

# GHID PRACTIC

*pentru creșterea*

**Rezilienței psihologice pentru personalul de urgență**



# **GHID PRACTIC**

*pentru creșterea*

Rezilienței psihologice pentru personalul  
de urgență

Proiect Erasmus +: „Reziliență psihologică pentru personalul din domeniul situațiilor de urgență”

Proiect nr. 2020-1-RO01-KA202-079773

Acest proiect (proiectul nr. 2020-1-RO01-KA202-079773) a fost finanțat cu sprijinul Comisiei Europene. Această publicație reflectă numai părerile autorului și Comisia nu poate fi făcută responsabilă pentru nicio utilizare care poate fi făcută din informațiile conținute de aceasta.

## Cuprins

Introducere.....	4
<b>Capitolul 1 - Ce este urgența?.....</b>	<b>6</b>
1.1. Impactul psihologic pentru lucrătorii din domeniul de urgență.....	7
1.2. Emoțiile la personalul din domeniul situațiilor de urgență.....	11
<b>Capitolul 2 - Traumele emoționale la salvatorii din domeniul situațiilor de urgență..</b>	<b>22</b>
2.1. Ce poate duce la traume emoționale pentru salvatori.....	22
2.2. Stresul traumatic.....	27
2.2.1. Reacția la stres.....	31
2.3. Factori care cauzează stres pentru personalul din domeniul situațiilor de urgență.....	33
2.4. Tulburarea acută de stres.....	38
2.5. Tulburare de stres posttraumatic sau PTSD la lucrătorii din sistemul de urgență.....	39
2.6. Sindromul Burnout (Epuizarea) la profesioniștii din domeniul situațiilor de urgență.....	42
2.6.1. Factori de risc și cauze ale burnout-ului.....	43
<b>Capitolul 3 - Reziliența și capacitatea de adaptare.....</b>	<b>47</b>
3.1. Ce este reziliența.....	47
3.2. Cine sunt persoanele reziliente?.....	55
3.2.1. Factorii care influențează răspunsul de reziliență al unui individ.....	55
3.3. Cum poate fi pusă în practică reziliența?.....	56
3.4. Creșterea rezilienței prin instrumente și strategii de coping.....	59
3.4.1. Strategii pentru creșterea rezilienței.....	61
3.4.2. Tehnici de dezvoltare a rezilienței.....	65
<b>Capitolul 4 - Psihologia situațiilor de urgență și intervenții.....</b>	<b>71</b>
4.1: Psihologie de urgență.....	71
4.1.1. Salvatorii ca beneficiari a intervențiilor de suport psihologic în situații de urgență.....	71
4.2. Importanța formării teoretice/practice în domeniul situațiilor de urgență.....	74
4.3. Tehnici de sprijin pentru profesioniștii din domeniul situațiilor de urgență.....	76
4.4. Consiliere de urgență. Ce este consilierea?.....	81
4.5. Strategii comportamentale și stil de coping pentru întărirea rezilienței.....	83
4.6. Tehnici de management al stresului.....	87
Bibliografie.....	90

## Introducere

În rândul populației generale, cuvântul urgență provoacă teamă, frică și tensiune. Ce poate provoca pentru cei care trebuie să gestioneze și să controleze situațiile de urgență în fiecare zi? Pentru cei care ne salvează în fiecare zi?. Este adevărat, pe noi ne salvează profesioniștii din domeniul situațiilor de urgență. **DAR CINE SALVEAZĂ UN SALVATOR LA SFÂRȘITUL TUREI SALE DE LUCRU?** Cine îl ajută să nu cadă în depresie și demotivare profesională? Cine este pivotul care îi ascultă, îi sfătuiește, îi colectează emoțiile, ideile, perspectivele, inclusiv cele viitoare? Ce prevenție și formare sunt necesare pentru a sprijini un profesionist care se confruntă cu aceste dificultăți, pentru a putea depăși criza provocată de situația de urgență în care a acționat?

Lucrătorii care își desfășoară activitatea în contexte de urgență sunt foarte expuși, dacă nu sunt susținuți psihologic. Meseria salvatorilor, care merg cu ambulanța, cu mașina de pompieri sau poliție, cei care răspund la apelurile de urgență, nu poate fi considerată „doar” un loc de muncă, ci o alegere de viață. Ei sunt puși în situația de a opera de la începutul și până la sfârșitul intervenției, într-un mod care să fie adecvat specificului și caracteristicilor tipului de intervenție, pentru a evita să devină o potențială „victimă care trebuie salvată” la rândul său. Astfel, datorită specificului situațiilor de urgență, în special în societatea contemporană există o nevoie din ce în ce mai mare de creștere a rezilienței personalului implicat în intervențiile de urgență din prima linie, care merg la locul accidentelor, dezastrelor, conflictelor, etc. Ca urmare, salvatorii din categoria cărora fac parte medicii, paramedicii, voluntarii de pe ambulanță, pompierii, polițiștii, criminaliștii, ofițerii de la crimă organizată, etc au nevoie de o reziliență crescută (rezistența psihică, emoțională și fizică), care poate fi construită cu ajutorul psihologiei de urgență prin metode și tehnici specifice pe care le propunem în acest suport de curs.

Reacțiile la evenimente traumatice ale profesioniștilor implicați în intervenții de urgență, pe care le-am identificat din răspunsurile la chestionarele aplicate în studiul de cercetare pe care l-am realizat sunt variate și diferite de la subiect la subiect și anume: teroare, șoc, tristețe, disperare, iritabilitate ridicată, furie, trăire emoțională intensă, vinovăție uneori, provocate de moartea unui om și de sentimentul de neputință, diferite forme disociative, uimire și neîncredere, o denaturare considerabilă a realității, confuzie, auto-înstrăinare, reacții bruște și tresărire la zgomote, tulburări psihosomatice, tahicardii, insomnie și diferite tulburări de somn, scăderea apetitului, oboseală generală,

hiperactivare motorie, gânduri și amintiri intruzive, etc. Aceste reacții pot apărea în timpul sau la scurt timp după experiența de salvare și pot provoca ulterior diverse forme de depresie, demotivare existențială, profesională, anhedonie, flashback, atacuri de panică. În unele cazuri există o căutare obsesivă de uitare a evenimentului; prin urmare, pot apărea situații în care salvatorul recurge la folosirea abuzivă a drogurilor, alcoolului, medicamentelor psihotrope. Dacă aceste simptome persistă mai mult de o lună și sentimentele de detașare și/sau înstrăinare față de ceilalți cresc, rezultă o afectare semnificativă în funcționarea socială, profesională, afectivă și existențială, cu o atenuare a reactivității în general.

Cu siguranță este importantă examinarea diferitelor circumstanțe care au dus la apariția unor tulburări determinate de stresul profesional la personalul implicat în intervențiile de urgență. Aceste tulburări nu afectează neapărat persoanele cele mai fragile sau mai slabe, ci acolo unde **reziliența psihologică** nu este dezvoltată suficient. Desigur, este important să se ia în considerare predispozițiile fiziologice legate de factori individuali precum vârsta, sexul, etnie și stare fizică; predispoziții psihologice, legate de factori psihologici specifici subiectului, cum ar fi stările psihopatologice sau trăsăturile de caracter, predispoziții sociale intrinseci mediului în care trăiește persoana și rolului său în societate. Mai presus de toate, deoarece percepția stresului este subiectivă, deci determinată de componente bio-psihologice și de caracter, în special atunci când apare o hiperstimulare (severă și/sau prelungită) în ceea ce privește capacitatea de a face față (coping) situației stresante, posibilitatea de restabilire a echilibrului este permisă tocmai de reziliența psihologică personală. În psihologie reziliența este văzută ca abilitatea unei persoane de a înfrunta traumele vieții, de a le depăși și de a ieși din ele întărită și chiar transformată pozitiv, concept denumit coping transformator.

Astfel, trauma poate avea două aspecte, unul legat de evenimentul care produce un echilibru intern deficitar, celălalt conectat la reprezentarea subiectivă a evenimentului și a suferinței rezultate, cu repercusiuni asupra dinamicii personale și relaționale. Personalul implicat în situații de urgență nu poate schimba o stare de suferință a persoanei accidentate, dar poate să își schimbe atitudinea față de situație și astfel să nu fie afectat de ceea ce se întâmplă. Tocmai acesta este scopul acestui ghid, acela de a conștientiza ce consecințe pot apărea din participarea directă la salvarea de vieți și cum poate fi dezvoltată reziliența pentru depășirea acestor eventuale consecințe.

## **Capitolul 1**

### **Ce este urgența?**

Urgență reprezintă o situație, o condiție de risc, care indică necesitatea de a efectua o acțiune, de a lua o decizie. O urgență este definită ca fiind orice stare patologică, de obicei, cu un debut brusc și o evoluție rapidă, care, pune în pericol supraviețuirea sau funcționarea organelor vitale, fără un tratament adecvat, de la câteva minute la câteva ore. O urgență majoră, sau o catastrofă este definită ca fiind un eveniment dăunător pentru comunitatea implicată, care perturbă ordinea stabilită sau creează o situație, care determină un dezechilibru între nevoile victimelor și resurse disponibile pentru a răspunde nevoilor de ajutor.

În toate cazurile, promptitudinea și calitatea răspunsului la urgențele sanitare și situațiile de asistență medicală de urgență condiționează rezultatul, atât din punct de vedere uman, cât și din punct de vedere al pierderii de vieți. Profesioniștii care lucrează în zone de urgență, în situații critice în care sunt tratați pacienți prezintă un risc crescut de apariție a stresului, datorită mării responsabilități pe care și-o asumă în salvarea a cât mai multe vieți. Acest lucru se datorează importanței deciziilor pe care le iau, complexității intervenției și condițiilor în care se desfășoară munca lor. Toate acestea conduc la o implicare emoțională inevitabilă și la un nivel ridicat de stres. Stresul este conceput ca răspunsul fiziologic, psihologic și comportamental al organismului la orice stimul sau situație stresantă în care individul încearcă să se adapteze presiunilor interne și externe în situații de urgență, care pun în pericol echilibrul psihofizic. Factorii de risc care pot provoca stres sunt legați de gradul de responsabilitate al profesioniștilor din domeniul sănătății, suprasolicitarea muncii și presiunea timpului, contactul cu decesul, suferința, conflictul și ambiguitatea rolului, climatul organizațional, orele neregulate, instabilitatea locului de muncă, probleme de interrelație cu echipa multidisciplinară și multe altele. Toate acestea afectează și calitatea vieții din punct de vedere personal al profesionistului. Situațiile stresante permanente, dacă nu sunt identificate și depășite la timp, pot duce la diferite tulburări din punct de vedere medical și psihic rezultat din interacțiunea caracteristicilor personale ale lucrătorului cu mediul său de muncă. Strategiile de coping, adică mecanismele de apărare, pe care acești lucrători le folosesc în practica lor profesională vor fi decisive în înțelegerea dinamicii care conduce la un risc mai mare

sau mai mic de a suferi consecințe negative. Prin urmare, este important să se analizeze și să se înțeleagă concepte precum stresul, tulburarea de stres post traumatic, epuizarea, adaptarea și reziliența și factorii aferenți implicați.



### 1.1. Impactul psihologic pentru lucrătorii din domeniul de urgență

Chiar și în cele mai bune sisteme de urgență, de multe ori salvatorii, instruiți pentru a salva vieți, nu au capacitatea de a face față, în special când se confruntă cu accidentarea gravă sau moartea unor persoane tinere sau copii, ori în cazul unor evenimentele catastrofale. Salvatorii, care intră în contact emoțional cu pacienții au un fel de sarcină paradoxală, care constă în a funcționa într-un mod „sănătos” în cadrul unui scenariu în care ceilalți au dreptul de a funcționa într-un mod defensiv, agresiv uneori, haotici, confuzi, etc, pe care le adoptă în fața unui eveniment, cum ar fi o urgență sau o catastrofă.

Lucrul în permanență în contact cu suferința și expunerea la situații periculoase implică un posibil risc psihologic. Traumatizarea indirectă este un fel de proces prin care experiența internă a salvatorului poate fi transformată într-o trăire negativă, din cauza implicării empatică a acestuia cu persoana traumatizată. Se poate vorbi de contagiune psihică, care poate duce la schimbări structurale reale în identitatea personală și profesională a salvatorului. Atunci când relația cu victima sau



situația întâlnită evocă în salvator situații personale nerezolvate, acesta va răspunde într-un mod ne-obiectiv. Procesul de identificare care este legat de această experiență poate duce la o implicare directă a salvatorului, astfel încât în intervenție acesta își poate pierde caracteristicile necesare de profesionalism.

Salvatorul, odată cu acumularea de oboseală psihică, poate ajunge să modifice modul său de a vedea lucrurile, stima de sine și percepția sa asupra competenței și capacității sale profesionale. Acest lucru se datorează faptului că salvatorii, în munca lor sunt obligați să se confrunte cu stări emoționale puternice, pentru a face față unor poveri emoționale grele, pentru a gestiona manifestările de anxietate și de agresiune, pentru a se confrunța cu perspectivele de moarte, durere și frică care animă victimele cu care interacționează.

Impactul emoțional puternic este o problemă care apare nu doar în situațiile dramatice ale urgențelor extra-spitalicești, ci este o constantă și pentru cei care lucrează în zona critică, cum ar fi în camera de urgență, unități de terapie intensivă, dispeceratul pentru urgențe, etc.

*Printre cele mai semnificative situații se numără:*

- dificultatea de comunicare care poate fi întâmpinată la primul contact cu pacientul și familia acestuia.
- evoluția necontrolabilă a celor mai grave patologii, care pot duce la dezamăgire la nivel profesional și, eventual, atribuirea nejustificată a responsabilității.
- comunicarea către membrii familiei ca urmare a unui eveniment neașteptat sau a unor vești triste, care anunță consecințe grave sau decesul.

De asemenea, conform Figley (2002) și Moreno (2004), în general în activitatea de salvare din domeniul urgențelor, poate apărea o stare comportamentală deformată, care se numește **oboseala de compasiune**. Simptomele acestei stări pot fi:

- Re-experimentare - retrăirea sau amintirea cu o mare încărcătură emoțională a situației de urgență.
- Evitarea (atitudini de distanțare, atât fizică cât și emoțională, față de oameni, nu doar față de pacienți), sau supra implicare (preluarea în sarcină a tuturor situațiilor pacientului, salvatorul se gândește că doar el îl poate ajuta).

- Hiperactivare (stare de tensiune, vigilență permanentă și reactivitate). Ulterior, în bibliografia creată de Lynch și Lobo (2012) și Soberats (2014), s-au constatat diferitele consecințe atribuite acestui fenomen, inclusiv aspecte psihologice, comportamentale, relaționale și somatice. În dimensiunea psihologică ne referim la depersonalizarea tot mai mare și atitudinea hipercritică față de pacienți, cu o dezvoltare inadecvată a judecăților și o atitudine cinică față de ceilalți, inclusiv descalificarea celorlalți. Perspectiva de auto-eficacitate scade, de asemenea apar și stări legate de apatie, depresie, anxietate, izolare, responsabilitate și vinovăție, intoleranță, precum și gânduri și imagini intruzive și recurente despre pacienți în general. Iar la locul de muncă pot apărea și emoții intense, cum ar fi furia, tristețe, neliniște.

Salvatorul poate experimenta și o creștere a vulnerabilității personale sau a lipsei de securitate, ceea ce provoacă sentimente de neîncredere față de ceilalți (familie, pacienți, colegi), crezând că nu sunt competenți să gestioneze problema. În plus, sunt evidențiate și nemulțumirea față de muncă, negativitatea și iritabilitatea, precum și dificultatea de a menține echilibrul dintre empatie și obiectivitate. Din dimensiunea comportamentală se evidențiază comportamente compulsive sau de dependență cu creșterea abuzului de psihotrope, a consumului de alcool și a consumului de tutun. La fel, apar și dificultăți în menținerea concentrării și organizării, tulburări de somn, atitudini de evitare față de sine, familie și situație în general și chiar frica de a merge la muncă.

În cadrul dimensiunii somatice se evidențiază următoarele: oboseala, modificări de greutate, epuizare musculară, dureri de cap și de stomac, tahicardie, scăderea sistemului imunitar și/sau agravarea tulburărilor deja existente și predispoziție pentru accidente.

În ceea ce privește dimensiunea relațională, poate apărea distanțarea și abandonarea relațiilor personale cu familia și prietenii din cauza tendinței de a crede că ceilalți nu înțeleg munca pe care o face salvatorul și efortul pe care aceasta îl presupune. Apar și apatia, iritabilitatea și neîncrederea menționate mai sus.

Luând în considerare această imagine simptomatică, autori precum Dutton și Rubinstein (1995), Beaton și Murphy (1995) și Figley (1995) au dezvoltat modele explicative ale naturii oboselei de compasiune. Ei descriu că elementul care determină cum și de ce unii oameni dezvoltă oboseala de compasiune, în timp ce alții nu, este **empatia**, considerată ca o resursă principală a celor care lucrează cu

traume sau convulsii, deoarece le permite să evalueze problema pentru a găsi soluții adecvate.

Astfel, Figley (1995), în modelul său, subliniază patru factori legați de profesionistul din domeniul situațiilor de urgență, care joacă un rol important în predispoziția de a experimenta oboseală de compasiune:

- capacitatea de empatie,
- comportament față de victimă,
- capacitatea de a face distincția clară între muncă și viața personală.
- sentimentul de satisfacție în a oferi ajutor.

Acest model arată că empatia ajută la înțelegerea procesului traumatic pe care îl trăiește victima, dar, în timpul acestui proces de înțelegere, salvatorul poate deveni traumatizat. Mai mult, un sentiment sporit de satisfacție față de munca depusă și o anumită distanță față de durerea victimei pot fi variabile protectoare ale suferinței oboselei de compasiune.

Luând în considerare un alt model propus, Dutton și Rubinstein (1995) afirmă că oboseala de compasiune se explică prin:

- evenimentul traumatizant la care a fost expus profesionistul,
- reacțiile salvatorului la acest eveniment,
- strategiile de coping pe care le folosește,
- contextul personal și de mediu în care se regăsește.

Pe de altă parte, identificarea cu victima traumei duce la dezvoltarea unor strategii de coping inadecvate, cum ar fi comportamente supra protectoare sau atenție excesivă față de victimă, ceea ce poate produce sentimente de stres și nervozitate (Valent, 1995).

În ceea ce privește aspectul contextului personal și de mediu în care se află profesionistul, Beaton și Murphy (1995) au dezvoltat un model cu componente similare celor stabilite de Dutton și Rubinstein (1995), dar evidențiind rolul factorilor organizaționali (conflict de rol, norme culturale, tip de organizare, printre altele) și unele caracteristici personale (pregătire profesională, ani de experiență, sprijin social etc.) ca elemente mediatore care pot spori experiența oboselei de compasiune.

În acest sens, factorii care predispun la suferința oboselei de compasiune, dacă se manifestă în comun, intens și continuu în timp, sunt:

**Factori individuali:**

- lipsa abilităților de comunicare,

- lipsa autocontrolului,
- stres acumulat,
- puțină experiență de lucru în situații legate de traumă sau criză,
- utilizarea unor strategii de coping inadecvate.

#### **Factori organizatorici:**

- o cultură corporativă care nici nu apreciază și nici nu recunoaște variabilele emoționale,
- îndrumare slabă de către supervizori,
- ture neîntrerupte de 12 sau 14 ore.

Este important de menționat că compasiunea, oboseala și epuizarea sunt concepte diferite. Ele diferă prin faptul că oboseala de compasiune este consecința naturală a acordării îngrijirii persoanelor în durere, mai mult decât un răspuns la mediul de lucru, cum ar fi epuizarea. Sindromul de epuizare este un proces gradual ca răspuns cumulativ la stresul cronic de muncă pe termen lung, în timp ce oboseala de compasiune poate apărea ca un proces acut, brusc și imediat după o situație de urgență, în care salvatorul a acordat primul ajutor.

Sunt deosebit de importante, așadar, aspectul sociologic și psihologic. Perspectiva sociologică încadrează psihosocialul în contextul condițiilor de muncă, care includ forme de organizare și procese tehnice, care la rândul lor ar putea duce la apariția unor consecințe psihice și comportamentale disfuncționale la salvatori. Perspectiva psihologică, pe de altă parte, pune accent pe aspectele cognitive, afective, emoționale și comportamentale ale lucrătorului sau aspectele legate de sănătate ale personalității sale.

Rezultă că personalul medical de urgență **are nevoie de o pregătire și de sprijin specific** pentru a face față numeroaselor situații de puternic impact psihologic și emoțional, astfel încât să combine competența profesională de asistență medicală, dar și cea relațională și emoțională.

## **1.2. Emoțiile la personalul din domeniul situațiilor de urgență**

### **Geneza emoțiilor**

Personalul care acționează în situații de urgență, nu este scutit de a experimenta emoții și sentimente profunde: confruntarea cu emoțiile victimelor,

poate trezi experiențe personale. Dacă persoanele care acționează în situații de urgență (medici, asistenți, pompieri, voluntari, polițiști) nu sunt conștiente de propriile sentimente și reacții emoționale, este probabil să nu-și poată controla emotivitatea atunci când este necesar. Este util din punct de vedere profesional ca aceștia să fie competenți din punct de vedere emoțional atât în ceea ce îi privește pe ei însuși, cât și pe victime, deoarece în procesul de îngrijire nu este întotdeauna posibil să se urmărească obiective sau rezultate stabile ale schimbării; uneori, singurul ajutor posibil este acela de a rămâne aproape de victimă și de a alina suferința sa.

Astfel, personalul implicat în situații de urgență va putea fi aproape de victimă în măsura în care a dobândit capacitatea de a-și identifica și gestiona în mod adecvat sentimentele și emoțiile. Pentru ca sentimentele și emoțiile să nu fie percepute ca fiind amenințătoare sau periculoase, ar trebui conștientizate și gestionate. Sentimentele și emoțiile nu sunt nici bune, nici rele, exprimarea lor favorizează relația, îi conferă claritate și congruență și servește, de asemenea, pentru a alimenta motivația.

Cele mai tangibile aspecte ale oricărei situații de urgență sunt legate de daune de vieți și materiale, care modelează dimensiunea a ceea ce s-a întâmplat și care activează strategiile de salvare. Totuși, în orice situație de acest fel, elementele reale sunt legate de experiența fiecăruia dintre supraviețuitori, martori și salvatori, care pot genera laceratii profunde și care pot fi accentuate de o emoție centrală și anume, frică. *Dar ce este frica și ce valoare are pentru indivizi? Care este diferența dintre frică, anxietate și angoasă și ce relație au aceste trăiri cu stresul și patologiile post-traumatice? Care este rolul pe care îl are creierul uman, percepția și gândirea în reglarea emoțiilor? Ce este o emoție și unde este generată?*

Fiecare emoție este o senzație care este generată prin modificări expresiv-comportamentale și fiziologice și este rezultatul unei experiențe complexe, multidimensionale și procedurale, care organizează și mediază relația cu mediul fizic și social, permițându-ne să evaluăm stimulii externi și interni pe baza importanței pe care o atribuim acestora. Emoțiile reglează starea de activare a organismului nostru, generând răspunsul fiziologic potrivit situației cu care trebuie să ne confruntăm și să ghidăm tendințele de a acționa. Conform unei perspective psihologice, starea emoțională este rezultatul acțiunii combinate a diferitelor procese cognitive precum percepție, atenție, memorie, imaginație, gândire. Emoțiile sunt rezultatul moștenirii noastre culturale personale din experiența anterioară, prin memorie și învățare. De

asemenea rezultă și din contextul social de referință, prin reguli, interdicții și norme, care orientează sistemele de percepție și gândire. Chiar și aspectele mai creative ale funcțiilor noastre de gândire și cele care în dimensiunea comună sunt descrise ca aspecte ale personalității joacă un rol important în geneza neurofiziologică a emoțiilor. Așadar, evaluarea realității este rezultatul unui proces complex în care factorii psihici, sociali și neurofiziologici direcționează și susțin comportamentul și generează și dau sens emoțiilor. Deci, răni diferite în sfera psihică a fiecărui individ și lăcerățiile psihice pot produce modificări ale stării de sănătate psihofizică.

S-a pus întrebarea dacă frica, furia, bucuria sunt procese psihice sau fizice? Experiența emoțională este asociată cu schimbări în corpul nostru afectând diferite niveluri: cel al experienței noastre subiective, adică ceea ce simțim, sau nivelul fiziologic, prin modificări ale sistemului nervos central, pe nivel fenomenologic, sistemul expresiv-comportamental, adică expresiile faciale și răspunsurile comportamentale, care însoțesc experiența subiectivă.

Sediul emoțiilor noastre se află în creier și implică în principal sistemul limbic, vechi din punct de vedere filogenetic, care nu trebuie considerat o entitate anatomică, ci mai degrabă un sistem neurofiziologic care, pe lângă faptul că joacă un rol cheie în reacții comportamentale, în învățare, în memorie și miros, desfășoară diferite funcții inclusiv cele de reglare a proceselor emoționale, motiv pentru care este denumit și **creierul emoțional**. Sistemul limbic este situat sub cortexul cerebral și este alcătuit din diferite structuri, inclusiv hipocampusul, amigdala și hipotalamusul implicate în procesele emoționale. Amigdala, o formațiune, care aparține sistemului limbic este implicată în răspunsul emoțional, cognitiv, autonom și endocrin față de stres. Această mică glandă joacă un rol central în procesarea emoțiilor, în special a fricii, și este implicată în formarea amintirilor asociate cu evenimente semnificative din punct de vedere emoțional: prelucrează informațiile provenite de la organe și declanșează imediat răspunsurile organismului la stimuli cu conotații emoționale.



Aceasta înseamnă că un stimul, dacă este asociat cu o experiență de pericol, poate fi perceput ca periculos și declanșează o serie de reacții fizice și logice de frică. Amigdala comunică de fapt cu hipotalamusul care, prin declanșarea Sistemului Nervos Autonom, este responsabil de menținerea sau pierderea stării de homeostazie (echilibru) a organismului nostru, prin reglarea temperaturii corpului, a ritmului cardiac, tensiunea arterială, senzația de foame și sete și ritmul somn-veghe. De asemenea, îndeplinește o funcție endocrină de secreție a hormonilor importanți pentru corpul nostru. În momentul în care pericolul este experimentat, această mică glandă reușește să pună creierul în modul de autoprotecție, reducând resursele memoriei și deturnându-le către alte zone pentru a menține simțurile într-o stare de alertă, care vizează în mod special supraviețuirea. Dar care este procesul care reglează percepția pericolelor?

