



Erasmus+



Psychological
RESILIENCE
for Emergency Responders

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ - ΟΔΗΓΟΣ

Ψυχολογική ανθεκτικότητα για τους
ανταποκριτές έκτακτης ανάγκης



Erasmus+ Programme – Strategic Partnership

Project Title: "Psychological Resilience for Emergency Responders"

Project # 2020-1-RO01-KA202-079773

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ - ΟΔΗΓΟΣ

**Ψυχολογική ανθεκτικότητα για τους
ανταποκριτές έκτακτης ανάγκης**

Οδηγός που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της στρατηγικής σύμπραξης του προγράμματος Erasmus+

Project title: "Psychological Resilience for Emergency Responders" Project Number: 2020-1-RO01-KA202-079773

«Το έργο αυτό (Project Nr. 2020-1-RO01-KA202-079773) χρηματοδοτήθηκε με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Αυτή η δημοσίευση αντικατοπτρίζει μόνο τις απόψεις του συγγραφέα και η Επιτροπή δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών που περιέχονται σε αυτήν.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	5
Κεφάλαιο 1	
Τι είναι η κατάσταση έκτακτης ανάγκης;	8
1.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις για τους εργαζόμενους έκτακτης ανάγκης.....	9
1.2. Συναισθήματα στο προσωπικό έκτακτης ανάγκης.....	14
Κεφάλαιο 2	
συναισθηματικό τραύμα τους διασώστες.....	26
2.1. Τι μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό τραύμα τους διασώστες.....	26
2.2. Τραυματικό στρες.....	32
2.2.1. Αντίδραση στο στρες.....	37
2.3. Παράγοντες που προκαλούν άγχος στο προσωπικό έκτακτης ανάγκης.....	39
2.4. Οξεία διαταραχή άγχους.....	44
2.5. Διαταραχή μετατραυματικού στρες ή PTSD σε εργαζόμενους έκτακτης ανάγκης.....	45
2.6. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης.....	49
2.6.1. Παράγοντες κινδύνου, αιτίες και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	50
Κεφάλαιο 3	
Ανθεκτικότητα και προσαρμοστική ικανότητα.....	54
3.1. Τι είναι η ανθεκτικότητα.....	54
3.2. Ποιοι είναι οι ανθεκτικοί άνθρωποι;	63
3.2.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την ανθεκτικότητα ενός ατόμου.....	63
3.3. Πώς μπορεί να εφαρμοστεί στην πράξη η ανθεκτικότητα;	64
3.4. Αύξηση της ανθεκτικότητας μέσω εργαλείων και στρατηγικών αντιμετώπισης..	67
3.4.1. Στρατηγικές για την αύξηση της ανθεκτικότητας.....	70
3.4.2. Τεχνικές οικοδόμησης ανθεκτικότητας.....	73
Κεφάλαιο 4	
Ψυχολογία έκτακτης ανάγκης και ανταπόκριση.....	80
4.1. Ψυχολογία έκτακτης ανάγκης.....	80

4.1.1. Οι διασώστες ως δικαιούχοι παρεμβάσεων ψυχολογικής υποστήριξης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.....	81
4.2. Σημασία της θεωρητικής/πρακτικής εκπαίδευσης έκτακτης ανάγκης.....	83
4.3. Τεχνικές υποστήριξης για επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης.....	84
4.4. Παροχή συμβουλών έκτακτης ανάγκης. Τι είναι η συμβουλευτική;	90
4.5. Στρατηγικές συμπεριφοράς και τρόπος αντιμετώπισης για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας	91
4.6. Πρωτόκολλα επέμβασης για διασώστες.....	97

Εισαγωγή

Μεταξύ του γενικού πληθυσμού, η λέξη έκτακτη ανάγκη προκαλεί φόβο, φόβο και ένταση. Τι μπορεί να προκαλέσει σε όσους πρέπει να διαχειρίζονται και να ελέγχουν καταστάσεις έκτακτης ανάγκης κάθε μέρα; Για όσους μας σώζουν καθημερινά; Είναι αλήθεια, είναι οι επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης που μας καταλαβαίνουν. **ποιος όμως σώζει έναν διασώστη στο τέλος της βάρδιας του;** Ποιος τον βοηθά να μην πέσει σε κατάθλιψη και επαγγελματική αποθάρρυνση; Ποιος είναι ο άξονας που τους ακούει, τους συμβουλεύει, συλλέγει τα συναισθήματα, τις ιδέες, τις προοπτικές τους, συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών; Ποια πρόληψη και κατάρτιση χρειάζονται για να υποστηριχθεί ένας επαγγελματίας που αντιμετωπίζει αυτές τις δυσκολίες, ώστε να μπορέσει να ξεπεράσει την κρίση που προκλήθηκε από την κατάσταση έκτακτης ανάγκης στην οποία ενήργησε;

