru grupul experimental

Tabelul A13.1

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between DASS21R_Depresie_T1 and DASS21R_Depresie_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.2

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between DASS21R_Anxietaate_T1_E and DASS21R_Anxietaate_T2_E equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.3

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between DASS21R_Stres_T1_E and DASS21R_Stres_T2_E equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.4

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between STAIY1_T1 and STAIY1_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.5

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between AUTO_T1 and AUTO_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.6

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between ACC_T1 and ACC_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.7

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between RUM_T1 and RUM_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.8

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between REF_T1 and REF_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.9

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between PLAN_T1 and PLAN_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.10

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between REEVPOZ_T1 and REEVPOZ_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.11

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between PUN_T1 and PUN_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.12

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between CAT_T1 and CAT_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.13

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between CULP_T1 and CULP_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.025	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Output SPSS Tabele grup de control

Tabelul A13.14

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between AUTO_T1 and AUTO_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.445	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.15

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between ACC_T1 and ACC_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.887	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.16

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between RUM_T1 and RUM_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.288	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.17

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between REF_T1 and REF_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.297	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.18

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between PLAN_T1 and PLAN_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.342	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.19

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between REEVPOZ_T1 and REEVPOZ_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.959	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.20

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between PUN_T1 and PUN_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.304	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.21

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between CAT_T1 and CAT_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.611	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.22

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between CULP_T1 and CULP_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.23

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between DASS21R_Depresie_T1 and DASS21R_Depresie_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.062	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.24

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between DASS21R_Anxietaate_T1 and DASS21R_Anxietaate_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.489	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.25

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between DASS21R_Stres_T1 and DASS21R_Stres_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.013	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Tabelul A13.26

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between STAIY1_T1 and STAIY1_T2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	.359	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Anexa 14: Output SPSS - analiza corelațională (Spearman) a legăturii dintre modificările cognitive și cele emoționale

Tabelul A14.1

Test Statistics^a

	ACC_T2_numeric - ACC_T1_numeric	CAT_T2_numeric - CAT_T1_numeric	DASS21R_T2_numeric - DASS21R_T1_numeric
Z	-3.740 ^b	-4.366 ^c	-4.924 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Tabelul A14.2

Correlations

			ACC_T1_numeric	CAT_T1_numeric	ACC_T2_numeric	CAT_T2_numeric	DASS21R_T2_numeric	DASS21R_T1_numeric
Spearman's rho	ACC_T1_numeric	Correlation Coefficient	1.000	-.260	.255	-.115	.124	-.181
		Sig. (2-tailed)	.	.068	.073	.428	.392	.209
		N	50	50	50	50	50	50
	CAT_T1_numeric	Correlation Coefficient	-.260	1.000	.027	.227	-.083	.141
		Sig. (2-tailed)	.068	.	.851	.113	.566	.328
		N	50	50	50	50	50	50

	ACC_T2 _numeric	Correlation Coefficient	.255	.027	1.000	-.621**	-.595**	.180
		Sig. (2- tailed)	.073	.851	.	.000	.000	.210
		N	50	50	50	50	50	50
	CAT_T2 _numeric	Correlation Coefficient	-.115	.227	-.621**	1.000	.692**	.033
		Sig. (2- tailed)	.428	.113	.000	.	.000	.821
		N	50	50	50	50	50	50
	DASS21 R_T2_nu meric	Correlation Coefficient	.124	-.083	-.595**	.692**	1.000	.204
		Sig. (2- tailed)	.392	.566	.000	.000	.	.156
		N	50	50	50	50	50	50
	DASS21 R_T1_nu meric	Correlation Coefficient	-.181	.141	.180	.033	.204	1.000
		Sig. (2- tailed)	.209	.328	.210	.821	.156	.
		N	50	50	50	50	50	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexa 15. Distribuția eșantionului din programul formativ pe categorii de vârstă

Distribuția pe categorii de vârstă - Grup de Control (Vârsta medie: 53.4 ani, SD: 19.2)

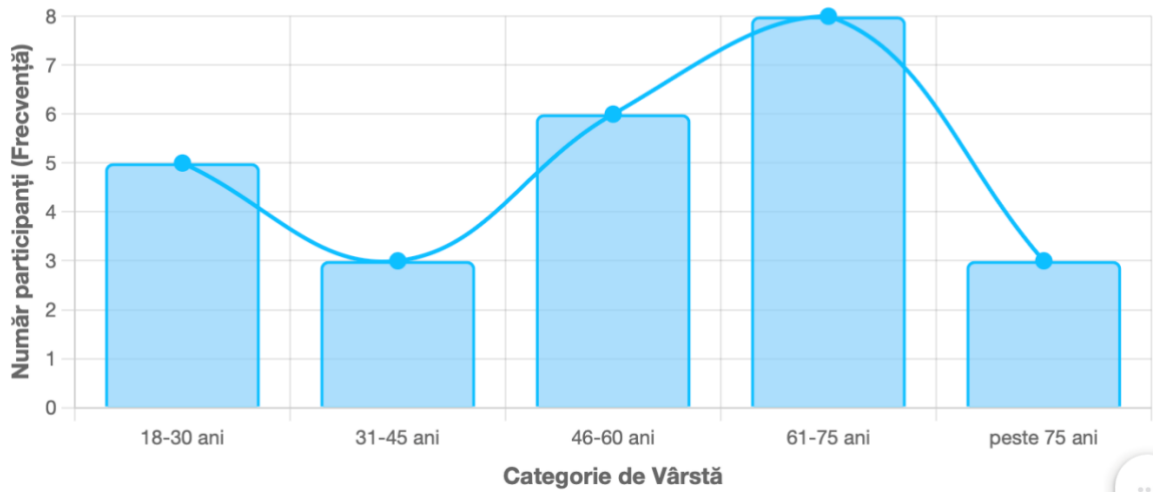


Figura A15.1 Distribuția grupului experimental pe categorii de vârstă

Distribuția pe categorii de vârstă - Grup Experimental (Vârsta medie: 43.6 ani, SD: 15.2)

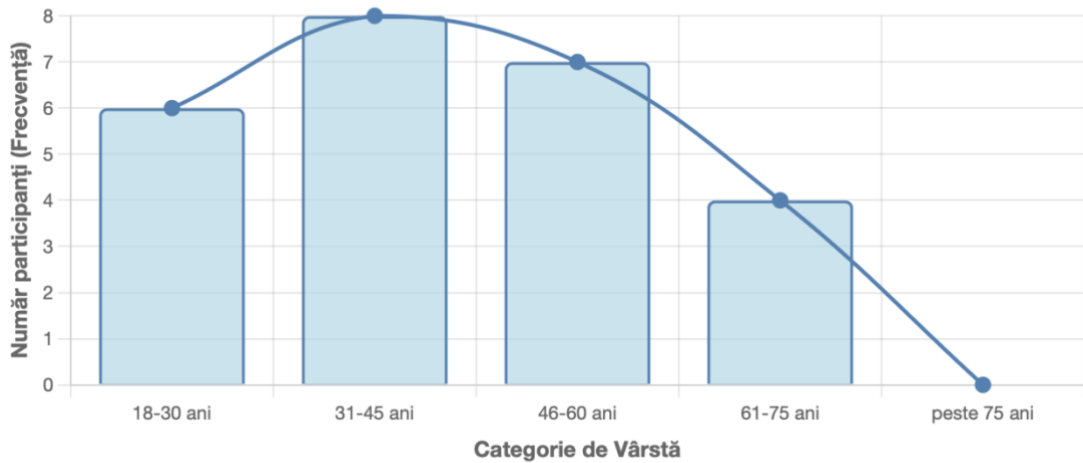


Figura A15.2 Distribuția grupului de control pe categorii de vârstă

Distribuția pe categorii de vârstă - Eșantion Total (N=50, Vârsta medie: 48.5 ani, SD: 17.9)

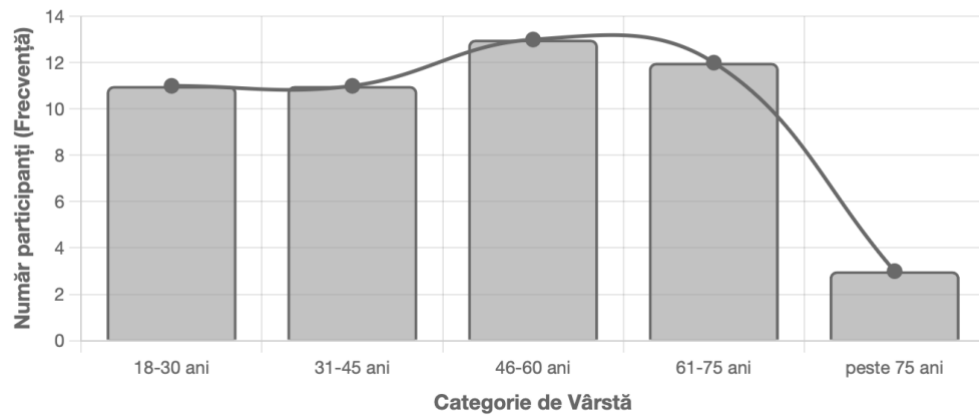


Figura A15.3 Distribuția întregului eșantion al programului formativ pe categorii de vârstă

Anexa 16. Analiza descriptivă detaliată a variabilelor socio-demografice, clinice și profilurile psihologice: tabele de frecvență, indicatori statistici și Output SPSS

Subsecțiunea A: Date descriptive și clinice (Tabele de frecvență)

**Tabelul A16.1 Statistica descriptivă a variabilei demografice numerice
Vârsta**

(indicatori centrali)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Mediavârstei	5	24.0	80.0	52.600	22.4678
Valid N (listwise)	5				

**Tabelul A16.2 Statistica descriptivă a variabilei demografice categoriale
Sexul**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Femei	33	33.0	33.0	33.0
	Bărbați	67	67.0	67.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Tabelul A16.3 Statistica descriptivă a variabilei demografice numerice
Vârsta (pe categorii de vârstă)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-30 ani	17	17.0	17.0	17.0
	31-45 ani	21	21.0	21.0	38.0
	46-65 ani	28	28.0	28.0	66.0
	61-75 ani	27	27.0	27.0	93.0
	peste 65 ani	7	7.0	7.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Tabelul A16.4 Statistica descriptivă a variabilei demografice
categoriale Mediul de rezidență**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Urban	49	49.0	49.0	49.0
	Rural	51	51.0	51.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Tabelul A16.5 Statistica descriptivă a variabilei categoriale Nivelul de studii

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Studii gimnaziale	19	19.0	19.0	19.0
	Școală profesională	19	19.0	19.0	38.0
	Liceu	38	38.0	38.0	76.0
	Studii superioare	24	24.0	24.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Tabelul A16.6 Statistica descriptivă a variabilei categoriale Tipul de afecțiune
medicală**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Afecțiune medicală acută	65	65.0	65.0	65.0
	Afecțiune medicală cronică	35	35.0	35.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Tabelul A16.7 Statistica descriptivă a variabilei categoriale Tipul de intervenție terapeutică

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tratament medical chirurgical	77	77.0	77.0	77.0
	Tratament medical nechirurgical	23	23.0	23.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Subsecțiunea B: Indicatori statistici ai variabilelor psihologice și testarea normalității

Tabelul A16.8 Statistica descriptivă a variabilelor psihologice (indicatori centrali)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Depresie	100	2	42	22.78	10.142
Anxietate	100	6	42	34.26	7.476
Stres	100	0	42	36.74	7.610
STAIY1	100	40	80	65.60	10.368
STAIY2	100	22	72	47.79	11.590
AUTO	100	4	20	10.12	4.432
ACC	100	4	20	10.90	3.422
RUM	100	4	20	13.69	4.767
REF	100	4	18	7.91	3.613
PLAN	100	7	19	13.42	2.975
REEVPOZ	100	4	19	9.78	3.164
PUN	100	4	17	8.50	3.425
CAT	100	4	20	12.23	4.426
CULP	100	4	20	8.21	3.922
Valid N (listwise)	100				

Tabelul A16.9 Indicatorii de normalitate ai distribuțiilor variabilelor cercetate (Skewness și Kurtosis)

Variabilă	Skewness	Kurtosis	Normalitate (aprox.)
AUTO	0.685	-0.250	Aproximativ normală
ACC	-0.083	-0.327	Aproximativ normală
RUM	-0.477	-0.718	Aproximativ normală
REF	0.813	-0.196	Ușor asimetrică dreapta
PLAN	0.053	-0.321	Aproximativ normală
REEVPOZ	0.257	0.025	Aproximativ normală
PUN	0.291	-0.745	Aproximativ normală
CAT	-0.052	-1.017	Marginal normală
CULP	1.213	1.295	Nu e normală (asimetrică și aplatizată)
Depresie	-0.366	-0.676	Aproximativ normală
Anxietate	-1.714	3.057	Puternic asimetrică
Stres	-2.284	6.061	Puternic asimetrică și leptocurtică
STAI-Y1	-0.674	-0.481	Aproximativ normală
STAI-Y2	0.227	-0.541	Aproximativ normală

Subsecțiunea C: Tabele de contingență și teste de asociere (Gen x strategii de coping CERQ)

Tabelul A16.10 Interpretarea Combinată a Tabelor de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate AUTO

			Nivel severitate AUTO		
			Scor foarte scăzut	Scor scăzut	Scor sub medie
Genul	Feminin	Count	0	2	6
		% within Genul	0.0%	6.1%	18.2%
		% within Nivel severitate AUTO	0.0%	33.3%	85.7%
		% of Total	0.0%	2.0%	6.0%
	Masculin	Count	9	4	1
		% within Genul	13.4%	6.0%	1.5%
		% within Nivel severitate AUTO	100.0%	66.7%	14.3%
		% of Total	9.0%	4.0%	1.0%
Total	Count	9	6	7	
	% within Genul	9.0%	6.0%	7.0%	
	% within Nivel severitate AUTO	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	9.0%	6.0%	7.0%	

Tabelul A16.11 Interpretarea Combinată a Tabelor de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate AUTO

			Nivel severitate AUTO		
			Scor mediu	Scor deasupra mediei	Scor ridicat
Genul	Feminin	Count	12	2	4
		% within Genul	36.4%	6.1%	12.1%
		% within Nivel severitate AUTO	41.4%	25.0%	40.0%
		% of Total	12.0%	2.0%	4.0%

	Masculin	Count	17	6	6
		% within Genul	25.4%	9.0%	9.0%
		% within Nivel severitate AUTO	58.6%	75.0%	60.0%
		% of Total	17.0%	6.0%	6.0%
Total		Count	29	8	10
		% within Genul	29.0%	8.0%	10.0%
		% within Nivel severitate AUTO	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	29.0%	8.0%	10.0%

Tabelu A16.12 Interpretarea Combinată a Tabelelor de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate AUTO

			Nivel severitate AUTO	Total
			Scor foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	7	33
		% within Genul	21.2%	100.0%
		% within Nivel severitate AUTO	22.6%	33.0%
		% of Total	7.0%	33.0%
	Masculin	Count	24	67
		% within Genul	35.8%	100.0%
		% within Nivel severitate AUTO	77.4%	67.0%
		% of Total	24.0%	67.0%
Total		Count	31	100
		% within Genul	31.0%	100.0%
		% within Nivel severitate AUTO	100.0%	100.0%
		% of Total	31.0%	100.0%

**Tabelul A16.13 Chi-Square Tests Genul * Nivel severitate
AUTO**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.127 ^a	6	.013
Likelihood Ratio	18.544	6	.005
Linear-by-Linear Association	.165	1	.685
N of Valid Cases	100		

**Tabelul A16.14 Symmetric Measures Genul * Nivel
severitate AUTO**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.402	.013
	Cramer's V	.402	.013
N of Valid Cases		100	

**Tabelul A16.15 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul *
Nivel severitate ACC**

			Nivel severitate ACC		
			Scor foarte scăzut	Scor scăzut	Scor sub medie
Genul	Feminin	Count	0	1	2
		% within Genul	0.0%	3.0%	6.1%
		% within Nivel severitate ACC	0.0%	33.3%	33.3%
		% of Total	0.0%	1.0%	2.0%
	Masculin	Count	4	2	4
		% within Genul	6.0%	3.0%	6.0%
		% within Nivel severitate ACC	100.0%	66.7%	66.7%
		% of Total	4.0%	2.0%	4.0%

Total	Count	4	3	6
	% within Genul	4.0%	3.0%	6.0%
	% within Nivel severitate ACC	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	4.0%	3.0%	6.0%

Tabelul A16.16 Interpretarea Combinată a Tabelului de

Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate ACC

			Nivel severitate ACC		
			Scor mediu	Scor deasupra mediei	Scor ridicat
Genul	Feminin	Count	7	3	2
		% within Genul	21.2%	9.1%	6.1%
		% within Nivel severitate ACC	35.0%	42.9%	16.7%
		% of Total	7.0%	3.0%	2.0%
	Masculin	Count	13	4	10
		% within Genul	19.4%	6.0%	14.9%
		% within Nivel severitate ACC	65.0%	57.1%	83.3%
		% of Total	13.0%	4.0%	10.0%
Total	Count	20	7	12	
	% within Genul	20.0%	7.0%	12.0%	
	% within Nivel severitate ACC	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	20.0%	7.0%	12.0%	

Tabelul A16.17 Interpretarea combinată a tabelului de contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate ACC

				Nivel severitate ACC	Total
				Scor foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	18	33	
		% within Genul	54.5%	100.0%	
		% within Nivel severitate ACC	37.5%	33.0%	
		% of Total	18.0%	33.0%	
	Masculin	Count	30	67	
		% within Genul	44.8%	100.0%	
		% within Nivel severitate ACC	62.5%	67.0%	
		% of Total	30.0%	67.0%	
Total		Count	48	100	
		% within Genul	48.0%	100.0%	
		% within Nivel severitate ACC	100.0%	100.0%	
		% of Total	48.0%	100.0%	

Tabelul A16.18 Chi-Square Tests Genul * Nivel severitate ACC

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.202 ^a	6	.649
Likelihood Ratio	5.596	6	.470
Linear-by-Linear Association	.735	1	.391
N of Valid Cases	100		

**Tabelul A16.19 Symmetric Measures Genul * Nivel
severitate ACC**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.205	.649
	Cramer's V	.205	.649
N of Valid Cases		100	

**Tabelul A16.20 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul *
Nivel severitate RUM (Ruminație)**

			Nivel severitate RUM		
			Scor foarte scăzut	Scor scăzut	Scor sub medie
Genul	Feminin	Count	0	1	1
		% within Genul	0.0%	3.0%	3.0%
		% within Nivel severitate RUM	0.0%	16.7%	50.0%
		% of Total	0.0%	1.0%	1.0%
	Masculin	Count	4	5	1
		% within Genul	6.0%	7.5%	1.5%
		% within Nivel severitate RUM	100.0%	83.3%	50.0%
		% of Total	4.0%	5.0%	1.0%
Total	Count	4	6	2	
	% within Genul	4.0%	6.0%	2.0%	
	% within Nivel severitate RUM	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	4.0%	6.0%	2.0%	

Tabelul A16.21 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate RUM (Ruminație)

			Nivel severitate RUM		
			Scor mediu	Scor deasupra mediei	Scor ridicat
Genul	Feminin	Count	1	1	2
		% within Genul	3.0%	3.0%	6.1%
		% within Nivel severitate RUM	16.7%	14.3%	33.3%
		% of Total	1.0%	1.0%	2.0%
	Masculin	Count	5	6	4
		% within Genul	7.5%	9.0%	6.0%
		% within Nivel severitate RUM	83.3%	85.7%	66.7%
		% of Total	5.0%	6.0%	4.0%
Total		Count	6	7	6
		% within Genul	6.0%	7.0%	6.0%
		% within Nivel severitate RUM	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	6.0%	7.0%	6.0%

Tabelul A16.22 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate RUM (Ruminație)

			Nivel severitate RUM	Total
			Scor foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	27	33
		% within Genul	81.8%	100.0%
		% within Nivel severitate RUM	39.1%	33.0%

		% of Total	27.0%	33.0 %
	Masculin	Count	42	67
		% within Genul	62.7%	100.0 %
		% within Nivel severitate RUM	60.9%	67.0 %
		% of Total	42.0%	67.0 %
Total		Count	69	100
		% within Genul	69.0%	100.0 %
		% within Nivel severitate RUM	100.0%	100.0 %
		% of Total	69.0%	100.0 %