### **Percepția riscului**

Percepția este, de asemenea, o funcție cognitivă foarte complexă. De fapt, trebuie să facem distincții între ceea ce primim prin registrele noastre de simț (văz, atingere, miros, gust, auz) și ceea ce interpretăm. Culoarea, de exemplu, nu există; lumea din jurul nostru nu este colorată, pentru că ceea ce interpretăm ca fiind o altă culoare nu este altceva decât „pachete de energie”, fotoni, care călătoresc cu lungimi de undă diferite. Pe baza lungimii de undă, creierul nostru primește semnale în direcții diferite și trebuie să le interpreteze. Așa și reacțiile noastre emoționale pot transforma stimulii externi în stres cronic, pentru care nu suntem programați biologic din punct de vedere evolutiv, dar cu care ajungem să trăim, datorită procesării cognitive complexe, al rezultatului învățării experiențiale, culturale și sociale. Dar

influența învățării și condiționarea culturală pot acționa și ca inhibitori în reglarea emoțiilor și în percepția pericolelor pe care am fost programați să le recunoaștem. În acest sens este emblematică „Prânz în vârful unui zgârie-nori”, celebra fotografie pe care Charles C. Ebbets a făcut-o în 1932 în timpul construcției clădirii GE de la Rockefeller Center, arătând unsprezece zidari așezați pe o grindă de oțel la sute de metri distanță deasupra orașului New York, care mănâncă, de parcă nimic nu ar fi nimic periculos în această acțiune. Ei nu au interpretat situația în care s-au găsit, ca fiind periculoasă și, în consecință, au avut o percepție minimă a riscului la care se aflau expuși.



Prin urmare, învățarea, prin informații despre interpretarea socială a evenimentelor, mediază nivelurile de acceptabilitate de risc. Cercetările pe această temă au evidențiat că în multe cazuri există o discrepanță între percepția subiectivă și evaluarea obiectivă a riscului (Slovic, 2001). Pe scurt, se întâmplă că oamenii se tem uneori de activități care nu sunt de fapt periculoase și nu le este frică de activități care ar putea avea multe consecințe dramatice. Aceste procese, numite **euristice**, joacă un rol fundamental mental în modul în care oamenii evaluează riscul unei activități. În special, acestea sunt strategii gândite care acționează în general la un nivel inconștient. Un rezultat important obținut de oamenii de știință în percepția riscului a fost acela de a evidenția faptul că oamenii percep riscul și relația dintre riscuri și recompense într-un mod diferit de realitate. De fapt, din punct de vedere obiectiv, multe activități care implică un posibil risc oferă și avantaje (gândiți-vă la razele X în practica medicală). Cu toate acestea, în mintea oamenilor acești doi



factori se corelează negativ. Dacă o persoană percepe o astfel de activitate riscantă va asocia apoi cu aceasta un beneficiu scăzut, în timp ce dacă percepe o activitate ca fiind sigură atunci îi va asocia un mare beneficiu. De exemplu, dacă o persoană nu ia avionul de frica unui accident, atunci poate considera această activitate ca fiind foarte riscantă și nesănătoasă, spre deosebire de cei cărora le este util avionul pentru că le permite să călătorească relativ repede și care vor subestima riscul. Acest mod de a gândi depinde în mod crucial de modul în care sistemul cognitiv uman funcționează și este legat în special de utilizarea așa-numitului sistem de gândire intuitivă care acționează în primul rând la nivel inconștient și care ne afectează aprecierile conștiente asupra reacțiilor emoționale pe care le asociem cu diferiți stimuli. Deci, de fapt, ceea ce vedem este rezultatul unei interpretări inconștiente. Atât de mult încât unul dintre cei mai mari exponenți ai neuroștiinței cognitive contemporane, Michael Gazzaniga, a scris că mintea conștientă este întotdeauna ultima care știe lucrurile, pentru că cea care știe prima este mintea subconștientă, care decodifică informație și revine la conștientizare după ce a avut loc un mecanism de filtrare. Oamenii pot să încerce un sentiment de anxietate, fără să știe ce îl generează. În limbajul general suntem obișnuiți să folosim acest termen suprapunându-l cu frica, dar între cele două emoții, există diferențe. Sunt foarte asemănătoare, motiv pentru care sunt codificate la nivelul creierului din aceleași zone și informațiile care derivă din acestea sunt transmise prin aceleași fișiere. Așadar, **frica este o emoție primară**, care este înnăscută, guvernată în principal de instinct și este esențială pentru supraviețuirea individului într-o situație de pericol care este recunoscută ca atare chiar și fără medierea gândirii, întrucât există o programare neurologică pentru a răspunde la anumiți stimuli, cum ar fi întunericul, de exemplu. Frica se exprimă fizic printr-o serie de modificări de activitate neurofiziologică ori de câte ori este perceput un posibil risc pentru propria siguranță a persoanei și este fundamentală tocmai pentru că semnalează un pericol iminent care amenință integritatea psihofizică. Deci, când se percepe un pericol extern, organele de simț înregistrează o stare de alertă care are ca rezultat un aport nervos care vizează activarea unei zone a creierului, din care apar o serie de reacții fiziologice și comportamentale.



Percepția fricii și răspunsurile comportamentale consecvente sunt cruciale pentru adaptarea la mediu și pentru supraviețuirea speciilor. Activarea sistemului nervos determină percepția pericolului, un proces de adaptare și diverse posibile reacții fiziologice la stres (luptă, fugă, îngheț). Astfel, frica ne protejează și ne salvează viețile și are o funcție pozitivă, deoarece activează starea de urgență și alarmă, pregătind mintea și corpul să reacționeze la o situație periculoasă. În plus, sistemul nostru de supraviețuire este programat pentru a evita consecințele fiecărei posibile surse de pericol necunoscut printr-un sistem de recunoaștere prin asociere sau asemănare. Prin urmare, chiar și noii stimuli care sunt similari cu pericolul vor putea declanșa reacții de frică, care permit o apărare eficientă. În cele din urmă, chiar și la toate speciile de animale, expresia specifică a fricii joacă un rol comunicativ important. **Frica, prin urmare, nu este niciodată inutilă** și este legată de percepția unui pericol actual. În timp ce frica este o emoție primară care este activată ca reacție la o amenințare specifică sau pentru un obiect cu adevărat periculos, **anxietatea** este, pe de altă parte, o emoție subiectivă, care apare atunci când există o **percepție** a pericolului cu privire la ceva care nu este periculos în mod obiectiv, dar care este propria interpretare și atribuire a unui individ. Anxietatea poate fi și fiziologică, dacă apare în urma unor situații asociate cu evenimente negative și permite implementarea unor comportamente adaptative sau patologice. Anxietatea, în special, este o funcție a unui sistem complex de interpretare a stimulilor creierului nostru care a dezvoltat unele mecanisme capabile pentru a deduce consecințele acțiunilor sau evenimentelor pe baza experiențelor trecute. De exemplu, dacă în trecut un eveniment, în sine neutru, a fost asociat cu un pericol real sau simbolic, reapariția lui va duce imediat la răspunsuri anxioase. Dacă, de

exemplu, o persoană, în copilărie a experimentat situații în care părinții nu au avut grijă de aceasta, sentimentele de abandon experimentate pot fi asociate cu toate situațiile în care această persoană se simte abandonată și ca urmare devine anxioasă fără să înțeleagă de ce. Prelucrarea unui stimul de către creier ale circuitului anxietate-frică declanșează un răspuns autonom, care duce la apariția unor simptome somatice de anxietate pe care le cunoaștem cu toții, cum ar fi: creșterea tensiunii arteriale și a ritmului cardiac, transpirație, piloerecție, dilatare pupilară, urinare frecventă și simptome gastrointestinale.

### **De la frică la panică în situații de urgență**

Așa cum am afirmat mai sus, frica produce asupra persoanei care o trăiește o emoție puternică, îngrijorare și neliniște, este o experiență selectivă de intensitate semnificativă însoțită de modificări fiziologice care sunt adesea importante și mai ales de natură să modifice comportamentul voluntar sau involuntar. De la Darwin încoace, a apărut dezbaterea cu privire la dilema dacă emoțiile sunt înnăscute sau nu. Emoțiile pot fi pozitive sau negative, dar este imposibil ca ele să fie neutre. Pentru a înțelege semnificația lucrurilor și a oamenilor din jurul nostru, adesea instinctul nostru este cel care ne ghidează. Emoțiile care ne vin din exterior, cele care vin din interiorul nostru ne determină astfel viața și viziunea asupra lumii. Deci bucuria, teama, surpriza, agresivitatea, speranța, rușinea, furia, frica pot fi exprimate prin limbajul non-verbal pe care oamenii (dar și animalele) îl exprimă atunci când trăiesc emoții.

### **Aspecte ale fricii**

Fiziologia fricii îi caracterizează într-un mod foarte precis pe cei care întâmpină această emoție: paralizie, imobilitate, părul se ridică pe cap (uneori chiar albire), creșterea bătăilor inimii, în unele cazuri chiar eliberarea sfincterelor din cauza creșterii bruște a cortizolului, a tensiunii musculare, a dilatării pupilelor (parcă pentru a vedea mai bine ce se întâmplă), transpirație rece, gură uscată (blocarea glandelor salivare), limba se lipește de vâlul palatin, senzație de gol în stomac, uneori încercări de control prin mișcări compulsive (strângerea mâinilor) și apoi fugă sau atac. Deci, în caz de urgență, aceste comportamente sunt legate de activarea emoțională (excitarea) care este partea predominantă a emoției și pe care personalul din

medicina de urgență, în special dispecerii de la liniile de urgență au învățat să le distingă chiar și prin telefon, recunoscând vocea unei persoane speriate.

Frica se manifestă atât ca și produs, cât și ca o cauză a evenimentelor și este legată în manifestările ei de experiențele personale ale individului. Originea fricii a fost dezbătută de multe ori. Freud a subliniat modul în care trauma inițială poate construi un sentiment de angoasă la copil și emite ipoteza că fătul poate simți frică și poate deveni încărcat de tensiune încă înainte de a se naște. Trebuie avut în vedere că orice noutate poate genera anxietate, măcar pentru câteva secunde, apoi atunci când situația se stabilizează și începe să devină familiară, individul este liniștit și o include în propria sa lume. *Frica de necunoscut* a invadat întotdeauna imaginația omului, dar l-a și îmbogățit, sedus, stimulând mecanismele de apărare dar și comportamentele exploratorii și provocări de a depăși ceea ce credea că sunt propriile sale limite. *Frica de abis*, este un instinct natural pentru animale și oameni (încă de la vârsta de șase luni), ulterior se poate transforma într-o atracție fatală, folosită de mulți pentru a se supune curiozității și dorințelor, care a caracterizat istoria umanității. *Frica de întuneric*, cea mai caracteristică frică de necunoscut (unii etologi o consideră înăscută), este legată de dorința de a nu putea controla niciun pericol, întrucât orientarea scade, chiar și percepția este incertă, noaptea oamenii nu văd. În plus, este de luat în considerare speranța primordială că soarele poate continua să strălucească mâine și/sau teama la fel de primordială că acest lucru nu se mai întâmplă. În fața pericolului, oamenii, ca și animalele, pot decide să fugă sau să atace, iar acest comportament compensează teama de a fi atacați pe teritoriul lor, în mediul lor obișnuit. În fața unui pericol, adesea ne pregătim automat pentru acțiune, valorificând toate posibilitățile individuale de supraviețuire. De fapt, în circumstanțe periculoase există în noi un semnal de alarmă care, pe de o parte, blochează frica și, pe de altă parte, ne mărește potențialul de atenție și reacție. Acest mecanism apare la personalul din linia întâi în medicina de urgență. Datorită aceluiași mecanism, medicii, paramedicii, pompierii, polițiștii, deși au emoții de frică, continuă să lupte ca să salveze vieți.

Există o ipoteză, în acest sens, care indică existența unui sistem de evaluare (apreciere) care activează sau nu emoția. Desigur, evaluarea pericolului variază foarte mult în funcție de situație, cultură și subiect. Ceea ce poate fi o experiență considerată riscantă pentru un individ pentru alții este o experiență plăcută (de exemplu, ideea de vid îi îngrozește pe unii și îi exaltă pe alții care plătesc chiar să se

arunce de pe un pod atașati de o bandă de cauciuc). Dar trebuie avut în vedere că există forme ale fricii. Așa cum am afirmat mai sus, o frică profundă și continuă este anxietatea. Apoi, această anxietate se poate transforma în angoasă până la a ajunge la panică și teroare. Această succesiune de senzații este doar teoretică, dacă am căuta o corelare și o raționalizare a acestor emoții, acest lucru ar fi imposibil tocmai din cauza variabilelor infinite legate de individ, de moment, de context. Ființa umană, tocmai pentru că nu se naște perfectă în sensul autonomiei instinctive și locomotorii, (majoritatea animalelor sunt destul de independente după naștere), se simte inadapată într-un mediu nou. Adesea excesul de stimuli și percepții, ajutat și de galaxia superinformației care bombardează continuu sistemul nervos, creează redundanțe haotice care structurează senzații de haos, confuzie, un sentiment de neputință, anxietate, frică de viitor. Acest viitor crește considerabil proliferarea fricilor și anxietății sociale. În realitate, orice frică poate fi înfruntată, conștientizând-o și încercând să o gestionăm, ținând cont că nu este ceva exterior (precum obiectul care ne intimidează), ci ne atacă din interior și este regulatorul nostru. Bineînțeles, frica are și un anumit avantaj, întrucât activează nivelul de vigilență, semnalează o stare de alarmă și pregătește întregul organism pentru acțiune și reacție (atac-fugă). Are pe de altă parte și funcția de a avertiza în legătură cu posibilele pericole.

### **Temeri nevrotice**

Sunt fobii (de la grecescul phobia: aversiunea morbidă față de cineva sau ceva, repulsie, frică instinctivă) care leagă subiectul într-un mod obsesiv de o situație, pe care o simte amenințătoare, chiar dacă el însuși realizează că această amenințare nu are un fundament real. Aceste sindroame au mai multe denumiri în funcție de obiectul de care persoana se simte amenințată. De exemplu, **agorafobia**, teama de spații deschise, este poate legată de frica străveche de a fi vizibil și deci ușor de urmărit de către prădători și în orice caz de anxietatea de a fi singur și neputincios; de asemenea, trebuie luat în considerare faptul că dacă un individ simte frica singur în fața pericolului, aceasta poate crește și atunci când este aproape de mai multe persoane care simt aceeași emoție. Dimpotrivă, **claustrofobia** este frica de spații închise din care e greu pentru individ să scape și care corespunde unei închisori psihologice a sinelui, care este incapabil să găsească ieșiri. **Fobiile de repulsie**, în schimb, privesc obiecte și/sau animale pentru care la început, individul s-a simțit dezgustat și care ulterior s-a transformat într-o adevărată frică: de

păianjeni, șoareci, insecte, de a fi otrăvit, de cadavre, de a fi infectat etc. **Heterofobia** este un sentiment de frică și uneori de ură, sau măcar de neîncredere, față de ceilalți, diferiți, străini, devianți, cei care „invadează normalitatea noastră cotidiană” (care se regăsește în jurul vârstei de opt luni a copilului, când acesta începe să opereze discriminări perceptuale între persoane cunoscute și necunoscute și dispare în mod normal în câteva luni). Tocmai în cele mai avansate societăți apar, uneori, episoade grave de rasism și xenofobie, în ciuda faptului că acestea acordă egalitate diferitelor persoane în statutul lor și condamnă heterofobia drept infracțiune. În realitate, așadar, diferitul devine un dușman și inamic, pentru a fi considerat ca atare, trebuie să îngrozească, nu să inspire încredere, trebuie să fie numărat printre cei răi. Am putea continua la infinit cu fobiile care menționează **zoofobia** (frica de animale), **eritrofobia** (frica de a se înroși pe față), **ipocondria** (frica de a avea boli), **sessuofobia** (frica de sex și tot ce este legat de el), care este legată de anxietatea de a nu fi adecvat în ceea ce privește o performanță și de a nu putea satisface în mod adecvat partenera pentru bărbat și frica de penetrare, pentru femeie.

De asemenea:

**Frica de a crește**, când adolescentul a înțeles că vârsta jocului este pe cale să se termine și începe perioada responsabilităților individuale (în cazurile cele mai grave se numește **Sindrom Peter Pan**); aici putem insera și **frica de a se căsători și de a avea copii** care este mai des întâlnită la bărbați chiar dacă se răspândește foarte mult în ultimul timp și în lumea femeilor.

**Frica de a nu avea un aspect normal (dismorfofobie)**, care este în special legată de transformările pubertății.

**Frica de cuib gol**, declanșată la mame, atunci când copiii se mută de acasă, pentru a deveni autonomi.

Pentru femei, **frica de menopauză** poate fi declanșată, cu tot ce presupune aceasta la nivel hormonal și fizic, care marchează definitiv sfârșitul vârstei fertile.

## **Capitolul 2**

### **Traumele emoționale la salvatorii din domeniul situațiilor de urgență**

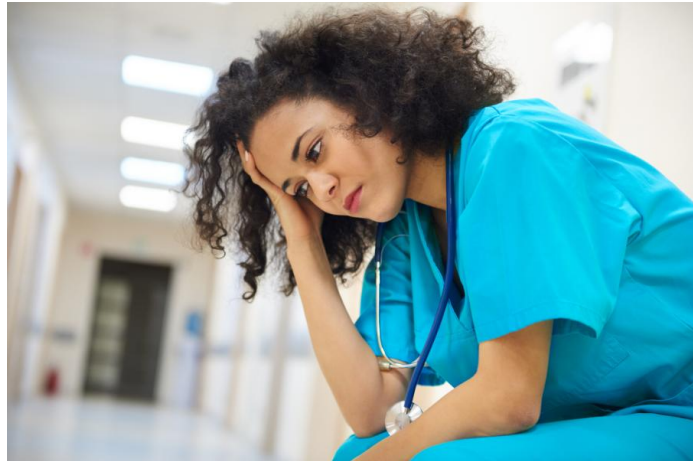
#### **2.1. Ce poate duce la traume emoționale pentru salvatori**

Evenimentele traumatice determină modificări ale funcției creierului, alterând răspunsurile fiziologice ale organismului, chiar și după mult timp de la evenimentul traumatic. Am subliniat cum simptomele post stres sunt un răspuns fiziologic, care trebuie considerat normal, la stres intens, deoarece predispune personalul din medicina de urgență să facă față situației de urgență, asigurând supraviețuirea și restabilirea adaptării. Organismul, prin reacțiile tipice de atac, fugă și îngheț, se activează pentru a se apăra de pericol sau amenințare. La nivel cerebral, sistemul limbic, în care un rol substanțial îl joacă amigdala și hipocampul, gestionează reglarea emoțiilor. În unele studii neurofiziologice asupra emoțiilor a fost evident că la subiecții cu tulburări post traumatice amigdala prezenta o activare ridicată în urma prezentării unor figuri amenințătoare, cu cât activarea era mai evidentă, cu atât tulburarea era mai gravă. Amigdala este responsabilă pentru stocarea memoriei perceptivă și a atribuirii unui sens emoțional experienței traumatice. Înțelegând mai mult funcționarea acesteia pot fi oferite informații suplimentare cu privire la geneza și prelucrarea memoriei traumatice. Imagini, sunete și mirosuri care evocă trauma sunt transmise prin simțuri la amigdală și la cortexul prefrontal. Ulterior, hipocampul, responsabil de interpretarea și stocarea informațiilor senzoriale, transformă datele din amigdală în memoria de lungă durată. În mai multe studii a devenit evident

modul în care indivizii care au suferit traumatisme răspund la stimulii evocatori ai traumei cu o creștere semnificativă a ritmului cardiac, a tensiunii arteriale și conductivitate tisulară. Stimularea excesivă a sistemului nervos central ar putea provoca modificări neuronale capabile să influențeze negativ procesele de învățare ducând la incapacitatea de a interpreta corect stimulii nocivi, percepuți ca amenințatori.

Alternativ, Porges a propus un model ca răspuns la prezența sau la percepția unei amenințări, sau în absența unei situații periculoase. Pornind de la acest model a formulat Teoria polivagală, care spune că în condiții normale sau atunci când se percepe apariția unei situații amenințătoare, se activează cel mai recent și mai avansat nivel al sistemului, capabil să regleze procesele destinate restabilirii homeostaziei organismului și capabil să faciliteze cererea de ajutor și sprijin prin implicare socială. În această fază intră în acțiune complexul vagal, care trimite semnale inimii pentru a încetini bătăile și plămânilor pentru a calma respirația. Dacă situația de amenințare persistă sau în prezența unui pericol iminent, ori în lipsa sprijinului social perceput ca necesar, se declanșează sistemul simpatic, care produce o reacție de luptă sau fugă pentru a proteja persoana de pericol. În această fază emoția predominantă este frica și capacitatea de a căuta ajutor din exterior este inhibată. Ultima fază apare atunci când încercarea de a fugi sau de a lupta eșuează și apare înghețul sau prăbușirea, prin activarea celui mai primitiv nivel de funcționare: se inhibă complexul vagal. Adoptând mereu un punct de vedere neurofiziologic, știm că emisferale cerebrale sunt delegate unor funcții psihologice diferite și complementare. Tulving, prin studiile și cercetările sale, a teoretizat un model de asimetrie cerebrală în procesele de înregistrare, stocare și reamintire a amintirilor. Una dintre cele mai recente și mai structurate metode de tratament utilizate în psihotraumatologie, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), își bazează bazele pe stimularea alternativă a emisferelor cerebrale și acționează asupra mecanismelor inerente stocării memoriei, facilitând procesarea informațiilor legate de experiența traumatizantă.





### **Ce este stresul**

O primă definiție a conceptului de stres a fost oferită de către Hans Selye în anii 1950. Meritul și importanța acestui psiholog nu constă atât de mult în faptul că a definit stresul ca fiind un răspuns al organismului la diverși stimuli exogeni și endogeni și că a oferit o descriere sistematică a acestui răspuns, ci mai degrabă aceea de a fi încorporat stresul într-o teorie generală a ceea ce reprezintă boala.

Conform lui Selye, stresul este răspunsul nespecific al organismului la orice solicitare a acestuia, ca atare, poate fi produs de o gamă extrem de largă de stimuli numiți factori de stres, cum ar fi expunerea la căldură, frig sau grade extreme de umiditate, efort muscular, șoc anafilactic sau stimulare emoțională. Așadar, stresul este rezultatul unui proces de adaptare care implică individul în timpul interacțiunii sale cu mediul înconjurător și care evaluează evenimentul cu care trebuie să se confrunte (angajamente de muncă, conflicte familiale, dificultăți în relațiile sociale) și caută o strategie pentru a face față. Dacă organismul este capabil să reacționeze la presiunile la care este supus pe termen scurt, ceea ce duce la o restabilire a homeostaziei, utilizând strategii și resurse, aceste presiuni pot fi considerate pozitive, în sensul că permit dezvoltarea individului însuși. Acesta se numește **eustres sau stresul pozitiv**.

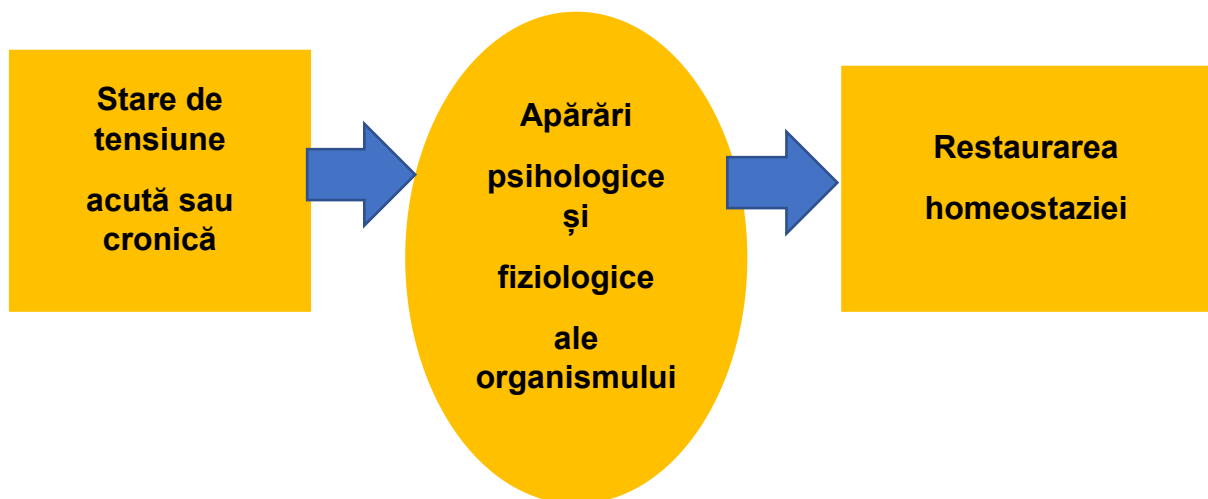
În cazul în care, dimpotrivă, condiții nefavorabile duc la depășirea capacităților și resurselor unei persoane de a se adapta sau sunt prelungite în timp, individul devine incapabil să răspundă și oferă răspunsuri neadaptate numite **distres sau stres negativ**.

Iată câteva clarificări:

- factori de stres: sunt evenimentele, stimulii cu care o persoană trebuie să se confrunte;
- tensiunea rezultată din stres: reacție fizică, psihologică și comportamentală la factorii de stres.
- efecte (rezultate): sunt consecințele stresului atât la nivel individual, cât și la nivel colectiv
- coping: strategiile și procesele cognitive puse în aplicare de către individ pentru a face față factorilor de stres.
- **reziliență – capacitate de adaptare și rezistență la factorii de stres**

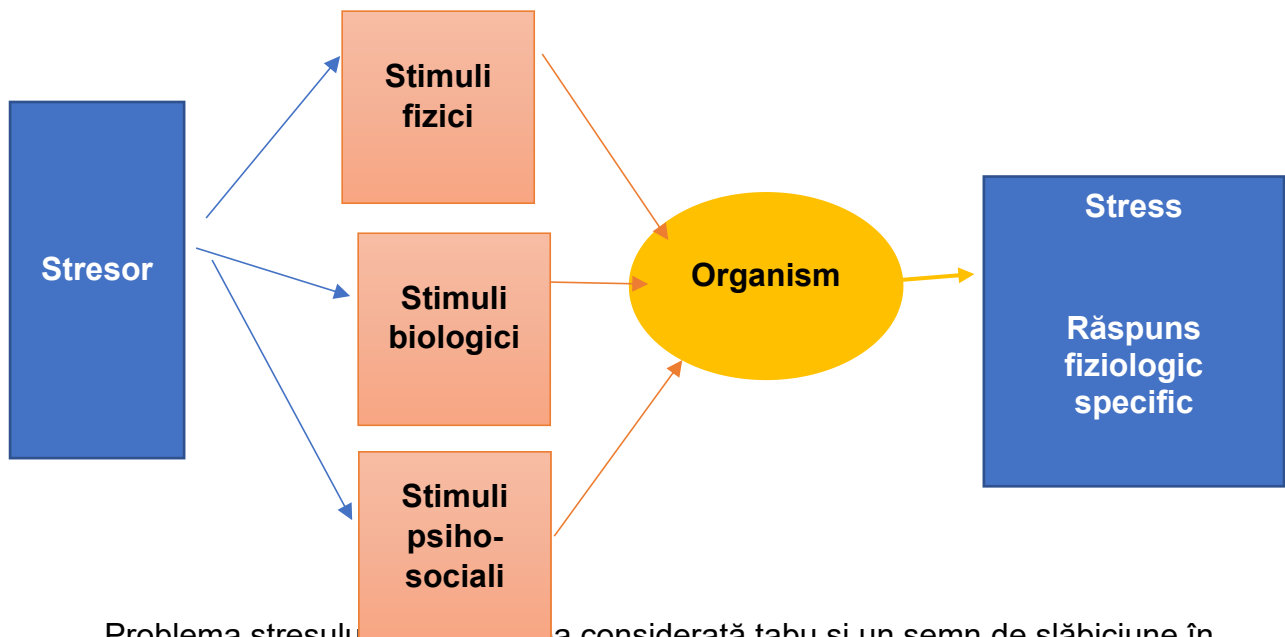
Orice factor de stres care perturbă homeostazia organismului declanșează imediat reacții neuropsihice, emoționale, locomotorii, hormonale și reacții de reglare locomotorie, hormonală și imunologică. În ciuda acestui fapt, adaptarea este o activitate complexă care implică punerea în aplicare a unor acțiuni menite să gestioneze sau să rezolve problemele în funcție de răspunsul emoțional provocat de astfel de evenimente.