Οι εργαζόμενοι που εργάζονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι, αν όχι ψυχικά υποστηριζόμενοι. Η δουλειά των διασωστών, των οδηγών ασθενοφόρων, των ανταποκριτών πυροσβεστικής και αστυνομίας, των ανταποκριτών έκτακτης ανάγκης, δεν μπορεί να θεωρηθεί «απλώς» δουλειά, αλλά επιλογή ζωής. Τίθενται στη θέση να λειτουργούν από την αρχή μέχρι το τέλος της παρέμβασης, με τρόπο που να είναι κατάλληλος για τις ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά του τύπου παρέμβασης, για να αποφευχθεί το ενδεχόμενο να γίνουν με τη σειρά τους ένα πιθανό «θύμα που θα διασωθεί». Έτσι, λόγω της ιδιαιτερότητας των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, ειδικά στη σύγχρονη κοινωνία, υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη να αυξηθεί η ανθεκτικότητα του προσωπικού που εμπλέκεται στην αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης πρώτης γραμμής, το οποίο πηγαίνει στον τόπο ατυχημάτων, καταστροφών, συγκρούσεων κ.λπ. Ως αποτέλεσμα, οι διασώστες, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, του παραϊατρικού προσωπικού, των εθελοντών ασθενοφόρων, των πυροσβεστών, των αστυνομικών, των ιατροδικαστών, των αξιωματικών του οργανωμένου εγκλήματος κ.λπ., χρειάζονται αυξημένη ανθεκτικότητα (ψυχική, συναισθηματική και σωματική αντίσταση), η οποία μπορεί να οικοδομηθεί με τη βοήθεια της ψυχολογίας έκτακτης ανάγκης μέσω συγκεκριμένων μεθόδων και τεχνικών που προτείνουμε σε αυτό το υλικό του μαθήματος.

Οι αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα των επαγγελματιών που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης που εντοπίσαμε από τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια που εφαρμόστηκαν στην ερευνητική μελέτη που πραγματοποιήσαμε ποικίλλουν και διαφέρουν από θέμα σε θέμα, δηλαδή: τρόμος, σοκ, θλίψη, απελπισία, υψηλή ευερεθιστότητα, θυμός, έντονη συναισθηματική εμπειρία, ενοχή που προκαλείται μερικές φορές από το θάνατο ενός ατόμου και το αίσθημα αδυναμίας, διάφορες μορφές διάστασης, αμηχανίας και δυσπιστίας, σημαντική δυσαρέσκεια της πραγματικότητας, σύγχυση, αυτο-στραγγαλισμός, ξαφνικές αντιδράσεις και υποχώρηση σε θορύβους, ψυχοσωματικές διαταραχές, ταχυκαρδία, αύπνία και διάφορες διαταραχές ύπνου, μειωμένη όρεξη, γενική κόπωση, κινητική υπερκινητικότητα, παρεμβατικές σκέψεις και μνημόσυνα κ.λπ. Αυτές οι αντιδράσεις μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά την εμπειρία διάσωσης και μπορεί στη συνέχεια να προκαλέσουν διάφορες μορφές κατάθλιψης, υπαρξιακής και επαγγελματικής αποθάρρυνσης, ανηδονίας, αναδρομών και κρίσεων πανικού. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει μια εμμονική αναζήτηση να ξεχάσουμε το γεγονός. Κατά συνέπεια, μπορεί να προκύψουν καταστάσεις στις οποίες ο διασώστης καταφεύγει στην κατάχρηση ναρκωτικών, αλκοόλ, ψυχοτρόπων φαρμάκων. Εάν αυτά τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από ένα μήνα και τα συναισθήματα αποκόλλησης ή/και αποξένωσης από τους άλλους σταλακώνονται, το αποτέλεσμα είναι μια σημαντική εξασθένηση της κοινωνικής, επαγγελματικής, συναισθηματικής και υπαρξιακής λειτουργίας, με γενική εξασθένηση της αντιδραστικότητας.