Tabelul A16.23 Chi-Square Tests Genul * Nivel severitate RUM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.961 ^a	6	.428
Likelihood Ratio	7.503	6	.277
Linear-by-Linear Association	4.121	1	.042
N of Valid Cases	100		

Tabelul A16.24 Symmetric Measures Genul * Nivel severitate RUM

Value		Value	Approx. Sig.
.244	Phi	.244	.428
.244	Cramer's V	.244	.428
100		100	

Tabelul A16.25 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate REF (Refocalizare Pozitivă)

			Nivel severitate REF		
			Scor foarte scăzut	Scor scăzut	Scor sub medie
Genul	Feminin	Count	5	2	5
		% within Genul	15.2%	6.1%	15.2%
		% within Nivel severitate REF	20.8%	25.0%	50.0%
		% of Total	5.0%	2.0%	5.0%
	Masculin	Count	19	6	5
		% within Genul	28.4%	9.0%	7.5%
		% within Nivel severitate REF	79.2%	75.0%	50.0%
		% of Total	19.0%	6.0%	5.0%
Total	Count	24	8	10	
	% within Genul	24.0%	8.0%	10.0%	
	% within Nivel severitate REF	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	24.0%	8.0%	10.0%	

Tabelul A16.26 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate REF (Refocalizare Pozitivă)

			Nivel severitate REF		
			Scor mediu	Scor deasupra mediei	Scor ridicat
Genul	Feminin	Count	13	1	1
		% within Genul	39.4%	3.0%	3.0%
		% within Nivel severitate REF	43.3%	12.5%	100.0%
		% of Total	13.0%	1.0%	1.0%
	Masculin	Count	17	7	0
		% within Genul	25.4%	10.4%	0.0%
		% within Nivel severitate REF	56.7%	87.5%	0.0%
		% of Total	17.0%	7.0%	0.0%

Total	Count	30	8	1
	% within Genul	30.0%	8.0%	1.0%
	% within Nivel severitate REF	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	30.0%	8.0%	1.0%

Tabelul A16.27 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate REF (Refocalizare Pozitivă)

			Nivel severitate REF	Total
			Scor foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	6	33
		% within Genul	18.2%	100.0 %
		% within Nivel severitate REF	31.6%	33.0 %
		% of Total	6.0%	33.0 %
	Masculin	Count	13	67
		% within Genul	19.4%	100.0 %
		% within Nivel severitate REF	68.4%	67.0 %
		% of Total	13.0%	67.0 %
Total	Count	19	100	
	% within Genul	19.0%	100.0 %	
	% within Nivel severitate REF	100.0%	100.0 %	
	% of Total	19.0%	100.0 %	

Tabelul A16.28 Chi-Square Tests Genul * Nivel severitate REF

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.163 ^a	6	.226
Likelihood Ratio	8.631	6	.195
Linear-by-Linear Association	.543	1	.461
N of Valid Cases	100		

Tabelul A16.29 Symmetric Measures Genul * Nivel severitate REF

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.286	.226
	Cramer's V	.286	.226
N of Valid Cases		100	

Tabelul A16.30 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate PLAN (Planificare)

			Nivel severitate PLAN		
			Scor mediu	Scor deasupra mediei	Scor ridicat
Genul	Feminin	Count	1	4	4
		% within Genul	3.0%	12.1%	12.1%
		% within Nivel severitate PLAN	12.5%	50.0%	44.4%
		% of Total	1.0%	4.0%	4.0%
	Masculin	Count	7	4	5
		% within Genul	10.4%	6.0%	7.5%
		% within Nivel severitate PLAN	87.5%	50.0%	55.6%

		% of Total	7.0%	4.0%	5.0%
Total		Count	8	8	9
		% within Genul	8.0%	8.0%	9.0%
		% within Nivel severitate PLAN	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	8.0%	8.0%	9.0%

Tabelul A16.31 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate PLAN (Planificare)

			Nivel severitate PLAN	Total
			Scor foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	24	33
		% within Genul	72.7%	100.0%
		% within Nivel severitate PLAN	32.0%	33.0%
		% of Total	24.0%	33.0%
	Masculin	Count	51	67
		% within Genul	76.1%	100.0%
		% within Nivel severitate PLAN	68.0%	67.0%
		% of Total	51.0%	67.0%
Total	Count	75	100	
	% within Genul	75.0%	100.0%	
	% within Nivel severitate PLAN	100.0%	100.0%	
	% of Total	75.0%	100.0%	

Tabelul A16.32 Chi-Square Tests Nivel severitate PLAN

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.133 ^a	3	.372
Likelihood Ratio	3.321	3	.345

Linear-by-Linear Association	.069	1	.793
N of Valid Cases	100		

Tabelul A16.33 Symmetric Measures Genul * Nivel severitate PLAN

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.177	.372
	Cramer's V	.177	.372
N of Valid Cases		100	

Tabelul A16.34 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate REEV POZ (Reevaluare Pozitivă)

			Nivel severitate REEV POZ		
			Scor foarte scăzut	Scor scăzut	Scor sub medie
Genul	Feminin	Count	1	1	2
		% within Genul	3.0%	3.0%	6.1%
		% within Nivel severitate REEV POZ	20.0%	20.0%	28.6%
		% of Total	1.0%	1.0%	2.0%
	Masculin	Count	4	4	5
		% within Genul	6.0%	6.0%	7.5%
		% within Nivel severitate REEV POZ	80.0%	80.0%	71.4%
		% of Total	4.0%	4.0%	5.0%
Total		Count	5	5	7
		% within Genul	5.0%	5.0%	7.0%

	% within Nivel severitate REEV POZ	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	5.0%	5.0%	7.0%

Tabelul A16.35 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate REEV POZ (Reevaluare Pozitivă)

			Nivel severitate REEV POZ		
			Scor mediu	Scor deasupra mediei	Scor ridicat
Genul	Feminin	Count	9	5	5
		% within Genul	27.3%	15.2%	15.2%
		% within Nivel severitate REEV POZ	31.0%	41.7%	41.7%
		% of Total	9.0%	5.0%	5.0%
	Masculin	Count	20	7	7
		% within Genul	29.9%	10.4%	10.4%
		% within Nivel severitate REEV POZ	69.0%	58.3%	58.3%
		% of Total	20.0%	7.0%	7.0%
Total	Count	29	12	12	
	% within Genul	29.0%	12.0%	12.0%	
	% within Nivel severitate REEV POZ	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	29.0%	12.0%	12.0%	

Tabelul A16.36 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate REEV POZ (Reevaluare Pozitivă)

			Nivel severitate REEV POZ	Total
			Scor foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	10	33
		% within Genul	30.3%	100.0%
		% within Nivel severitate REEV POZ	33.3%	33.0%
		% of Total	10.0%	33.0%
	Masculin	Count	20	67
		% within Genul	29.9%	100.0%
		% within Nivel severitate REEV POZ	66.7%	67.0%
		% of Total	20.0%	67.0%
Total	Count	30	100	
	% within Genul	30.0%	100.0%	
	% within Nivel severitate REEV POZ	100.0%	100.0%	
	% of Total	30.0%	100.0%	

Tabelul A16.37 Chi-Square Tests Genul * Nivel severitate REEV POZ

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.694 ^a	6	.946
Likelihood Ratio	1.736	6	.942
Linear-by-Linear Association	.696	1	.404
N of Valid Cases	100		

Tabelul A16.38 Symmetric Measures Genul * Nivel severitate REEV POZ

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.130	.946
	Cramer's V	.130	.946
N of Valid Cases		100	

Tabelul A16.39 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Gen*Auto-Blamare (PUN)

			Nivel severitate PUN		
			Scor foarte scăzut	Scor scăzut	Scor sub medie
Genul	Feminin	Count	6	2	3
		% within Genul	18.2%	6.1%	9.1%
		% within Nivel severitate PUN	30.0%	40.0%	33.3%
		% of Total	6.0%	2.0%	3.0%
	Masculin	Count	14	3	6
		% within Genul	20.9%	4.5%	9.0%
		% within Nivel severitate PUN	70.0%	60.0%	66.7%
		% of Total	14.0%	3.0%	6.0%
Total	Count	20	5	9	
	% within Genul	20.0%	5.0%	9.0%	
	% within Nivel severitate PUN	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	20.0%	5.0%	9.0%	

**Tabelul A16.40 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab):
Gen*Auto-Blamare (PUN)**

			Nivel severitate PUN		
			Scor mediu	Scor deasupra mediei	Scor ridicat
Genul	Feminin	Count	10	3	2
		% within Genul	30.3%	9.1%	6.1%
		% within Nivel severitate PUN	41.7%	27.3%	18.2%
		% of Total	10.0%	3.0%	2.0%
	Masculin	Count	14	8	9
		% within Genul	20.9%	11.9%	13.4%
		% within Nivel severitate PUN	58.3%	72.7%	81.8%
		% of Total	14.0%	8.0%	9.0%
Total	Count	24	11	11	
	% within Genul	24.0%	11.0%	11.0%	
	% within Nivel severitate PUN	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	24.0%	11.0%	11.0%	

**Tabelul A16.41 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab):
Gen*Auto-Blamare (PUN)**

			Nivel severitate PUN	Total
			Scor foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	7	33
		% within Genul	21.2%	100.0%
		% within Nivel severitate PUN	35.0%	33.0%
		% of Total	7.0%	33.0%
	Masculin	Count	13	67
		% within Genul	19.4%	100.0%

		% within Nivel severitate PUN	65.0%	67.0%
		% of Total	13.0%	67.0%
Total		Count	20	100
		% within Genul	20.0%	100.0%
		% within Nivel severitate PUN	100.0%	100.0%
		% of Total	20.0%	100.0%

Tabelul A16.42 Chi-Square Tests Genul * Nivel severitate PUN

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.300 ^a	6	.890
Likelihood Ratio	2.393	6	.880
Linear-by-Linear Association	.027	1	.870
N of Valid Cases	100		

Tabelul A16.43 Symmetric Measures Genul * Nivel severitate PUN

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.152	.890
	Cramer's V	.152	.890
N of Valid Cases		100	

Tabelul A16.44 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate CAT

			Nivel severitate CAT		
			Scor foarte scăzut	Scor scăzut	Scor sub medie
Genu 1	Feminin	Count	1	1	1
		% within Genul	3.0%	3.0%	3.0%
		% within Nivel severitate CAT	25.0%	50.0%	50.0%
		% of Total	1.0%	1.0%	1.0%
	Masculin	Count	3	1	1
		% within Genul	4.5%	1.5%	1.5%
		% within Nivel severitate CAT	75.0%	50.0%	50.0%
		% of Total	3.0%	1.0%	1.0%
Total	Count	4	2	2	
	% within Genul	4.0%	2.0%	2.0%	
	% within Nivel severitate CAT	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	4.0%	2.0%	2.0%	

Tabelul A16.45 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate CAT

			Nivel severitate CAT		
			Scor mediu	Scor deasupra mediei	Scor ridicat
Genul	Feminin	Count	7	2	1
		% within Genul	21.2%	6.1%	3.0%
		% within Nivel severitate CAT	29.2%	33.3%	25.0%
		% of Total	7.0%	2.0%	1.0%
	Masculin	Count	17	4	3
		% within Genul	25.4%	6.0%	4.5%

		% within Nivel severitate CAT	70.8%	66.7%	75.0%
		% of Total	17.0%	4.0%	3.0%
Total		Count	24	6	4
		% within Genul	24.0%	6.0%	4.0%
		% within Nivel severitate CAT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	24.0%	6.0%	4.0%

Tabelul A16.46 Interpretarea Combinată a Tabelului de Contingență (Crosstab): Genul * Nivel severitate CAT

			Nivel severitate CAT	Total
			Scor foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	20	33
		% within Genul	60.6%	100.0%
		% within Nivel severitate CAT	34.5%	33.0%
		% of Total	20.0%	33.0%
	Masculin	Count	38	67
		% within Genul	56.7%	100.0%
		% within Nivel severitate CAT	65.5%	67.0%
		% of Total	38.0%	67.0%
Total	Count	58	100	
	% within Genul	58.0%	100.0%	
	% within Nivel severitate CAT	100.0%	100.0%	
	% of Total	58.0%	100.0%	

Tabelul A16.47 Chi-Square Tests Genul * Nivel severitate CAT

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.972 ^a	6	.987
Likelihood Ratio	.955	6	.987
Linear-by-Linear Association	.054	1	.817
N of Valid Cases	100		

Tabelul A16.48 Symmetric Measures Genul * Nivel severitate CAT

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.099	.987
	Cramer's V	.099	.987
N of Valid Cases		100	

Tabelul A16.49 Rangurile medii ale scorurilor la auto-blamare (CULP) pentru femei și bărbați, rezultat din testul U Mann-Whitney (Gen* CULP)

	Genul	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CULP	Feminin	33	57.48	1897.00
	Masculin	67	47.06	3153.00
	Total	100		

**Tabelul A16.50 Test Statistics
de la testul U Mann-Whitney
pentru CULP pe gen**

	CULP
Mann-Whitney U	875.000
Wilcoxon W	3153.000
Z	-1.707
Asymp. Sig. (2-tailed)	.088

a. Grouping Variable: Genul

Subsecțiunea D: Analiza asocierii dintre Gen și severitatea simptomatologiei afective (DASS-21R)

D.1. Teste de independență pentru distribuții normale (Chi-pătrat) - Depresie

Tabelul A16.51 Crosstabulație(tabelul de contingență) Genul * Nivel severitate Depresie

			Nivel severitate Depresie					Total
			Normal	Ușor	Moderat	Sever	Foarte sever	
G e n u l	Feminin	Count	3	1	6	8	15	33
		% within Nivel severitate Depresie	20.0%	16.7%	33.3%	32.0%	41.7%	33.0%
	Masculin	Count	12	5	12	17	21	67
		% within Nivel severitate Depresie	80.0%	83.3%	66.7%	68.0%	58.3%	67.0%
Total		Count	15	6	18	25	36	100
		% within Nivel severitate Depresie	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelul A16.52 Chi-Square Tests Genul*Depresia

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.106 ^a	4	.540
Likelihood Ratio	3.257	4	.516
Linear-by-Linear Association	2.675	1	.102
N of Valid Cases	100		

a. 3 cells (30.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.98.

Tabelul A16.53 Symmetric Measures Genul*Depresia

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.176	.540
	Cramer's V	.176	.540
N of Valid Cases		100	

D.2. Teste de comparație a rangurilor pentru distribuții asimetrice (Testul Mann-Whitney U) - Anxietate și Stres

D.2.1. Analiza comparativă a Anxietății (Genul * Nivelul de severitate)

Tabelul A16.54 Ranks Gen și Nivelul de severitate al Anxietății

	Genul	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nivel severitate Anxietate	Feminin	33	51.97	1715.00
	Masculin	67	49.78	3335.00
	Total	100		

Tabelul A16.55 Test Statistics^a
Gen și Nivelul de severitate al
Anxietății

	Nivel severitate Anxietate
Mann-Whitney U	1057.000
Wilcoxon W	3335.000
Z	-.864
Asymp. Sig. (2- tailed)	.388

a. Grouping Variable: Genul

D.2.2. Analiza comparativă a Stresului (Genul * Nivelul de severitate)

Tabelul A16.56 Ranks Genul * Nivel de severitate Stres

	Genul	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nivel severitate Stres	Feminin	33	48.88	1613.00
	Masculin	67	51.30	3437.00
	Total	100		

Tabelul A16.57 Test Statistics^a
Genul * Nivel de severitate Stres

	Nivel severitate Stres
Mann-Whitney U	1052.000
Wilcoxon W	1613.000
Z	-.586
Asymp. Sig. (2- tailed)	.558

a. Grouping Variable: Genul

Subsecțiunea E: Analiza Anxietății (STAI-Y)
E.1. Anxietatea ca Stare (STAI-Y1)

Tbelul A16.58 Crosstabulation Genul * Nivel severitate STAI-Y1

			Nivel severitate STAI-Y1			Total
			Mediu	Ridicat	Foarte ridicat	
Ge nul	Feminin	Count	4	12	17	33
		% within Nivel severitate STAI-Y1	30.8%	42.9%	28.8%	33.0%
	Masculin	Count	9	16	42	67
		% within Nivel severitate STAI-Y1	69.2%	57.1%	71.2%	67.0%
Total		Count	13	28	59	100
		% within Nivel severitate STAI-Y1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelul A16.59 Chi-Square Tests Genului și Nivelului de severitate STAI-Y1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.727 ^a	2	.422
Likelihood Ratio	1.689	2	.430
Linear-by-Linear Association	.419	1	.518
N of Valid Cases	100		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.29.

Tabelul A16.60 Symmetric Measures Genul*Nivelul de severitate STAI-Y1

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.131	.422
	Cramer's V	.131	.422
N of Valid Cases		100	

E.2. Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Tabelul A16.61 Genul * Nivel severitate STAI-Y2 Crosstabulation

			Nivel severitate STAI-Y2				Total
			Minim	Mediu	Ridicat	Foarte ridicat	
Genul	Feminin	Count	2	17	13	1	33
		% within Nivel severitate STAI-Y2	12.5%	37.0%	44.8%	11.1%	33.0%
	Masculin	Count	14	29	16	8	67
		% within Nivel severitate STAI-Y2	87.5%	63.0%	55.2%	88.9%	67.0%
Total		Count	16	46	29	9	100
		% within Nivel severitate STAI-Y2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelu A16.62 Chi-Square Tests Genului și Nivelului de severitate STAI-Y2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.152 ^a	3	.067
Likelihood Ratio	8.006	3	.046
Linear-by-Linear Association	.481	1	.488
N of Valid Cases	100		

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.97.