#### Condiția stimul – răspuns



Capacitatea de a direcționa acțiunile de adaptare implică atât posibilitatea de acțiuni care vizează modificarea mediului în funcție de necesitățile subiectului și posibilitatea de modificare a caracteristicilor subiective în vederea obținerii unei mai bune adaptări la mediul înconjurător. Atunci când organismul este supus la efectele prelungite ale diferitelor tipuri de factori de stres, cum ar fi stimulii fizici (de exemplu,

oboseala), mentali (de exemplu, implicarea în muncă), sociali sau de mediu (de exemplu, obligații sau exigențe ale mediului social), declanșează o reacție biologică nespecifică definită de Selye ca sindrom de adaptare generală.



Problema stresului a fost considerată tabu și un semn de slăbiciune în trecut, în zilele noastre fenomenul este studiat și analizat foarte serios. Profesioniștii, care lucrează în situații de urgență pot suferi efectele negative ale stresului care rezultă din expunerea frecventă și repetată la evenimente dificile din punct de vedere psihologic, evenimente care, în unele cazuri, pot produce tulburări de stres posttraumatic sau psihopatologii, acute sau cronice. Domeniul științific subliniază faptul că există efecte psiho-dăunătoare rezultate în urma evenimentelor critice care pot afecta profesioniștii din domeniul urgențelor și din acest motiv dorim să dezvoltăm care sunt factorii care cauzează stresul și să identificăm câteva strategii posibile pentru a face față acestui stres și pentru a reduce riscul tulburărilor post-traumatice.

*Evoluția sindromului de stres are loc în trei faze:*

**Alertă:** organismul răspunde la factorii de stres prin punerea în aplicare a unor mecanisme de adaptare atât fizice, cât și mentale. Printre exemple se numără creșterea ritmului cardiac, a tensiunii arteriale, a tonusului muscular și excitarea (activare psihofiziologică).

**Reziliență (Rezistență):** organismul încearcă să lupte și să contracareze efectele negative ale stresului prelungit prin producerea de răspunsuri hormonale.

**Epuizarea:** dacă factorii de stres continuă să acționeze, pot apărea efecte negative copleșitoare și permanente asupra structurii psihice și/sau somatice.

Elementele stresante ale unui mediu dat solicită astfel individul, care reacționează în funcție de personalitatea sa cu anumite resurse, dezvoltând astfel o stare de spirit care variază de la un simplu disconfort până la **sindromul Burnout**, care se exprimă ca o serie întreagă de simptome specifice. De exemplu, schimbarea comportamentului salvatorului față de victimă este un semn important care denotă trecerea de la o situație stresantă, care poate fi definită ca fiind fiziologică și în orice caz gestionabilă de către salvator, la o adevărată psihopatologie care poate avea consecințe grave.

Cherniss, un psiholog specializat în stresul profesional, a identificat cinci trăsături de personalitate care influențează răspunsul unui individ la stres:

- 1. Anxietatea nevrotică:** aceasta se referă la persoanele care își stabilesc obiective înalte, adesea peste resursele lor și uneori peste abilitățile lor și se pedepsesc pe ei înșiși dacă nu le ating.
- 2. Sindromul „tip A”:** se referă la acele persoane care au un stil de viață hiperactiv, competitiv, insistent, agresiv, nerăbdător și legat de sentimentul apăsător al lipsei de timp.
- 3. „Locus de control”:** indivizii au o percepție greșită în ceea ce privește gradul în care cred că își controlează existența, se simt la mila unor puteri care îi depășesc.
- 4. Flexibilitatea:** este o trăsătură a persoanelor adaptabile și flexibile, care poate duce la acceptarea cu prea multă ușurință a unor situații, fără să încerce să mai continue cu intervenția.
- 5. Introversia:** introverții resimt o tensiune mai mare în situațiile de rol decât extravertiții, se retrag mai ușor în fața conflictelor și a stresului. Această retragere împiedică apărarea eficientă și soluționarea conflictelor;

## **2.2. Stresul traumatic**

Stresul traumatic poate fi consecința unui eveniment critic, adică orice situație capabilă de a exercita un impact extrem de stresant, cum ar fi anihilarea mecanismelor de coping folosite de obicei de către o persoană. Reacțiile emoționale ca urmare a unui eveniment traumatic, în general, se prezintă ca un sentiment copleșitor de vulnerabilitate, neputință sau pierderea controlului, însoțită de emoții de frică sau suferință intensă. Unele dintre elementele, care definesc și caracterizează

aparitia unor consecințe negative în urma participării la situații de urgență traumatice sunt lipsa de control asupra a ceea ce se întâmplă, sentimentul că persoana trăiește o experiență extrem de negativă și bruscă. Aceste aspecte sunt indispensabile unei trăiri negative traumatice, dar, în același timp, o situație poate să nu fie percepută și trăită ca fiind traumatizantă chiar și în prezența acestor aspecte. La unii oameni, chiar și evenimentele incontrolabile, extrem de negative și bruște nu generează traume. Cât despre necontrolabilitatea evenimentului, de multe ori salvatorii sunt întristați de faptul că nu au putut să facă nimic care să schimbe situația și pot să dezvolte gânduri intruzive și tulburătoare despre cum s-ar fi dovedit lucrurile dacă ar fi avut ocazia să acționeze diferit. De asemenea, valoarea extrem de negativă a situației de urgență, poate fi determinată de percepția subiectivă și sensul psihologic pe care evenimentul îl are pentru individ. În sfârșit, în ceea ce privește pericolul iminent, poate provoca pentru salvatori frică sau teroare, deoarece la nivel inconștient nu există posibilitatea de a se proteja de pericol sau de a se pregăti psihologic pentru a face față consecințelor.



Dimpotrivă, în cazul pregătirii din punct de vedere psihologic și prin creșterea rezilienței, unele experiențe, deși extrem de dureroase, nu provoacă traume deoarece se dezvoltă treptat, garantând posibilitatea de adaptare la schimbări atât din punct de vedere cognitiv cât și emoțional. Suferința psihologică care urmează expunerii la un eveniment stresant sau traumatic este deci subiectivă și foarte variabilă: ceea ce un individ percepe și trăiește ca un eveniment critic, pentru un altul poate să nu fie. Cu siguranță nu este posibil să prezicem cine va dezvolta o tulburare de stres post traumatic ca răspuns la o situație dată, dar unii factori

precedenți, concomitenți sau ulteriori evenimentului pot facilita apariția tulburării. Printre acestea găsim identificarea personală cu evenimentul, adică apropierea psihologică pe care subiectul o poate percepe, imprevizibilitatea evenimentului și gradul de expunere și proximitatea fizică față de eveniment. Unele evenimente sunt trăite într-un mod deosebit de traumatizant când reactivează traume anterioare care au elemente în comun.

Când o persoană trăiește un eveniment traumatizant, poate experimenta o varietate de reacții pe care Roger Solomon le-a împărțit în faze:

- **Faza în care are loc evenimentul.** Este momentul care se află la vârful crizei. De obicei, răspunsul este o disociere peri-traumatică cu deconectarea funcțiilor de conștiință, memorie, identitate și percepția asupra mediului. Disocierea are funcția de a atenua frica și un sentiment de neputință în fața unui eveniment extrem de negativ care nu se poate controla.

- **Faza de șoc** (primele 24-72 ore), caracterizată prin senzație de amețeală și confuzie

- **Faza de apariție a realității și impact emoțional** (după 72 de ore și chiar după săptămâni sau luni). Individul a trecut de etapele anterioare începe să devină conștient de ceea ce s-a întâmplat și intră în contact cu emoțiile sale.

- **Faza de adaptare.** Evaluarea situației și resursele disponibile pentru a face față evenimentului stresant sunt de importanță primordială pentru a înțelege impactul emoțional și intensitatea stresului în sine asupra persoanei.

- **Faza de rezoluție și integrare.** Evenimentul este asimilat în propria sa viziune asupra lumii și în acest fel se activează un mecanism de adaptare.

- **Faza de învățare** prin care persoana se adaptează să trăiască cu efectele evenimentului. După un eveniment grav viziunea asupra lumii se poate schimba și se pot descoperi aspecte ale realității și ale sinelui necunoscute, chiar și în raport cu resursele proprii și capacitatea de reacție. Răspunsurile personale la un eveniment critic pot fi foarte diferite. Unii indivizi au un nivel corect de toleranță la stres și sunt capabili să mențină claritatea necesară, pentru a face față situației de urgență, arătând capacitatea de a-și gestiona emoțiile și implementarea unor comportamente adecvate situației. S-ar putea totuși, ca în timp să apară reacții întârziate, care pot evolua ulterior într-o patologie. Reacțiile emoționale care apar imediat după evenimentul critic și care pot persista în zilele următoare se caracterizează prin prezența unor manifestări psihosomatice precum șoc, anxietate, depresie,

nedumerire, stupoare, tremor, palpitații, greață. Aceste reacții apar imediat după evenimentul critic și afectează persoana în următoarele zile. În cele din urmă, răspunsurile sunt extrem de inadecvate ca și răspunsuri disociative, caracterizate prin confuzie, delir, comportamente agresive și auto-vătămătoare, expunerea la pericol și depresie. În urma unei situații traumatice, simptomele tipice de stres post traumatic trebuie considerate normale și fiziologice, întrucât constituie mecanisme importante de apărare necesare supraviețuirii. Sindromul de stres post traumatic constituie, în schimb, evoluția patologică a acestor reacții normale. Unii oameni pot avea reacții emoționale foarte intense, cu răspunsuri fiziologice importante sau chiar manifeste de evitare, și apoi revenirea la normal de îndată ce situația de amenințare încetează. Dimpotrivă, cei care sunt incapabili să proceseze, din punct de vedere emoțional și cognitiv, evenimentul critic pot dezvolta o tulburare psihică. Având în vedere dovezile unor diferențe individuale atât de mari în reacțiile la evenimente de stres potențial traumatice, ne întrebăm de ce unii oameni dezvoltă tulburare de stres post traumatic și alții nu și pe ce se bazează de asemenea diferența individuală în diferitele tipuri de răspuns. Van der Kolk identifică mai mulți factori care afectează adaptarea la traumatisme, grupându-le în cinci categorii specifice: factori biologici, nivel de dezvoltare, severitatea traumei, contextul social al individului înainte și după eveniment și situațiile stresante trăite anterior și ulterior evenimentului traumatizant.

**Factorii biologici** pot atât agrava, cât și atenua un răspuns individual la traumă. În ceea ce privește o predispoziție biologică la vulnerabilitate sau rezistența în fața apariției experiențelor traumatice rămâne încă mecanismul de influență a posibilelor diferențe genetice, care pot provoca o tendință către anumite răspunsuri fiziologice și emoționale la factorii de stres. Reacțiile la traumă sunt puternic influențate și de nivelul evolutiv atins la momentul evenimentului.

**Experiențele traumatice timpurii** tind să aibă un impact mai generalizat. Într-adevăr, posesia abilităților emoționale, cognitive și sociale permit individului să exercite un control mai mare asupra mediului și să utilizeze strategii de coping mai eficiente.

**Un al treilea factor** a fost identificat în **severitatea traumei**: caracteristicile evenimentelor, precum intensitatea și durata, ajută la determinarea severității reacțiilor în măsura în care modelează percepția subiectivă a valorii negative și a controlabilității.

**Contextul social** poate, de asemenea, să slăbească sau să întărească capacitatea de a face față unui eveniment critic. Sprijinul familiei, prietenilor și mai general a comunității de referință ajută la restabilirea echilibrului personal și a percepției controlului asupra mediului extern.

În sfârșit, în ceea ce privește influența **situațiilor stresante trăite înainte și după traume**, putem identifica în literatură două orientări opuse. Stimuli inductori de stres rareori și cu o intensitate relativ scăzută ar putea produce desensibilizare în raport cu viitorii factori de stres. În orientare opusă, experiențele stresante trăite în trecut ar putea compromite capacitatea de a face față traumei în prezent. Pe baza unui model teoretic care explică ambele efecte de izolare și conștientizarea evenimentelor, circumstanțelor anterioare trecute caracterizate printr-o experiență traumatizantă în care s-a activat menținerea unei percepții, a controlului asupra mediului, ar avea un efect de izolare, pe de altă parte, iar situațiile trăite ca mai puțin controlabile ar produce conștientizare. În plus, apariția altor circumstanțe negative și stresante după o traumă crește și mai mult percepția de lipsă de control, împiedicând procesul de recuperare a echilibrului psihologic și a bunăstării emoționale.



### **2.2.1. Reacția la stres**

Așa cum am afirmat, stresul este răspunsul strategic al organismului în adaptarea la orice nevoie, atât fiziologică cât și psihologică, la care este supus. Cu alte cuvinte, este răspunsul adaptativ al organismului, o reacție fiziologică normală și



absolut necesară supraviețuirii individului. Totuși, stimulul stresant poate fi simțit pozitiv sau negativ. Putem defini:

- **Eustress** - situație în care factorii de stres la care este supus individul se încadrează într-o limită de toleranță, dând naștere unei reacții adecvate. Experiența este trăită constructiv și provoacă o creștere a nivelului de performanță.
- **Distress** - o situație în care factorii de stres depășesc limitele de tolerabilitate ale individului, provocând o reacție disfuncțională. În acest caz, individul se poate confrunta cu o uzură psihofizică progresivă.

Situații care ar putea fi o sursă de stres sunt multiple și generează răspunsuri care variază foarte mult de la persoană la persoană. Evenimentele stresante pot provoca, de fapt, consecințe, atât fizice, cât și psihologice, care sunt trăite diferit în funcție de sensibilitatea personală a fiecăruia. Fiecare dintre noi, într-un mod complet subiectiv, în funcție de propria experiență, filtrează diferitele cerințe ale mediului, compensând individual stimulul stresant. Pentru a face față situațiilor, de fapt, fiecare individ pune în aplicare propriile strategii comportamentale, care se numesc strategii de coping. Stilurile de coping depind, de fapt, de caracteristici specifice de personalitate și experiențe personale deosebite și de aici rezultă multiplele diferențe individuale în răspuns la stres. Acest răspuns este un set de reacții care, cauzate de stimulul extern, sunt mediate de sistemul endocrin și de sistemul nervos autonom, implicând toate funcțiile fiziologice și răspunsurile emoționale și cognitive.

Procesul reactiv poate fi împărțit în trei faze distincte:

- **Faza de alarmă:** factorul de stres trezește un sentiment de vigilență în organism, rezultatul este activarea unei întregi serii de procese psihofiziologice (creșterea ritmului cardiac, hiperventilația, transpirația etc.) vizate pentru a face față noii situații.

- **Faza de rezistență:** individul își stabilizează condițiile, adaptându-se la noile cerințe ale mediului extern, cu normalizarea de indici fiziologici. În cazul în care adaptarea nu este suficientă, apare faza de epuizare.

- **Faza de epuizare:** aceasta este faza finală care are loc atunci când organismul rămâne fără rezerve funcționale și nu mai este capabil să contracareze acțiunea prelungită a factorilor de stres pentru a restabili o stare de echilibru. Cascada de evenimente hormonale și nervoase, de obicei limitată de-a lungul

timpului, se activează în mod constant, provocând o stare de urgență continuă, cu apariția în consecință a simptomelor fizice, fiziologice și emoționale.

Fiecare dintre noi se confruntă zilnic cu numeroase situații de stres acut, dar atunci când elementul stresant, repetându-se frecvent, devine cronic, organismul nu mai poate reuși să se apere și îi lipsește capacitatea naturală de adaptare. Expunerea prelungită la evenimentul sau evenimentele stresante poate determina apariția unor patologii psihofizice. Cu alte cuvinte, stresul generează un răspuns subiectiv la o schimbare sau la o situație percepută ca amenințătoare care provoacă o stare de intensă activare fizică și psihologică. Reacția declanșată poate prezenta mai multe implicații: permite coping imediat și eficient la situația problematică, dar, dacă este prelungită în timp și excesivă, poate deveni o sursă de disconfort și suferință. Fiecare individ are propriile sale capacități de a reacționa la schimbările din viață și mai ales în momentele de criză. *În cazul în care salvatorul trebuie să facă față unei situații de urgență, toate resursele personale disponibile sunt activate, dar se poate întâmpla, ca urmare a cheltuirii excesive de energie fizică și psihică să apară condiții compensatorii, cum ar fi abuzul de alcool sau fumat, foame compulsivă sau stări de iritabilitate sau atitudini agresive. Alții pot în schimb să se angajeze în comportamente de închidere și evitare.* În orice caz, reacția la stres este vitală pentru individ și îi permite să mobilizeze resurse interne, dar în același timp este important să se conștientizeze momentul în care stresul depășește limita acceptată.

S-a descris adesea că prezența stresului este capabilă să provoace diverse probleme individului, deoarece are un impact direct și negativ asupra funcționării și calității vieții persoanei. De asemenea, se știe că acumularea de stres poate provoca îmbolnăviri și poate fi o cauză majoră de afecțiuni, dacă nu este recunoscută la timp, și este legată de boli psihosomatice. Pot apărea modificări comportamentale (iritabilitate, izolare sau depresie), modificări cognitive (blocare, frustrare, amenințare percepută, stima de sine scăzută și autoevaluare) și alterarea funcțiilor fiziologice, reflectând impactul stresului asupra structurii creierului. În acest fel, stresul poate modifica procesul de adaptare a salvatorilor la situația în care se află și îi poate împiedica să ia decizii strategice, din cauza interferenței cu mecanismele de procesare a informațiilor.

### 2.3. Factori care cauzează stres pentru personalul din domeniul situațiilor de urgență



Factorii care reprezintă o sursă de stres considerabil pentru personalul din domeniul de urgență au fost identificați în categorii bine definite, deși varietatea muncii îi obligă pe aceștia să se confrunte cu situații în continuă schimbare. Așadar, lucrătorii din domeniul situațiilor de urgență sunt supuși unor factori de stres speciali, legați de caracteristicile acestui tip de muncă:

***Durata carierei.*** Este vorba, în principal, de numărul de ani de activitate în carieră care are un efect asupra simptomelor de stres psihologic. Vechimea în muncă este asociată cu severitatea și cronicitatea afecțiunilor provocate de reacții emoționale ostile. Atunci când durata experienței profesionale crește, la fel și numărul de evenimente traumatice cresc.

***Presiunea timpului:*** În timpul unei operațiuni de salvare sau în situații de urgență poate exista o presiune puternică a timpului, determinată de exemplu, de timpul scurt disponibil pentru salvarea unei persoane rănite.

***Supraîncărcarea responsabilității.*** Acest aspect este deosebit de relevant pentru cei cu funcții de conducere sau de coordonare sau responsabilități de coordonare, hotărând adesea stabilirea priorității de intervenție între diferite situații de urgență. În cazul unui accident trebuie să decidă în câteva momente care este prioritatea persoanelor care trebuie salvate și astfel să decidă soarta celor care vor fi tratați, știind că nu au tot timpul și echipamentul care ar fi disponibile într-un spital.

**Sarcini fizice și mentale grele.** Munca de salvare necesită efort fizic și psihic, energie fizică, forță, vigoare și rezistență. Adesea nu există timp pentru o odihnă adecvată. În plus, lucrătorii din domeniul situațiilor de urgență trebuie să aibă abilități bune de raționament, suficientă luciditate în examinarea situațiilor și inclusiv evaluări complexe. Toate acestea într-un mediu adesea haotic și sub presiunea unor sarcini grele, care tind să modifice capacitatea de a gândi în favoarea unei acțiuni imediate și în medii dificile (frig, căldură, zăpadă, ploaie etc.).

**Solicitări emoționale foarte puternice.** Salvatorii sunt expuși la stimuli și solicitări foarte violente. Ei lucrează în condiții de continuă presiune. În timpul fazelor de salvare, ei trebuie să își controleze emoțiile pentru a putea funcționa. Salvatorii trebuie adesea să ia decizii care afectează sănătatea și siguranța altora, pot avea temeri personale, momente de furie și descurajare.

**Lipsa de resurse în legătură cu evenimentul.** Salvatorii se confruntă adesea cu resurse și personal limitat. De multe ori trebuie să acționeze cu resurse și personal limitat, dar în același timp, este necesar să facă față numeroaselor cereri de intervenție.

**Așteptări de la terți.** Lucrătorul din domeniul de urgență este recunoscut în idealul colectiv ca un fel de „super-erou”, el este perceput ca fiind capabil să facă față oricărei situații de muncă, să rezolve cu ușurință orice problemă, fără a manifesta vreodată nesiguranță, disconfort sau stare de rău. Lucrătorul din domeniul de urgență poate face față acestor situații emoționale și comportamentale dezvoltând **reziliența** și punând în aplicare strategii de adaptare. În momentul în care aceste instrumente nu sunt puse în aplicare, consecințele pot deveni negative.

**Impredictibilitate.** Profesionistul care lucrează în domeniul de urgență nu știe dinainte când va fi chemat să intervină, câte ieșiri va trebui să facă într-o zi, unde va trebui să meargă, câte persoane pot fi implicate, gravitatea salvării, rezultatul tratamentului său. După ce a ajuns la locul incidentului, profesionistul, care este în posesia doar a informațiilor furnizate de centrul de operațiuni, care sunt adesea fragmentare și scurte, trebuie să înțeleagă care este situația reală.

Cele mai puternice emoții sunt cele care apar la locul accidentului, în momentul impactului direct cu neprevăzutul și necunoscutul. De fapt, salvatorii trebuie să răspundă la apelul de ajutor fără a avea posibilitatea de a se pregăti pentru acesta. În momentul sosirii la fața locului, profesionistul are puțin timp pentru

a conștientiza situația, siguranța locului, suferința pe care o găsește acolo, pentru a face un triaj al persoanelor implicate, pentru a constata starea acestora, a persoanelor decedate, a victimelor care mor în timpul măsurilor de resuscitare. Între timp, trebuie, de asemenea, să coordoneze activitatea echipei, să gestioneze trecătorii, să comunice cu centrul de operațiuni.

**În toată această frenezie, sentimentele acționează la un nivel subtil, inconștient.**

Această incertitudine care acționează ca un fir comun, în timp ce, pe de o parte, poate fi stimulentele care menține pasiunea pentru muncă la un nivel ridicat, impulsul pentru muncă, pe de altă parte, pe termen lung, poate crea disconfort și alienare.

**Vârsta persoanei care urmează să fie salvată.** Salvarea victimelor tinere, în special a colegilor, a copiilor, reprezintă de departe cele mai stresante situații găsite în studii. Atunci când se lucrează pentru a salva un tânăr, există o dorință mai mare ca totul să meargă bine; din acest motiv, orice eșec este trăit într-un mod și mai negativ. Primele două tipologii de incidente considerate cele mai critice de către personalul implicat în domeniul de urgență sunt decesul și abuzul sexual asupra copiilor.

**Pacienți psihiatrici.** Mai ales atunci când nu sunt cooperanți. În acest caz, pacientul se simte amenințat de tot ceea ce îl înconjoară, inclusiv de salvator, atât de mult, încât reacția sa violentă este tocmai un mecanism de apărare. Dificultatea gestionării situației constă în faptul că trebuie să fie minimalizată situația pentru a deturba agresivitatea pacientului, astfel încât să se găsească un canal de comunicare pentru a oferi ajutor fără a declanșa reacții violente. Controlul emoțional, calmul și încrederea salvatorului în acest caz sunt esențiale, dar nu întotdeauna ușor de pus în practică, deoarece tensiunea este foarte puternică și posibilitatea de a face greșeli de comunicare, compromițând succesul intervenției, este foarte mare.

**Pacienți grav traumatizați.** Cu atât mai mult dacă sunt tineri sau dacă au leziuni corporale foarte grave (amputații, malformații) sau sunt implicați în accidente grave (pacient încarcerat, mașină răsturnată, maxi-urgențe).

**Responsabilități.** Dorința de autonomie a salvatorului, satisfacția de a încadra situația clinică, pentru a o trata și pentru a alege codul de acces la serviciul de urgență, este însoțită de teama de responsabilitatea alegerii.

**Totul pentru toată lumea.** Un sentiment frecvent raportat de unii salvatori este acela de a face parte dintr-o echipă și că de fiecare membru al echipei depinde finalitatea actului de salvare. În timp ce acest lucru este liniștitor într-un fel, deoarece știu deja cum să acționeze, pentru unii este perceput ca un risc de a înrăutăți situația, pentru că se tem că unii dintre colegii lor nu își fac treaba într-un mod adecvat.

**Organizație.** Situațiile care creează anxietate în rândul personalului de urgență pot fi numărul insuficient de resurse umane și supraîncărcarea cu muncă la care sunt supuși profesioniștii din domeniul de urgență, mai ales în ultimii ani, și, nu în ultimul rând, incapacitatea de a oferi îngrijiri la standardul așteptat, tot din cauza lipsei de resurse, timp și personal.

Sentimentul puternic de oboseală pe care îl resimte echipa de salvatori și pe care îl atribuie tocmai supraîncărcării de muncă, din cauza discrepantei dintre solicitări și lipsa de personal și a lipsei de timp, poate fi, de asemenea, un indiciu al unei relații nesatisfăcătoare cu obiectul muncii lor. Luptând cu ritmurile apăsătoare, salvatorul simte că pierde din vedere atât relația cu pacientul, cât și grija față de aspectele tehnice ale profesiei care motivează adesea alegerea de a lucra în urgență, copleșit de proceduri și de volumul de muncă birocratică ce trebuie efectuată.

De asemenea, trebuie subliniat faptul că serviciile de îngrijire nu pot fi amânate, deoarece sunt decizii care trebuie luate într-un timp scurt, cu un risc ridicat de eroare; variabilitatea și rapiditatea tabloului clinic, o caracteristică specifică a pacientului critic; necesitatea unor niveluri ridicate de performanță care derivă tocmai din imprevizibilitatea momentului. Toate acestea creează în salvator o stare de tensiune constantă, care poate fi definită ca anxietate de performanță.

**Lipsa de feedback cu privire la activitatea desfășurată.** Aceasta poate duce la dezorientare, deoarece nu se știe cum se procedează, ceea ce poate duce la pierderea motivației pentru muncă. Adesea, profesioniștii din domeniul de urgență se confruntă singuri cu raționamentul pentru stabilirea diagnosticului necesar pentru intervenție, fără posibilitatea de a se consulta cu un coleg, și astfel se simt singuri în fața deciziei. Primirea de feedback atât de la colegi, de la superiori, cât și de la pacienți (atunci când este posibil) cu privire la modul lor de lucru și de relaționare

este importantă pentru a le cultiva pasiunea pentru muncă și pentru a îmbunătăți aspectele profesionalismului lor care trebuie revizuite. În plus, confruntarea între diferiți profesioniști joacă un rol important în rezolvarea conflictelor care pot apărea între colegi.