Είναι σίγουρα σημαντικό να εξεταστούν οι διαφορετικές συνθήκες που έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη διαταραχών οccupational στρες στο προσωπικό αντιμετώπισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Αυτές οι διαταραχές δεν επηρεάζουν απαραίτητα τους πιο ευάλωτους ή αδύναμους ανθρώπους, αλλά όπου η **ψυχολογική ανθεκτικότητα** δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς. Φυσικά, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι φυσιολογικές προδιαθέσεις που συνδέονται με ατομικούς παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα και η φυσική κατάσταση, οι ψυχολογικές προδιαθέσεις, που συνδέονται με ειδικούς ψυχολογικούς παράγοντες όπως οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ή τα χαρακτηριστικά γνώρισμα, οι κοινωνικές σχέσεις που είναι εγγενείς στο περιβάλλον και το ρόλο του ατόμου στην κοινωνία. Πάνω απ' όλα, δεδομένου ότι η αντίληψη του στρες είναι υποκειμενική και επομένως καθορίζεται από βιο-ψυχολογικές και χαρακτηριστικές συνιστώσες, ειδικά

όταν υπάρχει (σοβαρή ή / και παρατεταμένη) διέγερση διαφημιστικής εκστρατείαςζόσον αφορά την αντιμετώπιση της αγχωτικής κατάστασης, η δυνατότητα αποκατάστασης της ισορροπίας ενεργοποιείται ακριβώς από την προσωπική ψυχολογική ανθεκτικότητα. Στην ψυχολογία, η ανθεκτικότητα θεωρείται ως η ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίσει τα τραύματα της ζωής, να ξεπεράσει τοστρίφωμα και να βγει από αυτά ενισχυμένο και ακόμη και θετικά μεταμορφωμένο, μια έννοια που ονομάζεται μετασχηματιστική αντιμετώπιση.

Έτσι, το τραύμα μπορεί να έχει δύο πτυχές, η μία σχετίζεται με το γεγονός που παράγει μια ελλιπή εσωτερική ισορροπία, η άλλη συνδέεται με την υποκειμενική αναπαράσταση του γεγονότος και τον επακόλουθο πόνο, με επιπτώσεις στην προσωπική και σχεσιακή δυναμική. Το προσωπικό που εμπλέκεται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης δεν μπορεί να αλλάξει την κατάσταση ταλαιπωρίας του τραυματία, αλλά μπορεί να αλλάξει τη στάση του απέναντιστην κατάσταση αυτή και έτσι να μην επηρεαστεί από αυτό που συμβαίνει. Αυτός ακριβώς είναι ο σκοπός αυτού του οδηγού, να αυξήσει την ευαισθητοποίηση σχετικά με τις συνέπειες που μπορεί να προκύψουν από την άμεση συμμετοχή στη διάσωση ζώων και τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αναπτυχθεί ανθεκτικότητα για να ξεπεραστούν αυτές οι πιθανές επακόλουθες.

Κεφάλαιο 1

Τι είναι η κατάσταση έκτακτης ανάγκης;

Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης είναι μια κατάσταση, μια κατάσταση κινδύνου, η οποία υποδεικνύει την ανάγκη ανάληψης δράσης, για τη λήψη απόφασης. Ως έκτακτη ανάγκη ορίζεται κάθε παθολογική κατάσταση, συνήθως με απότομη έναρξη και ταχεία εξέλιξη, η οποία, χωρίς κατάλληλη θεραπεία, απειλεί την επιβίωση ή τη λειτουργία ζωτικών οργάνων από λεπτά έως ώρες. Μια μεγάλη κατάσταση έκτακτης ανάγκης, ή καταστροφή, ορίζεται ως ένα επιζήμιο γεγονός για την εμπλεκόμενη κοινότητα, το οποίο διαταράσσει την καθιερωμένη τάξη ή δημιουργεί μια κατάσταση, η οποία προκαλεί ανισορροπία μεταξύ των αναγκών των θυμάτων και των διαθέσιμων πόρων για την αντιμετώπιση των αναγκών για βοήθεια.