Tabelul A16.63 Symmetric Measures Genul * Nivel severitate STAI-Y2

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.267	.067
	Cramer's V	.267	.067
N of Valid Cases		100	

E.3. Analiza comparativă a mediilor (Parametrică)

Tabelul A16.64 Analiza comparativă a anxietății ca stare și ca trăsătură la femei versus bărbați

	Sexul	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STAI-Y1	Femei	33	65.64	10.006	1.742
	Bărbați	67	65.58	10.616	1.297
STAI-Y2	Femei	33	50.06	8.031	1.398
	Bărbați	67	46.67	12.899	1.576

Tabelul A16.65 Testul t pentru Eșantioane Independente al Scorurilor la Anxietatea ca Stare (STAI-Y1) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2) în Funcție de Gen

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
STAI-Y1	Equal variances assumed	.533	.467	.024	98	.981	.054	2.216	-4.344	4.452
	Equal variances not assumed			.025	67.293	.980	.054	2.172	-4.280	4.388
STAI-Y2	Equal variances assumed	13.750	.000	1.381	98	.170	3.389	2.454	-1.480	8.258
	Equal variances not assumed			1.609	92.542	.111	3.389	2.107	-.795	7.572

Anexa 17. Analiza corelațională între manifestările stresului acut (măsurate prin DASS-21R, STAI-Y1, STAI-Y2) și strategiile de coping cognitiv-emoțional (matricea de intercorelații Spearman's rho - Output SPSS)

Subsecțiunea A: Intercorelații între dimensiunile sănătății mentale și anxietate

Tabelul A17.1 Matricea corelațiilor Spearman's rho pentru DASS-21R (Stres, Anxietate și Depresie)

			Stres	Anxietate	Depresie
Spearman's rho	Stres	Correlation Coefficient	1.000	.537**	.265**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.008
		N	100	100	100
	Anxietate	Correlation Coefficient	.537**	1.000	.557**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	100	100	100
	Depresie	Correlation Coefficient	.265**	.557**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.008	.000	.
		N	100	100	100

Tabelul A17.2 Matricea corelațiilor Spearman's rho pentru STAI-Y1 și STAI-Y2

			STAIY1	STAIY2
Spearman's rho	STAI-Y1	Correlation Coefficient	1.000	.396**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	100	100
	STAI-Y2	Correlation Coefficient	.396**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	100	100

Tabelul A17.3 Matricea corelațiilor Spearman's rho pentru DASS-21R, STAI-Y1 și STAI-Y2

			Stres	Anxietate	Depresie	STAIY1	STAIY2
Spearman's rho	Stres	Correlation coefficient	1.000	.537**	.265**	.520**	.205*
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.008	.000	.041
		N	100	100	100	100	100
	Anxietate	Correlation coefficient	.537**	1.000	.557**	.573**	.421**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000
		N	100	100	100	100	100
	Depresie	Correlation coefficient	.265**	.557**	1.000	.495**	.570**
		Sig. (2-tailed)	.008	.000	.	.000	.000
		N	100	100	100	100	100
	STAIY1	Correlation coefficient	.520**	.573**	.495**	1.000	.396**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000
		N	100	100	100	100	100
	STAIY2	Correlation coefficient	.205*	.421**	.570**	.396**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.041	.000	.000	.000	.
		N	100	100	100	100	100

Subsecțiunea B: Relația dintre strategiile de coping adaptative și profilul psihopatologic

Tabelul A17.4 Matricea de corelații Spearman (ρ) între variabilele psihologice și strategiile de coping adaptative

		AUTO	ACC	REF	PLAN	REEVPOZ	PUN	Depresie	Anxietate	Stres	STAI Y1	STAI Y2	
Spearman's rho	AUTO	Correlation Coefficient	1.000	.471**	-.138	.135	.179	.304**	.106	.120	.121	.018	.114
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.171	.181	.076	.002	.294	.236	.230	.857	.260
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	ACC	Correlation Coefficient	.471**	1.000	.180	.233*	.448**	.493**	-.039	-.142	-.278**	-.274**	.021
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.072	.020	.000	.000	.701	.157	.005	.006	.838
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	REF	Correlation Coefficient	-.138	.180	1.000	.419**	.588**	.484**	-.627**	-.595**	-.354**	-.549**	-.424**
		Sig. (2-tailed)	.171	.072	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	PLAN	Correlation Coefficient	.135	.233*	.419**	1.000	.430**	.278**	-.396**	-.328**	-.089	-.272**	-.473**
		Sig. (2-tailed)	.181	.020	.000	.	.000	.005	.000	.001	.380	.006	.000
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	REEVPOZ	Correlation Coefficient	.179	.448**	.588**	.430**	1.000	.723**	-.451**	-.305**	-.162	-.438**	-.253*
		Sig. (2-tailed)	.076	.000	.000	.000	.	.000	.000	.002	.107	.000	.011
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	PUN	Correlation Coefficient	.304**	.493**	.484**	.278**	.723**	1.000	-.386**	-.316**	-.215*	-.413**	-.207*
		Sig. (2-tailed)	.002	.000	.000	.005	.000	.	.000	.001	.032	.000	.039
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	Depresie	Correlation Coefficient	.106	-.039	-.627**	-.396**	-.451**	-.386**	1.000	.557**	.265**	.495**	.570**	
		Sig. (2-tailed)	.294	.701	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.008	.000	.000
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Anxietate	Correlation Coefficient	.120	-.142	-.595**	-.328**	-.305**	-.316**	.557**	1.000	.537**	.573**	.421**	
		Sig. (2-tailed)	.236	.157	.000	.001	.002	.001	.000	.	.000	.000	.000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Stres	Correlation Coefficient	.121	-.278**	-.354**	-.089	-.162	-.215*	.265**	.537**	1.000	.520**	.205*	
		Sig. (2-tailed)	.230	.005	.000	.380	.107	.032	.008	.000	.	.000	.041	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	STAIY1	Correlation Coefficient	.018	-.274**	-.549**	-.272**	-.438**	-.413**	.495**	.573**	.520**	1.000	.396**	
		Sig. (2-tailed)	.857	.006	.000	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
STAIY2	Correlation Coefficient	.114	.021	-.424**	-.473**	-.253*	-.207*	.570**	.421**	.205*	.396**	1.000		
	Sig. (2-tailed)	.260	.838	.000	.000	.011	.039	.000	.000	.041	.000	.		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Subsecțiunea C: Relația dintre strategiile de coping dezadaptative și profilul psihopatologic
Tabelul A71.5 Matricea de corelații Spearman's rho, incluzând CULP, CAT și RUM din CERQ,
alături de variabilele DASS (Stres, Anxietate, Depresie) și STAI (STAIY1, STAIY2)

			CULP	CAT	RUM	Stres	Anxietate	D	STAI Y1	STAI Y2
Spearman's rho	CULP	Correlation coefficient	1.000	.212*	.146	.261**	.318**	.179	.363**	.412**
		Sig. (2-tailed)	.	.035	.147	.009	.001	.075	.000	.000
		N	100	100	100	100	100	100	100	100
	CAT	Correlation coefficient	.212*	1.000	.689**	.310**	.460**	.445**	.601**	.339**
		Sig. (2-tailed)	.035	.	.000	.002	.000	.000	.000	.001
		N	100	100	100	100	100	100	100	100
	RUM	Correlation coefficient	.146	.689**	1.000	.408**	.419**	.329**	.387**	.318**
		Sig. (2-tailed)	.147	.000	.	.000	.000	.001	.000	.001
		N	100	100	100	100	100	100	100	100
	Stres	Correlation coefficient	.261**	.310**	.408**	1.000	.537**	.265**	.520**	.205*
		Sig. (2-tailed)	.009	.002	.000	.	.000	.008	.000	.041
		N	100	100	100	100	100	100	100	100
	Anxietate	Correlation coefficient	.318**	.460**	.419**	.537**	1.000	.557**	.573**	.421**
		Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000
		N	100	100	100	100	100	100	100	100
	Depresie	Correlation coefficient	.179	.445**	.329**	.265**	.557**	1.000	.495**	.570**
		Sig. (2-tailed)	.075	.000	.001	.008	.000	.	.000	.000
		N	100	100	100	100	100	100	100	100

	STAIY1	Correlation coefficient	.363**	.601**	.387**	.520**	.573**	.495**	1.000	.396**	
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	STAIY2	Correlation coefficient	.412**	.339**	.318**	.205*	.421**	.570**	.396**	1.000	
		Sig. (2-tailed)	.000	.001	.001	.041	.000	.000	.000	.000	.
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexa 18. Analize de regresie multiplă pentru subscalele DASS-21R, STAI-Y1, STAI-Y2: rolul strategiilor de coping cognitiv (CERQ) (Output SPSS - modelul predictiv al stresului)

Subsecțiunea A: Rezultatele analizei de regresie multiplă pentru predicția stresului (DASS-21R): rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitive CERQ) în predispoziția la stres

Tabelul A18.1 Sumarul Modelului de Regresie Multiplă pentru Predicția Stresului Acut (cu toate subscalele CERQ)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.571 ^a	.326	.259	6.552

a. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

Tabelul A18.2 Analiza Varianței (ANOVA^a) pentru Modelul de Regresie a Stresului Acut (cu toate subscalele CERQ)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1869.729	9	207.748	4.839	.000 ^b
	Residual	3863.511	90	42.928		
	Total	5733.240	99			

a. Dependent Variable: Stres

b. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

Tabelul A18.3 Coeficienții Regresiei Multiple pentru Predicția Stresului Acut (cu toate subscalele CERQ)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	36.093	5.276		6.841	.000
	AUTO	.337	.194	.197	1.743	.085
	ACC	-.562	.257	-.253	-2.187	.031
	RUM	.289	.204	.181	1.419	.159
	REF	-.757	.276	-.359	-2.746	.007
	PLAN	.210	.255	.082	.823	.413

	REEVPOZ	.020	.367	.008	.053	.957
	PUN	.157	.315	.071	.499	.619
	CAT	-.153	.241	-.089	-.637	.526
	CULP	.356	.195	.184	1.831	.070

a. Dependent Variable: Stres

Subsecțiunea B: Rezultatele analizei de Regresie Multiplă pentru predicția anxietății: (DASS-21R) rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitiv CERQ) în predispoziția la Anxietate

Tabelul A18.4 Sumarul Modelului de Regresie Multiplă pentru Predicția Anxietății Acute (cu toate subscalele CERQ)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.675 ^a	.455	.401	5.787

a. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

Tabelul A18.5 Analiza varianței (ANOVA^a) pentru Modelul de Regresie a Anxietății acute (cu toate subscalele CERQ)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2519.239	9	279.915	8.358	.000 ^b
	Residual	3014.001	90	33.489		
	Total	5533.240	99			

a. Dependent Variable: Anxietate

b. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

Tabelul A18.6 Coeficienții Regresiei Multiple pentru Predicția Anxietății Acute (cu toate subscalele CERQ)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	38.111	4.660		8.179	.000

	AUTO	.288	.171	.171	1.686	.095
	ACC	.013	.227	.006	.057	.955
	RUM	.031	.180	.019	.170	.866

Subsecțiunea C: Rezultatele analizei de Regresie Multiplă pentru predicția Depresiei: rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitiv CERQ) în predispoziția la Depresie

Tabelul A18.7 Sumarul Modelului de Regresie Multiplă pentru Predicția Depresiei Acute (cu toate subscalele CERQ)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.736 ^a	.541	.495	7.206

a. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

Tabelul A18.8 Analiza varianței (ANOVA) pentru Modelul de Regresie a Depresiei (cu toate subscalele CERQ)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5510.051	9	612.228	11.791	.000 ^b
	Residual	4673.109	90	51.923		
	Total	10183.160	99			

a. Dependent Variable: Depresie

b. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

Tabelul A18.9 Coeficienții Regresiei Multiple pentru Predicția Depresiei (cu toate subscalele CERQ)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	33.231	5.802		5.727	.000
	AUTO	.061	.213	.027	.288	.774

	ACC	.647	.283	.218	2.287	.025
	RUM	.096	.224	.045	.430	.668
	REF	-1.406	.303	-.501	-4.640	.000
	PLAN	-.541	.280	-.159	-1.928	.057
	REEVPOZ	-.309	.404	-.096	-.765	.446
	PUN	-.201	.346	-.068	-.580	.563
	CAT	.124	.265	.054	.470	.640
	CULP	.262	.214	.101	1.222	.225

a. Dependent Variable: Depresie

Subsecțiunea D: Rezultatele analizei de Regresie Multiplă pentru predicția Anxietății ca Stare (STAI-Y1): Rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitiv CERQ)

Tabelul A18.10 Sumarul Modelului de Regresie Multiplă pentru Predicția Anxietății ca Stare (STAI-Y1) (cu toate subscalele CERQ)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.736 ^a	.541	.495	7.206

a. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

Tabelul A18.11 Analiza Varianței (ANOVA) pentru Modelul de Regresie a Anxietății ca Stare (STAI-Y1) (cu toate subscalele CERQ)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5314.371	9	590.486	9.975	.000 ^b
	Residual	5327.629	90	59.196		
	Total	10642.000	99			

a. Dependent Variable: STAIY1

b. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

Tabelul A18.12 Coeficienții Regresiei Multiple pentru predicția Anxietății ca Stare (STAI-Y1) (cu toate subscalele CERQ)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	59.513	6.195		9.606	.000
	AUTO	.045	.227	.019	.197	.844
	ACC	-.237	.302	-.078	-.785	.434
	RUM	-.074	.239	-.034	-.309	.758
	REF	-.834	.324	-.291	-2.577	.012
	PLAN	-.256	.299	-.074	-.856	.394
	REEVPOZ	.617	.431	.188	1.431	.156
	PUN	-.381	.370	-.126	-1.031	.305
	CAT	.980	.283	.419	3.465	.001
	CULP	.545	.229	.206	2.383	.019

a. Dependent Variable: STAIY1

Subsecțiunea E Rezultatele analizei de Regresie Multiplă pentru predicția Anxietății ca Trăsătură (STAI-Y2): Rolul tuturor schemelor cognitive (strategiilor de coping cognitiv CERQ)

Tabelul A18.13 Sumarul Modelului de Regresie Multiplă pentru predicția Anxietății ca Trăsătură (STAI-Y2) (cu toate subscalele CERQ)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.658 ^a	.432	.376	9.159

a. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

**Tabelul A18.14 Analiza Varianței (ANOVA) pentru Modelul de Regresie a
Anxietății ca Trăsătură (STAI-Y2) (cu toate subscalele CERQ)**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5749.382	9	638.820	7.616	.000 ^b
	Residual	7549.208	90	83.880		
	Total	13298.590	99			

a. Dependent Variable: STAIY2

b. Predictors: (Constant), CULP, RUM, PLAN, PUN, AUTO, ACC, REF, CAT, REEVPOZ

**Tabelul A18.15 Coeficienții Regresiei Multiple pentru predicția Anxietății ca
Trăsătură (STAI-Y2) (cu toate subscalele CERQ)**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	49.870	7.375		6.762	.000
	AUTO	.400	.271	.153	1.479	.143
	ACC	.877	.359	.259	2.441	.017
	RUM	.169	.285	.069	.593	.555
	REF	-.668	.385	-.208	-1.735	.086
	PLAN	-1.355	.356	-.348	-3.802	.000
	REEVPOZ	.195	.514	.053	.380	.705
	PUN	-.454	.440	-.134	-1.032	.305
	CAT	-.098	.337	-.038	-.292	.771
	CULP	1.050	.272	.355	3.859	.000

a. Dependent Variable: STAIY2

Anexa 19. Analize de regresie multiplă privind rolul predictor al schemelor cognitive dezadaptative și al anxietății ca trăsătură asupra stresului acut.

Subsecțiunea A: Rezultatele regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu Blamarea altor persoane (CULP) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Tabelul A19.1 Rezumatul modelului regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu Blamarea altor persoane (CULP) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.371 ^a	.137	.120	7.140

a. Predictors: (Constant), STAIY2_centrat_nou, CULP_centrat_nou

Tabelul A19.2 Analiza varianței (ANOVA) regresiei multiple a stresului (DASS)-21R cu Blamarea altor persoane (CULP) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	787.577	2	393.789	7.723	.001 ^b
	Residual	4945.663	97	50.986		
	Total	5733.240	99			

a. Dependent Variable: Stres

b. Predictors: (Constant), STAIY2_centrat_nou, CULP_centrat_nou

Tabelul A19.3 Coeficienții de regresie multiplă a stresului (DASS-21R) cu Blamarea altor persoane (CULP) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	36.740	.714		51.453	.000
	CULP_centrat_nou	.475	.196	.245	2.424	.017
	STAIY2_centrat_nou	.134	.066	.204	2.013	.047

a. Dependent Variable: Stres

Subsecțiunea B: Rezultatele regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu Catastrofizare (CAT) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Tabelul A19.4 Rezumatul modelului Regresiei multiple a Stresului (DASS-21R) cu Catastrofizare (CAT) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.361 ^a	.130	.112	7.170

a. Predictors: (Constant), STAIY2_centrat_nou, CAT_centrat_nou

Tabelul A19.5 Analiza varianței (ANOVA) Regresiei Multiple a Stresului (DASS-21R) cu Catastrofizare (CAT) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	746.703	2	373.352	7.263	.001 ^b
	Residual	4986.537	97	51.408		
	Total	5733.240	99			

a. Dependent Variable: Stres

b. Predictors: (Constant), STAIY2_centrat_nou, CAT_centrat_nou

Tabelul A19.6 Coeficienții de Regresie multiplă a Stresului (DASS-21R) cu Catastrofizare (CAT) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	36.740	.717		51.242	.000
	CAT_centrat_nou	.388	.173	.226	2.243	.027
	STAIY2_centrat_nou	.142	.066	.216	2.144	.035

a. Dependent Variable: Stres

Subsecțiunea C: Rezultatele regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu Autoînvinovățirea (AUTO) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Tabelul A19.7 Rezumatul modelului Regresiei Multiple a Stresului (DASS-21R) cu Auto-învinovățire (AUTO) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.321 ^a	.103	.084	7.282

a. Predictors: (Constant), STAIY2_centrat_nou, AUTO_centrat_nou

Tabelul A19.8 Analiza varianței (ANOVA) Regresiei Multiple a Stresului (DASS)-21R cu Auto-învinovățire (AUTO) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	590.195	2	295.098	5.566	.005 ^b
	Residual	5143.045	97	53.021		
	Total	5733.240	99			

a. Dependent Variable: Stres

b. Predictors: (Constant), STAIY2_centrat_nou, AUTO_centrat_nou

Tabelul A19.9 Coeficienții de Regresie Multiplă a Stresului (DASS-21R) pe Auto-învovățire (AUTO) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	36.740	.728		50.456	.000
	AUTO_centrat_nou	.234	.168	.136	1.388	.168
	STAIY2_centrat_nou	.175	.064	.266	2.714	.008

a. Dependent Variable: Stres

Subsecțiunea D: Rezultatele regresiei multiple a stresului (DASS-21R) cu Ruminarea (RUM) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Tabelul A19.10 Rezumatul modelului Regresiei multiple a Stresului (DASS-21R) cu Ruminarea (RUM) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.377 ^a	.142	.124	7.121

a. Predictors: (Constant), STAIY2_centrat_nou, RUM_centrat_nou

Tabelul A19.11 Analiza varianței (ANOVA) Regresiei multiple a Stresului (DASS-21R) cu Ruminarea (RUM) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	814.952	2	407.476	8.036	.001 ^b
	Residual	4918.288	97	50.704		
	Total	5733.240	99			

a. Dependent Variable: Stres

b. Predictors: (Constant), STAIY2_centrat_nou, RUM_centrat_nou

Tabelul A19.12 Coeficienții de Regresie multiplă a Stresului (DASS-21R) cu Ruminarea (RUM) și Anxietatea ca Trăsătură (STAI-Y2)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	36.740	.712		51.596	.000
	RUM_centrat_nou	.404	.159	.253	2.539	.013
	STAIY2_centrat_nou	.137	.065	.208	2.092	.039

a. Dependent Variable: Stres

Anexa 20. Analiza corelațională între variabilele socio-demografice/medicale și intensitatea stresului acut.

Tabelul A20.1 Matricea de corelații Spearman's rho între variabilele socio-demografice/medicale și intensitatea distresului psihologic

			Vârsta	Mediul de rezidență	Nivelul studiilor	Tipul afecțiunii medicale	Tipul tratamentului medical	Nivel severitate Stres	Nivel severitate Anxietate	Nivel severitate Depresie	Nivel severitate STAI-Y1	Nivel severitate STAI-Y2
Spearman's rho	Vârsta	Correlați on Coeficien t	1.00 0	.109	.082	.295 **	.003	-.019	-.019	.114	-.138	.174
		Sig. (2- tailed)	.	.282	.415	.003	.977	.849	.849	.257	.170	.083
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Mediul de rezidență	Correlati on Coeficien t	.109	1.00 0	-. 429 **	.047	-.004	.199*	.056	.112	.147	-.059
		Sig. (2- tailed)	.282	.	.000	.641	.970	.047	.579	.267	.145	.557
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Nivelul studiilor	Correlati on Coeficien t	.082	-. 429 **	1.00 0	-. 055	-. 229*	-.087	-.135	-.306**	-.164	-.168
		Sig. (2- tailed)	.415	.000	.	.587	.022	.390	.180	.002	.103	.095
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Tipul afecțiunii medicale	Correlati on Coeficien t	.295 **	.047	-. 055	1.00 0	.147	-.112	-.077	.261**	-.069	.436**
		Sig. (2- tailed)	.003	.641	.587	.	.145	.266	.448	.009	.495	.000
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tipul tratamentu lui medical	Correlati on Coefficie nt	.003	- .004	- .229 *	.147	1.00 0	.183	.138	.276**	.279**	.247*
	Sig. (2- tailed)	.977	.970	.022	.145	.	.068	.171	.006	.005	.013
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nivel severitate Stres	Correlati on Coefficie nt	- .019	.199 *	- .087	- .112	.183	1.000	.577**	.384**	.431**	.288**
	Sig. (2- tailed)	.849	.047	.390	.266	.068	.	.000	.000	.000	.004
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nivel severitate Anxietate	Correlati on Coefficie nt	- .019	.056	- .135	- .077	.138	.577* *	1.000	.336**	.296**	.247*
	Sig. (2- tailed)	.849	.579	.180	.448	.171	.000	.	.001	.003	.013
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nivel severitate Depresie	Correlati on Coefficie nt	.114	.112	- .306 **	.261 **	.276* *	.384* *	.336**	1.000	.397**	.460**
	Sig. (2- tailed)	.257	.267	.002	.009	.006	.000	.001	.	.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nivel severitate STAI-Y1	Correlati on Coefficie nt	- .138	.147	- .164	- .069	.279* *	.431* *	.296**	.397**	1.000	.302**
	Sig. (2- tailed)	.170	.145	.103	.495	.005	.000	.003	.000	.	.002
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nivel severitate STAI-Y2	Correlati on Coefficie nt	.174	- .059	- .168	.436 **	.247*	.288* *	.247*	.460**	.302**	1.000

		Sig. (2-tailed)	.083	.557	.095	.000	.013	.004	.013	.000	.002	.
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexa 21. Studii de caz

Studiu de caz Nr. 1

(Modulul I - pacient cu afecțiune medicală acută, tratament chirurgical, perioada de internare sub 7 zile)

1. Prezentarea cazului și contextul clinic

Date demografice și sociale: D.M., 45 de ani, de sex feminin, din mediul urban, economistă, căsătorită, mamă a doi copii adolescenți.