**Identificarea cu victima.** Problema pentru salvator constă în a nu ști cum să gestioneze distanța între el și cel care suferă, cum să înțeleagă că persoana accidentată nu este ca el sau ca o rudă sau că nu i se întâmplă lui. De fapt, empatia este o condiție necesară pentru a fi aproape de cineva care suferă, dar dacă salvatorul nu învață să gestioneze această empatie, poate fi devastator.

**Echipa.** Apare stresul atunci când salvatorii lucrează cu oameni care sunt mereu diferiți sau nepregătiți și în care nu au încredere, atunci când echipa nu este încheată, când membrii echipei nu comunică eficient între ei.

**Alții.** Cei care se adună la locul unui accident, care scot în evidență necesitatea compasiunii, care pot vorbi despre inadecvarea și lipsa de pregătire a salvatorilor, neputință, spectatori care observă și judecă (adesea filmând scena cu telefoanele mobile).

## **2.4. Tulburarea acută de stres**

Tulburarea acută de stres (TAS) apare în timpul fazei de expunere la traumă; ca o reacție imediată la eveniment, corpul și psihicul reacționează condus de instinctul înnăscut de supraviețuire, ceea ce duce la o alegere de tipul "luptă sau fugi". Acesta este un răspuns defensiv de urgență, deoarece pregătește organismul să răspundă instinctiv prin luptă și fugă la stimulul stresant.

În esență, TAS se caracterizează prin cinci aspecte principale:

1. disociere sau senzație de amorțeală emoțională,
2. retrăirea experienței evenimentului,
3. evitarea comportamentală,
4. apariția unor modificări fiziologice,
5. afectarea socială și profesională.

Criteriile pentru diagnosticul de TAS conform DSM (Manualul de diagnostic al tulburărilor psihice) sunt:

a) Persoana a fost expusă la un eveniment traumatic în care au fost prezente elemente de mai jos:

1. persoana a trăit, a fost martoră sau s-a confruntat cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea sau amenințarea la adresa integrității fizice proprii sau a altora.

2. reacțiile persoanei au inclus o frică intensă, un sentiment de neputință sau de groază.

b) În timpul sau după trăirea evenimentului stresant, individul prezintă unele simptome, cum ar fi: absența emoțiilor, lipsa reactivității emoționale, conștientizarea redusă a mediului înconjurător, realitatea exterioară este percepută de subiect cu sentimentul de irealitate; există o incapacitate de a-și aminti aspecte importante ale traumei;

c) Evenimentul traumatic este re trăit în mod persistent prin imagini, gânduri, vise, iluzii sau flashback-uri.

d) Evitarea marcată a stimulilor care evocă amintiri ale traumei.

e) Simptome marcate de anxietate sau de activare accentuată (de exemplu, dificultăți de somn, iritabilitate, capacitate redusă de concentrare, hipervigilență).

f) Tulburarea provoacă suferință în aspectele relaționale;

g) Tulburarea durează minimum două zile și maximum patru săptămâni și se manifestă în termen de patru săptămâni de la evenimentul traumatic.

h) Tulburarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de exemplu, o substanță de abuz sau un drog) sau ale unei afecțiuni medicale generale.

## **2.5. Tulburare de stres posttraumatic sau PTSD la lucrătorii din sistemul de urgență**

În scenariile de urgență, primul obiectiv al intervențiilor este restabilirea echilibrului și bunăstării psihologice a victimelor. În faza acută este deci esențial ajutorul victimelor în gestionarea evenimentului critic, utilizând cât mai bine toate resursele psihologice disponibile, pentru a depăși trauma fără a suferi consecințe de durată. *Profesioniștii implicați în salvare de vieți, deși au tendința de a dezvolta un mare prag de toleranță la evenimente traumatice, trebuie să fie susținuți la rândul lor imediat din punct de vedere psihologic, pentru a preveni tulburările psihopatologice în urma traumatizării indirecte.* Într-adevăr, salvatorii pot fi victime ale traumei, nu



pentru expunere directă, dar pentru contact empatic cu cei afectați de rezultatele situației de urgență. Este important să recupereze energia fizică și psihologică indispensabilă pentru continuarea activității de salvare, care necesită eforturi intense, și să mențină eficacitatea profesională ridicată necesară într-un context de urgență. De altfel, este necesar să se țină seama de faptul că contextul operațional în care salvatorii evocă suferință și risc se caracterizează prin modificări regresive și imprevizibile care nu permit o adaptare adecvată pentru a face față stresului emoțional cauzat de eveniment.

Intervenția profesioniștilor într-un scenariu de urgență este împărțită în mai multe faze, fiecare dintre ele corespunde unor experiențe emoționale particulare și reacții specifice, care pot fi evaluate ca reacții normale ca răspuns la o situație de urgență.

- **Faza de alarmă.** Urgența începe atunci când se primește comunicarea unui eveniment critic în care este necesar să se intervină. Știrile pot genera, la prima vedere, un sentiment de confuzie și nedumerire, însoțit de teama de ceea ce se va întâmpla la scena evenimentului și preocuparea de a fi inadecvat la situație. La unii salvatori pot apărea mai multe reacții extreme, chiar de tip inhibitor, până la o stare de șoc. Reacțiile de activare fizică sunt frecvente, cum ar fi creșterea ritmului cardiac, a tensiunii arteriale și dificultăți de respirație. În unele cazuri, dezorientarea inițială poate provoca o dificultate cognitivă în înțelegerea severității evenimentului și a informațiilor inițiale furnizate, cu o scădere în consecință a eficienței și a abilităților de comunicare.

- **Faza de mobilizare.** Odată depășit impactul inițial, salvatorii se pregătesc să intervină. Planificarea intervenției și coordonarea necesară facilitează recuperarea autocontrolului emoțional, reducerea stării de tensiune.

- **Faza acțiunii.** Salvatorul se angajează să ajute victimele, alternând stări de euforie și gratificare în situațiile în care este posibilă salvarea și sentimente de dezamăgire, vinovăție, descurajare, teamă și inadecvare, când intervenția nu este eficientă. Această fază poate dura câteva ore, zile sau săptămâni, rezultând simptome fizice și psihologice legate de expunere prelungită la stres traumatic. În acest moment tendința de subestimare a nevoilor salvatorului este foarte frecventă și acesta tinde să-și supraestimeze resursele.

- **Faza de eliberare.** Odată terminată intervenția de urgență, salvatorii trebuie să revină la viața lor personală, socială și profesională de zi cu zi. Există două

aspecte de luat în considerare în această etapă. Pe de o parte, experiențele emoționale inhibitate în timpul activității de salvare, cum ar fi anxietatea, dezamăgirea și furia pot reapare prin dificultăți de restaurare a stării de relaxare. De asemenea, pot apărea dificultăți de a adormi, tensiune, iritabilitate, tristețe și episoade cu mare impact emoțional. Al doilea aspect se referă la revenirea la normal, la rutina, care presupune și separarea de ceilalți salvatori care au intervenit în contextul de urgență și care poate căpăta o valoare total subiectivă pozitivă sau negativă, până la sentimente de izolare față de viața „normală” și sentimentul că singura dimensiune în cadrul căruia salvatorul se simte adecvat este cel al urgenței. Odată depășită criza de urgență, suportul psihologic își menține un rol central, deoarece salvatorii, după epuizarea energiei disponibile, au nevoie de o prelucrare cognitivă și emoțională a experienței trăite care, dacă nu este corect realizată, ar putea duce la psihopatologii de stres cu repercusiuni importante asupra bunăstării psihofizice. Salvatorul poate retrăi cele mai dureroase momente, de exemplu, își reamintește chipurile victimelor salvate și suferința lor, poate implica sentimente de vinovăție pentru că nu i-a putut ajutați pe toți sau salva pe toți. Împreună cu stările de anxietate, dificultatea de a dormi, poate apărea și un sentiment de nesiguranță și experiențe de trăire în vid.

Așadar, caracteristica esențială a PTSD este dezvoltarea simptomelor tipice în urma expunerii la un factor traumatizant extrem, care implică o experiență personală directă sau indirectă și care poate implica vătămarea sau amenințarea integrității fizice a unei persoane. Tabloul simptomatologic trebuie să fie prezent mai mult de o lună și cauzează disconfort clinic semnificativ și afectare a vieții sociale:

a) Evenimentul traumatic este reexperimentat în mod persistent prin diferite modalități:

1. Amintiri recurente și invazive ale evenimentului;
2. Vise sau coșmaruri recurente despre eveniment;
3. Persoana se comportă sau se simte brusc ca și cum evenimentul traumatic se repetă;
4. Suferință psihologică intensă în timpul expunerii la evenimente care seamănă cu evenimentul traumatic.

b) Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma. Există un efort din partea subiectului să evite gândurile, sentimentele, activitățile, situațiile asociate cu trauma, punând în aplicare comportamente de evitare;

c) Simptome persistente de hipervigilență, dificultăți de adormire, iritabilitate ușoară, reactivitate exagerată la stimuli, dificultăți de concentrare.



După cum am menționat, stresul este un sindrom de adaptare la factorii de stres. Poate fi o adaptare normală, fiziologică, dar poate avea și implicații patologice. Orice factor de stres care perturbă echilibrul organismului declanșează imediat reacții de reglare neuropsihică, emoțională, locomotorii, hormonală și imunologică. Predictibilitatea, cunoașterea și gravitatea evenimentelor joacă un rol fundamental în posibilitatea de a stabili strategii de adaptare pentru a gestiona acest stres. Adaptarea este problematică atunci când profesionistul este expus la evenimente catastrofale bruște, cum ar fi în cazul salvării victimelor de la un accident foarte grav.

#### **De remarcat**

**PTSD nu afectează persoanele slabe sau fragile. Poate afecta orice persoană, care nu are strategii funcționale de adaptare.**

În cazul unei intervenții grave în situații de urgență, atunci, chiar și pentru un profesionist în domeniul de urgență expert și calificat este foarte dificil să intre imediat în situație cu luciditate și claritate, angajând imediat gândurile și acțiunile în actele cerute de intervenție. Prin urmare, atunci când ajunge la locul

evenimentului, va resimți un anumit grad de șoc, care poate fi mai mult sau mai puțin intens în funcție de experiența sa și de capacitatea personală de autocontrol.

## **2.6. Sindromul Burnout (Epuizarea) la profesioniștii din domeniul situațiilor de urgență**

Burnout este un sindrom de epuizare fizică, emoțională și mentală cauzat de implicarea pe termen lung în activități solicitante din punct de vedere emoțional. Este un sindrom care poate apărea la cei care prin profesie se confruntă cu situații problematice, unde există un contact continuu cu boala și moartea. La acești profesioniști, implicarea emoțională poate fi atât de puternică încât la un moment dat devine insuportabilă. Lucrătorii din sistemul de urgență, datorită naturii specifice a activității lor profesionale, sunt în contact strâns și continuu cu victime ale accidentelor, catastrofelor, situațiilor care implică urgență, de aceea se numără printre categoriile cele mai afectate de Burnout. Termenul a fost folosit pentru prima dată în sectorul sănătății în 1977 de Christina Maslach, pentru a defini o situație pe care o experimentase în activitatea sa. Aceasta a observat că apare cu o frecvență din ce în ce mai mare la lucrătorii din domeniul medical de urgență, după luni sau ani de implicare, manifestând o atitudine fie de nervozitate și neliniște sau apatie, indiferență și uneori chiar cinism față de munca lor. Sindromul Burnout se referă la un tip de răspuns la problemele legate de munca de salvare a victimelor, de stresul, care constă în tendința de a trata victimele într-un mod detașat și mecanic. Sindromul nu apare brusc, ci este rezultatul unei succesiuni de patru etape, pe care Maslach le împarte astfel:

**1. Entuziasmul idealist:** caracterizat de motivațiile care i-au determinat pe lucrători să aleagă o activitate de îngrijire și anume

- motivații conștiente: îmbunătățirea lumii și a lor înșiși, prestigiu;
- motivații inconștiente: dorința de a aprofunda cunoașterea de sine și de a exercita o formă de control asupra altora;

**2. Stagnarea:** lucrătorul continuă să muncească, dar își dă seama că munca nu îi satisface pe deplin nevoile. Apare o dezangajare treptată în care avansează sentimentul de dezamăgire profundă, care duce la o închidere a persoanei față de muncă și colegi;

**3. Frustrarea:** este considerată cea mai critică fază, în care gândul dominant al salvatorului este că nu mai poate ajuta pe nimeni, cu un sentiment profund de

inutilitate. Experiența persoanei este una de pierdere, de golire de emoții și valori creative considerate fundamentale până în acel moment. Ca factori de frustrare suplimentari sunt lipsa de apreciere atât din partea superiorilor, cât și din partea utilizatorilor, precum și convingerea în formarea inadecvată pentru acest tip de muncă.

Persoana frustrată se angajează adesea în comportamente de evadare (cum ar fi absențe nejustificate de la serviciu, pauze prelungite, concedii medicale frecvente).

**4. Înghețare profesională:** dezangajarea emoțională treptată care rezultă din frustrare, care duce la o schimbare de la empatie la apatie.

Burnout nu este doar o problemă personală, efectele Burnout-ului tind să se răspândească de la un membru al echipei la altul și de la o echipă la alta. Consecințele acestei situații sunt foarte grave și pot fi rezumate la trei niveluri:

1. Nivelul angajaților,
2. Nivelul pacienților,
3. Nivelul comunității în general.

#### **2.6.1. Factori de risc, cauze și simptome ale burnout-ului**

Potrivit lui Maslach, printre profesioniștii din domeniul sănătății cei mai expuși riscului se numără acei oameni care se aruncă în munca lor cu mai mult entuziasm, care sunt expuși prea mult timp la situații în care există un dezechilibru puternic dintre cerințe și resurse, dintre ideal și realitate, dintre ceea ce cere profesia și modul în care se face. Rossati și Magro (1999) îl definește „sindromul bunului samaritean dezamăgit”. Printre aspectele epidemiologice ale sindromului Burnout descrise în literatura de specialitate, există un anumit nivel de coincidență pentru unele variabile:

*Vârsta:* Se pare că există o perioadă de conștientizare că în primii ani ai carierei profesionale, subiectul ar fi mai vulnerabil.

*Sexul:* Femeile sunt mai vulnerabile decât bărbații. Acest lucru se datorează unor motive diverse, cum ar fi dublul volum de muncă (profesional și familial) la care sunt supuse și îndeplinirea anumitor specializări profesionale care ar putea să extindă rolul femeilor.

*Starea civilă:* Aceasta joacă un rol important, deoarece sindromul pare să fie mai prezent la persoanele care nu au familie sau partener stabil. Existența copiilor îi face pe acești oameni mai rezistenți la acest sindrom.

*Munca în schimburi:* Schimburile și orele de lucru pot favoriza debutul sindromului;

*Vechimea profesională:* unii autori au constatat o relație pozitivă, relația dintre sindrom și vechimea profesională, alții au găsit o relație inversă, constatând că persoanele cu mai mulți ani de muncă au un nivel mai scăzut de asociere cu acest sindrom.

*Suprasolicitarea muncii:* relația dintre Burnout și suprasolicitarea muncii este certă, la profesioniștii din domeniul medicinei de urgență, deoarece acest factor ar produce o scădere calitativă și cantitativă a serviciilor prestate de acești lucrători.

### **Semnele și simptomele burnout-ului**

Simptomele burnout-ului pot fi clasificate în simptome psihice (cognitiv-emoționale), deoarece afectează atât sfera emoțională, cât și cea cognitivă. Christina Maslach descrie trei grupe de simptome:

**Epuizare emoțională:** oboseală, sentiment de a fi secătuit de orice energie, atât psihică, cât și fizică, apatie, demoralizare, dificultăți de concentrare, neliniște, iritabilitate; îngrijorări sau temeri excesive, sentiment de frustrare sau de eșec;

**Depersonalizarea:** pierderea oricărei atitudini pozitive față de sine, față de lume și față de ceilalți (membri ai familiei, colegi, utilizatori), ceea ce duce la o abordare clinică și detașată compromițând orice relație eficientă de ajutorare;

**Lipsa de împlinire:** persoana nu se simte împlinită la locul de muncă și începe să se devalorizeze atât din punct de vedere profesional, cât și personal. În ciuda eforturilor sale, noile angajamente par insuportabile, are sentimentul că nu este la înălțimea sarcinii la locul de muncă și în viața sa privată.

La simptomele incluse în aceste trei categorii, F. Folgheraiter adaugă pe cele care pot fi descrise ca:

**Pierderea controlului:** persoana nu mai poate controla spațiul sau importanța activității profesionale în viața sa. Are sentimentul că munca o „invadează”; nu se poate „deconecta” de ea mental; gândul la victime sau la problemele cu colegii îi provoacă din ce în ce mai mult disconfort, chiar și dincolo de orele de lucru.

**Simptome comportamentale:** Simptomele de epuizare includ unele sau mai multe dintre următoarele comportamente:

- Absenteismul;

- Evitarea relațiilor, petrecerea mai mult timp decât este necesar pe telefon, căutând scuze pentru a ieși în oraș sau desfășurând activități care nu necesită interacțiunea cu colegii;
- Retragera progresivă din realitatea muncii: participarea la ședințe fără a interveni, fără participare emoțională și doar pentru strictul necesar;
- Dificultatea de a glumi la locul de muncă, uneori chiar și de a zâmbi;
- Pierderea autocontrolului: reacții emoționale violente, impulsive, față de victime și/sau colegi;
- Fumatul și consumul de substanțe psihoactive: alcool, medicamente psihotrope, narcotice.

**Simptome fizice:** Sindromul burnout provoacă sau agravează unele dintre următoarele tulburări psihosomatice:

- Disfuncții gastrointestinale: gastrită, ulcer, colită, constipație, diaree;
- Disfuncții ale SNC: astenie, cefalee, migrenă;
- Disfuncții sexuale: impotență, frigiditate, pierderea dorinței
- Afecțiuni ale pielii: dermatită, acnee, afte;
- Alergii și astm;
- Insomnie sau alte tulburări de somn;
- Tulburări de apetit;
- Componentele psihosomatice ale artritei, boli de inimă, diabet.



### Capitolul 3

#### Reziliența și capacitatea de adaptare



### **3.1. Ce este reziliența**

În psihologie, reziliența poate fi definită ca fiind capacitatea unui individ de a se adapta pozitiv la o situație negativă și traumatizantă. Potrivit multor experți, reziliența este o capacitate care face parte din natura umană, dar nu este întotdeauna activată și, chiar și atunci când este activată, nu conduce întotdeauna la rezultate pozitive. De fapt, reziliența unui individ este influențată de o varietate de factori individuali, sociali și relaționali. Această diversitate poate explica, de exemplu, de ce, în condiții traumatice și stresante, unii indivizi reușesc să iasă din ele fără efecte negative pe termen lung, în timp ce alții cedează sub presiunea exercitată de evenimentul traumatic, în unele cazuri mergând până la dezvoltarea unor psihopatologii în toată regula.

De-a lungul anilor, au existat multe definiții diferite ale rezilienței în domeniul psihologic. Cu toate acestea, este posibil să descriem reziliența psihologică ca fiind capacitatea umană de a face față cu succes unui eveniment foarte stresant și/sau traumatic care provoacă sentimente negative și suferință, persoana revenind la starea de dinaintea evenimentului în cauză și ieșind din el întărită, dacă nu transformată. Cu alte cuvinte, reziliența psihologică poate fi definită ca fiind capacitatea de a face față, de a rezista și de a-și reorganiza pozitiv viața după ce a trecut prin evenimente deosebit de negative și traumatice.

În contextul studiilor de cercetare s-a observat că nu toți oamenii, confrunțați cu o experiență traumatică și supuși unor situații de risc, dezvoltă răspunsuri distructive la nivel psihic și emoțional. De fapt, există și alte modalități de a face față adversității, care sunt legate de capacitatea de a transforma un eveniment negativ într-o oportunitate de creștere personală și este, de asemenea, posibil ca din experiență să se culeagă aspecte pozitive. Confrunțați cu un eveniment traumatizant, oamenii rezilienți sunt capabili să mențină un echilibru stabil fără a le afecta performanța și viața de zi cu zi. Spre deosebire de cei care își revin progresiv după o perioadă de disfuncție, indivizii rezilienți nu trec prin această perioadă, ci rămân la niveluri funcționale în ciuda experienței traumatice.

În momentul de față putem sublinia că reziliența nu derivă exclusiv din mediul înconjurător și nici nu este ceva exclusiv înăscut pe care unii indivizi o primesc la naștere, iar alții nu. Se bazează pe interacțiunea care are loc între individ și mediu. Unii cercetători afirmă că o persoană poate fi etichetată ca rezilientă doar dacă a existat deja o adaptare; prin urmare, cercetarea se concentrează pe identificarea

acelui set de factori care le-au permis persoanelor reziliente, depășirea diferitelor traume și probleme. În schimb, o altă generație de cercetători vede reziliența ca un proces care poate fi promovat. Prin urmare, cercetarea este mai interesată de a clarifica ce dinamică este prezentă în procesul de reziliență, cu scopul fundamental de a fi replicată în intervenții sau contexte similare. Este necesar să se investigheze suprapunerea între diferiții factori de risc și cei rezistenți, iar pe de altă parte, este necesară și studierea dezvoltării unor modele care să permită promovarea eficienței a rezilienței prin programe de intervenție. În acest fel, studiile confirmă că distincția stabilită între factorii promotori și factorii de risc este foarte permeabilă. Deși la început investigațiile asupra persoanelor reziliente au vizat studierea unei copilării marcate de situații traumatice, acum studiul rezilienței a fost extins și înțeles ca o calitate care poate fi deci dezvoltată pe tot parcursul ciclului de viață. Reziliența a devenit o categorie care poate fi aplicată întregii existențe. Fiecare, în orice etapă a vieții și în orice context, se poate găsi într-o situație traumatizantă, o poate depăși și ieși mai puternic din aceasta.

Astfel, reziliența este un concept fundamental, care implică capacitatea de coping pe care o au oamenii atunci când se confruntă cu o problemă sau dificultate și modul în care reușesc să integreze aceste evenimente negative în viața lor și să le ducă mai departe fără consecințe majore. Prin urmare, reziliența nu este niciodată o caracteristică absolută și nici nu este dobândită o dată pentru totdeauna. După cum este citat în Vera Poseck (2004), a vorbi despre reziliență în termeni individuali este o greșeală fundamentală. Reziliența este un proces, o devenire, pentru care nu este atât persoana rezistentă, cât evoluția sa și procesul de structurare a poveștii sale de viață. Pentru unii cercetători, reziliența individuală și colectivă sunt două fețe ale aceleiași monede, deoarece capacitatea de a face față adversității implică răspunsuri care pot fi date atât individual, cât și colectiv. Individul se concepe ca parte a grupului și recunoaște că are nevoie de el pentru dezvoltarea sa într-o relație de influență reciprocă.

Continuând cu analiza trăsăturilor de personalitate care reușesc să genereze o rezistență mai mare la stres, este pertinentă dezvoltarea conceptului de Personalități Reziliente. Acest concept s-a născut în liniile curentului existențialismului, înțeles ca un mod de a vedea viața; Maddi și Kobasa sunt precursori în introducerea acestui concept în literatură. Acești autori sunt primii care se referă la „robustețe”, în 1972, pentru a explica modul în care unii oameni au

capacitatea de a rezista stresului cu mai mult succes decât alții. Conform lui Kobasa (1979) există diferențe structurale de personalitate care duc la faptul că în diverse situații unii indivizi se îmbolnăvesc și alții nu, aceste diferențe constituie personalitatea rezilientă. Acești autori ne vorbesc despre trei caracteristici ale individului care alcătuiesc acest tip de personalitate sau care ar fi esențiale pentru dezvoltarea acesteia:

- Provocare,
- Verificare,
- Angajare.

Angajamentul înțeles ca abilitatea unor oameni de a se implica profund în activitățile vieții de zi cu zi, provocarea ca abilitatea de a experimenta schimbarea ca o oportunitate de creștere și control ca o convingere că circumstanțele vieții depind de acțiunile lor. Deși conceptele de reziliență și personalitate rezilientă au mai multe asemănări, ele nu sunt la fel. Ambele implică o capacitate de adaptare la situații stresante și ne vorbesc despre o forță internă sau bine creată din interacțiunea individului cu mediul. Deși se lasă de înțeles că personalitatea rezilientă este compusă din trei factori, asta nu înseamnă că aceștia trebuie să fie prezenți și în reziliență într-un mod exclusiv, deoarece este o abilitate care cuprinde mai multe calități decât doar acești trei factori.



Revenind la conceptul de reziliență, pentru Luthar (2006) factorul fundamental al rezilienței este posibilitatea pe care o are ființa umană de a stabili relații solide cu ceilalți, sporind figurile adulte aflate în stadiile incipiente de dezvoltare, adică legătura cu părinții. Acest lucru indică faptul că aceste figuri fundamentale pentru copii sunt capabile să-i îngrijească, să-i protejeze și să-i stimuleze, generând astfel legături sigure de atașament care se vor reflecta apoi în dezvoltarea unui sentiment

de încredere în ceilalți, în îmbunătățirea trăsăturilor personale precum inteligența, stima de sine și auto reglementarea emoțională, acestea fiind ingredientele fundamentale ale rezilienței.

Pentru unii autori precum Michael Rutter (1978), aparținând anilor șaptezeci, în care s-au dezvoltat primele abordări ale conceptului, reziliența este considerată o abilitate aproape înnăscută, formată din factori personali care ne ajută să ne adaptăm la situații stresante în timp ce alți autori, Kumpfer și Hopkins (1993), aparținând celui de-al doilea moment istoric de cercetare asupra subiectului, corespunzător sfârșitului de secol XX, afirmă că reziliența este produsul interacțiunii individ-mediul, subliniind importanța capacității pentru relațiile personale și relația subiectului cu mediul său. Rutter este de acord cu alți autori care subliniază că reziliența sau vulnerabilitatea la stres își are originea atât în caracteristicile de mediu, cât și în cele constituționale - temperament, susceptibilitate genetică sau modele de reactivitate fiziologică la anumiți stimuli - care, încă de la începutul vieții, funcționează în combinație și contribuie la strategiile de a face față stresului și, în cele din urmă, la stilul și gradul de succes cu care o persoană se dezvoltă în contextele sale. Conceptul a fost aprofundat odată cu cercetările etologului Boris Cirulnyk, care a extins conceptul de reziliență prin observarea supraviețuitorilor lagărelor de concentrare, a copiilor orfelinatelor românești și a copiilor aflați în primejdie pe străzile din Bolivia. Acest autor a adus contribuții foarte semnificative asupra modurilor în care adversitatea rănește subiectul, provocând stres care va duce la originea unui fel de boală și afecțiune. În cazul favorabil, subiectul va produce o reacție rezistentă care îi va permite să depășească adversitatea. El a descris conceptul de „oximoron” care descrie scindarea subiectului vătămat de traumă și care permite să avanseze și mai departe în înțelegerea procesului de construire a rezilienței, pe care îl consideră printre mecanismele detașării psihice. Aceste mecanisme (descrise de Edward Bibring), spre deosebire de mecanismele de apărare, urmăresc realizarea posibilităților subiectului atunci când vine vorba de depășirea efectelor durerii pe care o suferă.

