

CONCEPTUL DE STRES PSIHIC

Originea conceptului de stres psihic este legată de apariția conceptului general de stres al lui Selye, dar precursorul de geniu în acest domeniu rămâne tot Cannon care, demonstrând apariția unei secreții de adrenalină la animalele supuse unui șoc emoțional, a descris pentru prima oară elementele de ordin psihocomportamental precum și de ordin fiziologic ale unui stres psihic experimental (la animale).

Există numeroase definiții date stresului psihic (SP), care este considerat ca fiind: "*totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu-și găsesc soluția*" [1]; "*o stare de tensiune, încordare și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrarea sau reprimarea unor stări de motivație (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme*" [2] etc., **principalele caracteristici** ale acestui fenomen fiind următoarele [3], p. 29-31:

- SP este un stres în cadrul căruia canalul de propagare al acțiunii agentului stresor este reprezentat de însuși psihicul uman;
- în SP apar atât tulburări neuropsihice, cât și tulburări somatice;
- SP constă în reacții psiho-comportamentale și somato-viscerale de o intensitate crescută peste limitele acceptate, destul de convențional, ca fiind corespunzătoare unei simple adaptări;
- în funcție de rezultatul confruntării dintre agenții stresori și reacția psihofizică a organismului uman la aceștia (însuși SP), ulterior vom putea asista la următoarele fenomene: a) reinstalarea aparentă sau reală a aceluiași pattern psihocomportamental ca și înainte de acțiunea agenților stresori; b) apariția, în timpul SP și mai ales după o perioadă de incubație, a unor tulburări psihosomatice persistente sau chiar a unor boli psihice sau somatice.

În cazul preexistenței diverselor maladii, SP va realiza o agravare sau o redeșteptare din stadiul lor de acalmie. Apariția în plan psihic a unor evaluări de strategii față de o posibilă repetare a confruntării cu același agent stresant (sau alții similari) poate avea: un ecou afectiv favorabil (în caz de dominare a situației), cu sporirea încrederii în propriile forțe, și un ecou afectiv nefavorabil (realizarea eșecului) cu efecte potențial psihopatologice; SP este inevitabil dar controlabil. În comparație cu alte forme de stres, SP implică în primul rând starea psihologică a organismului.

În literatură se subliniază faptul că SP poate fi de două feluri: **primar** și **secundar**. El are un caracter "primar" atunci când este rezultatul unei agresiuni recepționate în sfera psihicului (conflicte și suprasolicitări psihice mediate de stimulii verbali dar și realizate prin concentrarea atenției, cu evocarea sau persistența unor imagini, sentimente etc.) și un caracter "secundar" atunci când este o reacție de însoțire ori chiar de conștientizare a unui stres fizic căruia i se acordă o semnificație de amenințare.

Agenții stresori psihici sunt în marea lor majoritate stimuli verbali (incluzând și limbajul interior). Semnificația lor pentru individ îi diferențiază net de toți ceilalți agenți stresori (fizici, chimici etc.). O caracteristică a acestor agenți este caracterul lor potențial de a produce SP, validat numai de semnificația de amenințare, prejudiciu, nocivitate în general, pe care le-o oferă subiectul agresionat.

De asemeni unul și același eveniment stresor psihic nu produce de fiecare dată un SP la același individ, atât din cauza "dispoziției de moment", cât și semnificației diferite ce i se conferă în momentele respective.

Un rol deosebit în apariția și intensitatea SP îl au particularitățile individuale (genetice, cognitive, afective, motivaționale, voliționale etc.). Toate aceste particularități - modelate de experiența de viață familială și profesională a subiectului (incluzând evenimentele psihotraumatizante anterioare), inclusiv de o serie de afecțiuni somatice și mai ales psihice (nevrozele în special) - sunt implicate în răspunsul individului la un stresor psihic potențial, contribuind la conferirea unei semnificații nocive, imaginare sau reale, capabile să conducă la "intrarea în starea de SP". Lazarus, cit. [22, p. 13], consideră semnificația atribuită agentului stresor ca pe un eveniment capabil să contribuie la diferențierea unui stres psihic de un alt tip de stres (sau, cum afirmă - în mod repetat - Selye, "important este nu ceea ce ți se întâmplă, ci felul în care reacționezi!").

Aceasta poate fi explicația de ce unele persoane prezintă o sensibilitate crescută în plan psihic la acțiunea unor stresori minori, banali, fiind mai predispuse astfel la apariția SP. Această sensibilitate a fost denumită "vulnerabilitate la stres", termen ce desemnează o receptivitate psihică crescută față de stresorii psihogeni capabilă să conducă la apariția SP. În acest context, consideră Iamandescu [4], dacă ar fi să se vorbească de o vulnerabilitate, ar trebui mai degrabă să ne referim la vulnerabilitatea unor organe și aparate (inclusiv a psihicului) la stresul psihic.