Context medical: pacienta s-a prezentat la UPU - SMURD cu dureri abdominale severe, greață și febră. A fost diagnosticată cu Apendicită acută perforată cu peritonită localizată și a fost supusă unei intervenții chirurgicale de urgență (Apendicectomie laparoscopică și lavaj peritoneal). Din cauza riscului de complicații septice, a fost transferată post-operator în secția ATI pentru monitorizare intensivă. Durata totală a spitalizării în ATI a fost de 4 zile, încadrându-se în Modulul I de intervenție (specific pacienților cu spitalizare sub 7 zile).

Istoric psihologic: fără istoric psihiatric cunoscut, descrie un stil de viață organizat, dar stresant.

Particularități de cadru și context fizic: adaptarea programului SCE-ATI a presupus transformarea mediului de monitorizare într-un cadru de siguranță. Deși pacienta era imobilizată în poziție de decubit dorsal, monitorizarea constantă (EKG, pulsoximetru) a fost resemnificată simbolic din *semne de pericol* în *confirmări de viață*. S-a asigurat o poziționare a psihologului care să permită contactul vizual simetric, facilitând o alianță terapeutică rapidă, necesară în intervenția de criză.

2. Evaluarea psihologică inițială (T1)

2.1. Analiza cognitivă (cauza stresului acut)

Evaluarea psihologică a fost realizată în a doua zi de spitalizare. Focusul a fost pe cognițiile legate de natura bruscă și amenințătoare a evenimentului, la adresa vieții.

Schemele cognitive și strategiile de coping (CERQ & Interviu): Interviuul a relevat o activare a schemei de vulnerabilitate la pericol. Pacienta era copleșită de rapiditatea cu care situația a escaladat. A verbalizat: „*Ieri eram la birou, iar azi am fost la un pas de moarte. Totul se poate termina într-o secundă.*” Strategiile sale de coping erau dominate de șoc și teamă: Scor extrem de ridicat la CAT=19/20, indicând proiecții iminente ale morții și la RUM =16/20 - analiza repetitivă

a scenariului „ce s-ar fi întâmplat dacă mai întârziam încă o oră? Ce se întâmplă cu copiii mei?”

<i>Strategie de Coping (CERQ)</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare</i>
Catastrofare	19 / 20	Utilizare foarte frecventă
Ruminare	16 / 20	Utilizare moderată
Auto-culpabilizare	10 / 20	Utilizare redusă
Culpabilizarea celorlalți	15 / 20	Utilizare moderată, pe "soartă")
Acceptare	8 / 20	Utilizare foarte redusă
Reevaluare pozitivă	9 / 20	Utilizare foarte redusă
Refocalizare pe planificare	14 / 20	Utilizare foarte redusă
Refocalizare pozitivă	11 / 20	Utilizare redusă
Punerea în perspectivă	10 / 20	Utilizare foarte redusă

2.2. *Tabloul clinic al stresului acut (manifestările)*

Simptomatologia emoțională și fiziologică (DASS-21R & STAI-Y):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare clinică</i>
DASS 21R-Stres	48	Nivel sever
DASS 21R-Anxietate	38	Nivel sever
DASS 21R-Depresie	16	Nivel redus
STAI-Y1 (Stare)	72	Anxietate ca stare extrem de ridicată
STAI-Y2 (Trăsătură)	48	Nivel moderat

Observații clinice și comportamentale: Pacienta prezenta o activare fiziologică intensă: tahicardie, palme transpirate, voce tremurată. Era alertă la orice mișcare din salon, pune întrebări frecvente despre parametrii de pe monitor și solicita reasigurări constante de la personalul medical. Nu raporta flashback-uri, ci o stare de teamă generalizată și persistentă.

2.3. Analiza fenomenologică (DSM-5) pentru TSA: Deși nu prezenta simptome intruzive tipice (flashback-uri), pacienta îndeplinea Criteriul A (trauma) și 9 indicatori TSA, cu accent pe Hiperactivare (5 simptome: răspuns de tresărire exagerat la alarme; hipervigilență constantă; dificultăți de concentrare; insomnie; iritabilitate, din cauza fricii și a disconfortului) și simptome dissociative (2 simptome: Sentiment de irealitate: „*parcă nu mi se întâmplă mie*”); Perceperea distorsionată a timpului, orele păreau să treacă extrem de lent), urmate de starea afectivă negativă (1 simptom: teamă persistentă și incapacitatea de a se relaxa) și Evitare (1 simptom: Evita să închidă ochii de teama de a nu se mai trezi).

3. Desfășurarea intervenției psihologice (programul SCE-ATI - Modul I)

Având în vedere timpul foarte scurt (3 zile) și natura acută a crizei, intervenția a fost una de criză, bazată pe Terapia scurtă strategică (Palo Alto) și tehnici de concretizare (Moreno). Având în vedere timpul limitat, scopul nu a fost explorarea schemelor cognitive profunde, ci modificarea rapidă a cadrului de interpretare (reframing).

Obiective terapeutice specifice:

- (1) Resemnificarea cadrului cognitiv de interpretare, de la *eveniment catastrofal* la *criză depășită cu succes*.
- (2) Reducerea simptomelor de hiperactivare fiziologică (stresul acut) prin control somatic.
- (3) Stabilizarea post-criză prin creșterea sentimentului de control personal asupra propriilor reacții.

Descrierea ședințelor cu exemplificarea tehnicilor integrative:

Ședința 1 (Focus: cognitiv - tehnica reframing):

Abordare: terapie scurtă strategică - Palo Alto).

Tehnică: *redefinirea (reframing)*. Aceasta a fost tehnica de mutare a focusului de pe *trecutul periculos* pe *prezentul sigur*. Psihologul nu a negat pericolul prin care a trecut pacienta, ci l-a reîncadrat în timp, facilitând desemnificarea experienței traumatice, pacienta trecând de la o stare de devalorizare la una de auto-eficacitate.

Exemplificare în dialog: la gândul pacientei „*Am fost la un pas de moarte*”, psihologul a utilizat metafora *punctului de cotitură*: „*Este absolut adevărat. Ați fost. Dar cuvântul cheie aici este 'fost'*. *Ați acționat la timp, ați ajuns unde trebuie, iar medicii au învins pericolul. Acum, acest salon nu mai este locul pericolului, ci este locul cel mai sigur, dovada faptului că pericolul a trecut. Povestea nu mai este despre 'a fi în pericol', ci despre 'a fi supraviețuit unui pericol'.*”

Impact pe schemă și stres: această redefinire a vizat direct schema de vulnerabilitate, schimbând percepția de la *amenințare iminentă* la *siguranță post-criză*, aspect reieșit din reducerea scorului la CAT (CERQ) prin validarea supraviețuirii. Consecința imediată a fost o reducere a anxietății anticipatorii și a hipervigilenței.

Ședința 2 (Focus: emoțional/fiziologic(somatic) - tehnica concretizării):

Abordare: Psihodramă - prin concretizarea fricii ca obiect extern. Tehnici Somato-Psihice Integrative.

Tehnici: *concretizarea simbolică a anxietății și ancorarea corporală* prin respirație diafragmatică. Scopul intervenției psihologice a fost transformarea suferinței invizibile într-o formă gestionabilă. Prin concretizare, s-a facilitat distanțarea pacientei de propria frică (externalizare), iar prin ancorarea somato-psihică, s-a oferit corpului o contra-experiență de siguranță, inversând fluxul de la alertă fiziologică la calmare mentală.

Exemplificare în dialog: psihologul (concretizare) a invitat-o să dea o formă anxietății: „*Dacă această frică ce vă apasă pieptul ar avea o formă, o textură și o greutate, cum ar arăta ea acum, aici, lângă patul dumneavoastră?*”. După ce pacienta a descris-o ca pe un *ghem de sârmă ghimpată*, psihologul a introdus tehnica de respirație ca o acțiune de control (ancorare somato-psihică): „*Acum, haideți să folosim respirația ca pe un jet de apă caldă pe care îl direcționăm fix către acel ghem, pentru a-l relaxa și a-l dizolva puțin, cu fiecare expirație. Dumneavoastră sunteți cea care controlează acest jet, cea care decide ritmul în care corpul se relaxează, indiferent de ce spun aparatele din jur.*”

Impact pe schemă și stres: tehnica a crescut **sentimentul de control personal** asupra reacțiilor interne. Implementarea ancorării somato-psihice a permis invalidarea schemei de vulnerabilitate prin trecerea pacientei de la rolul de victimă la cel de observator activ, diminuând direct hiperactivarea fiziologică și scorul de anxietatea ca stare (STAI-Y1) pe măsură ce experiența controlului asupra propriei respirații a resemnificat *ghemul de sârmă* (concretizarea) dintr-o amenințare copleșitoare într-o senzație gestionabilă.

Ședința 3 (Focus: consolidare și planificare):

Abordare: terapia scurtă orientată pe soluții.

Tehnică: *Proiecția în viitor și recomandarea terapeutică.*

Exemplificare în dialog: psihologul a consolidat noua perspectivă, orientând-o spre viitor: „*Acum că ați văzut că aveți unelte să 'îmblânziți' ghemul de sârmă, care este cel mai mic pas pe care îl veți face mâine, în salonul de chirurgie, pentru a continua să exersați acest control?*”. S-a subliniat că anxietatea în privința sănătății este o temă mai veche și s-a oferit recomandarea pentru continuarea psihoterapiei după externare.

Impact pe schemă și stres: creșterea scorului la **PLAN**, a pregătit transferul spre salonul de chirurgie.

4. Evaluarea finală (T2) și progresul înregistrat

Tablou clinic final: la evaluarea din ziua a 4-a, pacienta era vizibil mai liniștită. Deși încă îngrijorată, nu mai prezenta semne de panică acută. Era capabilă să folosească tehnica de respirație și să verbalizeze resemnificarea cognitivă despre siguranța post-operatorie.

Rezultate psihometrice comparative (T1 vs. T2): confirmă eficacitatea programului în reducerea rapidă a simptomatologiei.

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Scor Post-Test (T2)</i>	<i>Modificare</i>
DASS 21R-Stres	48	24	Scădere
DASS-Anxietate	38	14	Scădere semnificativă
DASS-21R -Depresie	16	12	Scădere
STAI-Y1 (Stare)	72	40	Scădere semnificativă

<i>Strategie de Coping (CERQ)</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Scor Post-Test (T2)</i>	<i>Modificare</i>
Catastrofare	19	12	Scădere semnificativă
Ruminație	16	12	Scădere
Auto-culpabilizare	10	9	Scădere
Culpabilizarea celorlalți	15	11	Scădere
Acceptare	8	16	Creștere semnificativă
Reevaluare pozitivă	9	15	Creștere
Refocalizare pe planificare	14	18	Creștere semnificativă
Refocalizare pozitivă	11	16	Creștere
Punerea în perspectivă	10	18	Creștere

5. Limitele și gestionarea acestora:

Limitări: principala limitare a fost timpul scurt al intervenției (3 sesiuni). Nu a fost posibilă o explorare în profunzime a schemelor, ci doar o gestionare a manifestărilor lor acute.

Gestionare: intervenția a fost extrem de focalizată, renunțându-se la explorare în favoarea oferirii unor instrumente *la pachet*, ușor de reținut și de aplicat imediat (o tehnică de respirație, o singură resemnificare cognitivă centrală) și cu accent pe recomandarea de a continua terapia.

6. Concluzii specifice cazului

Cazul doamnei D.M. demonstrează eficacitatea unei intervenții psihologice de criză, ultra-scurte și focalizate, pentru pacienții cu afecțiuni acute chirurgicale. Chiar și în decurs de 3-4 zile, prin oferirea unor instrumente simple de reglare fiziologică (respirația) și a unei singure ancore cognitive (resemnificarea pericolului), se poate obține o reducere semnificativă a anxietății ca stare și a catastrofizării. Acest lucru subliniază importanța intervenției imediate pentru stabilizarea emoțională, prevenind astfel instalarea unor mecanisme dezadaptative mai profunde.

Studiu de caz Nr. 3

(Modulul III - pacient cu afecțiune medicală acută, tratament chirurgical, 28 zile de internare la ATI)

1. Prezentarea cazului și contextul clinic

Date demografice și sociale: V.A., 58 de ani, de sex masculin, din mediul rural, de profesie tâmplar, căsătorit, tată a trei copii adulți.

Context medical: pacientul a suferit un accident de muncă sever (a căzut de pe o scelă), rezultând într-un politraumatism complex: Fractură de bazin. Fracturi costale multiple și leziuni interne care au necesitat o intervenție chirurgicală de urgență (Laparotomie exploratorie cu splenectomie). Evoluția post-operatorie a fost complicată de o infecție nosocomială, ceea ce a prelungit necesitatea monitorizării și tratamentului în secția ATI. Durata totală a spitalizării în ATI a fost de 28 de zile, încadrându-se în Modulul III de intervenție (specific pacienților cu spitalizare între 15 și 30 de zile).

Istoric psihologic: profil de personalitate bazat pe auto-eficacitate fizică (*omul de bază*), fără istoric psihiatric, dar cu vulnerabilitate la pierderea utilității sociale.

Particularități de cadru: din cauza imobilizării prelungite, cadrul a fost resemnificat ca un *atelier de restaurare personală*. Psihologul a adoptat un stil de lucru mai lent, adaptat ritmului apatic al pacientului, utilizând elemente din mediul rural (metafore legate de lemn și construcție) pentru a facilita alianța.

2. Evaluarea psihologică inițială (T1)

2.1. Analiza cognitivă (cauza stresului acut)

Evaluarea a fost realizată în ziua a 3-a de internare, după ce pacientul a fost stabilizat hemodinamic.

Schemele cognitive și strategiile de coping (CERQ & Interviu): interviul a relevat o activare puternică a schemelor de deprivare emoțională și eșec. Pacientul, un om activ și independent, se simțea complet neajutorat și deconectat de rolul său de *stâlp al familiei*. A verbalizat: „*Sunt un nimeni acum. Sunt o legumă. La ce mai sunt bun dacă nu pot munci? Mai bine muream atunci.*” Strategiile sale de coping erau dominate de RUM (19/20) și AUTO (18/20) și înregistra scoruri extrem de scăzute la REEV POZ (6/20), indicând un blocaj în faza de doliu după identitatea pierdută:

<i>Strategie de Coping (CERQ) Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare</i>
Catastrofare 17 / 20	Utilizare frecventă
Ruminație 19 / 20	Utilizare foarte frecventă
Auto-culpabilizare 18 / 20	Utilizare frecventă
Culpabilizarea celorlalți 9 / 20	Utilizare foarte redusă
Acceptare 9 / 20	Utilizare foarte redusă
Reevaluare pozitivă 6 / 20	Utilizare foarte redusă
Refocalizare pe planificare 7 / 20	Utilizare foarte redusă
Refocalizare pozitivă 9 / 20	Utilizare foarte redusă
Punerea în perspectivă 10 / 20	Utilizare foarte redusă

2.2. *Tabloul clinic al stresului acut (manifestările)*

Simptomatologie emoțională și fiziologică (DASS-21R & STAI-Y1):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare clinică</i>
DASS-Stres	42	Nivel foarte sever
DASS-Anxietate	30	Nivel moderat
DASS-Depresie	42	Nivel foarte sever
STAI-Y1 (Stare)	55	Anxietate de stare ridicată
STAI-Y2 (Trăsătură)	42	Nivel normal

Observații clinice și comportamentale: spre deosebire de cazurile anterioare, pacientul nu era agitat, ci mai degrabă apatic, retras, prezenta anhedonie și contact vizual redus. Vorbea cu o voce stinsă și răspundea monosilabic. Manifesta o lipsă de interes față de procedurile medicale și față de vizitele familiei.

2.3. *Analiza fenomenologică a răspunsului la stres (corelarea metodologică cu reperele DSM-5)*

Deși prezenta o simptomatologie dominată de apatie și retragere, tabloul clinic al pacientului V.A. întrunea Criteriul A (trauma) - experiența subiectivă a unui accident de muncă cu potențial letal (cădere de la înălțime) și a unei intervenții chirurgicale majore - și 10 simptome specifice TSA din Criteriul B (Simptome):

Din categoria intruziune (2 simptome): 1. Amintiri recurente despre căzătură; 2. Ruminații intense despre consecințele accidentului.

Din categoria stare afectivă negativă (2 simptome): 3. Incapacitatea persistentă de a simți emoții pozitive (anhedonie); 4. Sentimente de vinovăție și deznădejde.

Din categoria evitare (2 simptome): 5. Evitarea stimulilor externi (familie, discuții); 6. Evitarea stimulilor interni (retragere emoțională).

Din categoria hiperactivare (4 simptome): 7. Iritabilitate (când era forțat să interacționeze); 8. Dificultăți de concentrare; 9. Tulburări de somn (insomnie de trezire); 10. Demotivare și lipsă de implicare.

3. Desfășurarea intervenției (programul SCE-ATI - Modul III)

Obiective terapeutice specifice:

- (1) Combaterea simptomelor depresive și a sentimentului de neajutorare.
- (2) Reconstrucția sensului și a identității dincolo de rolul profesional.
- (3) Consolidarea resurselor interne și externe pentru o recuperare pe termen lung.

Descrierea ședințelor:

Ședințele 1-7 (Focus: stabilizare și activare comportamentală): primele ședințe au fost dificile din cauza apatiei. S-a lucrat mult pe **validare** și **suport emoțional non-verbal**. Progresul a început cu **activarea comportamentală**: stabilirea unui obiectiv extrem de mic - să asculte o melodie preferată la căști. Atingerea acestui obiectiv a fost un prim pas în combaterea neajutorării, oferind corpului prima experiență de autonomie după 3 zile de imobilitate totală.

Ședințele 8-15 (Focus: Resemnificare cognitivă și reconstrucție narativă): s-a abordat direct gândul „*Sunt un nimeni acum*”. S-a folosit **tehnica externalizării problemei și reframing-ul rolurilor** : "*Se pare că 'eșecul' a intrat în viața dumneavoastră și încercă să vă spună că sunteți definit doar de munca fizică. Dar ce alte roluri mai aveți? Sunteți soț, tată, bunic?*". S-a lucrat la **reconstrucția narativă**, explorând momente din trecut în care a depășit dificultăți, pentru a reactiva sentimentul de competență, trecând de la rolul de *tâmplar* (muncă fizică) la cel de *arhitect al familiei* (valoare morală).

Ședințele 16-22 (Focus: Sens și Consolidare): s-au utilizat abordări din Psihodramă și Terapia Sistemică.

Tehnică: Resemnificarea prin roluri valorizate și proiecția în viitor.

Exemplificare în dialog: psihologul a explorat rolul de bunic, ca sursă de sens: „*Chiar dacă acum corpul de tâmplar se odihnește, ce are de învățat nepotul dumneavoastră de la bunicul care nu se dă bătut? Pentru ce rol merită să luptați acum?*”. Răspunsul pacientului („*vreau să-mi văd nepotul*”).

creșcând") a fost utilizat ca o **ancoră sistemică** pentru motivarea în procesul de recuperare, ultimele ședințe axându-se pe planificarea concretă a pașilor de recuperare post-ATI.

4. Evaluarea finală (T2) și progresul înregistrat

Tablou clinic final: la finalul celor 22 de zile, pacientul era transformat. Deși încă îngrijorat de viitor, era orientat spre acțiune, discuta deschis cu familia despre planurile de recuperare și își regăsise un scop.

Rezultate psihometrice comparative (T1 vs. T2):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Scor Post-Test (T2)</i>	<i>Modificare</i>
DASS-Stres	42	26	Scădere semnificativă
DASS-Anxietate	30	16	Scădere
DASS-Depresie	42	26	Scădere semnificativă
STAI-Y1 (Stare)	55	40	Scădere

<i>Strategie de coping (CERQ)</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Scor Post-Test (T2)</i>	<i>Modificare</i>
Catastrofare	17	12	Scădere
Ruminație	19	12	Scădere semnificativă
Auto-culpabilizare	18	11	Scădere semnificativă
Culpabilizarea celorlalți	9	8	Scădere
Acceptare	9	18	Creștere semnificativă
Reevaluare pozitivă	6	17	Creștere semnificativă
Refocalizare pe planificare	7	16	Creștere semnificativă
Refocalizare pozitivă	9	16	Creștere
Punerea în perspectivă	10	18	Creștere

5. Limitele și Gestionarea acestora:

Intervenția în acest caz complex s-a confruntat cu o serie de bariere semnificative, care au necesitat o adaptare constantă a strategiei terapeutice.