Reziliența se bazează astfel pe interacțiunea dintre persoană și mediu. Mai exact, la nivelul intervențiilor psihosociale, acest model a schimbat natura cadrelor conceptuale, obiectivelor, strategiilor și evaluărilor. În domeniul obiectivelor de intervenție, acestea includ promovarea proprietății pozitive prin prevenirea unor probleme sau simptome specifice. Strategiile urmăresc promovarea avantajelor și

aspectelor pozitive ale cadrului ecologic al individului (mediu, sarcini specifice corespunzătoare fiecărei etape de dezvoltare și cultură), precum și reducerea riscului sau a surselor de stres, precum și a proceselor de dezvoltare umană, precum și ca tratarea bolii. Există două abordări complementare. Este convenabil să se diferențieze abordarea riscului și abordarea rezilienței. Ambele sunt o consecință a aplicării metodei epidemiologice la fenomenele sociale. Ele se referă însă la aspecte diferite, dar complementare.

**Abordarea rezilienței:** descrie existența unor adevărate scuturi de protecție împotriva consecințelor negative, exprimate în termeni de daune sau riscuri, astfel atenuându-le efectele și, uneori, transformându-le într-un factor de depășire a situației dificile. Factorii de protecție sunt toate acele variabile care scad probabilitatea de a se implica în comportamente riscante, deoarece promovează reziliența și auto-îngrijirea. Acestea sunt:

- ♣ abilități de comunicare
- ♣ managementul sentimentelor
- ♣ procesul decizional
- ♣ sensul vieții.

Ființele umane sunt predispuse la normalitate, la ceea ce ni se întâmplă normal. Această predilecție pentru obișnuit ne încetinește percepția asupra excepțiilor, a neobișnuitului. Vedem ceea ce ne așteptăm să vedem și neglijăm ceea ce nu ne așteptăm. Acest tip de filtru natural, care exclude anumite detalii din viziunea noastră, poate avea consecințe dezastruoase în anumite circumstanțe. Există însă situații în care negarea dovezilor sau denaturarea excesivă a realității pot avea consecințe foarte negative, mai ales dacă autoînșelarea ne împiedică să luăm decizii adecvate în fața pericolelor.

Răspunsurile vor depinde de modul în care evaluăm și folosim informațiile furnizate de aceste două surse. Indiferent de adversitate, informațiile relevante, veridice, inteligibile și ușor de gestionat sunt un instrument de securitate foarte util.

Înfruntarea ignoranței pentru a înțelege ce se întâmplă ne ajută să ne ținem cu picioarele pe pământ și să luăm măsuri concrete, precum și să ne simțim mai stăpâni pe destinul nostru. În dezastrele care afectează un grup sau o comunitate, toată lumea poate exercita un leadership altruist și poate beneficia de participarea activă la sarcini menite să conducă și să-i ajute pe alții.

S-a dovedit că lucrătorii din domeniul sănătății și specialiștii în salvare de vieți au mai multe șanse să facă față cu succes unui dezastru, deoarece își concentrează atenția asupra muncii pe care trebuie să o facă, asupra misiunii de a ajuta pe cei afectați și, ca urmare, lasă mai puțin loc fricii și confuziei. Acest rol le întărește concentrarea, bunul simț și capacitatea de a evalua rațional realitatea. Este un mod de a acționa, de a interveni, de a prelua controlul și de a menține active funcțiile executive. A ajuta pe ceilalți în momentele dificile ne face mai rezistenți la stres și la epuizarea fizică și emoțională, ne protejează de tendința de a ne izola, de a ne îneca în emoții negative sau gânduri tulburătoare. După dezastru, comportamentul altruist continuă să stimuleze stima de sine pozitivă, de asemenea un pilon al rezilienței, deoarece ne induce sentimentul propriei competențe și satisfacția de a fi contribuit la siguranța celorlalți. Oamenii afectați de orice fel de calamitate care s-au simțit folositori în timpul crizei rezistă și își revin mai bine din consecințele emoționale. Aceste beneficii ale actelor altruiste sunt câștigate și prin voluntariat. *Voluntarii experimentează mai puțină anxietate, dorm mai bine, abuzează mai puțin de alcool și droguri și au o stima de sine mai mare.* Pe de altă parte, în fața amenințărilor pe care nu le înțelegem sau care ne fac să ne simțim neputincioși, căutăm cu nerăbdare oameni care să ne îndrume și să ne dea îndrumări și sfaturi.

Încrederea în oamenii cu autoritate care credem că ne pot informa, îndruma și ajuta în momente de pericol este o tendință firească care începe să se dezvolte în primele luni de viață. În calitate de copii, avem încredere că părinții și îngrijitorii noștri ne vor proteja și ne vor satisface nevoile vitale. Pe măsură ce creștem, încrederea pe care o punem în oamenii pe care îi respectăm sau admirăm, de asemenea, ne determină să-i vedem ca modele din care să învățăm strategii pentru a ne proteja și a face față situațiilor dificile. Ființele umane au o nevoie de a explica toate lucrurile importante care ni se întâmplă. Fiecare percepe adversitatea în mod diferit și percepția noastră particulară ne va modela răspunsul. Deși toate nenorocirile au în comun faptul că provoacă frică și ne amenință echilibrul fizic și emoțional, impactul lor variază în funcție de personalitatea noastră, de circumstanțe și de valorile culturale și sociale ale comunității în care trăim. Semnificația sau interpretarea pe care o dăm adversității ne poate întări sau slăbi capacitatea de a o depăși și, de asemenea, poate influența posibilele lecții pe care le tragem din experiență. Sunt oameni care concep calamitățile care îi afectează ca pe niște provocări pe care trebuie să le înfrunte cu toată puterea și să le depășească în orice fel. Alții,

dimpotrivă, văd nenorocirile drept atacuri personale, atacuri ale dușmanilor răi, chiar dacă este un dezastru natural sau o boală, împotriva cărora singura opțiune este lupta necruțătoare. Aceste victime sunt mișcate de sentimente de indignare, furie și dorință de răzbunare. Există oameni care concep nenorocirile ca pedepse de la Dumnezeu sau de la natură, unii chiar judecă pedeapsa ca fiind meritată și răspund cu sentimente de vinovăție și reproș. Aproțiați de acest grup sunt cei care interpretează tragediile sau relele care îi bântuie ca urmare a propriilor slăbiciuni sau inadecvări secrete, sau a eșecurilor de neiertat.



Așadar, conceptul de **reziliență** se referă la capacitatea de a reacționa pozitiv la evenimente traumatice, la reorganizarea vieții în urma schimbărilor impuse de dificultățile trăite. Procesul de creștere a rezilienței, nu numai că facilitează confruntarea cu situații adverse, dar permite și o dezvoltare și implementare a abilităților și resurselor personale, facilitând adaptarea la context. În acest sens, un eveniment traumatic poate duce și la schimbări pozitive, favorizând un proces de creștere personală. Prin mobilizarea energiei proprii și a propriilor resurse, salvatorul se confruntă cu evenimente critice cu scopul de a le integra pentru ca apoi să continue să își desfășoare viața, reorganizând și redefinind propria identitate. Aceasta presupune percepția de a avea și un rol activ în experiențe negative. Dimensiunile psihosociale care facilitează depășirea evenimentelor traumatice sunt alcătuite din resursele personale, strategiile de coping folosite și din resursele contextului social. Resursele personale se referă la trăsături individuale de personalitate. Persoanele cu o percepție pozitivă despre sine, capabile să-și

autoregleze emoțiile, arată un grad mai mare de reziliență. În ceea ce privește strategiile folosite pentru a face față situațiilor de urgență, acestea sunt legate de credința despre capacitatea de a exercita controlul asupra mediului extern. Cercetarea asupra dimensiunii rezilienței conduce la un concept introdus de Tedeschi și Calhoun, care arată că experiența trăită îmbunătățește percepția despre sine și sentimentul de auto-eficacitate, deoarece arată că persoana a fost capabilă să facă față și să depășească o situație extremă. În ceea ce privește relațiile interpersonale, se creează noi legături și se consolidează cele existente, dezvoltând sentimente de împărtășire emoțională, compasiune și empatie față de ceilalți. În cele din urmă, depășirea unui eveniment traumatic poate aduce o schimbare la scara priorităților personale și o mai mare conștientizare a respectului pentru valorile și scopurile fundamentale ale vieții cuiva. Construcția anti-fragilității inventată de Nassim Taleb a avut un mare succes în ultimii ani. El arată că în fața imprevizibilității unor evenimente excepționale și perturbatoare numite „lebede negre”, a căror apariție este imposibil de prevăzut și ca urmare imposibil de planificat și controlat este necesară adoptarea unui gând mai puțin rigid bazat pe capacitatea de a reacționa la evenimente și pe toleranța la incertitudine, dezordine și chiar eșec. Nu putem ști ce ne rezervă viitorul, dar putem învăța să înțelegem cum poate un eveniment să ne influențeze și care este cea mai potrivită strategie pentru a face față impactului.

#### **Vă rog să rețineți**

**Reziliența NU trebuie confundată cu rezistența, adică cu capacitatea unei persoane de a rezista - adică de a se opune, nu de a se adapta - la anumiți factori, care sunt întotdeauna de natură negativă sau, în orice caz, capabili să perturbe condițiile normale. Reziliența înseamnă ADAPTARE!**

### **3.2. Cine sunt persoanele reziliente?**

Persoanele reziliente sunt cele care - în fața dificultăților și a evenimentelor traumatice - nu renunță, ci, dimpotrivă, găsesc puterea de a merge mai departe și sunt chiar capabile să transforme evenimentul negativ trăit într-o sursă de învățare care le permite să dobândească abilități utile pentru a-și îmbunătăți viața. Mecanismele de reziliență sunt prezente în fiecare ființă umană și pot fi puse în aplicare de oricine. Prin urmare, fiecare persoană este potențial un individ rezilient.



Cu toate acestea, nu toată lumea este capabilă să exerseze reziliența și chiar dacă aceasta este activată, rezultatele nu vor fi neapărat pozitive și de îmbunătățire.

### **3.2.1. Factorii care influențează răspunsul de reziliență al unui individ**

Capacitatea de a exersa reziliența diferă de la o persoană la alta, deoarece este influențată de o serie de factori. Mai exact, probabilitatea de a dezvolta un răspuns rezistent în urma unui eveniment negativ și traumatic este strâns legată de prezența următorilor factori.

#### ***Factori individuali***

Acestea sunt caracteristici pe care le posedă individul și care pot fi utile în depășirea cu succes a unui eveniment traumatic sau stresant. Mai exact, o persoană rezilientă este în general înzestrată cu:

*Optimism:* Un individ optimist interpretează evenimentele negative și problemele care rezultă ca fiind ceva trecător, care, totuși, fac parte în mod inevitabil din viață. Această atitudine a individului optimist nu trebuie confundată cu o încercare de a minimiza problemele.

*Stima de sine:* Cu cât este la un nivel optim, ridicat, cu atât se poate dezvolta mai ușor reziliența.

*Abilitatea de a rezolva probleme:* Găsirea unor soluții la probleme, permite adaptarea facilă la situații diverse și crește și stima de sine.

*Abilități de comunicare:* O bună comunicare facilitează reziliența.

*Simțul umorului:* Umorel nu trebuie înțeles ca o încercare de a ridiculiza evenimentele traumatizante din viață, ci ca o tendință de a menține o anumită distanță față de evenimentele negative și luciditatea necesară pentru a rezolva problemele care decurg din acestea. De asemenea, umorul ajută la procesarea emoțiilor asociate cu evenimentul traumatic, facilitând comunicarea și împărtășirea evenimentului negativ cu ceilalți.

*Strategii de coping:* acestea sunt mecanisme psihologice adaptative care sunt folosite pentru a face față problemelor și stresului.

*Empatie:* O persoană empatică înțelege prin ce trec alții.

#### **Factori sociali**

Reziliența nu depinde doar de individ și de caracteristicile pe care le posedă, ci este influențată și de contextul social din care face parte. În special, persoanele care sunt bine integrate în contextul lor social și/sau care primesc sprijin adecvat din partea acestuia au mai multe șanse de a depăși cu succes evenimentele adverse.

### **Factori relaționali**

Pe lângă factorii individuali și sociali, dezvoltarea rezilienței este legată și de calitatea relațiilor pe care persoana le are, atât înainte, cât și după evenimentul negativ sau traumatic. Pe lângă calitatea relațiilor stabilite, sprijinul - atât practic, cât și emoțional - oferit de familie și de prieteni este, de asemenea, important în răspunsul de reziliență.

Copiii par să aibă un avantaj mai mare în implementarea mecanismelor de reziliență. Acest lucru se datorează faptului că, de obicei, ei sunt capabili să facă schimbări și adaptări mai profunde decât adulții, care sunt adesea împiedicați de experiențele lor anterioare și de concepția lor despre mediul și oamenii din jurul lor.

### **3.3. Cum poate fi pusă în practică reziliența?**

După cum s-a menționat mai sus, mecanismele de reziliență sunt prezente la fiecare individ, deși acestea pot fi influențate de diverși factori externi (relații și context social), deoarece evoluează și se dezvoltă pe parcursul vieții unei persoane.

În timp ce reziliența tinde să fie un comportament instinctiv în copilărie, la vârsta adultă ar trebui să fi evoluat și să devină o parte integrantă a atitudinii individului. Cu toate acestea, capacitatea de a pune în aplicare reziliența depinde în mare măsură de viziunea pe care o are o persoană despre ea însăși, despre lume și despre oamenii din jurul ei. De fapt, în timp ce pentru unele persoane răspunsul rezilient la evenimente negative se activează în mod aproape automat, pentru alte persoane mecanismele de reziliență nu sunt puse în practică din cauza părerii proaste pe care o au despre sine („eu sunt un ratat”, „nu pot să reușesc”, etc.), din cauza considerației pe care o au despre ceilalți („alții reușesc și eu nu”, „alții sunt mai

buni" etc.) și din cauza concepției pe care o au despre mediul înconjurător, văzut adesea ca un loc periculos, imprevizibil, plin de capcane și probleme.

Prin urmare, reziliența necesită o schimbare a viziunii pe care o avem despre noi înșine, despre ceilalți și despre lume. Acest lucru nu înseamnă să adopți o atitudine optimistă exagerată - și poate chiar naivă - ci înseamnă să menții o atitudine realistă care îți permite să te adaptezi la realitate într-un mod conștient. Această adaptare ar trebui să se realizeze astfel încât să se considere evenimentele negative și traumatice ca fiind oportunități care trebuie exploatate și din care se pot extrage idei utile pentru propria dezvoltare și pentru îmbunătățirea vieții.



Unii specialiști în domeniu recomandă practica Mindfulness pentru a promova reziliența. Atenția constă în dezvoltarea capacității unei persoane, de a se concentra asupra momentului prezent și de a se detașa de gândurile proprii, observându-le fără a le judeca, ci considerându-le doar pentru ceea ce sunt, adică produse ale propriei minți. În acest sens, este foarte interesant de observat că practica mindfulness derivă din tehnicile de meditație utilizate în budism.

Cu toate acestea, în ciuda celor spuse până acum, trebuie subliniat faptul că intervențiile necesare pentru dezvoltarea și exersarea rezilienței pot varia de la un individ la altul, deoarece sunt strâns legate de situația, mediul și contextul social în care trăiește o persoană. Competențele și factorii necesari pentru a depăși un tip de eveniment negativ pot fi diferite de cele necesare pentru a depăși un alt tip de eveniment negativ (de exemplu, diagnosticul de cancer și dezastrul natural).

De aceea, mă voi concentra pe dezvoltarea rezilienței în domeniul situațiilor de urgență, de interes pentru acest ghid. Programele/modulele de dezvoltare a competențelor de reziliență trebuie să fie puse în aplicare înainte de apariția situațiilor de urgență, înainte ca salvatorii să meargă la locul accidentelor și dezastrilor și să implice întreaga organizație. Se cunosc două abordări pentru dezvoltarea rezilienței și anume:

- Modelul Folkman și Greer
- Metoda de prim ajutor psihologic

**Modelul lui Folkman și Greer (2000)** descrie o serie de etape sau secvențe de evaluare și strategii de coping menite să recupereze emoțiile pozitive și să permită persoanei dezvoltarea unui nivel eficient de adaptare. Abordarea secvențială a promovării rezilienței și a capacității de adaptare este derivată din experiența de teren a profesioniștilor din domeniul sănătății și include:

- rezolvarea problemelor în situații percepute ca fiind controlabile.
- coping bazat pe procesarea propriilor emoții.
- coping bazat pe semnificația atribuită evenimentelor nerezolvate sau nerezolvabile.

Această abordare facilitează flexibilitate, datorită conștientizării faptului că efectele stresului și răspunsurile de adaptare sunt subiective (personale) și depind de factori precum experiența anterioară, valorile, așteptările, analizarea punctelor tari și a punctelor slabe ale diferitelor strategii de adaptare, înțelegerea valorii dezadaptative a modurilor de coping evitant sau autodistructiv în situațiile de urgență.

### **Primul ajutor psihologic - PAP**

Metodologia PAP facilitează recuperarea rezilienței imediat după o traumă. Practicienii o pot învăța cu ușurință, chiar și fără cunoștințe anterioare despre sănătatea mintală și pot experimenta faptul că reziliența poate fi sporită și prin sprijinirea și ajutorarea celorlalți.

Modelul lui Folkman și Greer ia în considerare influența întregii organizații/sistemului de sănătate. Reziliența organizațională poate contribui la menținerea rezilienței profesioniștilor în mod individual, prin atenuarea efectului

factorilor de stres în timpul și după o criză de urgență și se bazează pe o serie de elemente:

- depinde de resursele identificate și achiziționate,
- utilizează retrospectiva situației de urgență finalizate pentru a pregăti un plan de viitor, bazându-se pe flexibilitatea necesară și pe abilitățile de conducere eficiente recunoscute,
- formarea personalului, inclusiv furnizarea de module/programe pentru dezvoltarea abilităților necesare pentru a se adapta în situații extraordinare, de exemplu, o pandemie, în ceea ce privește consolidarea strategiilor de adaptare,
- crearea unor relații interprofesionale de colaborare și de sprijin, care vor fi fundamentale pentru a face ca sprijinul formal și/sau informal să fie eficient în timpul unei pandemii (la momentul apariției SARS, cele mai eficiente intervenții de sprijin psihosocial au fost cele caracterizate de relații de încredere preexistente în cadrul echipei),
- promovarea de valori comune de responsabilitate morală și de dedicare/îngrijire față de ceilalți (care facilitează menținerea unei stări de bunăstare mentală).

### **3.4. Creșterea rezilienței prin instrumente și strategii de coping**

Profesioniștii care lucrează în sectorul de urgență trăiesc o relație intensă cu persoanele care se confruntă cu o situație critică apărută brusc și care este adesea dramatică. Pacienții și rudele pot aduce cu ei multe probleme, gânduri, neliniști, pe care le revarsă inevitabil asupra personalului, tocmai din cauza nevoii de a găsi pe cineva care să asculte, amplificată de ruperea echilibrului anterior pe care l-a creat situația de urgență. Contactul continuu cu acest tip de solicitări poate genera o stare de stres cronic în rândul profesionistului, ceea ce poate duce și la epuizare emoțională. De aici importanța cunoașterii strategiilor de adaptare pentru a controla factorii stresanți.

Această trecere în revistă a prezentat diverși factori comuni care generează stres pentru salvatorii din sistemul de urgență (și alte categorii de personal) care lucrează în situații de urgență, dar există strategii care pot reduce acest stres și pot evita riscul de a dezvolta tulburare de stres posttraumatic sau epuizare?

Organismul nostru reacționează la stres prin adaptare, adică prin eforturi cognitive și comportamentale pentru a face față unor cerințe specifice, atât interne, cât și externe, care solicită resursele organismului. Strategiile de adaptare pot fi axate fie pe emoții, fie pe probleme. *Strategiile de adaptare centrate pe emoții urmăresc să îmbunătățească starea de spirit a persoanei prin diminuarea stresului emoțional resimțit de aceasta; strategiile de adaptare centrate pe probleme urmăresc să gestioneze problema care cauzează stresul.*

În general, ambele tipuri de strategii sunt activate într-o situație stresantă. Situația devine mai complicată dacă reacția emoțională declanșată de eveniment este gestionată și controlată prin mecanisme de apărare deosebit de intense. În acest caz, stimularea emoțională intensă nu apare și poate apărea o reacție psihosomatică. Într-o realitate operațională precum cea a unei urgențe extra-hospitalicești, suspendarea acțiunii și luarea de timp pentru a reflecta asupra a ceea ce se face poate părea neobișnuită și amenințătoare. Tocmai din acest motiv, poate mai mult decât în alte sectoare/departamente, este nevoie de un loc fizic care să ofere un spațiu de gândire, de unde să se poată relua acțiunea într-un mod mai conștient.

După o intervenție deosebit de gravă sau dificilă, poate fi foarte greu să se lase în urmă în mod spontan ceea ce s-a întâmplat, pot apărea gânduri intruzive, care duc la retrăirea criticității evenimentului; dacă acestea nu sunt abordate și depășite, ele creează o stare de rău pentru salvator. Pentru a lăsa în urmă stresul acumulat, este necesar pentru salvator să primească înțelegere, să aibă ocazia să vorbească cu cineva despre experiențele sale. Vorbind, salvatorul poate să realizeze ce s-a întâmplat, ce emoții a provocat pentru el/ea evenimentul negativ, să reafirme că a acționat în mod corect, constatând că nu ar fi putut face altfel; în acest fel, are posibilitatea de a depăși sentimentele de vinovăție care decurg dintr-un eventual eșec al misiunii.

În cursul vieții, fiecare se confruntă cu evenimente zilnice care pot crea o suferință intimă semnificativă. Pentru a face față acestor circumstanțe, fiecare persoană dezvoltă una sau mai multe strategii operaționale și psihologice de adaptare:

Aceste strategii nu evită suferința, ci îi limitează efectele cantitative și calitative. Au fost identificate de Lazarus în anii 1960 sub denumirea de coping, ceea ce înseamnă că persoana decide dacă sursa de stres este irelevantă, pozitivă sau dăunătoare, iar

În al doilea rând evaluează abilitățile și resursele proprii și face încercări de a face față.

*Copingul poate fi considerat un construct multidimensional și un proces care implică mai multe niveluri: emoțional, comportamental, evaluativ și social.* Adaptarea se referă nu numai la rezolvarea practică a problemelor, dar și la gestionarea propriilor emoții și a stresului rezultat din confruntarea cu problemele. Adaptarea este o strategie cheie pentru atingerea stării de bine și necesită un anumit comportament. Aceeași logică se aplică în sens invers, adică persoane care se simt bine emoțional și fizic, sunt mai dispuse și mai motivate să abordeze în mod pozitiv situațiile problematice și să încerce să le depășească sau să reducă posibilele dezavantaje ale acestora.

### **3.4.1. Strategii pentru creșterea rezilienței**

Un studiu complex asupra creșterii rezilienței realizat de Calhoun și Tedeschi identifică diferiți factori personali și de mediu care facilitează schimbări pozitive la cei care au trecut prin situații de urgență. Acești factori îi ghidează pe indivizi să restructureze resursele care sunt utile pentru a experimenta schimbări pozitive în viața lor. Factorii care predispun la acest proces sunt evaluarea evenimentului, unele variabile de personalitate precum extroversiunea, conștiinciozitatea, conformismul, stima de sine, deschiderea către experiențe, optimismul și autoeficacitatea. Strategiile de coping centrate pe probleme și sprijinul social ca resursă de mediu sunt elementele cele mai utile pentru schimbarea pozitivă. Satisfacția cu sprijinul și calitatea sprijinului colegilor de echipă și ale superiorilor, împreună cu percepția de ajutor primit în cadrul evenimentului, acceptarea evenimentului și atribuirea sensului evenimentului reprezintă toate variabile legate strict de schimbarea pozitivă. Rezultatele studiilor arată că factorii menționați mai sus pot fi considerați și factori de protecție și resurse care pot fi incluse într-un plan de pregătire psihologică care oferă noi abilități și strategii pentru salvatori și lucrătorii din domeniul situațiilor de urgență.

#### **Ce înseamnă adaptarea în reziliență**

- este un proces dinamic, în sensul că este format dintr-un set de răspunsuri reciproce, prin care mediul și individul se influențează reciproc.
- include o serie de acțiuni, atât cognitive, cât și comportamentale, care vizează controlul impactului negativ al evenimentului stresant.

**Ca urmare, Majani (2002) a identificat mai multe strategii care pot fi puse în aplicare:**

- distragerea atenției, înțelegând ca o activitate care distrage atenția de la problemă, persoana se poate implica în tot felul de activități.
- redefinirea situației, care reprezintă încercarea de a vedea problema într-o lumină diferită, pentru a o face să pară mai suportabilă sau pentru a o face să se încadreze într-un cadru cunoscut sau care s-a rezolvat bine anterior.
- acțiune directă, adică tot ceea ce se referă la adunarea de informații despre problemă, identificarea de soluții posibile și acțiuni pentru a fi rezolvate.
- catharsis, care se realizează prin exprimarea emoțiilor și ca răspuns la problemă, pentru a reduce tensiunea, anxietatea și frustrarea care pot fi declanșate.

Mai jos sunt enumerate câteva dintre instrumentele și strategiile de coping, pentru creșterea rezilienței. Câteva dintre ele vor fi descrise într-o formă și mai detaliată în capitolul 4.

**Tabelul 1. Instrumente și strategii de coping**

<b>Instrumente și strategii de coping pentru a controla factorii stresanți</b>	<b>Rațional</b>
<i>Sprijin psihologic</i>	În special pentru intervențiile care implică o mare



	<p>suferință, pentru educație preventivă și ca sprijin regulat.</p> <p>Acesta este, de asemenea, un rol important pentru organizația din departamentul de urgență, care trebuie să poată controla cât mai mult posibil sursele de stres ale profesioniștilor care lucrează în salvarea de vieți. De asemenea ar trebui să ofere oportunități pentru întâlniri frecvente pentru a evita apariția unor consecințe negative.</p>
Managementul stresului provocat de incidente critice	<p>Posibilitatea de a oferi profesioniștilor din medicina de urgență, spațiu pentru a vorbi despre dificultățile lor.</p> <p>Acest spațiu ar trebui să fie bine structurat de specialiști în psihologie și comunicare.</p>
Debriefing	<p>Un cadru controlat, unde profesioniștii din medicina de urgență au șansa de a vorbi despre situațiile de urgență la care participă.</p> <p>Beneficii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crește reziliența</li> <li>• Ajută la pregătirea profesioniștilor pentru a face față situațiilor de stres ridicat;</li> <li>• Îi ajută să își accepte sentimentele și orice simptome manifestate;</li> <li>• Participanții se sprijină reciproc;</li> <li>• Parte din probleme sunt rezolvate (de exemplu, sentimentul de vinovăție);</li> <li>• Participanții se simt liniștiți să își exprime sentimentele și descoperă că acestea nu sunt diferite de cele pe care le simt colegii;</li> <li>• Fiecare este liber să exprime ceea ce simte sau poate decide să se limiteze la a asculta.</li> </ul>
Psihoterapie	Este esențial pentru profesioniști să vorbească cu

	un specialist despre ceea ce simt și despre ceea ce au trăit, în afara unei ședințe de informare.
Activitatea fizică	Sportul și activitatea fizică ajută la gestionarea stresului și sunt strategii eficiente de coping
Recuperare psihofizică	Îndepărtare de sursele de stres prin tehnici de relaxare
Formare	Îmbunătățirea pregătirii și a competenței clinice a unei persoane face ca aceasta să fie mai sigură și mai capabilă să facă față anumitor situații. În plus, poate fi important să aibă o pregătire în domeniul psihologiei de urgență, care pregătește salvatorul să știe la ce să se aștepte și îi permite să recunoască unele dintre simptomele unor posibile probleme.
Desensibilizarea sistematică	Este o tehnică de relaxare, care constă în asocierea anxietății cu un răspuns opus, în acest caz relaxarea musculară profundă.
Umor	S-a constatat că oferă un grad de reducere a tensiunii și poate facilita reinterpretarea unei situații sau a unui eveniment dat și poate duce la descărcarea furiei, care este o emoție adesea prezentă în situații de urgență.