O trăsătură importantă specifică SP, raportată la agentul stresor cauzal, o constituie caracterul anticipativ al SP față de impactul cu un anumit eveniment sau circumstanțe generatoare ale unor consecințe ce amenință echilibrul psihic al subiectului, anticiparea stresului fiind de fapt și ea un stres în sine [5].

Sells consideră că SP ia naștere în următoarele situații [6]:

1. când individul este surprins de anumite evenimente sau circumstanțe nepregătit spre a le face față;
2. când miza este foarte mare, un răspuns favorabil având consecințe importante pentru individ, în timp ce eșecul are un efect nociv permanent, accentuând și mai mult SP;
3. când gradul de "angajare" a individului este foarte mare.

Kaplan și French, cit. de Derevenco [7], consideră că la baza SP există o neconcordanță între resursele, abilitățile, capacitățile individuale ale subiectului și cerințele și necesitățile impuse acestuia.

Appley și Trumbull [8], încercând o caracterizare generală a situațiilor generatoare de SP, evidențiază următoarele:

- a. SP poate fi mai bine înțeles ca interacțiune a subiectului cu situația (stresantă);
- b. contextul social are un rol fundamental în generarea reacțiilor de SP;
- c. există mari diferențe individuale în reacțiile stresante;
- d. nu se pot corela criteriile psihologice de măsurare a stresului cu diverși indicatori fiziologici ai stresului;
- e. existența unor deosebiri nete în sânul condițiilor naturale și între condițiile naturale și cele de laborator de producere a SP.

Lazarus [9] subliniază caracterul subiectiv al percepției de către individ a unor solicitări, evaluate de el ca depășindu-i posibilitățile (chiar dacă uneori realitatea este

alta) deci SP apare când există un dezechilibru între solicitările obiective ale organismului și posibilitățile pe care subiectul consideră că le are spre a le face față.

McGrath [10] introduce în rândul situațiilor stresante - pe lângă cele de *suprasolicitare* (aparentă sau reală) - și pe cele de *subsolicitare* (deprivarea senzorială cu monotonie, lipsă de informație, sau de activitate), iar Coffey și Appley [11] aplică din acest motiv o clasificare dihotomizantă a situațiilor de stres:

- situațiile de solicitare, stimulare neadecvată (în exces sau în minus);
- situațiile conflictuale propriu-zise.

Weitz, cit. de Floru [20], enumeră condițiile în care o situație poate genera un SP, la care Iamandescu [22, p. 15] adaugă unele nuanțări:

- supraîncărcarea prin sarcini multiple și în condiții de criză de timp, (deci și de necunoaștere a duratei suprasolicitării);
- perceperea de către subiect a unei amenințări reale sau imaginare, (inclusiv a integrității fizice);
- izolare sau sentimentul restrângerii libertății ca și a contactului social;
- apariția unui obstacol (barieră fizică sau psihologică) în calea activității sale, resimțită ca un sentiment de frustrare;
- presiunea grupului social (favorabilă excesiv sau nefavorabilă) generatoare a temerii de eșec sau de dezaprobare;
- perturbări de către agenții fizici (termici, zgomot, vibrații etc.), chimici sau biologici (boli somatice) care scad rezistența adaptativă a organismului (inclusiv în sfera proceselor psihice).

Lazarus și Folkman [12] constată că stresorii cronici de intensitate medie - "tracasările" - pot accentua sau modera reacțiile persoanei într-o situație concretă de stres și au un impact mai mare asupra sănătății individului. Totodată, diferențele individuale ale reacțiilor la stres pot fi explicate, în mare măsură, de combinațiile particulare ale stresorilor din experiența subiectului, precum și de valența / semnificația personală a stresorilor pentru subiect ("centralitatea tracasărilor").

G. Blau [13] confirmă descoperirea mai timpurie a lui Caplan [14] a lipsei raportului direct dintre stres și simptomele fiziologice ale stresului.

Investigările lui M. Frone și D. McFarlin [15] relevă importanța în stresul psihic a unui factor subiectiv - nivelul conștiinței de sine (private self-consciousness), care presupune capacitatea persoanei de a-și percepe adecvat reacțiile sale la diferite influențe ale mediului, detectând consecințele negative. Rezultatele investigației arată că persoanele cu un nivel înalt de conștientizare a propriilor reacții reacționează mai rapid la devierile echilibrului emoțional, orientându-se spre detectarea stresorilor și ajustarea la ei. Autorii consideră că eficiența în stres a unui nivel înalt al conștiinței de sine e influențată mult de expectanța pozitivă sau cea negativă a persoanei față de rezultatele ajustării. În cazul expectanței pozitive conștientizarea înaltă a propriilor reacții contribuie la ajustarea eficientă și stabilirea echilibrului emoțional al subiectului, pe când expectanța nefavorabilă accentuează distresul emoțional perceput de către persoană.