Limitări:

1. **Apatia și deznădejdea profundă:** cea mai mare barieră a fost starea depresivă severă a pacientului, manifestată prin lipsă de speranță și o motivație intrinsecă aproape inexistentă. Refuzul inițial de a participa la kinetoterapie sau de a comunica era un simptom al acestei deznădejdi.

2. **Criza identitară rigidă:** identitatea pacientului era construită aproape exclusiv în jurul rolului de *om muncitor și puternic*. Pierderea acestei funcționalități a fost percepută ca o anulare a propriei valori ca persoană, făcând pacientul foarte rezistent la perspective alternative.

3. **Complicațiile medicale:** apariția infecției nosocomiale în timpul spitalizării a acționat ca o confirmare a scenariului său catastrofic („*totul merge prost, nu are rost*”) și a dus la o regresie temporară în starea sa emoțională.

4. **Durerea Fizică:** nivelul ridicat de durere post-operatorie a limitat considerabil capacitatea pacientului de a se concentra și de a se angaja în procesul psihologic.

Gestionarea (rolul și tactul psihologului):

1. **Răbdare și Validare:** în fața apatiei, psihologul a renunțat la orice presiune spre *progres*. Primele ședințe s-au bazat pe **prezență constantă și tăcută**, validând suferința fără a încerca să o *repare*. Alianța s-a construit pe acceptarea necondiționată a deznădejii pacientului.

2. **Activare comportamentală graduală:** pentru a combate apatia, s-a folosit o abordare de activare comportamentală cu obiective extrem de mici (ex: „*astăzi doar ne vom uita împreună pe geam timp de 2 minute*”), fiecare mic succes fiind recunoscut și valorificat.

3. **Abordare sistemică indirectă:** în loc să contrazică direct credința despre identitatea pierdută, psihologul a folosit **tehnici de explorare a altor roluri** (bunic, soț), ocolind astfel rezistența pacientului și ajutându-l să descopere singur alte surse de valoare.

4. **Colaborare interdisciplinară:** a existat o colaborare strânsă cu echipa medicală. Ședințele erau programate în funcție de administrarea analgezicelor, iar în perioadele de agravare medicală, intervenția psihologică se transforma într-una pur suportivă.

6. Concluzii specifice cazului

Cazul domnului V.A. ilustrează provocările și eficacitatea intervenției psihologice pe termen lung în ATI, în special la pacienții cu risc crescut de depresie. Succesul a depins de tranziția de la tehnicile de criză la o abordare mai profundă, centrată pe reconstrucția identității și a sensului. Acest caz subliniază că, pentru pacienții cu **afecțiuni acute de sănătate, tratament chirurgical și spitalizări prelungite**, obiectivele terapeutice trebuie să depășească simpla reducere a stresului și să vizeze resemnificarea viziunii pacientului asupra propriei vieți post-traumă.

Studiu de Caz: nr.4
(Modulul I - pacient cu afecțiune medicală cronică, tratament chirurgical,
internare în ATI 3 zile)

1. Prezentarea cazului și contextul clinic

Date demografice și sociale: C.E., 54 de ani, de sex feminin, din mediul urban, profesoară de liceu, căsătorită, mamă a unui copil student.

Context medical: pacienta este cunoscută cu o afecțiune cardiacă cronică (tahicardie supraventriculară paroxistică), care a devenit recent refractară la tratamentul medicamentos. A fost internată programat pentru o intervenție chirurgicală minim-invazivă (ablație prin cateter). Datorită naturii procedurii și a comorbidităților (hipertensiune arterială), a fost transferată post-procedural în Secția Clinică ATI pentru 24 de ore de monitorizare electrocardiografică continuă. Durata totală a spitalizării în ATI a fost de 3 zile.

Istoric psihologic: fără un diagnostic psihiatric anterior, însă pacienta descrie o anxietate privind starea de sănătate (nosofobie) crescută în ultimii ani, manifestată prin monitorizarea compulsivă a funcției cardiace și o teamă constantă de a nu suferi un eveniment cardiac major.

Particularități de cadru: adaptarea programului SCE-ATI a presupus resemnificarea monitoarelor EKG. Pentru un pacient cu anxietate privind sănătatea, ecranele sunt adesea surse de teroare. În cadrul intervenției, acestea au fost redefinite ca *asistenți tehnici de încredere*, permițând psihologului să construiască o alianță bazată pe siguranța datelor obiective.

2. Evaluarea psihologică inițială (T1)

2.1. Analiza cognitivă (cauza stresului acut)

Evaluarea psihologică a fost realizată în seara de după intervenție, iar focusul a fost pe cognițiile legate de frica de eșec al procedurii.

Schemele cognitive și strategiile de coping (CERQ & Interviu): Interviuul a relevat o activare a schemei de vulnerabilitate la pericol. Pacienta a verbalizat: „*Dacă nu a mers? Dacă se strică ceva? Simt fiecare bătaie a inimii și mă gândesc că nu e normală. Nu pot avea încredere în propria mea inimă.*” Strategiile sale de coping erau centrate pe catastrofare:

<i>Strategie de Coping (CERQ)</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare (Frecvența de utilizare)</i>
Catastrofare	19 / 20	Utilizare Foarte frecventă
Ruminație	16 / 20	Utilizare Frecventă
Auto-culpabilizare	10 / 20	Utilizare Redusă
Culpabilizarea celorlalți	15 / 20	Utilizare Foarte redusă
Acceptare	8 / 20	Utilizare Redusă
Reevaluare pozitivă	9 / 20	Utilizare Redusă
Refocalizare pe planificare	14 / 20	Utilizare Moderată
Refocalizare pozitivă	11 / 20	Utilizare Redusă
Punerea în perspectivă	10 / 20	Utilizare Foarte redusă

2.2. Tabloul clinic al stresului acut (manifestările)

Simptomatologia emoțională și fiziologică (DASS-21R & STAI):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare clinică</i>
DASS-Stres	40	Nivel foarte sever
DASS-Anxietate	36	Nivel foarte sever
DASS-Depresie	14	Nivel redus
STAI-Y1 (Stare)	72	Anxietate ca stare extrem de ridicată
STAI-Y2 (Trăsătură)	52	Nivel ridicat

Observații clinice și comportamentale: pacienta prezenta o activare fiziologică intensă: tahicardie, palme transpirate, voce tremurată. De asemenea, prezenta hipervigilență somatică, scanarea constantă a băților inimii și solicitarea obsesivă de reasigurări medicale.

2.3. Analiza fenomenologică a răspunsului la stres (corelarea metodologică cu reperele DSM-5)

Tabloul clinic al pacientei a confirmat diagnosticul de TSA, întrunind Criteriul A (percepția subiectivă a unei amenințări vitale cardiace) și 9 simptome specifice (Criteriul B):

Din categoriile intruziune (1 simptom): 1. Gânduri intruzive recurente despre un posibil stop cardiac.

Din categoria stare afectivă negativă (1 simptom): 2. O stare de teamă persistentă.

Din categoria simptome disociative (1 simptom): 3. Sentiment de irealitate ("parcă nu mi se întâmplă mie").

Din categoria evitare (1 simptom): 4. Evitarea mișcării de teama de a nu-și deranja inima.

Din categoria hiperactivare (5 simptome): 5. Hipervigilență la monitorul cardiac; 6. Răspuns de tresărire exagerat la alarme; 7. Dificultăți de concentrare; 8. Insomnie; 9. Iritabilitate.

3. Desfășurarea Intervenției (programul SCEA-ATI - Modulul I)

Având în vedere timpul foarte scurt și anxietatea ridicată ca stare a pacientei, intervenția a fost concepută ca o **intervenție de criză cu o orientare strategică (Paalo Alto)**. Scopul nu a fost explorarea în profunzime, ci **modificarea cadrului de interpretare** a situației (reframing) și oferirea unor instrumente concrete care să redea pacientei un sentiment de control asupra propriilor reacții. Problema a fost definită sistemic ca o *buclă de feedback pozitiv* între senzațiile fizice neutre și interpretarea lor catastrofică, buclă ce trebuia întreruptă.

Obiective Terapeutice Specifice:

- (1) Resemnificarea cognitivă a cadrului de interpretare a senzațiilor cardiace, de la *pericol iminent* la *proces normal de vindecare*.
- (2) Reducerea manifestărilor fiziologice ale anxietății ca stare.
- (3) Creșterea încrederii în actul medical și în capacitatea corpului de a se recupera.

Descrierea Ședințelor cu Exemplificarea Tehnicilor Integrative:

Ședința 1 (Focus: cognitiv - redefinirea relației cu inima):

Abordare: Terapii scurte strategice (Palo Alto) și Psihodramă.

Tehnică: Psihoeducație prin redefinire (reframing) și Joc de rol cu părți ale sinelui.

Exemplificare: după validarea fricii, psihologul a început procesul de **resemnificare cognitivă** printr-o redefinire: „*Înțeleg că sunteți atentă la fiecare bătaie a inimii. Dar dacă am privi aceste bătăi nu ca pe un potențial dușman, ci ca pe muzica unui motor care tocmai a fost reparat și acum își face rodajul? Este un motor puternic, care acum învață un nou ritm, mai sănătos.*” Apoi, pentru a aprofunda, a folosit o tehnică psihodramatică: „*Dacă 'frica' ar sta pe acest scaun și ne-ar spune povestea ei, ce ne-ar zice? Și dacă pe scaunul celălalt ar sta 'Încrederea' în medici și în operația reușită, ce replică i-ar da ea 'fricii'?*”

Impact pe schemă și stres: această abordare a vizat direct **schema de vulnerabilitate**, oferind o metaforă alternativă (motor reparat vs. bombă cu ceas). Jocul de rol a externalizat conflictul intern,

permițând pacientei să se distanțeze de frică și să acceseze o perspectivă bazată pe încredere, ceea ce a dus la o **reducere a stării de alertă**.

Ședința 2 (Focus: emoțional/fiziologic - preluarea controlului):

Abordare: Terapii Scurte strategice (Palo Alto).

Tehnică: *Redefinirea controlului prin prescripție strategică (Respirația controlată).*

Logica intervenției: în abordarea strategică, problema pacientei (hipervigilența cardiacă) este menținută de *încercarea de soluționare greșită*: scanarea permanentă a monitorului pentru a se liniști, fapt care îi produce și mai multă anxietate. Respirația nu a fost introdusă ca exercițiu de relaxare, ci ca o stratagemă de blocare a acestei bucle disfuncționale. Prin prescrierea unui ritm respirator specific, atenția pacientei este mutată de pe *monitorizarea inimii* (pasivă/victimă) pe *gestionarea suflului* (activă/administrator), rupând astfel mecanismul fricii.

Exemplificare în dialog: psihologul: „*Spuneți că inima pare să scape de sub control. În acest moment, ea și mintea dumneavoastră se luptă pentru putere. Vă propun o stratagemă: în loc să luptați cu inima, haideți să folosim singura manetă a sistemului pe care o puteți acționa voluntar: respirația. Când respirați în acest ritm (4-4-4), dumneavoastră trimiteți o comandă strategică sistemului nervos: 'Stop. Eu dețin controlul acum'. Este modul prin care profesorul (mintea) restabilește ordinea într-o clasă agitată (corpul).*”

Impact pe schemă și stres: utilizarea respirației ca instrument de control strategic a permis invalidarea schemei de vulnerabilitate prin trecerea pacientei de la starea de victimă a propriilor reacții fiziologice la cea de subiect activ. Experimentarea directă a capacității de a influența răspunsul corporal prin această *manetă* voluntară a dus la o scădere a scorului la anxietatea ca stare (STAI-Y1), deoarece pacienta a descoperit că simptomul nu este o fatalitate, ci un proces ce poate fi modulat prin acțiune strategică.

Ședința 3 (Focus: consolidare și planificare sistemică):

Abordare: Terapii scurtă orientate pe soluții.

Tehnică: **Proiecția în viitor și recomandare terapeutică.**

Exemplificare în dialog: pentru a consolida noua perspectivă, psihologul a mutat focusul pe viitorul imediat: „*Mâine veți ajunge în salon. Acolo nu va mai fi un monitor care să vă spună constant că totul e bine. Ce veți face în schimb? Ce 'monitor intern' - respirația, gândul redefinit - veți folosi pentru a vă oferi siguranță?*”. S-a subliniat că aceste ședințe au fost un prim ajutor, iar problema de fond, anxietatea privind starea de sănătate, necesită o explorare mai amănunțită în cadrul unei **psihoterapii în ambulatoriu, recomandare** pe care pacienta a acceptat-o ca fiind un pas firesc în recuperarea sa completă.

5. Evaluarea finală (T2) și progresul înregistrat

Tablou clinic final: la externarea din ATI, pacienta era vizibil mai liniștită și înțelegea că multe dintre senzațiile sale erau induse de anxietate, era capabilă să diferențieze între un simptom real și unul indus de anxietate și folosea activ tehnica de respirație.

Rezultate psihometrice comparative (T1 vs. T2):

<i>Instrument / Subscală CERQ</i>	<i>Scor T1</i>	<i>Scor T2</i>	<i>Modificare</i>
DASS-Stres (brut)	20	11	Scădere semnificativă
DASS-Anxietate (brut)	18	8	Scădere semnificativă
DASS-Depresie (brut)	7	5	Scădere
STAI-Y1 (Stare)	72	47	Scădere semnificativă
Strategii Dezadaptative (CERQ)			
Catastrofare	19	11	Scădere semnificativă
Ruminație	16	12	Scădere
Auto-culpabilizare	10	9	Fără modificare
Culpabilizarea celorlalți	9	8	Scădere
Strategii Adaptative (CERQ)			
Acceptare	8	17	Creștere semnificativă
Reevaluare pozitivă	7	15	Creștere
Refocalizare pe planificare	14	18	Creștere
Refocalizare pozitivă	11	16	Creștere
Punerea în perspectivă	8	17	Creștere semnificativă

1. Limite și gestionarea acestora

Limitări: istoricul lung de anxietate ca trăsătură, în special privind sănătatea și timpul extrem de scurt, a permis doar o *intervenție de prim ajutor psihologic*.

Gestionare: intervenția a vizat exclusiv criza acută din ATI, cu un transfer ferm către terapia post-externare pentru restructurarea trăsăturii anxioase.

6. Concluzii specifice cazului

Cazul demonstrează eficacitatea unei intervenții ultra-scurte pentru pacienții cronici supuși unor proceduri planificate, resemnificând simbolic tehnologia medicală și senzațiile somatice. Trecerea de la hipervigilența anxioasă la monitorizarea conștientă și controlată (prin ancorare somato-psihică) a permis stabilizarea rapidă a pacientei într-un interval de doar 3 zile, prevenind cronicizarea stresului post-traumatic.

Studiu de caz nr. 5

(Modulul II de intervenție psihologică- pacient cu afecțiune medicală cronică, tratament chirurgical, 10 zile internare la ATI)

1. Prezentarea cazului și contextul clinic

Date demografice și sociale: V.I., 35 de ani, de sex feminin, din mediul urban, de profesie avocat, căsătorită, mamă a unui copil de 6 ani.

Istoric psihologic: pacienta are un istoric de episoade depresive majore recurente, primul episod fiind diagnosticat în facultate. A urmat tratament medicamentos și psihoterapie în trecut, dar descrie o vulnerabilitate persistentă la stări de deznădejde, în special în timpul puseelor bolii.

Context medical: pacienta este cunoscută cu boala Crohn de la vârsta de 22 de ani. A fost internată de urgență pentru ocluzie intestinală, o complicație severă a bolii. A necesitat o intervenție chirurgicală de urgență (rezeecție intestinală) cu crearea unei ileostome temporare. A fost transferată în ATI pentru managementul complex post-operator. Durata totală a spitalizării în ATI a fost de 10 zile, intervenția psihologică încadrându-se în Modulul II.

Particularități de cadru: având în vedere profesia de avocat (centrată pe imagine și control), cadrul a fost resemnificat ca un *spațiu de negociere a noii identități*. Psihologul a utilizat un limbaj precis, bazat pe fapte, pentru a contracara „pledoaria” internă a pacientei împotriva propriului corp.

2. Evaluarea psihologică inițială (T1)

2.1. Analiza cognitivă (cauza stresului acut)

Evaluarea, realizată în a 3-a zi post-operator, a fost dominată de șocul și rușinea provocate de ileostomă, care au reactivat scheme cognitive depresogene.

Scheme cognitive și strategii de coping (CERQ & Interviu): Interviuul a relevat o *activare puternică a schemelor de defectivitate/rușine și izolare socială*. Pacienta a verbalizat: *"Mă simt mutilată. Cum o să mă mai pot uita în oglindă? Cum o să mai pot fi o soție, o femeie? Totul s-a terminat. Cariera mea, viața mea intimă... totul."* Stilul său de coping era caracterizat de evitare și auto-culpabilizare.

Strategie de coping (CERQ) Scor Pre-Test (T1) Interpretare (Frecvența de utilizare)

Catastrofare	18 / 20	Foarte frecventă
Ruminare	17 / 20	Foarte frecventă
Auto-culpabilizare	19 / 20	Foarte frecventă
Culpabilizarea celorlalți	14 / 20	Moderată
Acceptare	5 / 20	Foarte redusă
Reevaluare pozitivă	6 / 20	Foarte redusă
Refocalizare pe planificare	8 / 20	Redusă
Refocalizare pozitivă	9 / 20	Foarte redusă
Punerea în perspectivă	7 / 20	Foarte redusă

2.2. Tabloul clinic al stresului acut (manifestările)

Simptomatologia emoțională și fiziologică (DASS-21R & STAI):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare clinică</i>
DASS-Stres	38	Nivel foarte sever
DASS-Anxietate	36	Nivel foarte sever
DASS-Depresie	40	Nivel foarte sever
STAI-Y1 (Stare)	65	Anxietate ca stare foarte ridicată
STAI-Y2 (Trăsătură)	58	Nivel ridicat

Observații clinice: pacienta refuza contactul vizual, își ținea mâinile peste abdomen și se întorcea pe o parte în timpul procedurilor de îngrijire a stomei. Plângea frecvent (doliu identitar), în special în preajma vizitelor familiei.

2.3. Analiza fenomenologică a răspunsului la stres (corelarea metodologică cu reperatele DSM-5)

Tabloul clinic, centrat pe trauma modificării corporale, a confirmat diagnosticul de TSA, întrunind Criteriul A (Trauma) și 10 simptome specifice (Criteriul B):

Din categoria Intruziune (2 simptome): 1. Amintiri intruzive recurente: Pacienta raporta gânduri persistente și deranjante despre aspectul respingător al corpului său și despre cum era viața sa înainte. 2. Suferință psihologică intensă: Orice mențiune sau contact cu stoma (ex. în timpul îngrijirilor) declanșa o reacție emoțională intensă de plâns și dezgust.

Din categoria stare afectivă negativă (1 simptom): 3. Incapacitatea persistentă de a simți emoții pozitive: Pacienta era apatică, nu reacționa la veștile bune despre recuperarea sa și exprima constant sentimente de rușine și deznădejde, conform și scorului foarte ridicat la DASS-21R - Depresie.

Din categoria simptome disociative (1 simptom): 4. Alterarea percepției despre sine: A descris un sentiment de înstrăinare față de propriul corp, verbalizând că abdomenul său *nu mai este al ei*, o formă de depersonalizare.

Din categoria evitare (2 simptome): 5. Evitarea stimulilor interni: Refuza constant să se uite la zona stomei, întorcându-se pe o parte în timpul procedurilor medicale. 6. Evitarea stimulilor externi: Evita discuțiile despre viitor, despre haine sau despre viața socială, subiecte care îi aminteau de noua sa condiție.

Din categoria hiperactivare (4 simptome): 7. Iritabilitate: Manifesta iritabilitate când era încurajată să fie optimistă. 8. Probleme de concentrare: Raporta că nu poate urmări o conversație sau să se concentreze pe altceva în afara suferinței sale. 9. Tulburări de somn: Dificultăți severe de a adormi, marcate de gânduri despre situația sa. 10. Răspuns fiziologic accentuat: Nivelul ridicat de anxietate de stare (STAI-Y1) și stres (DASS-21R - Stres) indicau o stare de alertă fiziologică constantă.