### 3.4.2. Tehnici de dezvoltare a rezilienței

Așa cum am menționat deja, reziliența nu este un dar, ci o capacitate care se dobândește în timp. De fapt, pentru a deveni rezilient, nu este nevoie să facem schimbări majore în viața noastră: adevărata îmbunătățire personală constă în acel mic pas în plus pe care decidem să îl facem în fiecare zi.

Mai jos voi descrie câteva tehnici pe care le puteți face, la nivel individual, chiar și acasă, care pot contribui major la creșterea rezilienței.

## **1 - O bună cunoaștere de sine**

Persoanele reziliante au caracteristica de a fi, de asemenea, foarte conștiente de sine. Ce înseamnă acest lucru în mod specific? Să știe care sunt punctele lor forte, valorile pe care își bazează viața și să aibă un scop care îi ghidează spre anumite alegeri. De asemenea, ei știu să-și recunoască propriile limite și când intră în joc automatismele cauzate de vechile credințe/abitudini limitative/experiențe de viață anterioare. În momentele dificile, cei care au o bună conștiință de sine, deși experimentează durerea, au o încredere profundă în capacitatea lor de a ieși din orice situație, chiar dacă mintea lor aparent nu vede încă o soluție. Această trăsătură este, de asemenea, tipică celor care au o bună stimă de sine și care tind să nu se lase trași în jos de evenimente, lăsându-se copleșiți de mecanisme de auto sabotaj.

Un alt aspect foarte important în ceea ce privește persoanele cu o bună conștiință de sine este faptul că, în momentele grele, acestea știu cum să se „reîncarce”, să-și recapete energia și să facă față mai bine momentelor dificile. Pentru aceasta este suficientă o plimbare, o meditație, o baie caldă, orice act de iubire care poate aduce confort, calm, pace interioară și introspecție.

## **2 - Ascultați emoțiile**

Cei care au o atitudine rezistentă bună nu își reprimă emoțiile, ci își creează un spațiu pentru a le primi, a le asculta și apoi, în cele din urmă, a le gestiona. Fiecare emoție are propriul scop și propria funcție, mai ales cele negative, ele nu trebuie reprimăte, cu atât mai puțin judecate. Ele trebuie acceptate și ascultate pentru că ne spun ceva mai mult despre noi înșine, despre o nevoie care lipsește în acel moment.

Mai mult, dacă lăsăm spațiu emoțiilor noastre, gândurile sunt automat lăsate deoparte și tocmai acestea sunt, de cele mai multe ori, cele care ne provoacă suferință suplimentară și care nu ne permit nici să acceptăm situația, nici să renunțăm la durere atunci când este necesar.

Ascultarea propriilor emoții ne permite să ne conectăm imediat cu prezentul, fără a ne gândi la regretele din trecut sau la grijile din viitor, ne ajută să acceptăm situația așa cum este - ceea ce nu înseamnă să renunțăm și să nu avem nicio speranță, ci să fim conștienți de faptul că acel moment nu ne va defini și determina întreaga viață. În momentul în care acceptăm prezentul, cu toată durerea care îl

Însoțește, ne folosim în mod inevitabil de resursele noastre, mutând accentul pe ceea ce se află sub controlul nostru.

Iată un exercițiu prin care vă puteți asculta emoțiile. Luați loc, faceți-vă confortabil, aprindeți o lumânare și un bețișor parfumat. Stați acolo și observați flacăra, simțiți mirosul... și ascultați-vă. Lăsați tot ceea ce trebuie să iasă la suprafață, ca și cum ar fi un râu care curge. Poate că aveți nevoie doar de 10 minute, de o jumătate de oră sau de o oră. Important este să rămâneți până când simțiți că v-ați ridicat acea greutate sufletească, care vă apasă.



### **3 - Fiți perseverent**

O altă atitudine fundamentală pentru dezvoltarea rezilienței este perseverența, adică mersul înainte în ciuda dificultăților. Dar acest lucru este posibil numai dacă ne-am stabilit un obiectiv care este cu adevărat important pentru noi. Poate că ați auzit deja de multe ori exemplul lui Thomas Edison, care a trebuit să treacă prin mai mult de 1.000 de încercări eșuate înainte de a realiza becul cu incandescență. Cazul său a intrat în istorie, alături de cel al multor alte persoane care au devenit importante și influente în lumea de astăzi.

Pentru a persevera în ceea ce este important pentru noi, dincolo de obstacole și eșecuri, este deci necesar să fim capabili nu numai să ne revenim rapid după

fiecare recidivă, ci și să ne folosim de acel „foc interior” care ne face să continuăm în ciuda tuturor lucrurilor.

Dacă simțiți că nu sunteți o persoană foarte perseverentă, v-aș sfătui să vă antrenați, aplicând-o în mici obiceiuri zilnice din viața dumneavoastră. Acest lucru poate însemna, de exemplu, să setați ceasul deșteptător un pic mai devreme dimineața și să vă dedicați unui lucru care vă place, provocându-vă să faceți asta în fiecare zi, sau orice altceva... alegerea dumneavoastră! Important este să faceți ceva în fiecare zi. Sau puteți decide să începeți un curs sau un proiect de orice fel și să îl finalizați.

Pe scurt: definiți un obiectiv care vă poate ajuta să îmbunătățiți orice domeniu din viața voastră, împărțiți-l în mai multe acțiuni pentru a-l transforma într-un proiect sau obicei și duceți-l la îndeplinire! Dacă începeți, din când în când, să vă implicați cu această atitudine, mai ales în lucrurile mărunte, veți ajunge, fără îndoială, să vă sporiți latura de perseverență și să dezvoltați mai multă reziliență atunci când apar momente dificile.

#### **4 – Construiți o mentalitate pozitivă**

A fi pozitiv nu înseamnă a ignora aspectele critice ale unei situații sau a fi mereu amabil și bine dispus, dar înseamnă a ne concentra pe ceea ce putem controla. De exemplu, o persoană care renunță ușor atunci când se confruntă cu o dificultate are tendința de a-și pune mereu acest tip de întrebări: "De ce mi se întâmplă mie asta? Voi putea ieși din această situație?".

Pe de altă parte, o persoană care a dezvoltat o bună capacitate de reziliență, gândește: "Ce pot face pentru a îmbunătăți această situație?". În ce fel această situație mă poate învăța ceva, să mă ajute să fiu mai puternic?". Tot ce este nevoie pentru a schimba mentalitatea cuiva este să își pună întrebările potrivite. Întrebările persoanei reziliente mută accentul pe ceea ce se află sub controlul său, adică pe abilitățile sale, pe simțul său de responsabilitate, pe modul său de a reacționa în situații de risc sau de urgență. Acest lucru îi permite, în cele din urmă, să se concentreze asupra soluției și nu asupra problemei.

Pe de altă parte, întrebările celor care nu și-au dezvoltat încă o bună capacitate de reziliență tind să ducă la plângeri și la victimizare. Dialogul interior în această privință este foarte important, chiar și reinterpretarea unui eșec, dându-i o semnificație care să-i dea putere, face o diferență uriașă. În momentul în care

încetăm să mai dăm vina pe ceva extern și ne concentrăm numai pe ceea ce putem învăța bun, începem să declanșăm un cerc virtuos care ne permite să ieșim din statutul de victimă, deblocând astfel orice situație.

### **5 - Înconjurați-vă de oameni care vă inspiră și căutați puncte de referință**

"Suntem media celor cinci persoane cu care stăm cel mai mult în preajma noastră" (Jim Rohn). Dacă ne aflăm într-un mediu care nu ne stimulează să dăm tot ce avem mai bun, dacă umblăm cu oameni care ne deprimă, care nu ne stimulează să dezvoltăm reziliența în momentele dificile, atunci este timpul să schimbăm compania. Pentru că alegerea oamenilor cu care ne împărtășim călătoria este și responsabilitatea noastră. Este suficient să avem măcar o singură persoană, cea cu care putem vorbi despre orice, în care putem avea încredere, cu care ne putem deschide și împărtăși chiar și în momentele dificile, simțindu-ne înțeleși, respectați și stimulați. Găsirea acestui tip de sprijin este un ingredient cheie care ne poate hrăni capacitatea de a ne dezvolta reziliența.

De asemenea, persoanele reziliente nu numai că sunt înconjurate de persoane cu o „mentalitate rezilientă”, dar își aleg cu mare grijă și atenție și modelele pe care le admiră. Este important să avem ca punct de referință oameni care dau un exemplu și de la care ne putem inspira pentru a cultiva reziliența în momentele de blocaj.

### **6 - Simțiți recunoștință**

Recunoștința este o resursă foarte importantă pentru dezvoltarea unei mai mari reziliențe, deoarece ne ajută să ne dăm seama că există întotdeauna ceva bun pentru care să fim recunoscători. Iar acest lucru îi permite unei persoane, în cele din urmă, să simtă mai puțină greutate, mai puțină durere, atunci când trece printr-o situație dificilă. Dacă ne înconjurăm de oamenii potriviți, așa cum am afirmat mai sus, faptul că avem pe cineva care să ne ajute și să ne susțină în situații dificile este deja un motiv imens pentru a fi recunoscători. Recunoștința ne permite, de asemenea, să nu ne lăsăm copleșiți prea mult de emoțiile negative.

Dacă simțiți că vă este greu în acest moment să simțiți recunoștință chiar și pentru lucruri mărunte, nu vă faceți griji. Să știți că nu este o chestiune de rutină, ci este o resursă care se cultivă în timp și nu apare peste noapte. Tocmai de aceea, există mici strategii, precum jurnalul recunoștinței, care vă pot ajuta în acest proces.

De ce este atât de important să aveți un jurnal de recunoștință? Pentru că, chiar dacă la început ne luptăm să scriem, chiar și simpla intenție de a căuta ceva pentru care să spunem „mulțumesc” trezește acea resursă din noi. De fapt, faptul de a ne aminti să căutăm ceva frumos declanșează deja o schimbare de perspectivă în noi.

## 7 – Dezvoltarea capacității de a vă reinventa

Viața se schimbă tot timpul. Oamenii cresc și se transformă. Valorile, prioritățile, emoțiile, gândurile se schimbă, corpul nostru se schimbă aproape imperceptibil. Cu atât mai mult putem experimenta acest fenomen la locul de muncă, unde, prin digitalizare, noutatea și schimbarea sunt aproape la ordinea zilei. Amintiți-vă întotdeauna că fiecare moment de schimbare, oricât de destabilizator ar fi, îl putem trăi în două feluri, ca pe o criză sau ca pe o oportunitate. A avea capacitatea de a se reinventa și de a profita de oportunitatea pe care o oferă schimbarea este o caracteristică fundamentală a persoanelor reziliente. Avem întotdeauna posibilitatea de a ne redescoperi în ceva cu totul nou și diferit. Putem face acest lucru cultivându-ne, de exemplu, creativitatea - ceea ce nu înseamnă să devenim artiști, ci să ne cultivăm gândirea laterală, adică să privim situațiile dintr-un alt punct de vedere. Creativitatea, ca orice altceva, se antrenează: de ce nu încercați să faceți ceva ce nu ați mai făcut până acum? Întotdeauna există ceva ce putem învăța și care ne poate ajuta să ne cunoaștem mai bine, poate să scoatem la iveală talente pe care nici măcar nu credeam că le avem.

Totuși, dacă nu acționăm, nu o putem descoperi. Dacă simțiți că sunteți lipsit de creativitate, vă sfătuiesc să luați un pix și o hârtie și să notați toate lucrurile nebunești pe care ați vrea să le faceți și pe care nu le-ați făcut niciodată pentru că nu v-ați crezut capabil.

Un alt mod extrem de simplu, dar eficient de a ne antrena creativitatea în rezolvarea problemelor este să practicăm „brain storming”. Încercați să vă luați cinci minute în fiecare zi, timp de o săptămână, pentru a găsi soluții la o problemă. Vă sugerez să alegeți ceva foarte banal, cum ar fi „Cum să ajungi la Oradea din București”. Cum ai putea ajunge la Oradea? Cu trenul, cu avionul, cu mașina... și apoi cu ce? Scrieți toate gândurile cele mai absurde care vă vin în cap, nu contează dacă nu au sens! Funcția acestui exercițiu este de a vă dezvolta abilitățile de rezolvare a problemelor și de gândire laterală, precum și de a vă antrena creativitatea.

## **8 - Recreați o rutină**

A fi capabil să vă organizați chiar și într-o perioadă de confuzie este foarte important pentru dezvoltarea rezilienței. Persoanele care reușesc cât mai repede să își recreeze o rutină care să le ofere siguranță gestionează mai bine haosul, își reduc nivelul de stres perceput, previn acțiunile impulsive și alegerile necugetate.

## **Capitolul 4**

### **Psihologia situațiilor de urgență și intervenții**

#### **4.1. Psihologie de urgență**

Primele studii despre psihologia de urgență datează din anii 1783, dar cele mai amănunțite observații au fost făcute după Primul Război Mondial. Psihologia



situațiilor de urgență există oficial în Italia, Cipru și în alte țări, în România fiind absentă.

Psihologia de urgență își propune studierea, prevenirea și tratarea proceselor psihologice, a emoțiilor și comportamentelor înainte, în timpul și după un eveniment traumatic. În special, înainte ca acesta să se producă, intervenția are ca scop pregătirea profesioniștilor, care lucrează în situații de urgență, pentru a face față evenimentelor care se așteaptă să se întâmple; în timpul apariției lor, intervenția constă într-un prim ajutor psihic, care are ca scop sprijinirea persoanei implicate; după ce evenimentul traumatic a avut loc, activitatea are ca scop reducerea sau depășirea prejudiciilor psihologice ale salvatorilor de victime, dar și a victimelor, prin intervenții de reabilitare a cadrului psihologic al acestora.

Urgența psihologică reprezintă un moment de perturbare a stării psihologice și emoționale ale unei persoane ca urmare a unui sau mai multor evenimente, circumstanțe de declanșare, de natură să necesite mobilizarea unor mijloace, resurse și strategii de adaptare psihologică noi, neobișnuite. Obiectul de studiu și de intervenție în această disciplină este atât individul, care urmărește refacerea structurii cognitive și emoționale și protejarea de acțiunea destabilizatoare a traumei, pentru individ, precum și comunitatea în ansamblul ei, pentru a preveni sau depăși aceste fenomene psihice care apar în marile grupuri umane.

Prin urmare, nivelul de intervenție este articulat în domeniul:

1. urgențelor individuale
2. urgențelor colective

#### **4.1.1. Salvatorii ca beneficiari a intervențiilor de suport psihologic în situații de urgență**

Beneficiarii sprijinului psihologic în situații de urgență nu sunt doar persoanele care au trăit în mod direct și concret evenimentul traumatic, dar și cei care au suferit amenințarea într-un mod diferit, prin implicarea în salvarea victimelor, așa cum sunt **profesioniștii care lucrează în medicina de urgență**. În plus, cei care lucrează în situații de urgență, cum ar fi salvatorii, care ajung primii la locul evenimentului, dezvoltând în același timp niveluri deosebit de ridicate de toleranță la stresori, prezintă un risc ridicat din punct de vedere psihotraumatic și psihologic, pentru că se confruntă cu o traumatizare indirectă.



Studiul și tratamentul traumei psihice este de o importanță deosebită în psihologia situațiilor de urgență, în tratamentul traumei psihice, înțelegem ca o stare rezultată în urma unui sau mai multor evenimente traumatice, interne sau externe. Evenimentele critice colective implică multiple situații de victimizare cărora le corespund tot atâtea tipuri de victime.

Dintre acestea, literatura de specialitate raportează

*Victimele de prim nivel*, în care pot fi încadrate persoanele care au suferit în mod direct evenimentul critic;

*Victimele de nivelul al doilea*, care include rudele victimelor de nivelul întâi;

*Victimele de nivelul trei*, în care se regăsesc salvatorii, profesioniștii și voluntarii, chemați să intervină la fața locului, la scena evenimentului traumatic, care, la rândul lor, suferă daune psihice ca urmare a evenimentului, prin natura traumatizantă a situațiilor cu care trebuie să se confrunte.

Este important să subliniem că obiectivul intervenției în psihologia de urgență nu este de a schimba situația, ci de a restabili nivelul de funcționare în cel mai scurt timp posibil, prevenirea înrăutățirii pe termen mediu și lung a problemelor psihologice care decurg din evenimentul dezastruos și integrarea sistemului instituțional de asistență psihosocială cu furnizarea unui serviciu de urgență capabil să opereze la fața locului în primele faze ale situației de urgență.

Unele diferențe între practica terapeutică tradițională și intervenția în situații de criză sunt, de exemplu, cadrul, care în psihologia de urgență este instabil și nestructurat, accentul se pune pe evaluarea problemei actuale și a resurselor

disponibile, adaptarea strategiilor de răspuns, dezvoltarea de noi strategii de adaptare/răspuns.

În ceea ce privește tehnicile operaționale în psihologia de urgență, cele mai răspândite abordări psihoterapeutice sunt:

**Restructurarea cognitivă:** aceasta constă, în esență, într-o modificare a gândurilor disfuncționale, cunoscute sub numele de gânduri automate, pentru că sunt aproape complet inconștiente pentru subiect, ceea ce generează emoții negative care, la rândul lor, influențează negativ comportamentul.

**Desensibilizarea amintirilor traumatice:** este o procedură terapeutică care are ca scop normalizarea și eliminarea reacțiilor de frică și a comportamentului de evitare. Se caracterizează prin două componente:

1. Un răspuns antagonist la anxietate, cum ar fi o tehnică de relaxare;
2. Expunerea treptată a subiectului la stimulii care provoacă răspunsuri anxioase prin tehnici in vivo (în cabinet) sau in vitro (în imaginație)

**Rezolvarea problemelor:** este o tehnică de rezolvare a unei probleme într-un mod constructiv și rațional. Un algoritm al procesului de rezolvare a problemelor poate fi rezumat după cum urmează:

- percepția problemei,
- acceptarea problemei,
- descrierea problemei,
- generarea de alternative,
- identificarea consecințelor asociate cu fiecare alternativă,
- evaluarea consecințelor,
- decizia,
- procesul decizional,
- punerea în aplicare a deciziilor.

În ultimii ani, au fost formalizate și proceduri specifice de intervenție psihologică destinate prevenției primare și confruntării cu situațiile de urgență, cum ar fi susținere, debusing și debriefing;

Există o conștientizare din ce în ce mai mare a faptului că acordarea de atenție la aspectele educaționale și dimensiunile psihologice în astfel de contexte nu este o opțiune secundară, ci o prioritate.



#### **4.2. Importanța formării teoretice/practice în domeniul situațiilor de urgență**

Salvatorii pot învăța o serie de intervenții care vizează să-i pregătească pentru impactul, în special cu evenimente cu încărcătură mare emoțională. Astfel de inițiative se referă la pregătire teoretică și valorificarea la maximum a resurselor și strategiilor pe care le stăpânesc deja. Profitând de o pregătire teoretică și practică, poate ajuta salvatorul să conștientizeze faptul, că în timpul activității sale poate avea de-a face cu emoții foarte puternice.

##### **Formarea teoretică poate fi implementată prin:**

- analiza elementelor de stres care pot apărea în situații de urgență pe termen scurt sau lung;
- analiza posibilelor reacții personale și colective;
- cunoașterea tehnicilor și strategiilor psihologice și fizice pentru a se ajuta pe ei înșiși și pentru a face față experiențelor stresante;
- analiza strategiilor neproductive, cum ar fi consumul excesiv de tutun, alcool sau alte droguri;
- recunoașterea semnelor de stres și căutarea celor mai bune strategii pentru a minimiza impactul;
- formare în definirea și exprimarea sentimentelor și împărtășirea acestora cu colegii. Aceasta poate ajuta salvatorul să fie mai sensibil la propriile niveluri de tensiune și mai dispus să caute și să ajute colegii;

- menținerea relațiilor interpersonale între salvatori, deoarece ajută la întărirea individului împotriva experiențelor stresante și îmbunătățește funcția grupului de sprijinire a individului.

**Formarea practică** poate fi implementată prin intermediul unor exerciții și simulări, care pot testa atât abilitățile tehnice ale salvatorilor, cât și experiențele emoționale care sunt dezvoltate în aceste circumstanțe. Rolul exercițiilor și simulărilor este adesea subestimată în aspectele sale psihologice. În realitate, fiecare exercițiu are capacitatea de a evoca experiențe și emoții legate de situațiile reale pe care le reprezintă. De fapt, tocmai recipientul liniștitor reprezentat de exercițiu sau de simulare este cel care le permite să se raporteze la emoțiile și temerile lor cu mai puțină teamă și, prin urmare, să poată să se exprime mai liber decât ar face-o după o situație reală. În afara exercițiilor, există și alte strategii care pot fi utile în acest scop. Jocul de rol este util în situații care pot apărea pe teren, pentru a scoate în evidență comportamente și atitudini care ar putea rămâne implicite, având doar o bază teoretică. Participanții, asumându-și roluri diferite în contexte diferite, caracterizate de cele mai frecvente situații de pe teren și emoții într-un scenariu care evoluează de la un joc de rol la o reprezentare a realității.

De exemplu, la Roma Termini în Italia, în 2004 a fost simulat un atac terorist cu gaz neurotoxic. Acest exercițiu a avut ca scop verificarea momentului și a modalităților de intervenție, precum și a nivelului de pregătire a pompierilor din punct de vedere al rezilienței.

Voi descrie mai jos într-o formă mai detaliată, tehnicile de intervenție în primele momente după ce salvatorul a finalizat situația de urgență. Aceste tehnici au mai fost semnalate în capitolele anterioare, dar într-un mod mult mai sumar.

### **4.3. Tehnici de sprijin pentru profesioniștii din domeniul situațiilor de urgență**

#### **a) Susținere**

Susținătorii sunt formați din personal care, după un curs de formare specifică pot oferi sprijin psihologic pentru colegi. Funcția lor este importantă din două motive principale:

1. *apartenența la aceeași organizație*, care duce la stabilirea unui climat de acceptare și împărtășire a emoțiilor și experiențelor colegilor. Această condiție limitează posibila neîncredere și reticență în a se adresa unui profesionist în domeniul sănătății mintale cu privire la suferința sa. Adesea, cauza acestor rezistențe este frica de a nu fi judecat ca nefiind capabil să facă față dificultăților sau că ar trebui să urmeze o terapie îndelungată, care i-ar putea afecta cariera.

2. *Colegii pot acționa mai ușor ca o punte de legătură* între colegii de suferință și profesioniștii din domeniul sănătății mintale. Pentru că sunt în contact zilnic cu colegii, sunt capabili să detecteze situațiile potențial problematice înainte ca acestea să devină prea greu de gestionat. Astfel acești susținători au la dispoziție trei instrumente importante pentru a funcționa corect:

- ascultare
- evaluare
- sprijin

Prin **ascultare**, aceștia le oferă colegilor posibilitatea de a-și exprima dificultățile, frustrări, temeri și emoții legate de un anumit eveniment sau de o situație profesională; susținătorul nu funcționează pe baza unor criterii de diagnosticare, ci creează un mediu de ascultare empatică, în cadrul căruia colegii pot experimenta o situație de respect reciproc, de responsabilitate comună pentru experiențele individuale și un acord reciproc în identificarea aspectelor nevoii de a cere ajutor din exterior, fără ca acest lucru să fie resimțit în mod negativ. Acest lucru se poate face într-un cadru informal, dar poate fi făcut și în fața aparatului de cafea sau în timpul unei pauze de lucru. Prin intermediul ascultării, colegii pot **evalua** dacă amploarea problemei exprimate de coleg este de așa natură încât necesită o intervenție profesională. Susținătorii pot fi recrutați pe bază de voluntariat, prin simpla solicitare a disponibilității lor. Sarcina de a selecta persoanele care vor îndeplini acest rol ar trebui să fie încredințată unei echipe de psihologi capabili să evalueze caracteristicile candidaților, în special în ceea ce privește comunicarea lor și abilitățile de ascultare, construirea unei relații empatică, rezolvarea problemelor, etc.

**b) Deusing** este de obicei oferită echipei în primele ore după intervenție, cu scopul de a-și exprima și împărtăși emoțiile trăite. Această activitate va ajuta

profesionistul să înțeleagă ce a trăit și să revină la viața de zi cu zi. Debusingul se împarte în trei faze distincte:

- **Inițiere:** în această fază li se explică salvatorilor obiectivul și metodele de lucru, specificându-se că nu este vorba de psihoterapie, că tot ceea ce se va întâmpla trebuie să rămână confidențial;
- **Explorare:** în această fază, participanții sunt rugați să discute despre experiența lor, să povestească liber ce s-a întâmplat și ce au simțit. Scopul acestei etape este de a povesti faptele și experiențele, împărtășindu-le cu grupul și conștientizând că profesionistul nu este singurul care a trăit aceste momente de anxietate, durere sau confuzie în timpul intervenției;
- **Informare:** formatorul oferă informații de bază despre reacțiile post-traumatice pe care le poate experimenta cineva după o intervenție, dar și în zilele următoare. Această fază are ca scop să ajute la depășirea oricărui tip de traumă a ceea ce s-a trăit, având în vedere că unele aspecte emoționale, chiar dacă sunt reduse la tăcere sau neglijate de către salvatori, trebuie să primească un răspuns eficient. În acest stadiu, pot fi sugerate tehnici de depășire a stresului, cum ar fi: odihnă, exerciții fizice, evitarea alcoolului și a tranchilizantelor sau contactarea unor specialiști dacă cineva simte nevoia.

**c) Debriefing-ul** este una dintre principalele tehnici utilizate în cadrul unei intervenții psihologice după un eveniment critic, deoarece abordează într-un mod structurat și protejat ceea ce s-a întâmplat și ce a însemnat acest lucru în mod subiectiv pentru fiecare dintre participanți. În aceste cazuri, nu avem de-a face cu un eveniment obișnuit, ci cu un eveniment traumatizant, trăit într-o situație de urgență, la locul evenimentului, astfel încât debriefingul devine util pentru că:

- crește coeziunea internă și încrederea grupului.
- favorizează integrarea în cadrul grupului a experienței într-o situație de urgență, pentru a-i ajuta pe membrii grupului să recâștige o calitate acceptabilă a vieții într-o perioadă scurtă de timp.
- încurajează procesul de identificare a strategiilor de adaptare pentru a face față emoțiilor.