Altă investigație, cea a lui P. Chen și P. Spector [16], arată că afectivitatea negativă (predispoziția de a trăi emoții negative, precum tensiunea și nervozitatea, tristețea, sentimentul de vină, insatisfacția de sine) este un mediator al relației dintre stresori și consecințele negative ale stresului asupra sănătății.

A. Cemârtan [17] constată în mod experimental:

1. intensitatea mai mare a stresului la persoanele cu un nivel înalt al anxietății;
2. corelația pozitivă înalt semnificativă dintre nivelul stresului și consecințele psihologice și psihosomatice ale acestuia (utilizarea medicamentelor, simptome ale diferitelor boli, depresia etc.);
3. suportul social nu interacționează direct cu nivelul stresului.

Studiile lui Mc Ewen [\[\[18\]\]](#) și Sapolsky [\[\[19\]\]](#) au evidențiat faptul că, în interiorul sistemului nervos central, cele mai vulnerabile la stres sunt celulele piramidale ale hipocampului și celulele gliale. Pe de altă parte, este de asemenea demonstrat faptul că sensibilitatea la agenții stresori variază în limite considerabile de la o persoană la alta, diferențele interindividuale fiind determinate nu numai de factorii genetici, ci și de experiențele dobândite în cursul vieții. Aceste experiențe pot influența pozitiv sau negativ rezistența primară la efectele dezadaptative ale stresului.

Efectele de ordin entropic ale stresului psihic sunt generate și perpetuate prin intermediul stării de depresie.

Keiholtz [\[\[20\]\]](#) a studiat modalitatea prin care o stare prelungită de stres duce la depresia de epuizare (exhaustion depression). Depresia de stres se instalează după o lungă durată de compulsiile emoționale, după traume psihice repetate și după o prelungită tensiune afectivă negativă.

Din punct de vedere tipologic, depresia de epuizare apare mai frecvent la persoanele cu structură introvertă și cu ușoare înclinații patologice către renunțarea la responsabilități.

Depresia de stres sau de epuizare se dezvoltă în faze, în decursul a luni și ani de zile [\[39\]](#):

a. Prima fază - hiperestezie astenică - este caracterizată prin tensiuni emoționale prelungite, hipersensibilitate, iritabilitate, fatigabilitate pretimpurie, tulburări ale somnului.

Hipersensibilitatea, iritabilitatea și tulburarea somnului generează adesea noi surse de conflict și compulsiune la locul de muncă și în familie. Durata acestei faze poate fi de luni sau chiar ani de zile.

b. Ulterior, supraîncărcarea emoțională duce la stadiul tulburărilor funcționale și autonome-insomnie, simptome cardiovasculare, dureri de stomac, dereglări sexuale, sindroame algice.

c. Faza a treia, depresivă începe din momentul când se produc noi traume fizice sau psihice.

În mod frecvent, procesul depresiv este acompaniat de tulburări funcționale cu puternică tentă psihică -anxietate, scăderea dorinței de viață, scăderea hotărârii și a capacității de decizie, diminuarea autoprețurii și grijii față de sine.

Rapiditatea dezvoltării depresiei de epuizare depinde de intensitatea stresului, de modul în care persoana percepe evenimentele din jur, de răspunsurile pe care le poate pune în funcțiune în situațiile critice, de raportul dintre satisfacțiile și insatisfacțiile cotidiene.

La pacienții expuși intervențiilor chirurgicale, depresia de epuizare apare datorită gravității bolii (mai ales când aceasta este amplificată prin inducție psihică), ambianței apăsătoare a spitalului, așteptării momentului operației cu incertitudinile pe care le comportă acesta și, firește, stresului operator propriu-zis.

În asemenea cazuri, sistemul imunitar este supus unei duble presiuni: din partea focarului patologic deja apărut în organism și din partea tensiunii psihice generate de conștientizarea și trăirea bolii ca o amenințare posibil fatală.

Se poate deci presupune că dacă nu sistemul imunitar în ansamblu, cel puțin unele elemente ale lui vor suferi modificări semnificative care reduc capacitatea de autoapărare a organismului. Mai mult este plauzibilă supoziția că stresul își manifestă efectele sale nociv-dezadaptative primordial prin slăbirea sistemului imunitar.