3. Desfășurarea intervenției (programul SCE-ATI - Modulul II)

Având în vedere complexitatea cazului, intervenția a fost structurată într-o secvență logică: mai întâi, deconstrucția și rescrierea **cadrelui cognitiv** dominat de rușine (cauza suferinței) și apoi, managementul **stresului acut**(efectul) prin tehnici de sistemic-strategice și psihodramatice.

Obiective terapeutice specifice:

- (1) **Resemnificarea cognitivă** a scenariului de viață dominat de schema de defectivitate/rușine;
- (2) Reducerea simptomelor de evitare și a stres acut;
- (3) Creșterea sentimentului de control personal.

Descrierea ședințelor cu exemplificarea tehnicilor integrative:

Faza I (Ședințele 1-5): (Focus cognitiv - Rescrierea scenariului de viață)

Abordare: terapie sistemică narativă și Psihodramă.

Scop: modificarea directă a schemelor cognitive dezadaptative, înainte de a aborda simptomele de stres.

Tehnici și exemplificare:

Externalizarea problemei (sistemică): Psihologul a început prin a separa pacienta de problema sa: „Se pare că 'rușinea' este foarte puternică acum și vă spune o poveste despre a fi 'mutilată'. Dar dumneavoastră nu sunteți această poveste. Haideți să ne aliem împotriva acestui 'tiran'.”

Explorarea rolurilor multiple (psihodramă): Pentru a construi o contra-poveste, s-a lucrat pe activarea altor roluri: „*Ce i-ar spune 'V.I.-avocata', cea care găsește soluții, 'V.I.-pacienta'?*” sau „*Ce ar vrea să audă acum copilul dumneavoastră de la 'V.I.-mama'?*”.

Impact pe schemă: aceste ședințe s-au concentrat exclusiv pe resemnificarea cognitivă, slăbind schemele de defectivitate și izolare socială și creând un nou cadru de interpretare, bazat pe reziliență și pe multiplitatea rolurilor de viață: *rușinea* a fost externalizată ca un *adversar juridic* care prezintă dovezi false. S-a lucrat pe rolul de *V.I.-avocata* pentru a demonta argumentele bolii și a activa resursele de luptă.

Faza II (Ședințele 6-10): (Focus: emoțional/fiziologic - preluarea controlului)

Abordare: terapii scurte strategice (Palo Alto) și mindfulness.

Scop: odată ce pacienta a avut un nou cadru cognitiv, s-a trecut la gestionarea efectelor - suferința emoțională acută resimțită la contactul cu stoma.

Tehnici și exemplificare:

Redefinirea controlului prin prescripție strategică (respirația și expunerea gradată).

Exemplificare în dialog: respirația a fost prezentată ca o „strategemă de centrare” în timpul îngrijirii stomei: „*În momentul în care asistenta schimbă punga, 'Rușinea' încearcă să vă fure suflul. Folosiți respirația controlată ca pe o manetă de siguranță. Când dețineți controlul asupra aerului, dețineți controlul asupra momentului. Nu este doar un exercițiu, este modul dumneavoastră de a reintra în stăpânirea propriului corp, pas cu pas.*”

Impact pe schemă: expunerea gradată (privit, atins) a fost redefinită strategic ca un ritual de re-apropriere, invalidând schema de defectivitate prin acțiune directă.

Ancorare în prezent (mindfulness): În timpul momentelor dificile de expunere, când stresul emoțional era maxim, pacienta a fost ghidată să folosească tehnici de mindfulness (focus pe respirație, pe sunetele din jur) pentru a tolera disconfortul fără a fi copleșită, observând emoțiile *ca pe niște nori care trec.*

Planificare și recomandare: în final, s-a consolidat sentimentul de control prin planificarea pașilor concreți post-ATI și s-a oferit **recomandarea fermă pentru continuarea psihoterapiei**, ca parte a noului plan de viață.

4. Evaluarea finală (T2) și progresul înregistrat

Tablou clinic final: la finalul celor 10 zile, pacienta era capabilă să participe la îngrijirea propriei stome, discuta deschis despre temerile sale și făcea planuri concrete pentru recuperare.

Rezultate psihometrice comparative (T1 vs. T2):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Scor Post-Test (T2)</i>	<i>Modificare</i>
DASS-Stres	38	22	Scădere
DASS-Anxietate	36	18	Scădere
DASS-Depresie	40	24	Scădere
STAI-Y1 (Stare)	65	45	Scădere semnificativă

<i>Strategie de Coping (CERQ)</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Scor Post-Test (T2)</i>	<i>Modificare</i>
Catastrofare	18	10	Scădere semnificativă
Ruminare	17	11	Scădere
Auto-culpabilizare	19	11	Scădere semnificativă
Culpabilizarea celorlalți	14	12	Scădere
Acceptare	5	17	Creștere semnificativă
Reevaluare pozitivă	6	15	Creștere
Refocalizare pe planificare	8	18	Creștere semnificativă
Refocalizare pozitivă	9	16	Creștere
Punerea în perspectivă	7	15	Creștere

5. Limite și gestionarea acestora

Limitări: nivelul foarte ridicat de rușine și evitare a reprezentat o barieră inițială puternică.

Gestionare: progresul a fost foarte lent și gradual, respectând ritmul pacientei. Alianța terapeutică a fost crucială pentru a facilita expunerea comportamentală.

6. Concluzii specifice cazului

Cazul doamnei V.I., o pacientă tânără cu o vulnerabilitate depresivă preexistentă, evidențiază impactul psihologic sever al intervențiilor chirurgicale care duc la o modificare a imaginii corporale asupra rolurilor de viață (profesional, intim, social). Intervenția a demonstrat că, în situații de traumă fizică majoră asociată cu rușinea, este esențială abordarea inițială a schemelor de defectivitate prin tehnici de externalizare și rol (Psihodramă). Această etapă a permis deconstrucția *povestirii de sine* ca persoană mutilată înainte de a solicita pacientei orice formă de activare fizică. Utilizarea respirației controlate și a expunerii gradate, redefinite ca stratageme de preluare a controlului, a permis reluarea stăpânirii fiziologice în momente critice (îngrijirea stomei). Succesul a depins de trecerea de la evitarea defensivă la acceptarea integrativă și planificarea activă a viitorului. Acest proces a validat eficacitatea Programului SCE-ATI (Modulul II) pentru tipologia pacientului cronic care suferă o decompensare acută cu impact asupra integrității corporale.

Studiu de caz nr. 6

(Modulul III de intervenție psihologică - pacient cu afecțiune cronică, tratament chirurgical, 18 zile internare la ATI)

1. Prezentarea cazului și contextul clinic

Date demografice și sociale: M.P. 68 de ani, de sex masculin, din mediul rural, maistru mecanic pensionat, căsătorit, are doi copii și un nepot.

Context medical: pacientul este cunoscut cu Diabet zaharat tip 2 de peste 20 de ani, cu multiple complicații, printre care boală vasculară periferică severă. A fost internat programat pentru o Amputație transtibială (sub genunchi) a membrului inferior stâng, necesară din cauza unei gangrene ischemice care nu mai răspundea la tratament conservator. Post-operator, a fost transferat în ATI pentru monitorizare avansată, managementul durerii și controlul comorbidităților. Durata totală a spitalizării în ATI a fost de 18 zile, încadrându-se în Modulul III de intervenție psihologică.

Istoric psihologic: fără un diagnostic psihiatric anterior, însă pacientul descrie o tendință de a-și reprima emoțiile (*eu nu mă plâng niciodată*) și un stil de coping de-a lungul vieții centrat pe acțiune și independență, stil acum complet invalidat de starea sa medicală.

Particularități de cadru: pentru un *maistru mecanic*, corpul este propria unealtă. Amputația a fost percepută ca o *defecțiune iremediabilă*. Cadrul terapeutic a fost resemnificat ca un *atelier de restaurare identitară*, unde psihologul și pacientul au lucrat la inventarierea resurselor rămase intacte.

2. Evaluarea psihologică inițială (T1)

2.1. Analiza cognitivă (Cauza stresului acut)

Evaluarea a fost realizată în ziua a 3-a post-operator, când pacientul era stabil, complet lucid și stabil din punct de vedere medical, dar profund afectat emoțional.

Scheme cognitive și strategii de coping (CERQ & Interviu):

Interviul a relevat o criză identitară profundă, activată de amputație. Schemele predominante erau cele de defectivitate/rușine și dependență/incompetență. Discursul era centrat pe pierdere și inutilitate: „*Jumătate de om... asta sunt acum. O povară pentru nevastă-mea și pentru copii. Toată viața am fost un om pe picioarele lui, care făcea de toate. La ce bun să trăiesc așa, să mă târasc?*” Datele CERQ au confirmat un stil de coping marcat de resemnare negativă și auto-devalorizare:

<i>Strategie de coping (CERQ)</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare</i>
Catastrofare	17 / 20	Utilizare frecventă
Ruminare	19 / 20	Utilizare foarte frecventă
Auto-culpabilizare	18 / 20	Utilizare frecventă
Culpabilizarea celorlalți	9 / 20	Utilizare foarte redusă
Acceptare	5 / 20	Utilizare foarte redusă
Reevaluare pozitivă	4 / 20	Utilizare foarte redusă
Refocalizare pe planificare	4 / 20	Utilizare foarte redusă
Refocalizare pozitivă	6 / 20	Utilizare foarte redusă
Punerea în perspectivă	7 / 20	Utilizare foarte redusă

2.2. *Tabloul clinic al stresului acut (manifestările)*

Simptomatologia emoțională și fiziologică (DASS-21R & STAI-Y):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare clinică</i>
DASS 21R-Stres	19	Nivel ridicat
DASS 21R-Anxietate	16	Nivel sever
DASS 21R-Depresie	21	Nivel foarte sever
STAI-Y1 (Stare)	62	Anxietate ca stare ridicată
STAI-Y2 (Trăsătură)	52	Nivel ridicat

Observații clinice și comportamentale: pacientul era apatic, cu contact vizual redus, hipomimie (expresivitate facială redusă) și voce stinsă. Refuza adesea să participe la igienă, la kinetoterapia incipientă. sau să vorbească la telefon cu familia, motivând că *nu are ce să le spună*.

2.3. *Analiza fenomenologică a răspunsului la stres (corelarea metodologică cu reperatele DSM-5)*

Tabloul clinic a confirmat diagnosticul de TSA, întrunind Criteriul A (amputația ca vătămare corporală gravă și amenințare identitară) și 10 simptome specifice (Criteriul B):

Din categoria intruziune (2 simptome): 1. Amintiri dureroase recurente despre viața sa activă *de dinainte*; 2. Rumiinații intense despre eșec și inutilitate.

Din categoria stare sfectivă negativă (2 simptome): 3. Incapacitatea persistentă de a simți emoții pozitive (apatie severă, anhedonie); 4. Sentimente de vinovăție legate de managementul diabetului („dacă aș fi avut mai multă grijă...”).

Din categoria evitare (2 simptome): 5. Evitarea persistentă a discuțiilor despre viitor și planurile de recuperare; 6. Retragere socială, inclusiv evitarea contactului telefonic cu prietenii.

Din categoria hiperactivare (4 simptome): 7. Comportament iritabil (în special la încercările de încurajare); 8. Dificultăți de concentrare (din cauza rumațiilor); 9. Tulburări de somn (insomnie de trezire); 10. Demotivare și refuzul de a se implica în procesul de recuperare.

3. Desfășurarea intervenției (programul SCE-ATI - Modulul III)

Având în vedere durata lungă a spitalizării și natura traumei (pierdere ireversibilă), intervenția a depășit managementul de criză, adoptând o filozofie fundamental **sistemică** și **psihodramatică**. Problema nu a fost definită ca *stres*, ci ca o *criză existențială* declanșată de activarea schemelor de eșec și defectivitate. În acest cadru, scopul principal a fost **resemnificarea cognitivă** a acestor convingeri centrale, înțelegând ca un proces profund de remodelare a construcției personale a realității pacientului. Prin urmare, intervenția s-a axat pe **procesarea doliului** și pe **reconstrucția identității**, folosind tehnici relaționale (specifice terapiei sistemice) și experiențiale (specifice psihodramei) pentru a deconstrui și rescrie acest scenariu de viață catastrofic.

Obiective terapeutice specifice:

- (1) Resemnificarea convingerilor centrale de eșec și defectivitate, activate de amputație ("*sunt un om terminat*", "*sunt o povară*"). Acesta este obiectivul principal, care vizează cauza suferinței.
- (2) Facilitarea procesului de doliu și acceptare a noii condiții corporale, ca o consecință a modificării perspectivei cognitive. Odată ce pacientul nu se mai vede ca un *eșec*, poate începe să proceseze pierderea într-un mod adaptativ.
- (3) Reconstrucția identității personale prin identificarea și consolidarea unor roluri de viață alternative (ex: rolul de bunic, de mentor), care să ofere noi surse de valoare și sens.
- (4) Reducerea simptomatologiei depresive și a deznădejdiei, ca rezultat direct al atingerii obiectivelor cognitive, emoționale și identitare.

Descrierea ședințelor cu exemplificarea tehnicilor integrativ - strategice a programului SCE-ATI - Modulul III:

Intervenția a fost structurată pe parcursul celor 28 de zile de spitalizare pentru a urma o traiectorie logică, de la cognitiv la emoțional și, în final, la comportamental și relațional.

Ședințele 1-5 (Focus: alianța terapeutică și deconstrucția scenariului catastrofic):

Abordare: Terapii scurtă de criză și terapie Sistemică (cu tehnici de externalizare a problemei).

Scop: Atingerea Obiectivului 1 - inițierea procesului de resemnificare. În această primă fază, esențială a fost crearea unei alianțe puternice și separarea pacientului de *scenariul eșecului total*. S-a creat o distanță critică între identitatea sa și vocea schemei de defectivitate.

Exemplificare în dialog: psihologul a validat intens suferința pacientului, fără a contrazice sentimentul de pierdere. Apoi, a folosit tehnica sistemică a **externalizării problemei**: „*Înțeleg că în mintea dumneavoastră rulează acum un 'Scenariu al Eșecului Total'. Acest scenariu vă spune că sunteți o povară și un om terminat. Dar acest scenariu nu sunteți dumneavoastră. Este doar o poveste, una foarte sumbră, creată de șocul prin care ați trecut. Putem, ca doi aliați, să ne uităm la acest scenariu și să vedem ce anume îl face atât de puternic?*”

Impact: utilizând tehnica sistemică a externalizării problemei pentru a iniția procesul de resemnificare, prin separarea pacientului de *scenariul* său, s-a redus fuziunea cu schema de eșec, permițând o primă fisură în certitudinea catastrofică și diminuând sentimentul de copleșire.

Notă de evoluție (T1.1 - Ziua 7): prima reevaluare a arătat un progres cognitiv incipient. Deși scorul la depresie era neschimbat, s-a observat o **scădere a scorului la AUTO (CERQ)**, indicând că pacientul a început să accepte că amputația a fost o necesitate medicală, nu un eșec personal. Alianța terapeutică s-a consolidat.

Ședințele 6-13 (Focus: Resemnificare prin explorarea rolurilor):

Abordare: Psihodramă.

Scop: atingerea Obiectivelor 1 și 3 - rescrierea scenariului de viață prin activarea resurselor identitare.

Tehnică: *explorarea rolurilor multiple (adaptată verbal)*. Această tehnică psihodramatică a fost folosită ca metodă principală de resemnificare.

Exemplificare în dialog: psihologul l-a ghidat pe M.P. să vorbească succesiv din diferite roluri valoroase, dar ignorate: „*Am auzit perspectiva din 'rolul pacientului'. Acum aș vrea să aud ce are de spus 'rolul bunicului'. Ce este important pentru el? Ce mesaj are pentru nepotul său?*” sau “*Ce ar face acum 'rolul maestrului meșter', cel care găsea soluții la orice problemă tehnică, pentru a repara această situație?*”

Impact: activarea acestor roluri a generat o contra-poveste puternică, bazată pe competență, iubire și înțelepciune. Acest lucru a slăbit direct schemele de eșec și defectivitate și a început procesul de reconstrucție a identității.

Notă de evoluție (T1.2 - Ziua 14): reevaluarea a arătat **prima scădere semnificativă a scorului la DASS-21R - Depresie**. Activarea rolurilor pozitive a avut un impact direct asupra stării afective. Se observă și o **creștere notabilă la REEV POZ (CERQ)**, pacientul începând să poată verbaliza aspecte ale identității sale care au rămas intacte.

Ședințele 14-20 (Focus: emoțional/fiziologic - preluarea controlului):

Abordare: terapii scurte strategice (Palo Alto).

Scop: atingerea obiectivului 2. Odată ce pacientul a avut o nouă perspectivă cognitivă, s-a creat un context sigur pentru a aborda durerea emoțională a pierderii.

Tehnică: *redefinirea controlului prin prescripție strategică (Respirația și ancorarea în doliu).*

Exemplificare în dialog: când apăreau valuri de tristețe, psihologul nu le oprea, ci le normaliza: „*Este firesc să apară această durere. Este ecoul pierderii. Nu trebuie să luptăm cu ea. Haideți doar să o observăm, să stăm cu ea și să respirăm.*” Respirația a fost folosită ca o strategie de stabilizare în timpul valurilor de durere (fizică și fantomă): „*Când apare durerea sau tristețea, folosiți respirația controlată pentru a ancora barca identității. Nu luptăm cu furtuna, ci ne asigurăm că maneta de control a suflului rămâne în mâna dumneavoastră.*”

Impact: această abordare a facilitat **procesarea adaptativă a doliului**, reducând frica de propriile emoții și crescând **sentimentul de control personal** asupra stărilor interne.

Ședințele finale (Focus: consolidare și planificare sistemică):

Abordare: terapii scurte orientate pe soluții.

Scop: atingerea Obiectivului 4 - reducerea simptomelor depresive prin orientare spre viitor.

Tehnică: *proiecția în viitor și întrebările circulare.*

Exemplificare în dialog: psihologul a ancorat noua identitate în planuri concrete și în dinamica familială: „*Acum că știm că rolul de bunic este esențial, care este cel mai mic pas pe care îl veți face săptămâna viitoare pentru a vă pregăti pentru acest rol?*”. În final, s-a subliniat importanța critică a **continuării psihoterapiei (de familie sau individuale)** după externare, pentru a sprijini întregul sistem familial în procesul de adaptare pe termen lung.

4. EvaluareafFinală (T2) și progresul înregistrat

Tablou clinic final: la externarea din ATI, pacientul nu era vindecat, dar era transformat. Accepta noua sa realitate, era orientat spre acțiune (discuta despre protezare și kinetoterapie) și își regăsise un scop în relația cu familia.

Evoluția psihometrică săptămânală: Progresul pacientului poate fi observat în evoluția scorurilor de la o săptămână la alta în tabelul comparativ de mai jos:

<i>Instrument / Subscală CERQ</i>	<i>T1 (Ziua 3)</i>	<i>T1.1 (Ziua 7)</i>	<i>T1.2 (Ziua 14)</i>	<i>T2 (Ziua 18)</i>
DASS-Stres	38	36	28	20
DASS-Anxietate	32	30	22	16
DASS-Depresie	42	40	30	24
STAI-Y1 (Stare)	62	58	49	41
Strategii Dezadaptative				
Catastrofare	17	15	13	11
Ruminare	19	17	14	12
Auto-culpabilizare	18	14	12	10
Culpabilizarea celorlalți	9	9	8	8
Strategii Adaptative				
Acceptare	5	8	14	18
Reevaluare pozitivă	4	7	13	17
Refocalizare pe planificare	4	6	13	19
Refocalizare pozitivă	6	8	12	15
Punerea în perspectivă	7	9	13	16

Analiza modificărilor (T1 vs. T2): Interpretarea evoluției psihometrice

Tabelul cu evoluția săptămânală a scorurilor oferă o imagine cantitativă clară a eficacității intervenției fazice și validează progresul observat clinic. Analiza datelor relevă următoarele aspecte cheie:

1. *Un progres clar și constant:* toate scalele care măsoară manifestările de stres acut (DASS-21R, STAI-Y1) arată o scădere constantă de la o săptămână la alta, în timp ce toate strategiile de coping

adaptativ (CERQ) înregistrează o creștere. Acest lucru indică un impact pozitiv, generalizat și susținut al intervenției.

2. *Validarea intervenției fazice* (cognitiv -> emoțional -> comportamental):

În prima săptămână (T1.1): schimbarea cea mai notabilă are loc la nivel cognitiv. **Scăderea cea mai abruptă se înregistrează la Auto-culpabilizare** (de la 28 la 21), în timp ce scorurile emoționale (în special DASS-21R - Depresie) rămân foarte ridicate. Acest lucru confirmă succesul primei faze a intervenției, care s-a concentrat pe *resemnificarea scenariului de eșec*, separând pacientul de vina pentru starea sa.