Debriefing-ul ar trebui să fie gestionat, spre deosebire de debusing, de un specialist cu experiență specifică în gestionarea grupurilor, pentru că o ședință de

bilanț poate provoca emoții puternice, care pot provoca suferințe mult mai grave, dacă nu este prezent un psiholog. De asemenea, debriefingul ar trebui să fie organizat între 24 și 72 de ore după încheierea intervenției și este împărțit în mai multe etape:

- **Inițiere:** o fază importantă pentru stabilirea condițiilor necesare de încredere în ceea ce urmează a fi făcut. În această fază, debrieferul, după o scurtă introducere explică celor din jur obiectivele și funcționarea întâlnirii și fazele acesteia. Nu există nicio obligație de a lua cuvântul, doar cei care doresc să facă acest lucru o pot face, lăsând timp pentru oricare dintre salvatori să își exprime gândurile, atunci când doresc. Din acest motiv este esențială ascultarea fără judecare.
- **Faptele:** conducătorul invită participanții să prezinte evenimentul, pentru a-l reconstitui cât mai obiectiv posibil.
- **Gândurile:** concentrarea asupra gândurilor pe care le-au avut salvatorii în timpul evenimentului.
- **Emoțiile:** este faza cea mai delicată și necesită din partea formatorului capacitatea de a menține controlul asupra reacțiilor psihologice ale participanților. În această fază, participanții prezintă, împărtășesc și analizează neliniștile, durerile, speranțele trăite în timpul evenimentului;
- **Simptome:** este esențial să se analizeze și să se discute principalele simptome prezentate și experimentate de membrii grupului și legate de eveniment. Pentru participanți, descoperirea faptului că și colegii au aceleași simptome îi eliberează de acel sentiment de unicitate și slăbiciune care i-ar putea face să creadă că au de-a face cu ceva patologic.
- **Predare:** specialistul, făcând legătura cu ceea ce a reieșit în etapele anterioare, ilustrează caracteristicile evenimentelor traumatice, a reacțiilor individuale probabile și oferă principalele indicații și sfaturi pentru gestionarea acestora și pentru strategiile de coping și a rezilienței demonstrate;
- **Ritualul:** se poate introduce un scurt ritual, care să unească simbolic membrii grupului și care semnaleză încheierea activității
- **Concluzie:** sunt clarificate ultimele întrebări ale participanților și li se dă posibilitatea de a discuta între ei atât ceea ce s-a întâmplat în timpul debriefing-ului, precum și emoțiile și experiențele lor.





#### d) EMDR

Este acronimul pentru Eye Movement Desensitization and Reprocessing - (desensibilizare și reelaborare prin mișcări oculare), o abordare terapeutică concepută de psihologul american Francine Shapiro în 1989, care facilitează tratarea diverselor psihopatologii și probleme legate atât de evenimente traumatiche, cât și de experiențe mai comune, dar emoționale foarte stresante. Astăzi este considerat un tratament bazat pe dovezi pentru tulburarea de stres post-traumatic recunoscută și de Organizația Mondială a Sănătății. Terapia EMDR are o bază teoretică modelul Adaptive Information Processing (AIP) care se adresează amintirilor neprelucrate, care pot da naștere la multe disfuncționalități. Studiile neurofiziologice au documentat efectele rapide ale EMDR post-tratament. Tehnica

EMDR se concentrează tocmai pe amintirile traumei sau ale evenimentului stresant și, prin utilizarea stimulării oculare sau alte forme de stimulare alternantă dreapta/stanga, operează o intervenție de desensibilizare a acestor amintiri. Aceasta permite o prelucrare a amintirilor „traumatice”, permițând o restaurare adaptivă a informațiilor stocate în manieră disfuncțională. O altă posibilă utilizare a EMDR în domeniul psiho-traumatismului este altoirea resurselor, înțeleasă ca reamintirea unor momente, episoade, sentimente, amintiri pozitive.

**e) Mindfulness** - a fost dezvoltată de Steve Hayes și colaboratorii săi în 1986. Scopul acestei metode nu este reducerea simptomelor, ci modificarea profundă a relației pe care o avem cu gândurile noastre disfuncționale și cu emoțiile noastre negative. Doar urmărind asta obiectiv, simptomatologia va suferi o remisie. Conform teoriei care susține această abordare, este necesară țintirea intervenției, în caz de traumatism, asupra rolului jucat de comportamentele de evitare, principalul simptom al tulburării. Cu cât o persoană se chinuie mai mult să caute să respingă orice emoție negativă, încercând să o evite, aceasta va crește mai mult, amplificând astfel suferința. Pe această bază, unii autori (Segal, Williams și Teasdale, 2002; Linehan 1993; Hayes et al., 1999) susțin că terapia tulburării de stres post traumatic trebuie să aibă ca scop, pe de o parte, reducerea comportamentelor de evitare, pe de altă parte o creștere a disponibilității care tolerează și acceptă stările interne caracteristice indivizilor cu o asemenea tulburare.

- Pașii indicați succesiv care implică o pregătire specifică sunt rezumați astfel:
- Concentrați-vă pe ceea ce este în controlul dvs.
- Recunoașteți-vă gândurile și sentimentele
- Angajați-vă în ceea ce faceți
- Identificați-vă resursele

Un alt aspect important în psihologia de urgență este reprezentat de consiliere, pe care o voi descrie în rândurile care urmează.

#### **4.4. Consiliere de urgență. Ce este consilierea?**

Consilierea nu constă în a-i spune celeilalte persoane „ce să facă”, ci în a o face să înțeleagă situația sa și în a o ajuta să o gestioneze cât mai independent posibil.

Consilierea poate fi definită ca o intervenție cu următoarele obiective:

- Să corecteze dezechilibrul temporar
- Să îmbunătățească resursele salvatorului, astfel încât acesta să poată face față și să gestioneze viitoarele situații de criză.

Consilierea este așadar, un set de tehnici, abilități, atitudini pentru a ajuta oamenii să-și gestioneze problemele folosind resursele personale. Este un proces care abordează cu o metodă holistică probleme individuale, sociale și culturale și care învață persoana care are nevoie, metode, strategii, tehnici, obiective.

Consilierea în situații de urgență se adresează persoanelor afectate de un dezastru, de o traumă, dar și pentru salvatori, adică pentru cei care sunt primii respondenți, care, împreună cu supraviețuitorii, trăiesc sentimente de neputință, neajutorare, pierdere și traumă, pentru ceea ce s-a întâmplat. Pentru a face față unei situații de „dezastru”, fiecare dezvoltă una sau mai multe strategii care nu evită suferința, dar îi limitează efectele. Aceeași situație produce reacții diferite, în funcție de semnificația evenimentului pentru o anumită persoană și capacitatea acesteia de a face față evenimentului traumatizant.

Obiectivul principal al consilierii de urgență este cel de a reduce probabilitatea apariției tulburărilor psihice pe termen lung, cum ar fi PTSD (tulburarea de stres posttraumatic). Prin tehnici și interviuri structurate, persoana este condusă să organizeze realitatea trăită, să o normalizeze, atribuindu-i evenimentului o semnificație și un sens care îi pot permite subiectului să îl plaseze ca pe un eveniment trecut.

### **Procesul de consiliere și fazele sale**

Un proces de consiliere constă în trei momente:

**1. Înțelegerea problemei** - Prima fază constituie momentul acceptării și reprezintă construirea unei alianțe și definirea contactului dintre formator și salvatori. În această primă fază, obiectivul salvatorului este de a înțelege exact care este problema. Aceasta este faza de clarificare, de trecere la înțelegerea emoțiilor și

comportamentelor trăite de salvator. Sarcina consilierului este să-l ajute pe salvator cât mai mult posibil să își exprime problema, pentru a-i facilita discuția despre aceasta, pentru a-i permite să aprofundeze multitudinea de date și emoții prezentate.

**2. Explorarea problemei** - Cea de-a doua fază permite redefinirea și clarificarea problemei, adică încurajează explorarea și focalizarea problemei. Sarcina consilierului este de a-l încuraja și stimula pe salvator, pentru ca acesta să poată determina și identifica problema reală și adevărată. Acesta este momentul conștientizării problemei.

**3. Gestionarea problemei** - Cea de-a treia fază are ca scop activarea resurselor interne și externe ale salvatorului. Este, așadar, momentul managementului

problemei de către salvator. În această fază, obiectivul este de a pune salvatorul în poziția de a prelua problema și de a-l ajuta să identifice obiectivele și strategiile pentru a o rezolva. Acesta este momentul de identificare a opțiunilor, a evaluării și alegerii resurselor care urmează a fi utilizate, precum și verificarea relevanței atât a obiectivelor preconizate, cât și a rezultatelor obținute. Consilierul este o persoană instruită să utilizeze tehnici care să faciliteze rezolvarea sau să îmbunătățească situația stării de disconfort. Toate acestea fără a restructura personalitatea salvatorului, ci prin utilizarea resurselor sale. În domeniul urgențelor, pentru a se crea o relație bună cu consilierul sunt necesare câteva elemente de bază, cum ar fi *centralitatea persoanei, acceptarea necondiționată, ascultarea activă, empatie, congruență și transparență*.

Consilierul trebuie să servească drept sprijin pentru echipa de urgență, nu trebuie să impună ajutorul său nimănui, trebuie să trateze operatorii de urgență ca pe niște experți calificați și să le ofere cel mai bun sprijin posibil. Scopul consilierului este de a-i ajuta pe operatori să gestioneze stresul provocat de contactul continuu cu moartea, suferința iar acest lucru poate fi realizat prin organizarea de grupuri de ajutor și sprijin în care consilierul este o parte activă, în sensul că își împărtășește experiența sa cu grupul ca un egal și îi ajută pe salvatori pentru a gestiona eventualele eșecuri care în situații de dezastru pot fi foarte frecvente și pot depinde de factori care nu pot fi controlați de personalul de urgență.

Un birou de consiliere ar trebui să fie prezent în fiecare unitate sanitară, disponibil pentru cei care au nevoie.

#### **4.5. Strategii comportamentale și stil de coping pentru întărirea rezilienței**

Comportamentele umane reprezintă variabile extrem de complexe, cu atât mai puțin neglijabile într-un context în care emoțiile capătă o relevanță incontestabilă. Dar este mai necesar ca oricând sublinierea legăturilor strânse dintre aspectele psihologice ale experienței individuale (gânduri, emoții, comportamente) și experiența socială mai largă (relații, tradiții, cultură). Intervențiile care se concentrează doar pe concepte de sănătate mintală precum cel de traumă psihologică, de fapt, riscă să ignore aspecte ale contextului social considerate vitale pentru bunăstarea individuală, cum ar fi familia și comunitatea care definesc sfera de apartenență. Acțiunile utile apar și din relații care se maturizează în contextul unei situații de urgență între salvatori și persoanele salvate. Prin urmare, este la latitudinea salvatorilor să promoveze relații bune încă de la început printr-o comunicare clară și transparentă care predispune la încredere și colaborare. Comunicarea este considerată unul dintre elementele esențiale pentru succesul intervenției de salvare și trebuie gestionată de profesioniști cu experiență care știu să o decline în diferite niveluri de interacțiune

##### **Stiluri de coping**

Așa cum am menționat în capitolele anterioare, stresul este considerat un răspuns normal la stimuli sau evenimente zilnice care generează tulburări sau dezechilibre fizice și psihologice. Declanșează mai multe reacții speciale. Cu toate acestea, confrunțați cu același eveniment potențial stresant, oamenii pot avea reacții foarte diferite sau foarte asemănătoare: totul depinde de percepția și importanța acordată acestui eveniment, care este evaluat în două faze:

**Faza 1**, în care se analizează dacă evenimentul este pozitiv sau nu și se evaluează consecințele prezente și/sau viitoare ale acestuia.

**Faza 2**, în care se evaluează capacitatea organismului de a face față evenimentului. În acest sens, copingul se referă la eforturile cognitive și comportamentale care sunt dezvoltate pentru a gestiona cereri specifice externe și/sau interne care sunt evaluate ca surplus sau depășire de resurse ale individului. Așadar, copingul este un proces cognitiv și comportamental complet care va depinde de un serie de factori interni și externi, care intervin ca resurse sau impedimente și declanșează un răspuns final.

**În cazul factorilor interni individuali**, putem aminti:

- puterea
- motivația
- starea de sănătate
- tip de personalitate
- capacitatea de a rezolva probleme pe baza experienței anterioare
- convingeri despre puterea și controlul pe care trebuie să le exercite asupra

mediului și asupra propriei persoane.

**Pe de altă parte, factorii externi** care interferează sunt de obicei:

- elemente tangibile sau perceptibile ale mediului
- resurse materiale
- suport social care la rândul său poate acționa ca un tampon sau poate

influența direct strategia de coping care trebuie utilizată.

Când vine vorba de a face față stresului, ne putem referi atât la stiluri de coping, cât și la strategii. Stilurile de coping se referă la predispozițiile personale de a face față situațiilor și depind de preferințele individuale în utilizarea unuia sau altui tip de strategii de coping, precum și de stabilitatea lor temporală și situațională. Ele se caracterizează prin a fi răspunsuri de lungă durată asociate modelului de personalitate al indivizilor și care se dezvoltă în funcție de cultura și influența mediului social. La rândul lor, strategiile de coping sunt procesele specifice utilizate în fiecare context și pot fi extrem de modificabile în funcție de condițiile de declanșare. Utilizarea atât a stilurilor, cât și a strategiilor de coping este determinată de natura stresorului și de circumstanțele în care acesta apare, precum și de influența mediului sau a culturii. Cu intenția de a organiza unele concepte, teoriile contemporane conceptualizează procesele de coping prin evaluarea adaptării oamenilor la situații stresante în contextul lor zilnic. O altă modalitate de înțelegere a proceselor de coping este propusă de Moos (1993), care combină două perspective în evaluarea coping-ului. Autorul împarte atenția în abordare și evitare. Abordarea se concentrează asupra problemei și reflectă eforturile de a gestiona sau rezolva factorii de stres din viață. În schimb, tipul de evitare a copingului tinde să se concentreze pe emoție: reflectă încercările persoanei de a evita să se gândească la un factor de stres și implicațiile acestuia sau de a gestiona afecțiunea asociată cu acesta. Potrivit aceluiași autor, metoda de coping se împarte în încercări cognitive

și/sau comportamentale de a gestiona stresul și, împreună cu orientarea către coping, constă în următoarele strategii:

- Analiză logică: încercări cognitive de a înțelege și de a se pregăti mental pentru a face față unui factor de stres și consecințele acestuia.
- Reevaluare pozitivă: încercări cognitive de a construi și restructura o problemă în sens pozitiv prin acceptarea realității unei situații.
- Căutarea îndrumării și sprijinului: Încercările comportamentale de a căuta informații, sprijin și îndrumare
- Rezolvarea problemelor: încercarea comportamentală constă în realizarea unor acțiuni care conduc direct la rezolvarea problemei.
- Evitarea cognitivă: încercările cognitive de a evita să se gândească realist la problemă.
- Acceptare/resemnare: încercări cognitive de a reacționa la problemă acceptând-o.
- Căutarea recompenselor alternative: încercări comportamentale de a se angaja în activități surogat și de a crea noi surse de satisfacție.
- Descărcare emoțională: Încercările comportamentale de a reduce stresul prin exprimarea sentimentelor negative.

Pentru a înțelege natura utilizării acestor tipuri de coping, Schaefer și Moos (1998) subliniază faptul că copingul prin aproximare, inclusiv reevaluarea pozitivă și relația cu căutarea de sprijin emoțional, planificarea rezolvării factorului de stres și cercetarea pentru informații despre factorul de stres, poate fi considerat adaptativ în măsura în care ajută individul să facă față eficient situației stresante. Pe de altă parte, coping-ul prin evitare poate reduce anxietatea evenimentului traumatic, permițând persoanei să stăpânească angoasa generată de retrăirea traumei. În acest fel, copingul prin evitare ar fi asociat cu o adaptare mai mare pe termen scurt, în timp ce, pe termen lung, ar implica un mod dezadaptativ.

Mai mulți cercetători au descoperit că o utilizare mai mare a strategiilor de coping de evitare se corelează cu simptome mai mari de stres post-traumatic, la fel cum strategiile de abordare sunt asociate cu mai puține simptome, iar femeile sunt cele mai vulnerabile.

Dacă înțelegerea stilurilor de coping este extrapolată în cadrul crizelor și al urgențelor, simplul fapt de a dezvolta practici, conținuturi, cercetări și discipline

inovatoare care vizează înțelegerea situației în complexitatea ei, pentru a găsi soluția cea mai potrivită, presupune în sine un stil de coping adaptiv.

Obiectivul intervenției psihologice în psihologia urgenței, așa cum s-a menționat deja, este de a promova recuperarea bunăstării sau echilibrului psihic pentru salvatorii afectați, de a reduce riscul de a dezvolta și stabiliza forme de disconfort care includ simptome depresive, sau tulburări de stres posttraumatic sau imagini simptomatice ale tulburării de adaptare, prin strategii care vizează sporirea capacității de a face față efectelor traumatiche ale evenimentului prin dezvoltarea unor forme eficiente de reziliență. Intervențiile vizează facilitarea activării proceselor de reelaborare emoțională, promovând recuperarea identității și securității individuale și colective. Așadar, măsurile de sprijin vizează limitarea și rezolvarea posibilelor reacții negative.

Înțelegerea evenimentului traumatic și suport empatic adecvat care vizează îmbunătățirea proceselor de conștientizare de sine duc adesea la măsuri suficiente pentru remiterea și rezolvarea suferinței experimentate. Posibilitatea de a face evenimentul explicit și de a împărtăși reacțiile lor facilitează pentru salvatori, în mare parte procesul de prelucrare. Cea mai frecventă reactivitate în imediata desfășurare a evenimentului traumatic se referă la apariția unor amintiri sau gânduri și imagini recurente și intruzive, stare de rău și disconfort în ceea ce privește stimulii subliminali, cum ar fi mirosurile sau sunetele trăite în timpul evenimentului traumatic care declanșează aceeași reactivitate fiziologică ca cea trăită în timpul evenimentului. Mai poate apărea evitarea persistentă a stimulilor asociați cu traume și coșmaruri, tulburări de somn, iritabilitate, dificultăți de concentrare, stare de tensiune generalizată și o hipervigilență marcată. Factorii biologici, psihologici, sociali și interpersonali pot integra și transforma un factor traumatic deosebit de semnificativ, pe care persoana l-a experimentat, la care a asistat, în care a fost confruntată cu evenimente care au implicat moartea, amenințarea cu moartea, rănirea gravă sau orice amenințare la adresa integrității fizice a propriei persoane sau a altora, într-o tulburare psihopatologică adevărată. Manifestarea simptomatică, persistentă pe termen lung, produce o cronicizare care deteriorează adaptabilitatea indivizilor afectați. Prin urmare, este necesar să se intervină prompt în cazul unor astfel de situații la salvatorii din sistemul de urgență, pentru a evita consecințele asupra lor, care interferează semnificativ cu funcționarea normală. De reținut că centrul intervenției psihologice este articulat întotdeauna pe latura individuală și pe cea



socială și nu are legătură cu o **patologie de tratat, ci cu o normalitate de recuperat**, plecând de la mentalizarea situației existențiale individuale nouă, precum și din repararea unor eventuale consecințe. Acest lucru se poate realiza prin promovarea reconstrucției identității individuale redefinite de trăirea situației de urgență și refacerea securității colective. Pentru realizarea unei noi forme de restructurare individuală, este posibilă abordarea și procesarea evenimentului traumatic trăit, permițând realizarea traumei conceptual, exprimabil și procesabil.

#### **4.6. Protocoale de intervenție pentru salvatori**

Există programe reale de sprijin pentru salvatori (medici, asistenți medicali, voluntari, operatori de sistem de asistență medicală de urgență națională, poliția, pompieri, militari, Cruce Roșie, protecție civilă, etc) și pentru organizații de voluntari. Inițiativele de ajutor pot fi împărțite în preventive, suport pe durata intervenției și reelaborare ulterioară. Psihologia urgențelor, precum și faza de intervenție și post urgență, se ocupă și de prevenire, studiu, cercetare, informarea și instruirea lucrătorilor din sistemul de urgență pentru pregătirea acestora în ceea ce privește managementul emoțiilor intense, care se activează în situațiile de urgență.

Managementul situațiilor de urgență din punct de vedere emoțional este împărțit în mai multe faze:

**Faza critică** - prim ajutor psihologic, dezamorsare și demobilizare, debriefing și interviuri individuale.

**Faza postcritică** - consiliere de sprijin individual sau familial.

**Faza precritică** - intervenții de antrenament preventiv asupra reacțiilor traumatice și psihoeducație. Constă în intervenții care se dezvoltă în faza premergătoare urgenței. Printre acestea, intervențiile de psihoeducație au o importanță deosebită, simulare realistă, antrenament pentru inoculare la stres (SIT)

- Psihoeducație. Această fază include toate intervențiile de instruire, care vizează transmiterea de cunoștințe și abilități eficiente și elemente de informare referitoare la reacții pe care salvatorul le poate întâlni în activități de urgență. Permite o normalizare semnificativă a experiențelor și o mai bună capacitate de coping față de experiențele emoțiilor trezite de evenimentele de salvare.

- Simularea realistă își propune să activeze experiențe și emoții conectate la situațiile reale pe care le reprezintă, chiar dacă în mod teatral. În acest caz, conștientizarea de a trăi o situație realistă, dar simulată, garantează liniștirea și

permite exercițiului să atenueze gradul de frică la salvatorul care se confrunta cu propriile emoții.

- Stress Inoculation Training (SIT) este o tehnică cognitivă, născută pe baza teoriei învățării și dezvoltată de Meichenbaum. Constă într-o inoculare treptată și constantă a stresului. SIT se bazează pe teoria conform căreia expunerea la evenimentele moderat stresante servesc la construirea resurselor de adaptare a unui individ și că adaptarea cu succes la aceste evenimente poate facilita dezvoltarea rezistenței la stresul viitor. Printr-un curs de pregătire se realizează activarea reacțiilor de imunizare emoțională defensivă pentru situațiile viitoare de confruntat. Include un pachet bogat de informații asupra stresului traumatic care se poate dezvolta în situații de urgență. Aceasta implică predarea principalelor tehnici de coping și managementul stresului, folosit de salvatori, predarea de tehnici de relaxare, activități cognitive caracterizate de la producerea de imagini mentale care apropie subiectul de evenimentul de confruntat, predarea tehnicilor de control al respirației și instrumente adecvate pentru dobândirea capacității de a face față evenimentului critic. Prin tehnica imaginii ghidate, producerea mentală a imaginilor permite subiectului „întâlnirea cu evenimentul”. Expunerea la imagini facilitează procesul de adaptare treptată la evenimentul traumatic. Proiecția de videoclipuri permite expunerea la situații traumatice care se activează într-un context protejat. Tehnica jocului de rol, sau jocul de rol, permite salvatorului să devină o parte activă a unui anumit moment trăit într-o situație de urgență creat ad-hoc, permițându-i să implementeze răspunsuri și reacții motorii, emoționale și cognitive de parcă ar experimenta de fapt acea situație; evenimentul va fi trăit cu o implicare emoțională totală, cognitiv și comportamental al salvatorului în pregătire care va experimenta răspunsurile și strategiile noi utile pentru a-și îmbogăți modelul de reactivitate la situație.

Gânduri, ca de exemplu, „Nu am făcut suficient”, „Nu am înțeles”, „Aș fi putut interveni mai devreme și nu s-ar fi întâmplat” devin gânduri, care pot declanșa la salvatori emoții și comportamente inadecvate.

## **Bibliografie**

- Allan, J., & Bertoia, J. (1992). *Written paths to healing: Education and jungian child counseling*. Dallas, TX: Spring Publications.
- Almagor, M., & Ben Porath, Y. (1989). The two factor model of self-reported mood: A cross-cultural replication. *Journal of Personality Assessment*, 53, 10 -21.
- Anaut, M. (2003). *La resilience. Surmontons les traumatismes*. Paris: Nathan.
- Anolli, L. (2002). *Psicologia della comunicazione*. Bologna: Il Mulino.

- Anolli, L. (2003). Significato modale e comunicazione non verbale. *Giornale Italiano di Psicologia*, XXX(3), 453-483.
- Anolli, L., Balconi, M., Cambiaso, G., & Terragni, M. (2002). Strategie comunicative in famiglie con disturbo di dipendenza di sostanze. Analisi delle aree semantiche e degli stili conversazionali mediante l'adult attachment interview. *Terapia Familiare*, 69.
- Anolli, L., & Ciceri, R. (1997). La voce delle emozioni. Verso una semiosi della comunicazione vocale non verbale delle emozioni. Milano: Franco Angeli.
- Anolli, L., & Lambiase, L. (1990). "Giochi di sguardo" nella conversazione. *Giornale Italiano di Psicologia*, 17, 27-58.
- Anthony, E., Childrand, C., & Kuopernic, C. (1982). *L'enfance vulnerable*. Paris: Guilford Press.
- Anthony, E. J. (1987). Risk, vulnerability, and resilience: An overview. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child*. (pp. 3-48). New York: Guilford Press.
- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unrevealing the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Argyle, M. (1972). Non-verbal communication in human social interaction. In R. A. Hinde (Ed.), *Non-verbal communication* (Bari: Laterza ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Argyle, M. (1975). *Bodily communication*. London: Methuen.
- Argyle, M., & Cook, M. (1976). *Gaze and mutual gaze*. New York: Cambridge University Press.
- Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye-contact, distance and affiliation. *Sociometry*, 28, 289-304.
- Argyle, M., & Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. London: Academic Press.
- Aspinwall, L. G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22, 1-32.
- Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. In A. Tesser & N. Schwarz (Eds.), *The blackwell handbook of social psychology*. (Vol. Intraindividual processes, 1, pp. 591-614). Maiden: Blackwell.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
- Avord, M. K. (2004). *Guide for parent and teachers*. Washington: APA.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychological Society*, 55,

122-136.

Barbaranelli, C. (2003). *Analisi dei dati*. Milano: LED.

Barbaranelli, C., & Natali, E. (2005). *I test psicologici: Teorie e modelli psicometrici*. Roma: Carocci.

Barclay, C. R. (1993). Remembering ourselves. In G. M. Davies & R. H. Logie (Eds.), *Memory in everyday life* (pp. 285-309). North Holland: Elsevier Science.

Barclay, C. R. (1996). Autobiographical remembering: Narrative constraints on objectified selves. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past* (pp. 94-125). Cambridge: Cambridge University Press.

Bäßler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general [measuring generalized self-beliefs: A spanish adaptation of the general self-efficacy scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.

Batten, M., & Russell, J. (1995). *Students at risk: A review of Australian literature 1980-1994*. Melbourne: Australian Council of Educational Research.

Bavelas, J. B. (1994). Gestures as part of speech: Methodological implications. *Research on Language and Social Interaction*, 27, 201-221.

Bavelas, J. B., Chovil, N., Coates, L., & Roe, L. (1995). Gestures specialized for dialogue. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 21(4), 394-415.

Bavelas, J. B., Chovil, N., Lawrie, D. A., & Wade, A. (1992). Interactive gestures. *Discourse Processes*, 15, 469-489.

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian Press.

Bellelli, G., Curci, A., & Mastroilli, G. (2001). Di bocca in bocca: Confidenze e riservatezza nei giovani e nei loro genitori. Uno studio sulla condivisione sociale secondaria. In O. a. c. d. Matarazzo (Ed.), *Emozioni e adolescenza*. Napoli: Liguori Editore.

Bellelli, G., Curci, A., & Mastroilli, G. (2004). *Emozioni condivise. Le narrazioni emozionali*. Bari: Edizioni Giuseppe Laterza.

Bellelli, G., Ignagni, M. T., & Stasolla, F. (1996). Processing emotional events. In N. H. Frijda (Ed.), *Proceedings of the ixth conference of the international society for research on emotions* (pp. 319-323). Toronto: Victoria University in the University of Toronto.

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.

Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community*. Portland (OR): Western Center for Drug-Free Schools and Communities.

Bensley, D. A. (1989). *Cueing and organization in the autobiographical memory of emotional incidents*. Manoscritto non Pubblicato.

- Berg, C. A., Meegan, S. P., & Deviney, F. P. (1998). A social-contextual model of coping with everyday problems across the life span. *International Journal of Behavioural Development*, 22, 239-263.
- Bertetti, B. (2008). *Oltre il maltrattamento: La resilienza come capacità di superare il trauma*. Milano: Franco Angeli.
- Birdwhistell, R. L. (1952). *Introduction to kinesics: An annotation system for analysis of body motion and gestures*. Washington, DC: Foreign Service Institute, U.S: Department of State/Ann Arbor, MI: University Microfilms.
- Birdwhistell, R. L. (1970). Communication. In D. S. Silis (Ed.), *International encyclopedia of the social science* (Vol. 3). MacMillan. New York: The Free Press.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). Iq and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior. In C. WA (Ed.), *The minnesota symposia on child psychology* (Vol. 13, pp. 39-101). Hillsdale: Erlbaum.
- Bokus, B. (1992). Peer co-narration: Changes in structure of preschoolers' participation. *Journal of Narrative and Life History*, 2, 253-275.
- Bonaiuto, M., Gnisci, A., & Maricchiolo, F. (2001). Proposta e verifica empirica di una tassonomia dei gesti delle mani nell'interazione di piccolo gruppo. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 777-807.
- Bonanno, G. A. (2001). Emotion self regulation. In T. J. Mayne & G. A. Bonanno (Eds.) *Emotion: Current issues and future directions* (pp. 251-185). New York: Guilford Press.
- Bradley, M. M., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1990). Startle reflex modification: Emotion or attention? *Psychophysiology*, 27, 513-522.
- Bradley, M. M., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1991). Startle and emotion: Lateral acoustic probes and the bilateral blink. *Psychophysiology*, 28, 285-295.
- Bradley, M. M., Greenwald, M. K., & Hamm, A. O. (1993). Affective picture processing. In N. Birbaumer & A. Ohman (Eds.), *The structure of emotion: Psychophysiological, cognitive, and clinical aspects*. (pp. 48-68). Toronto: Hogrefe & Huber.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84,
- Bruner, J. (1992). *La ricerca del significato*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bucci, W. (1995). The power of the narrative: A multiple code account. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 93-124). Washington DC: American Psychological

Association.

- Bucci, W. (2000). *La valutazione dell'attività referenziale*. Roma: Edizioni Kappa.
- Burgoon, J. K., & Guerrero, L. K. (1994). Nonverbal communication. In M. Burgoon, F. G. Hunsaker & E. J. Dawson (Eds.), *Human communication* (pp. 122-171). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Burns, E. T. (1996). *From risk to resilience: A journey with herart for our children, our future*. Dallas (TX): Marco Polo.
- Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55(1), 15-23.
- Cacioppo, J. T., & Tassinari, L. G. (1987). The relationship between EMG response and overt facial actions. *Face Value*, 1, 2-3.
- Cagnetta, E. (1999). Qualità della vita, bisogni e strategie di coping in persone con lesioni da trauma stradale. In B. Zani & E. Cicognani (Eds.), *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Roma: Carocci editore.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Pozo, C. (1992). Conceptualizing the proces of coping with health problems. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 167-187). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267- 283.
- Castelli, C. (2005). *Il cielo è di tutti. Disegni e narrazioni dai contesti di emergenza*. Como: Graphics, Bregnano.
- Catalano, R., & Hawkins, J. D. (1996). The social developmental model: A theory of antisocial behavior. In J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 149-197). Cambridge: Cambridge University Press, 291
- Christensen, A. J., Edwards, D. L., Wiebe, J. S., Benotsch, E. G., McKelvey, L., Andrews, M., et al. (1996). Effect of verbal self-disclosure on natural killer cell activity: Moderation influence on cynical hostility. *Psychosomatic Medicine*, 58, 150-155.
- Cohler, B. J. (1987). Adversity, resilience, and the study of lives. In James A. E. (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 363-424). New York: Guilford Press.
- Coifman, K. G., Bonanno, G. A., Ray, R. D., & Gross, J. J. (2007). Does repressive coping promote resilience? Affective-autonomic response discrepancy during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 745-758.
- Collier, G., Kuiken, D., & Enzle, M. E. (1982). The role of grammatical qualification in the espression and perception of emotion. *Journal of Psycholinguistic Research*, 11, 631- 650.
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.
- Connor, K. D., J. (2003). Development of a new resilience scale: The connor davidson resilience scale (cd-risc). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

- Connor, K. M., Jonathan, R. T., & Davidson, M. D. (2003). Development of a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale (cd-risc). *Depression and Anxiety*(18), 76- 82.
- Cook, E. W., Davis, T. L., Hawk, L. W., Spence, E. L., & Gautier, C. H. (1992). Fearfulness and startle potentiation during aversive visual stimuli. *Psychophysiology*, 29, 633-645.
- Costa, M., Menzani, M., & Ricci Bitti, P. E. (2001). Read canting in paintins: An historical study. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25(1), 63-73.
- Costabile, A. (1996). *Agonismo e aggressività. Dinamiche di interazione nello sviluppo infantile*. Milano: Franco Angeli.
- Cramer, B. (2000). *Cosa diventeranno i nostri bambini?* Milano: Raffaello Cortina.
- Curci, A., & Bellelli, G. (2004). Cognitive and social consequences of exposure to emotional narratives: Two studies on secondary social sharing of emotions. *Cognition & Emotion*.
- Cuthbert, B. N., Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1996). Probing picture perception: Activation and emotion. *Psychophysiology*, 33, 103-111.
- Cuthbert, B. N., Vrana, S. R., & Bradley, M. M. (1991). Imagey: Function and psy-siology. *Advances in Psychophysiology*, 4, 1-42.
- Cyrułnik, B. (1998). *Les enfants qui tiennent le coup*. Revigny sur-Ornain: Hommes et Prospectives.
- Cyrułnik, B. (2001). *I brutti anatroccoli*. Milano: Frassinelli.
- Cyrułnik, B. (2006). *Di carne e d'anima*. Milano: Frassinelli.
- Cyrułnik, B., & Malaguti, E. (2005). *Costruire la resilienza: La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Trento: Erikson.
- Czajka, J. A. (1987). *Schavioral inhibition and shors term psysiological responses*. Unpublished master's thesis. Dallas, TX: Southern Methodist University.
- Dalle Fave, A. (2004). Editorial: Positive psychology and the pursuit of complexity. *Ricerche di psicologia, Special Issue on positive psychology*, 27, 7-12.
- Damasio, A. R. (1994). *L'errore di cartesio*. Milano: Adelphi.
- Darwin, C. E. (1965). *The expression of emotions in man and animals*. Chicago: University of Chicago Press (Originally published in 1872).
- Davitz, J. R. (1964). *The communication of emotional meaning*. New York: McGraw-Hill.
- De Beaugrade, R. A. (1980). *Text, discourse and process*. Nordwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Demos, E. V. (1989). Resiliency in infancy. In Dugan T.F. & R. Cole (Eds.), *The child of our times: Studies in the development of resiliency* (pp. 3-22). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Dennis, S., Charney, M.D. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American*



Journal of Psychiatry, 161, 195-216.

Derakshan, N., & Eysenck, M. W. (1997). Interpretive biases for one's own behavior and physiology in high trait anxious individuals and repressors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 816-825.

DeSalvo, L. (1999). *Writing as a way of healing: How telling our stories transforms our lives*. San Francisco: Harper.

Devoto, G. (1971). *Devoto-oli: Vocabolario della lingua italiana*. Milano: Mondadori.

Di Blasio, P. (2005). *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*. Milano: Unicopli.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.

Dittmann, A. T. (1977). The role of body movement in communication. In A. W. Siegman & S. Feldstein (Eds.), *Nonverbal behavior and communication*. Potomac, MD: Erlbaum.

Dodd, M., & Bucci, W. (1987). The relation of cognition and affect in the orientation process. *Cognition*, 27, 53-71.

Dohrenwend, B. S. (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-14.

Dominguez, B., Valderrama, P., Meza, M. A., Perez, S. L., Silva, A., Martinez, G., et al. (1995). The roles of emotional reversal and disclosure in clinical practice. In P. J.W. (Ed.), *Emotion disclosure and health* (pp. 255-270). Washington, DC: American Psychological Association.

Donnelly, D. A., & Murray, E. J. (1991). Cognitive and emotional changes in written essays and therapy interviews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 334-350.

Dumont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighbourhood characteristics. *Child Abuse Neglect*, 31, 211-229.

Dunn, D. (2004). Resilient reintegration of married woman with dependent children: Employed and unemployed.

Eckenrode, J. (1991). *The social context of coping*. New York: Plenum.

Edelman, G. (1992). *Sulla materia della mente*. Milano: Adelphi.

Efrom, D. (1941/1972). *Gestures, race and culture*. Mouton: The Hague. *Gesto, razza e cultura*. Milano: Bompiani.

Ekman, P. (1976). Movements with precise meanings. *Journal of Communication*, 26, 14-26.

Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Ekman, P. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Ekman, P., Davidson, R. J., & Friesen, W. V. (1990). The duchenne smile: Emotional expression and brain physiology ii. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 342-353.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1969). The repertoire of non-verbal behavior: Categories, origins, usage and coding. *Semiotica*, 1, 49-98.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1972). Hand movements. *Journal of Communication*, 22, 353-374.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1974). Detecting deception from the body or face. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 288-289.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1976). Measuring facial movement. *Environmental Psychology and Nonverbal Behavior*, 1(1), 56-75.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). *The facial action system: A technique for the measurement of facial movement*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Hager, J. C. (2001). *Facial action coding system*. New version. Salt Lake City: Published by Research Nexus division of Network Information Research Corporation.
- Emiliani, F. (1995). Processi di crescita tra protezione e rischio. In P. Di Blasio (Ed.), *Contesti relazionali e processi di sviluppo*. Milano: Cortina.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Coping inventory for stressful situations (ciss)*. Toronto: Manual Multi-Health System.
- Esterling, B., Antoni, M., Fletcher, M., Margulies, S., & Schneiderman, N. (1994). Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent epstein-barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 10, 334-350.
- Estrada, C. A., Isen, A. M., & Young, M. J. (1997). Positive affect facilitates integration of information and decreases anchoring in reasoning among physicians. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 72, 117-135.
- Exline, R. V. (1963). Explorations in the process of person perception: Visual interaction in relation to competition, sex and need for affiliation. *Journal of Personality*, 31, 1-20.
- Exline, R. V., & Winters, L. C. (1965). Affective relations and mutual glances in dyads. S. Tomkins & C. E. Izard (Eds.), *Affect, cognition and personality*. New York: Springer.
- Farrington, D. P. (1992). The need for longitudinal research on offending and antisocial behavior preventing antisocial behavior. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Interventions from birth through adolescence* (pp. 353-376). New York: The Guilford Press.

- Fernandez-Dols, J. M. (1999). Facial expression and emotion: A situationist view. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The social context of nonverbal behaviour* (pp. 242- 261). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fincham, F. D. (2003). Marital conflict: Correlates, structure, and context. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 23-25.
- Fine, S. B. (1991). Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(6), 493-503.
- Flach, F. F. (1988). *Resilience: Discovering a new strength at times of stress*. New York: Ballantine.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Taubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 687-695.
- Foa, E., & Riggs, D. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds.), *American psychiatric press riview of psychiatry* (Vol. 12, pp. 273-303). Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Folkman, S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S. (1992). Making the case for coping. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research and application*. Westport (CT): Praeger.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Pswholog*, 54(3), 466-475.
- Frank, L. K. (1957). Tactile communication. *Genetic Psychology Monographs*, 56, 209-255.
- Frank, M. G., Ekman, P., & Friesen, W. V. (1993). Behavioral markers and recognizability of the smile of enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 14, 230-236.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and wellbeing. *Prevention and treatment. Journal apa, org/prevention*, 3.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2001). Positive emotion. In T. J. Mayne & G. A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future direction* (pp. 251-285). New York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175.

Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & Emotion*, 12, 191 - 220.

Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42.

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resource behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.

Friedman, H. S., Prince, L. M., Riggio, R. E., & DiMatteo, R. M. (1980). Understanding and assessing nonverbal expressiveness: The affective communication test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 333-351.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Frijda, N. H. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition and Emotions*, 7, 357-387.

Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspective*. London: Routledge.

Fussell, S. R. (2002). *The verbal communication of emotions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K. e Pardo, C. (1992). *Children in danger: Coping with the consequences of community violence*. San Francisco: Josey-Bass Inc. Publishers

Pennebaker, J. W. (1993). Mechanisms of social constraint. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 200-219). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Pennebaker, J. W. (1997). Health effects of the expression (and non-expression) of emotions through writing. In A. Vingerhouts, F. Bussel & J. Boelhouwer (Eds.), *The (non) expression of emotions in health and disease* (pp. 267-278). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.

Pennebaker, J. W. (1998). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 239-245.

Pennebaker, J. W. (2002). Writing, social processes, and psychotherapy: From past to future. In S. J. Lepore & J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 281-291). Washington, DC: American Psychological Association.

Pennebaker, J. W., & Beall, S. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.

- Pennebaker, J. W., Zech, E., & Rimé, B. (2001). Disclosing and sharing emotion: Psychological, social, and health consequences. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 517-539). Washington DC: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of psychosomatic symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 211-244). New York: Academic Press.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539-548.
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of clinical Psychology*, 55(10), 1243-1254.
- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine*, 26, 327-332.
- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping, and health*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davidson, K. P., & Thomas, M. Disclosure of trauma and immune response to hepatitis b vaccination program. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 63, 787-792.
- Piccardo, C. (1995). *Empowerment*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 53-60.
- Putton, A., & Fortugno, M. (2006). *Affrontare la vita. Che cos'è la resilienza e come svilupparla*. Roma: Carocci Faber.
- Putton, A., & Fortugno, M. (2008). *Affrontare la vita. Che cos'è la resilienza e come svilupparla*. Roma: Carocci Faber.
- Raaheim, K. (1984). *Why intelligence is not enough*. Bergen: Sigma.
- Rasmusson, A. M., Hauger, R. I., Morgan, C. A., Bremner, J. D., Charney, D. S., & Southwick, S. M. (2000). Low baseline and yohimbine-stimulated plasma neuropeptide y (npy) levels in combat-related ptsd. *Biol Psychiatry*, 47, 526-539.
- Reed, M. B., & Aspinwall, L. G. (1998). Self-affirmation reduces biased processing of health-risk information. *Motivation and Emotion*, 22, 99-132.
- Resnick, M. D. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study in adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832.
- Ricci Bitti, P. E., & Caterina, R. (1994). *Comportamento non verbale e comunicazione*.

Ricerche di Psicologia, 18, 51-74.

Ricci Bitti, P. E., & Zani, B. (1983). La comunicazione non verbale. In P. E. Ricci Bitti & B. Zani (Eds.), *La comunicazione come processo sociale* (pp. 131-160). Bologna: Il Mulino.

Richards, J. M., Pennebaker, J. W., & Beal, W. E. (1995). The effects of criminal offense and disclosure of trauma on anxiety and illness in prison inmates. Paper presented at the Midwest Psychological Association, Chicago.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.

Richardson, G. E., & Gray, D. (1999). Resilient youth. In N. Henderson, Benard B., Sharp-Light N., (Ed.), *Resiliency in action*. San Diego (Ca): Resiliency in Action Inc.

Richardson, G. E., Neiger, B., Jensen, S., & Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21, 33-39.

Rimé, B. (1995). Mental numination, social sharing, and the recovery from emotional exposure. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 271-292). Washington, DC: American Psychological Association.

Rimé, B. (1984). Nonverbal communication or nonverbal behavior? Towards a cognitive-motor theory of nonverbal behavior. In S. Moscovici & W. Doise (Eds.), *Current issues in european social psychology* (pp. 85 -141). Cambridge: Cambridge University Press.

Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E., & Philippot, P. (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 9, pp. 145-189). Chicester: Wiley & Sons Ltd.

Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P., & Boca, S. (1991). Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition & Emotion*, 5, 436-466.

Rimé, B., & Schiaratura, L. (1991). Gesture and speech. In R. S. Feldman & B. Rimé (Eds.), *Fundamentals of nonverbal behavior* (pp. 239-285). Cambridge: Cambridge University Press.

Robins, L., & Rutter, M. (1990). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rogers, C. R. (1970). *I gruppi di incontro*. Roma: Astrolabio.

Rogers, C. R., & Kinget, M. (1970). *Psicoterapia e relazioni umane*. Torino: Boringhieri.

Russell, J. (1978). Evidence of convergent validity on the dimensions of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1152-1168.

Russell, J., & Mehrabian, A. (1977). Evidence for a three-factor theory of emotion. *Journal of Research in Personality*, 11, 179-183.

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopatology* (Vol. Social

Competence in Children, pp. 349-379). Hannover: University press of New England.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Britain Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 22, 323-356.

Rutter, M. (1988). *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data.* Cambridge: University Press.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology.* Cambridge: University Press.

Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*.

Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence.* New York: Guilford.

Sander, D., Grandjean, D., & Scherer, K. R. (2005). A systems approach to appraisal mechanisms in emotion. *Neural Networks*, 18, 317-352.

Schefflen, A. (1968). Human communication: Behavioral programs and their integrations. *Behavior Science*, 13, 44-55.

Schefflen, A. E. (1972). *Body language and the social order.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Scherer, K. R. (1981). Speech and emotional states. In J. Darby (Ed.), *Speech evaluation in psychiatry* (pp. 189-220). New York: Grune & Stratton.

Scherer, K. R. (1984). Emotion as a multicomponent process: A model and some cross-cultural data. In P. Shaver (Ed.), *Review of personality and social psychology: Emotions, relationships, and health* (Vol. 5, pp. 37-63). Beverly Hills, CA: Sage.

Scherer, K. R. (1992). What does facial expression express? In K. T. Strongman (Ed.), *International review of studies of emotion* (Vol. 2, pp. 139-165). Chichester, UK: Wiley.

Scherer, K. R. (1993). Studying the emotion-antecedent appraisal process: An expert system approach. *Cognition and Emotion*, 7, 325-355.

Scherer, K. R. (1997). Profiles of emotion-antecedent appraisal: Testing theoretical predictions across cultures. *Cognition and Emotion*, 11, 113-150.

Scherer, K. R. (1997). The role of culture in emotion-antecedent appraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 902-922.

Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multi-level sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 92-120). New York and Oxford: Oxford University Press.

Scherer, K. R., Schorr, A., & Johnstone, T. (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, method, research*. Oxford: University Press.

Scherer, K. R., & Wallbott, H. G. (1994). Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 310-328.

Schiaffino, K. M., & Revenson, T. A. (1992). The role of perceived self-efficacy, perceived control, and causal attributions in adaptation to rheumatoid arthritis: Distinguishing mediator from moderator effects. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 709-718.

Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy. Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Berlin. Freie Universität.

Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and health. An International Journal*, 9, 161-180.

Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 69-88.

Schwarzer, R., Born, A., Iwawaki, S., Lee, Y. M., Saito, E., & Yue, S. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the chinese, indonesian, japanese, and korean versions of the general self-efficacy scale. *Psychologia*, 40, 1-13.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Schwarzer, R., & Scholz, U. (2000). Cross-cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale (Vol. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture). Tokyo, Japan.

Scott Rich, S., & Taylor, H. A. (2000). Not all narrative shifts function equally. *Memory and Cognition*, 28, 1257-1266.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Short, D., & Casula, C. (2004). *Speranza e resilienza*. Milano: FrancoAngeli.

Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997). Coping orientation to problems experienced (COPE). *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 25-34.

Siddle, D. A. T., & Lipp, O. V. (1997). Orienting, habituation, and information processing: The effects of omission, the role of expectancy, and the problem of dishabituation. In P. J. Lang, R. F. Simons & M. Balaban (Eds.), *Attention and orienting: Sensory and motivational processes* (pp. 23-40). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal*



experience. New York: Guilford.

Silvia, P. J. (2001). Interest and interests: The psychology of constructive capriciousness. *Review of General Psychology*, 5, 270-290.

Simonton, D. K. (2000). Creativity. *American Psychological Society*, 55(1), 151-158.

Sinclair, V. K., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assesment*, 11(1), 94-101.

Skinner, E., & Edge, K., (eds.). (1998). Coping and development across the life span. *International Journal of Behavioural Development*, 22, 225-366.

Smith, J., True, N., & Souto, J. (2001). Effects of writing about traumatic experiences: The necessity for narrative structure. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(161-172).

Smith, J. M., & Greenberg, M. A. (2000). Scriptotherapy: The effects of writing about traumatic events. In J. Masling & P. Duberstein (Eds.), *Empirical studies in psychoanalytic theories. Psychoanalytic perspectives on health psychology* (Vol. 9, pp. 121-164). Washington, DC: American Psychological Association.

Smyth, J., & L'Abate, L. (2001). A meta-analytic evaluation of work-book effectiveness in physical and mental health. In L. L'Abate (Ed.), *Distance writing and computer- assisted interventions in psychiatry and mental health* (pp. 77-90). Westport, CT: Ablex.

Smyth, J. M. (1996). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types and moderating variables. Manuscript submitted for publication.

Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effec sizes, outcome types, and moderating variables. *journal of cConsulting and Clinical Psycholgy*, 66, 174-184.

Smyth, J. M., & Pennebaker, J. W. (2001). What are the health effects of discolorure? In B. A., T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 339- 348). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Snyder, M. (1974). The self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.

Speltini, G. (1968). *Minori, disagio e aiuto psicosociale*. Bologna: Il Mulino.

Spera, S. P., Buhrfeind, E. D., & Pennebaker, J. W. (1994). Expressive writing and coping with job. *Academy of Management Journal*, 37, 722-733.

Srull, T. S., & Wyer, R. S. (1986). The role of chronic and temporary goals in social information processing. In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition* (pp. 503-549). New York: Wiley.

Stanton, A. L., & Danoff, B. S. (2002). Emotional expression, expressive writing and cancer. In S. J. Lepore & J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotionl well-being* (pp. 31-51).

Steca, P., Accardo, A., & Capanna, C. (2001). La misura del coping: Differenze di genere e di età. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 235, 47-56.

- Sterling, P., Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology, in handbook of life stress, cognition, and health. Edited by Fisher S, Reason J. New York, John Wiley & Sons., 629-649.
- Stouthamer-Loeber, M. (1993). Boys' history of caretakers. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Streeck, J., & Knapp, M. L. (1992). The interaction of visual and verbal features in human communication. In F. Poyatos (Ed.), *Advances in nonverbal communication*. Amsterdam: Benjamins.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press.
- Suls, J., & Flechter, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681 -706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T. J. (2003). Factorial and construct validity of the Italian positive and negative affect schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 131-141.
- Tomkiewicz, S. (1999). *L'adolescenza rubata*. Como: Red.
- Trabasso, T., Suh, S., & Payton, P. (1995). Explanatory coherence in understanding and talking about events. In M. A. Gernsbacher & T. Givon (Eds.), *Coherence in spontaneous text* (pp. 189-214). Amsterdam: John Benjamins.
- Trager, G. L. (1958). Paralanguage: A first approximation. *Studies in Linguistics*, 13, 1-12.
- Trope, Y., & Neter, E. (1994). Reconciling competing motives in self-evaluation: The role of self-control in feedback seeking. *Journal of Personality & Social Psychology*, 66, 646- 657.
- Trope, Y., & Pomerantz, E. M. (1998). Resolving conflicts among self-evaluative motives: Positive experiences as a resource for overcoming defensiveness. *Motivation and Emotion*, 22, 53-72.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotion to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & L.F., B. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6).
- Tulving, E., & Kroll, N. (1995). Novelty assessment in the brain and long-term memory encoding. *Psychonomic Bulletin and Review*, 2(3), 387-390.
- Tulving, E., Markowitsch, H. J., Craik, F. I. M., & Habib, R. (1996). Novelty and familiarity

activations in pet studies of memory encoding and retrieval. *Cerebral Cortex*, 6(1), 71-79.

Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99.

Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible*. Paris: Bayard.

Vincent, J. P., Friedman L.C., Nugent, J., & Messerly, L. (1979). Demand characteristics in observations of marital interaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 557-566.

Vrana, S. R., Spence, E. L., & Lang, P. J. (1988). The startle probe response: A new measure of emotion? *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 487-491.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Wallbott, H. G. (1998). Bodily expression of emotion. *European Journal of Social Psychology*, 28, 879-896.

Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 1-8.

Watson, D. (1988). The vicissitudes of mood measurement: Effects of varying descriptors, time frames, and response formats on measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 128-141.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1984). Cross-cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 127-144.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Waugh, C. E., Wager, T.D., Fredrickson, B.L., Noll, D.C., & Taylor, S.F. ((in press)). Running head: Neural correlates of resilience.

Weinberger, D. A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 337-386). Chicago: University of Chicago Press.

Weinberger, D. A., & Davidson, M. N. (1994). Styles of inhibiting emotional expression: Distinguishing repressive coping from impression management. *Journal of Personality*, 62, 587-613.

Werner, E. (1993). Risk resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.

Werner, E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to*

adulthood. Ithaca (NY): Cornell University Press.

Wiener, M., & Mehrabian, A. (1968). Language within language: Immediate channel of verbal communication. New York: Appleton Century Crofts.

Wolin, L. (1997). The resilience self: How survivors of troubled families rise above adversity. Città: Villard Book.

Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). The resilient self (Edizione Italiana Jaca Book Milano 2001ed.). New York: Villard.

Wolpe, J. (1969). The practice of behavior therapy. New York: Pergamon.

Yawkey, T. D., & Johnson, J. E. (1988). Integrative processes and socialization: Early to middle childhood. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Yu, X., & Zhang, J. (2007). L'analisi fattoriale e la valutazione psicometrica del Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) con il popolo cinese. 35(1), 19-30.

Zani, B., & Cicognani, E. (1999). Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping. Roma: Carocci.

Zevon, M. A., & Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 111-122



Erasmus+



Erasmus+ Programme – Strategic Partnership

Project Title: *“Psychological Resilience for Emergency Responders”*

Project # 2020-1-RO01-KA202-079773