În a doua săptămână (T1.2): acum se observă impactul la nivel emoțional. **Scorul la DASS-21R-Depresie scade semnificativ** (de la 25 la 18), ca o consecință directă a lucrului pe roluri (activarea rolului de bunic). În paralel, **încep să crească semnificativ strategiile de ACC și REEV POZ**, indicând o schimbare în perspectiva pacientului asupra situației.

În faza finală (T2): progresul este consolidat. Scorul cu cea mai spectaculoasă creștere în această fază este cel la **PLAN** (de la 18 la 25). Acest lucru arată că, odată ce cognițiile au fost resemnificate și emoțiile procesate, pacientul a putut să se orienteze spre viitor, spre acțiune și spre soluții (discuțiile despre protezare, kinetoterapie).

3. *Sinteza modificărilor (T1 vs. T2):* comparând momentul inițial cu cel final, se observă o **transformare a profilului de coping**. Pacientul a trecut de la un stil dominat de **RUM (31 -> 19)** și **AUTO (28 -> 15)** la unul bazat pe **ACC (9 -> 26)**, **REEV POZ (6 -> 21)** și, cel mai important, **PLAN (7 -> 25)**. Scăderea dramatică a scorului la **DASS-21R - Depresie (26 -> 14)** este rezultatul direct al acestei transformări cognitive și identitare.

În concluzie, datele cantitative susțin pe deplin observațiile clinice și validează eficacitatea programului SCE-ATI în acest caz. Ele demonstrează că o abordare structurată, care vizează mai întâi modificarea cadrului cognitiv și abia apoi procesarea emoțională și planificarea comportamentală, poate produce schimbări semnificative și măsurabile chiar și într-un caz de o asemenea gravitate.

5. Limite și gestionarea acestora

Limitări: apatia și deznădejdea profundă au fost cea mai mare barieră, pacientul având o motivație intrinsecă foarte scăzută. *Durerea membrului fantomă* a reprezentat un factor de stres suplimentar.

Gestionare: psihologul a adoptat o postură de răbdare și prezență constantă. Progresul a fost lent, bazat pe activare comportamentală (obiective extrem de mici) și pe valorificarea fiecărei mici reușite. S-a colaborat cu medicul curant pentru managementul specific al durerii membrului fantomă.

6. Concluzii specifice cazului

Cazul domnului M.P. ilustrează complexitatea intervenției psihologice la pacientul cu afecțiuni cronice și tratament chirurgical, unde trauma fizică activează o criză identitară profundă. Succesul a depins de tranziția de la tehnicile de criză la o abordare mai profundă, specifică Modulului III, centrată pe procesarea doliului, acceptare și reconstrucția sensului vieții. Cazul validează necesitatea unei intervenții adaptate, care să se adreseze nu doar stresul imediat, ci și suferinței existențiale a pacientului cu o afecțiune cronică și o dizabilitate nou dobândită. Intervenția a demonstrat că, prin prioritizarea nucleului cognitiv (deconstrucția eșecului) și utilizarea rolurilor de competență (psihodramă), pacientul poate trece de la resemnare la planificare activă. Prescripția strategică a respirației a servit drept punte de control fiziologic, facilitând procesarea doliului fără copleșire. Recomandarea pentru continuarea psihoterapiei post-externare a fost o componentă esențială a planului de tratament, recunoscând faptul că recuperarea psihologică se extinde mult dincolo de perioada spitalizării în ATI.

Studiul de caz nr.7

(Modulul I - pacient cu afecțiune medicală acută, tratament nechirurgical, 4 zile internare în ATI)

1. Prezentarea cazului și contextul clinic

Date demografice și sociale: I.D., 42 de ani, de sex masculin, din mediul rural, de profesie mecanic auto. Este căsătorit și are o fiică.

Istoric psihologic: fără istoric psihiatric. Descriș de familie ca fiind un *om puternic, descurcăreț, mereu cu picioarele pe pământ.*

Context medical: pacientul a fost victima unui accident prin electrocutare în timpul liber (la pescuit), undița atingând fire de înaltă tensiune. A suferit arsuri de gradul II-III la nivelul mâinilor și picioarelor și tulburări de ritm cardiac care au necesitat conversie electrică în urgență. A fost transferat în ATI pentru monitorizare. Durata totală a spitalizării în ATI a fost de 5 zile, intervenția încadrându-se în Modulul I.

Particularități de cadru: pentru un mecanic auto, *circuitele* sunt familiare. Trauma a fost resemnificată ca o *suprasarcină de sistem*, utilizând limbajul tehnic al pacientului pentru a explica reacțiile de stres acut și procesul de recuperare.

2. Evaluarea psihologică inițială (T1)

2.1. Analiza cognitivă (cauza stresului acut)

Scheme cognitive și strategii de coping: interviul a relevat o activare bruscă a schemei de vulnerabilitate la pericol. Pacientul se confrunta cu o realitate în care lumea este imprevizibilă. A verbalizat: „*Nu înțeleg... Apoi, o lumină albă și un zgomot... și m-am trezit aici. Încă simt miros de ars și văd flash-ul ăla. Oricând se poate întâmpla orice, oricui.*”

Strategie de coping (CERQ) Scor Pre-Test (T1) Interpretare (Frecvența de utilizare)

Catastrofare	19 / 20	Foarte frecventă
Ruminație	17 / 20	Frecventă
Auto-culpabilizare	8 / 20	Foarte redusă
Culpabilizarea celorlalți	15 / 20	Moderată
Acceptare	9 / 20	Foarte redusă
Reevaluare pozitivă	10 / 20	Foarte redusă
Refocalizare pe planificare	12 / 20	Redusă
Refocalizare pozitivă	11 / 20	Redusă
Punerea în perspectivă.	10 / 20	Foarte redusă

2.2. Tabloul clinic al stresului acut (manifestările)

Simptomatologia emoțională și fiziologică:

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare clinică</i>
DASS-Stres	42	Nivel extrem de sever
DASS-Anxietate	36	Nivel extrem de sever
DASS-Depresie	20	Nivel mediu
STAI-Y1 (Stare)	71	Anxietate de stare extrem de ridicată
STAI-Y2 (Trăsătură)	38	Nivel normal

Observații clinice: pacientul era într-o stare de alertă constantă, tresărind la orice zgomot brusc. Raporta dificultăți de adormire, spunând: „revăd flash-ul alb de fiecare dată când închid ochii”.

2.3. Analiza fenomenologică a răspunsului la stres (corelarea metodologică cu reperele DSM-

5) Tabloul clinic al pacientului I.D. a confirmat diagnosticul de Tulburare de stres acut, întrunind Criteriul A (amenințare vitală prin electrocutare) și 9 simptome specifice (Criteriul B): Tabloul clinic al pacientului I.D. a confirmat diagnosticul de Tulburare de Stres Acut, întrunind exact pragul minim de 9 simptome specifice, cu o dominantă pe simptomele de intruziune și hiperactivare:

Din categoria intruziune (2 simptome): 1. *Amintiri intruzive recurente:* pacientul raporta imagini vizuale involuntare și deranjante ale *flash-ului alb* pe care l-a văzut în momentul accidentului. 2. *Vise deranjante:* a descris coșmaruri în care retrăia senzația de șoc electric.

Din categoria stare afectivă negativă (1 simptom): 3. *Incapacitatea persistentă de a simți emoții pozitive:* Pacientul descria o stare constantă de teamă și încordare, fiind incapabil să se simtă în siguranță sau liniștit.

Din categoria evitare (1 simptom): 4. *Eforturi de a evita amintirile dureroase:* Pacientul schimba vizibil subiectul sau devenea tăcut când era întrebat despre detalii ale momentului accidentului.

Din categoria hiperactivare (5 simptome): 5. *Hipervigilență:* O stare de alertă constantă, fiind atent la orice stimul din jur. 6. *Răspuns de tresărire exagerat:* Tresărea vizibil la orice zgomot brusc (ex. o alarmă, un obiect scăpat pe jos). 7. *Dificultăți de concentrare:* Raporta că *nu se poate aduna* și nu poate urmări o conversație. 8. *Tulburări de somn:* Dificultăți majore de a adormi din cauza imaginilor intruzive. 9. *Iritabilitate:* Manifesta o stare de nervozitate și irascibilitate, necaracteristică lui.

3. Desfășurarea intervenției (programul SCE-ATI - Modulul I)

O intervenție de criză, strategică, focalizată pe resemnificarea evenimentului traumatic și pe oferirea de instrumente pentru managementul simptomelor intruzive.

Obiective specifice:

- (1) Managementul simptomelor intruzive. Prin tehnici de conținere.
- (2) Resemnificarea percepției despre lume ca fiind exclusiv periculoasă (de la vulnerabilitate la competență).
- (3) Reducerea hiperactivării fiziologice prin control voluntar.

Descrierea ședințelor:

Ședința 1 (Focus: stabilizare): psihologul a folosit tehnica psihodramatică a *concretizării* pentru a *conține* amintirea traumatică. Amintirea *flash-ului* a fost *închisă* simbolic într-o cutie imaginară securizată, pentru a reduce intruziunea vizuală și a oferi un sentiment de barieră între pacient și traumă (resemnificare prin distanțare).

Ședința 2 (Focus: emoțional/fiziologic - preluarea controlului): s-a aplicat tehnica sistemic-strategică a *redefinirii controlului prin prescripție strategică (respirația controlată) (reframing)*. Respirația a fost resemnificată ca un *limitator de tensiune* pentru sistemul nervos: „*Accidentul a fost o suprasarcină. Acum, corpul dumneavoastră a rămas în alertă, ca un motor turat la maximum. Respirația controlată (4-4-4) este maneta prin care dumneavoastră reduceți manual această tensiune. De fiecare dată când respirați așa, îi spuneți creierului că circuitul este acum sigur.*”

Ședința 3 (Focus: consolidare și recomandare): s-a lucrat pe identificarea resurselor de coping prin tehnica *poiecția în viitor*. Această etapă a urmărit reasigurarea pacientului că resursele sale de *om descurcăreț* pot fi aplicate și în procesul de recuperare psihică. În final, s-a recomandat ferm continuarea psihoterapiei specializate pe traumă după externare, pentru procesarea profundă a accidentului.

4. Evaluarea finală (T2) și progresul înregistrat

Tablou clinic final: la externare, pacientul era mai calm, raporta o frecvență mai mică a imaginilor intruzive și înțelegea reacțiile sale ca fiind un răspuns normal la o traumă anormală.

Rezultate psihometrice comparative (T1 vs. T2):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Scor Post-Test (T2)</i>	<i>Modificare</i>
DASS-Stres	42	22	Scădere semnificativă
DASS-Anxietate	36	18	Scădere
DASS-Depresie	20	14	Scădere
STAI-Y1 (Stare)	71	46	Scădere semnificativă

<i>Strategie de coping (CERQ)</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Scor Post-Test (T2)</i>	<i>Modificare</i>
Catastrofare	19	12	Scădere semnificativă
Ruminare	17	11	Scădere
Auto-culpabilizare	8	8	Staționar
Culpabilizarea celorlalți	15	12	Scădere
Acceptare	9	18	Creștere semnificativă
Reevaluare pozitivă	10	17	Creștere
Refocalizare pe planificare	12	19	Creștere
Refocalizare pozitivă	11	18	Creștere
Punerea în perspectivă	10	20	Creștere semnificativă

5. Limite și gestionarea acestora

Limitări: timpul scurt (5 zile) nu a permis o procesare completă a traumei. Intensitatea simptomelor intruzive a făcut dificilă menținerea focusului în ședințe (flashback-urilor senzoriale: vizuale/olfactive).

Gestionare: intervenția a fost pragmatică, axată pe stabilizare și pe oferirea de *prim ajutor psihologic*, focalizată pe tehnici de *grounding* (ancorare în prezent) și reducerea stimulilor ambientali anxiogeni.

6. Concluzii specifice cazului

Cazul I.D. demonstrează aplicabilitatea programului SCEA-ATI într-o situație de traumă pură, accidentală. O intervenție rapidă, centrată pe redefinirea strategică a respirației și pe concretizarea simbolică a traumei, a facilitat tranziția de la starea de victimă a „suprasarcinii” la cea de subiect care își gestionează activ recuperarea. Scăderea semnificativă a anxietății ca stare confirmă faptul că stabilizarea cognitiv-fiziologică precoce este crucială pentru prevenirea instalării PTSD-ului.

Studiul de caz nr.8

(Modulul III de intervenție psihologică - pacient cu afecțiune medicală cronică, tratament nechirurgical, peste 30 zile de internare la ATI. Ne vom referi doar la evaluarea și intervenția psihologică din primele 30 zile)

1. *Prezentarea cazului și contextul clinic*

Date demografice și sociale: C.A.C., 25 de ani, de sex feminin, din mediul rural. A absolvit 8 clase, fiind nevoită să întrerupă studiile din cauza evoluției bolii, menționând că i-ar fi plăcut foarte mult să studieze Psihologia, dacă starea de sănătate i-ar fi permis să frecventeze cursurile. Locuiește împreună cu mama și cu sora sa mai mică (18 ani). Tatăl este plecat la muncă în străinătate.

Context medical: pacienta este diagnosticată cu Distrofie musculară, cu debut la vârsta de 11 ani. Pe fondul bolii cronice, a dezvoltat o Pneumonie severă care a evoluat spre Insuficiență respiratorie acută. Aceasta s-a complicat cu un Stop cardio-respirator (SCR), pentru care a fost resuscitată timp de 20 de minute. A fost transferată în ATI, unde a fost inițial intubată, ulterior traheostomizată. Ca o consecință majoră a evenimentului critic și a posibilelor complicații hipoxice, pacienta a dezvoltat o Tetrapareză severă, fiind complet imobilizată, cu pierderea totală a mobilității, inclusiv a capacității de a-și folosi mâinile, pacienta devenind complet dependentă de personalul medical. Este important de menționat că, înainte de această internare, deși avea mobilitate redusă, pacienta își păstrase independența prin folosirea mâinilor, pentru a mânca, a se pieptăna, a citi, a folosi telefonul, etc. Internarea în ATI a reprezentat, așadar, pierderea ultimei sale forme de autonomie. Durata totală a spitalizării a depășit 30 de zile, însă acest studiu de caz analizează intervenția exclusiv în primele 30 de zile, pentru a respecta criteriile de diagnostic ale TSA.

Istoric psihologic: fără un diagnostic psihiatric formal, dar cu un istoric lung de stări subclinice de depresie, izolare socială și anxietate de sănătate, exacerbate în timpul puseelor bolii.

Particularități de cadru: din cauza traheostomei și a imobilizării, comunicarea a fost inițial non-verbală (mișcarea buzelor). Psihologul a devenit *vocea pacientei și puntea de traducere* între ea și echipa medicală, resemnificând contextul ATI dintr-o „închisoare medicală” într-un *centru de reabilitare vitală*.

2. Evaluarea psihologică inițială (T1)

2.1. Analiza cognitivă (Cauza stresului acut)

Evaluarea a fost realizată în ziua a 3-a, printr-o procedură adaptată. Psihologul a citit itemii chestionarelor, iar pacienta a răspuns non-verbal. Interviuul s-a bazat pe citirea mișcării buzelor și interpretarea mimicii.

Scheme cognitive și strategii de coping: s-au activat scheme de vulnerabilitate la pericol și neîncredere/abuz. Pacienta a comunicat: „*Mi-e frică. Nu am încredere în aparate. Orice se poate opri*”. O convingere centrală era disocierea dintre starea fizică și cea emoțională; insista că „*nu sunt panicată, dar nu îmi ajunge aerul și de aceea sunt agitată*”. Scorurile CERQ au confirmat un stil cognitiv extrem de disfuncțional:

Strategie de coping (CERQ) Scor Pre-Test (T1) Interpretare (Frecvența de utilizare)

Catastrofare	19 / 20	Foarte frecventă
Ruminare	18 / 20	Foarte frecventă
Culpabilizarea celorlalți	18 / 20	Foarte frecventă
Auto-culpabilizare	16 / 20	Frecventă
Acceptare	4 / 20	Foarte redusă
Reevaluare pozitivă	5 / 20	Foarte redusă
Refocalizare pe planificare	5 / 20	Foarte redusă
Refocalizare pozitivă	6 / 20	Foarte redusă
Punerea în perspectivă	7 / 20	Redusă

2.2. Tabloul clinic al stresului acut (manifestările)

Simptomatologia emoțională și fiziologică (DASS-21R & STAI):

<i>Instrument</i>	<i>Scor Pre-Test (T1)</i>	<i>Interpretare clinică</i>
DASS-Stres	42	Nivel extrem de sever
DASS-Anxietate	40	Nivel extrem de sever
DASS-Depresie	12	Nivel sever
STAI-Y1 (Stare)	75	Anxietate de stare extrem de ridicată
STAI-Y2 (Trăsătură)	60	Nivel foarte ridicat

Observații clinice: pacienta era într-o stare de hipervigilență extremă, manifestată printr-o atenție suspicioasă la orice tratament administrat și la discuțiile personalului medical. Plângea mult și manifesta comportamente de refuz (de a mânca, de a fi igienizată). Episoadele de panică erau frecvente, în special în timpul încercărilor de sevraj de ventilator.

2.3. Analiza fenomenologică a răspunsului la stres (corelarea metodologică cu reperele DSM-5)

Conform DSM-5, un diagnostic de TSA necesită îndeplinirea Criteriului A, urmată de prezența a cel puțin 9 din 14 simptome specifice (Criteriul B).

Criteriul A (expunerea la un eveniment traumatic): acest criteriu este îndeplinit. Trauma este una complexă, compusă din stopul cardio-respirator (amenințare directă la adresa vieții) și conștientizarea faptului că a fost resuscitată timp de 20 de minute, alături de dependența totală de aparate. De asemenea, internarea la ATI a constituit un factor suplimentar de stres deoarece, deși a fost spitalizată de multe ori, niciodată starea ei nu a fost atât de gravă încât să necesite internare la terapie intensivă.

Criteriul B (simptome): tabloul clinic al pacientei C.A.C. a confirmat diagnosticul, întrunind 11 simptome specifice, după cum urmează:

Din categoria intruziune (2 simptome): 1. *Gânduri intruzive recurente:* Pacienta raporta gânduri persistente și involuntare despre moarte și sufocare. 2. *Suferință psihologică intensă la stimuli:* Orice senzație de dificultate respiratorie sau sunet al alarmei de la ventilator declanșa o reacție de panică intensă.

Din categoria stare afectivă negativă (1 simptom): 3. *Incapacitatea persistentă de a simți emoții pozitive:* Pacienta descria o stare constantă de teroare, fiind incapabilă să se bucure de veștile bune despre stabilizarea sa medicală sau de prezența familiei.

Din categoria simptome disociative (1 simptom): 4. *Sentiment de irealitate/Depersonalizare:* A descris momente în care se simțea detașată de propriul corp, pe care îl percepea ca pe o mașinărie stricată.

Din categoria evitare (2 simptome): 5. *Evitarea stimulilor interni:* Încerca activ să nu se gândească la prognostic sau la viitor. 6. *Evitarea stimulilor externi:* Refuza să participe la încercările de sevraj de ventilator pentru a evita senzația de sufocare.

Din categoria hiperactivare (5 simptome): 7. *Iritabilitate și suspiciune:* Manifesta un comportament iritabil și neîncrezător față de personalul medical. 8. *Hipervigilență:* Atenție constantă și exagerată la monitorul cardiac și la ventilator. 9. *Răspuns de tresărire exagerat:* Tresărea la orice zgomot neașteptat din salon. 10. *Dificultăți de concentrare:* Era incapabilă să urmărească o conversație simplă. 11. *Tulburări severe de somn:* Dificultăți majore de a adormi din cauza fricii.

Având Criteriul A îndeplinit și un total de 11 simptome specifice, diagnosticul de TSA este confirmat clinic.

3. Desfășurarea intervenției (programul SCE-ATI - Modulul III)

Având în vedere trauma medicală severă și spitalizarea prelungită la ATI, intervenția a depășit simplu management de criză, adoptând o filozofie fundamental sistemic - strategică și experiențială. Abordarea a fost centrată pe următoarele coordonate:

Problema centrală: criza pacientei a fost definită nu doar ca *stres*, ci ca o ruptură a relației de încredere la două niveluri: între pacientă și propriul corp, perceput ca trădător și între pacientă și sistemul medical, perceput ca periculos.

Obiectivul cognitiv principal: scopul fundamental a fost **resemnificarea** acestui cadru de interpretare. S-a urmărit transformarea perspectivei dominate de schemele de vulnerabilitate și neîncredere - „*Mediul ATI este un loc periculos, o să mor!*” - într-una funcțională și bazată pe reziliență: „*Sunt într-un loc sigur, unde sunt ajutată să lupt.*”

Metodologia aplicată: acest obiectiv cognitiv a fost atins prin tehnici **relaționale (specifice terapiei sistemice)** și **experiențiale (specifice psihodramei)**. Acestea, la rândul lor, au facilitat managementul consecințelor emoționale și fiziologice ale stresului acut.

Obiective specifice:

- (1) Resemnificarea cadrului de neîncredere și vulnerabilitate.
- (2) Managementul stărilor de panică prin tehnici de relaxare și meditații ghidate.
- (3) Reconstruirea sentimentului de siguranță al pacientei.

Descrierea sesiunilor:

Zilele 1-7 (Focus: construirea alianței terapeutice și stabilizarea):

Abordare: terapii scurte de criză și terapii sistemic - strategice (Palo - Alto).

Tehnică: în aceste prime zile, esențială a fost crearea unei alianțe terapeutice și a unui sistem de siguranță. Datorită traheostomei și tetraparezei, comunicarea a fost cea mai mare provocare. Alianța terapeutică s-a construit pe abilitatea psihologului de a înțelege limbajul nonverbal al pacientei, vorbirea șoptită a acesteia, citind pe buze, devenind astfel singura persoană care îi putea descifra pe deplin nevoile și fricile, într-o perioadă de izolare profundă. Sesiunile zilnice, scurte și predictibile, au devenit o "ancoră de siguranță". Pacienta a dezvoltat rapid o mare încredere în psiholog și solicita prezența acesteia de mai multe ori în cursul zilei, în special înaintea unor proceduri medicale anxiogene. Psihologul a folosit tehnici de **redefinire (reframing)** pentru a oferi un nou cadru de interpretare a crizei.

Exemplificare: elementele anxiogene au fost redefinite. De exemplu, ventilatorul a fost redefinit dintr-un *aparat periculos* într-un *plămân extern care îi permite corpului să se*

vindece. Fiecare acțiune medicală a fost "tradusă" ca un act de îngrijire, pentru a contracara schema de neîncredere.

Notă de evoluție (T1.1 - ziua 7): prima reevaluare a arătat o schimbare minimă, dar esențială: deși scorurile la anxietate și stres erau încă extrem de ridicate, **pacienta a dezvoltat o alianță terapeutică puternică**, solicitând prezența psihologului. Acest lucru a indicat că obiectivul de creare a unui cadru de siguranță a fost atins, permițând trecerea la faza următoare, de management al simptomelor.

Zilele 8-15 (Focus: emoțional/fiziologic - preluarea controlului):

Abordare: terapii scurte strategice (Palo Alto) și elemente de stabilizare prin imagerie ghidată (ca metodă de warm-up psihodramatic).

Tehnică: *redefinirea controlului prin prescripție strategică (grounding) și warm-up imageric (meditație ghidată).*

Logica intervenției: odată stabilită alianța terapeutică, intervenția s-a concentrat pe managementul simptomelor de panică. S-au introdus tehnici de grounding (ancorare senzorială) și imagerie ghidată, resemnificate în cadrul programului SCE-ATI nu ca relaxare pasivă, ci ca strategeme de blocare a soluțiilor încercate disfuncționale (lupta cu ventilatorul).

Exemplificare : meditația ghidată a fost utilizată ca o etapă de warm-up imageric, pregătind *scena interioară* a pacientei pentru cooperarea cu procedurile medicale: „*Această meditație nu este un moment de repaus, ci o etapă de încălzire (warm-up) pentru mintea ta. O folosim ca pe o stratagemă de ocupare a spațiului mental: în timp ce vizualizezi aceste imagini, tu blochezi 'circuitul' fricii. Grounding-ul pe textura păturii devine astfel maneta ta de control, o prescripție strategică prin care tu îi transmiți corpului că 'scena' ATI este acum un spațiu sigur.*”

Implementare (gestionarea panicii): în momentele de panică, s-au aplicat tehnici de ancorare senzorială (grounding) ca instrumente de urgență: „*Când apare frica de sufocare, nu ne luptăm cu ea. Ne concentrăm pe singurul lucru real și sigur: simțiți textura acestei pături pe mână.*”

Impact: rezultatele au validat această abordare hibridă. Pacienta a raportat că *ritualul de ancorare* a funcționat ca un „întrerupător” pentru crizele de sufocare, transformând ședințele într-un moment zilnic așteptat. Pacienta a **răspuns extrem de pozitiv la aceste tehnici**, care au devenit un ritual zilnic așteptat, raportând că o ajutau concret să se liniștească și îi scădeau anxietatea ca stare.

Notă de evoluție (T1.2 - Ziua 14): reevaluarea de la finalul săptămânii a doua a arătat **prima scădere semnificativă a scorului la STAI-Y1 (Anxietate ca stare)** de la 75 la 63, confirmând succesul tranziției de la starea de paralizie traumatică la o formă incipientă de autoreglare prin utilizarea resurselor imaginative, oferind pacientei prima formă de autonomie în contextul dependenței totale. Pacienta raporta că tehnicile de ancorare o ajutau să gestioneze episoadele de

panică. Acest progres la nivel fiziologic și emoțional a creat contextul necesar pentru a aborda cognițiile mai profunde.

Zilele 16-23 (Focus: resemnificarea experienței și reconstrucție identitară):

Abordare: psihodramă și terapie sistemică.

Tehnică: *explorarea rolurilor și lucrul cu vocea interioară*. Un moment cheie a fost **revenirea vocii pacientei**.

Logica intervenției: odată ce funcția respiratorie a permis vorbirea, intervenția s-a mutat pe resemnificarea statutului pacientei: de la *obiect al îngrijirii* la *subiect activ*. Revenirea vocii a fost utilizată ca un simbol al recuperării autonomiei, permițând pacientei să treacă de la o comunicare bazată pe neputință la una bazată pe afirmare.

Exemplificare: psihologul a utilizat revenirea vocii pentru a activa, prin tehnici psihodramatice, rolul de luptătoare: „*Această voce care revine nu este doar un sunet, este vocea 'luptătoarei C.A.C.'! Dacă am invita această voce pe scena de azi, ce ne-ar spune ea despre cum ai reușit să treci prin acele 20 de minute de stop cardio-respirator? Ce are ea de spus acum despre puterea ta?*”. În această etapă, s-a lucrat pe redefinirea percepției asupra senzațiilor corporale. Pacienta a fost ajutată să **resemnifice** starea de agitație: nu ca pe o defecțiune a aparatelor, ci ca pe o reacție sistemică de frică, oferindu-i astfel un sens emoțional unei trăiri care până atunci o teroriza (a reușit să facă legătura între emoția de frică și senzația fizică de sufocare).

Impact: capacitatea de a fi înțeleasă prin propria voce a redus frustrarea și a consolidat alianța terapeutică. Pacienta a început să-și asume un rol activ în relația cu echipa medicală și familia.

Notă de evoluție (T1.3 - Ziua 21): această săptămână a marcat cel mai mare progres. Reevaluarea a indicat o **scădere notabilă la subscala CERQ - culpabilizarea celorlalți** (de la 18 la 13). Din perspectivă sistemică, acest lucru reflectă o schimbare a modului în care pacienta se raportează la mediul spitalicesc: nu mai vede personalul ca pe un agresor, ci ca pe un aliat. De asemenea, revenirea vocii a dus la o îmbunătățire a scorului DASS-21R-Depresie, pacienta restabilind un minim de control asupra propriei sale vieți.

Zilele 24-30 (Focus: consolidare și planificare sistemică):

Abordare: terapii scurte orientate pe soluții și terapia sistemică de familie.

Tehnică: consolidarea resurselor și **recomandarea terapeutică**.

Exemplificare: ședințele zilnice s-au concentrat pe recapitularea uneltelor învățate și pe planuri concrete post-ATI. S-a discutat deschis despre provocările adaptării pe termen lung și s-a subliniat importanța **continuării psihoterapiei de familie** după externare, pentru a gestiona trauma și a sprijini întregul sistem.

Impact: discuțiile deschise au validat trauma întregului sistem, nu doar a pacientei, reducând presiunea de pe umerii acesteia de a fi *perfectă* după recuperare. Recomandarea fermă pentru terapie de familie a fost acceptată ca o necesitate pentru gestionarea impactului sistemic al TSA și al dizabilității motorii.

4. Evaluarea finală (T2) și progresul înregistrat

Tablou clinic final: la finalul celor 30 de zile, deși starea fizică era în continuare gravă, transformarea la nivel psihologic era evidentă. Episoadele de panică erau mult mai rare și mai puțin intense. Pacienta devenise mai cooperantă cu echipa medicală. Dezvoltase o alianță terapeutică solidă, așteptând cu interes ședințele. Folosea activ tehnicile de relaxare, raportând că îi oferă *momente de pauză*. Revenirea vocii i-a crescut moralul, iar sentimentul de a fi înțeleasă i-a redus frustrarea.

Evoluția psihometrică săptămânală: progresul pacientei poate fi observat în evoluția scorurilor de la o săptămână la alta, conform tabelului de mai jos.

Tabel comparativ al evoluției săptămânale (T1, T1.1, T1.2, T1.3, T2)

<i>Instrument / Subscală CERQ</i>	<i>T1 (Ziua 5)</i>	<i>T1.1 (Ziua 7)</i>	<i>T1.2 (Ziua 14)</i>	<i>T1.3 (Ziua 21)</i>	<i>T2 (Ziua 30)</i>
DASS-Stres	42	42	38	34	32
DASS-Anxietate	40	40	34	28	26
DASS-Depresie	12	12	14	16	16
STAI-Y1 (Stare)	75	72	63	55	51
Strategii Dezadaptative					
Catastrofare	19	19	17	14	13
Ruminație	18	18	16	14	13
Culpabilizarea celorlalți	18	18	16	13	11
Auto-culpabilizare	16	16	15	14	13

<i>Instrument / Subscală CERQ</i>	<i>T1 (Ziua 5)</i>	<i>T1.1 (Ziua 7)</i>	<i>T1.2 (Ziua 14)</i>	<i>T1.3 (Ziua 21)</i>	<i>T2 (Ziua 30)</i>
Strategii Adaptative					
Acceptare	4	4	6	9	12
Reevaluare pozitivă	5	5	6	8	10
Refocalizare pe planificare	5	5	6	9	11
Refocalizare pozitivă	6	6	7	9	10
Punerea în perspectivă	7	7	9	12	14

Interpretarea evoluției: tabelul ilustrează clar strategia de intervenție.

În prima săptămână (T1.1): nu există aproape nicio modificare a scorurilor, reflectând focusul exclusiv pe crearea alianței și a unui mediu sigur. În această etapă, prioritatea a fost validarea suferinței, nu modificarea simptomului.

În a doua săptămână (T1.2): se observă prima scădere notabilă a anxietății ca stare (STAI-Y1) și a stresului (DASS-21R), ca urmare a succesului prescripțiilor strategice (grounding). Această evoluție confirmă că oferirea unor *manete de control* senzorial a redus hipervigilența fiziologică.

În a treia și a patra săptămână (T1.3): pe măsură ce resemnificarea sistemică a neîncrederii a avansat, au început să se modifice și strategiile de coping: *scădere scorurilor la culpabilizarea celorlalți și la catastrofare*, indică faptul că pacienta nu mai percepe mediul ATI ca pe un agresor, ci ca pe un spațiu de colaborare. *Creșterea scorurilor la acceptare și punerea în perspectivă*, reflectă succesul warm-up-ului imageric și al explorării de rol, pacienta reușind să integreze trauma în povestea sa de viață (luptătoarea). Evoluția lentă a scorului la depresie, este un indicator clinic onest, explicabil prin severitatea tetraparezii și efortul imens de adaptare la o nouă identitate fizică.

În faza finală (T2): progresul este consolidat, cu **scăderi continue la nivel de stres acut** și o **creștere a strategiilor de coping adaptativ**, deși scorurile rămân la un nivel care indică **necesitatea continuării terapiei**.

5. Limite și gestionarea acestora

Limitări: tetrapareză și dependența fizică totală de personalul medical, comunicarea inițială non-verbală și nivelul extrem de ridicat de neîncredere, suspiciozitatea marcată, au fost bariere majore.

Gestionare: alianța s-a construit treptat.

Rolul de punte de legătură: cea mai importantă strategie de management a fost rolul asumat de psiholog de *punte de legătură între pacientă și personalul medical*. Psihologul *traducea* nevoile subtile ale pacientei către personalul medical („*Acum are nevoie de o pauză, a obosit/ este copleșită de durere*”) și, invers, *traducea* și explica pacientei anumite proceduri medicale, față de care prezenta suspiciune și frică.

Flexibilitatea extremă a intervenției psihologice: s-a renunțat la structura clasică a unei singure ședințe zilnice în favoarea unei flexibilități strategice. Intervenția a urmat un model hibrid, adaptat ritmului biologic al pacientei: **ședințe extinse de procesare imagerică și explorare de rol (când starea pacientei o permitea), completate de multiple contacte scurte de suport și ancorare (grounding) pe parcursul zilei, multe dintre ele la solicitarea directă a pacient, pentru a preveni escaladarea anxietății.**

6. Concluzii specifice cazului

Cazul C.A.C. ilustrează aplicarea programului SCE-ATI într-un context clinic de maximă complexitate: o traumă medicală acută (stop cardio-respirator) suprapusă peste o patologie cronică degenerativă (tetrapareză), dublată de bariere majore de comunicare. Succesul intervenției a demonstrat eficacitatea unei abordări fazice, adaptate riguros la dinamica mediului critic:

Prioritizarea alianței și a securizării: succesul a depins de construirea unei relații de siguranță absolută prin funcția de mediere a mediului spitalicesc, oferind pacientei un spațiu de predictibilitate într-un context perceput inițial ca ostil.

Resemnificarea experienței: în locul tehnicilor standard, s-a pus accent pe **resemnificarea percepțiilor senzoriale** și a neîncrederii reactive. Tranziția de la *obiect al manevrelor medicale* la *subiect activ* (rolul de luptătoare) a fost catalizată de recuperarea funcției fonatorii, moment utilizat strategic pentru reconstrucția identitară.

Autoreglarea prin tehnici distributive: managementul simptomelor de panică a fost realizat prin tehnici de ancorare senzorială (**grounding**) aplicate într-un regim flexibil, adaptat pragului de oboseală al pacientei.

Cazul validează flexibilitatea extremă a programului SCE-ATI și subliniază că, în stări critice cu dependență fizică totală, **reconstruirea sentimentului de control și medierea siguranței în micro-sistemul ATI** sunt mai importante decât aplicarea rigidă a unor tehnici

specifice. Acest parcurs confirmă faptul că stabilitatea psihică a pacientului critic este rezultatul unui echilibru fin între suportul emoțional continuu și adaptarea strategiei terapeutice la realitatea fiziologică imediată.

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, Suciaghi Mariana, declar pe propria răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Suciaghi Mariana

Semnătura:








Data: 22.05.2026

CURRICULUM VITAE MARIANA SUCIAGHI

PSIHOLOG / PSIHOTERAPEUT



 Data nașterii: 24.03.1975 | Cetățenia: română
 Târgu Mureș, România |  +4 0744 428 486 |
 mari_suciaghi@yahoo.com
 Permis conducere: B

EXPERIENȚA PROFESIONALĂ

03/2019 - prezent | PSIHOLOG CLINICIAN PRINCIPAL *Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, Secția Clinică ATI*
2009 - prezent | PSIHOLOG / PSIHOTERAPEUT la *Suciaghi Mariana - Cabinet Individual de Psihologie, Târgu Mureș*:
Psihologie clinică - psiholog principal, supervisor, expertiză psihologică.
Psihologia muncii și organizațională - psiholog principal, supervisor.
Psihologia transporturilor - psiholog principal.
Psihologie pentru apărare și siguranță națională - specialist și supervisor.
Psihoterapie - sistemică de cuplu și familie (specialist), Psihodramă (supervizare).
Specializări adiționale - Terapia ABA; Psihoterapii scurte-sistemice după modelul de la Palo - Alto, Belgia; Expertiză psihologică a copilului și familiei aflate în divorț
2018 - prezent | PREȘEDINTE AL COMISIEI DE PSIHOLOGIE *Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș* - coordonarea activității profesionale a psihologilor din cadrul unității sanitare.
2024 - prezent | MEMBRU ÎN COMISIA DE DONARE (DONATOR VIU) *Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș*
2016 - 2019 | PSIHOLOG *SCJU Târgu Mureș, Serviciul de Management al Calității Serviciilor Medicale*
PREZENT | TUTOARE DE PRACTICĂ *Universitatea „Dimitrie Cantemir” Târgu Mureș*

EDUCAȚIE ȘI FORMARE

2022 - prezent: doctorand în Psihologie, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău.
2014 - 2017: formare Psihoterapie sistemică de cuplu și familie, Institutul de Sexologie, Cluj-Napoca.
2012 - 2014: Master: Psihologie clinică și tehnici de intervenție în psihoterapie, Univ. „Dimitrie Cantemir”, Tg. Mureș.
2009 - 2011: Master: Psihologia muncii, organizațională și a transporturilor, Brașov.
2008 - 2010: Master: Consiliere psihologică și educațională, USH Brașov.
2005 - 2008: Licență în Psihologie, Universitatea „Spiru Haret” București.
Formări continue: Expertiză psihologică (2023), Modul psihopedagogic I și II, Hipnoterapie medicală (2024).

COMPETENȚE LINGVISTICE ȘI DIGITALE

Limba maternă: Română; **Limbi străine:** Franceză (B2 - Independent), Engleză (A2 - Bază)
Competențe digitale: MS Office (Word, Excel, PowerPoint) - Nivel Avansat.

PUBLICAȚII ȘTIINȚIFICE RECENTE

2026

1. 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. 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/>
3. 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* 2026;72(2, articol extins UMFST Târgu Mureș, România. DOI: 10.62838/amsm-2026-0011
Depozit electronic: <https://actamedicamarisiensis.ro/> Categoria: cod CNCIS B+.

2025

4. 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>
5. 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
6. SUCIAGHI, Mariana; TARNOVSCHI, Ana. *Factorii psihologici implicați în decizia familiilor privind donarea de organe, Rezumat* conferință în volumul: *Rezumatul 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>.
7. 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/>

8. SUCIAGHI, Mariana; TARNOVSCHI, Ana. *Factorii psihologici implicați în decizia familiilor privind donarea de organe. Rezumat* conferință în volumul: *Rezumatul 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>.

2024

9. 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>

10. 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

11. 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*. Ediția 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>

2023

12. 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

13. SUCIAGHI, Mariana. *Evaluarea psihologică a dimensiunilor psihoemoționale ale pacienților în stare critică, internați în secția de terapie intensivă*. În: *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. *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

2022

15. 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.

16. 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).

CONFERINTE SI FORMARE CONTINUĂ (ultimii 5 ani)

2025: Curs Psihoterapie pentru doliu și pierdere (10 credite CPR).

2025: Conferința Națională a APR, Chișinău.

2024: Protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități, Chișinău.

2024: Conferința Galatia: Interdisciplinaritatea în Psihiatrie și AI (24 credite CPR).

2024: Formare în Hipnoterapie medicală, Asociația Europeană de Hipnoterapie.

2023: Conferința „Kaleidoscope”, Universitatea AL. I. Cuza, Iași.

2023: Expertiza psihologică a copilului și familiei în divorț (50 credite CPR).

2022: Evaluarea psihologică clinică în context judiciar (PSIWorks).

2022: Evaluare și intervenție în Tulburările de Stress (IPADSM).

2021: Workshop Psihotrauma - evaluare și intervenție (Asociația Confident).

2020: A 4-a Conferință Est-Europeană de Sănătate Mintală.

ABILITĂȚI SI COMPETENTE PERSONALE

Comunicare - a excelențe de interacțiune terapeutică cu diverse categorii de vârstă.

Management - experiență în coordonarea echipelor de psihologi și managementul calității serviciilor medicale.

Interdisciplinaritate - capacitate de lucru în echipe medicale complexe (ATI, Secțiile SCJU Tg. Mureș, Transplant/Donare).

Etică - spirit de echipă, empatie și rigoare profesională în expertize psihologice judiciare.