Σε κάθε περίπτωση, η επικαιρότητα και η ποιότητα της ανταπόκρισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας και σε καταστάσεις επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης αποθαρρύνουν το αποτέλεσμα, τόσο από ανθρώπινη άποψη όσο και από την άποψη της απώλειας ζωών. Οι επαγγελματίες που εργάζονται σε χώρους έκτακτης ανάγκης, σε κρίσιμες καταστάσεις όπου οι ασθενείς νοσηλεύονται, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν άγχος λόγω της μεγάλης ευθύνης που αναλαμβάνουν να σώσουν όσο το δυνατόν περισσότερες ζωές. Αυτό οφείλεται στη σημασία των αποφάσεων που λαμβάνουν, στην πολυπλοκότητα της παρέμβασης και στις συνθήκες υπό τις οποίες εκτελείται το έργο τους. Όλα αυτά οδηγούν σε αναπόφευκτη συναισθηματική εμπλοκή και υψηλό επίπεδο άγχους. Το άγχος νοείται ως η φυσιολογική, ψυχολογική και συμπεριφορική αντίδραση του σώματος σε οποιοδήποτε ερέθισμα ή αγχωτική κατάσταση στην οποία το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί σε εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που θέτουν σε κίνδυνο την ψυχοφυσική ισορροπία. Οι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να προκαλέσουν άγχος σχετίζονται με το βαθμό ευθύνης των επαγγελματιών υγείας, την υπερφόρτωση εργασίας και την πίεση χρόνου, την επαφή με το θάνατο, τη θλίψη, τη σύγκρουση και την ασάφεια του ρόλου, το οργανωτικό κλίμα, την ακανόνιστη κατάσταση, την αστάθεια του χώρου εργασίας, τα προβλήματα αλληλεξάρτησης με τη διεπιστημονική ομάδα και πολλά άλλα. Όλα αυτά επηρεάζουν επίσης την ποιότητα της προσωπικής ζωής του επαγγελματία. Οι μόνιμες αγχωτικές καταστάσεις, εάν δεν εντοπιστούν και

ξεπεραστών εγκαίρως, μπορούν να οδηγήσουν σε διάφορες ιατρικές και ψυχολογικές διαταραχές που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών του εργαζομένου με το εργασιακό του περιβάλλον. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης, δηλαδή οι μηχανισμοί άμυνας, που χρησιμοποιούν αυτοί οι εργαζόμενοι στην επαγγελματική τους πρακτική θα είναι καθοριστικές για την κατανόηση της δυναμικής που οδηγεί σε υψηλότερο ή χαμηλότερο κίνδυνο να υποστούν αρνητικές συνέπειες. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να αναλυθούν και να κατανοηθούν έννοιες όπως το άγχος, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η επαγγελματική εξουθένωση, η αντιμετώπιση της ανθεκτικότητας και οι σχετικοί παράγοντες που εμπλέκονται.



1.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις για τους εργαζομένους έκτακτης ανάγκης

Ακόμη και στα καλύτερα συστήματα έκτακτης ανάγκης, οι διασώστες, εκπαιδευμένοι να σώζουν ζωές, συχνά δεν είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν, ειδικά όταν αντιμετωπίζουν σοβαρό τραυματισμό ή θάνατο νέων ή παιδιών ή σε καταστροφικά συμβάντα. Οι διασώστες, οι οποίοι έρχονται σε συναισθηματική επαφή με τους ασθενείς, έχουν ένα είδος παράδοξου καθήκοντος, το οποίο είναι να λειτουργούν με «υγιή» τρόπο σε ένα σενάριο όπου οι άλλοι επιτρέπεται να λειτουργούν με αμυντικό, μερικές φορές επιθετικό, χαοτικό, συγκεχυμένο κ.λπ., τον οποίο υιοθετούν μπροστά σε ένα γεγονός όπως μια έκτακτη ανάγκη ή μια καταστροφή.

Η εργασία σε συνεχή επαφή με τον πόνο και την έκθεση σε επικίνδυνες καταστάσεις συνεπάγεται πιθανό ψυχολογικό κίνδυνο. Ο έμμεσος τραυματισμός είναι ένα είδος διαδικασίας με την οποία η εσωτερική εμπειρία του διασώστη μπορεί να μετατραπεί σε μια αρνητική εμπειρία λόγω της ενσυναισθητικής εμπλοκής του διασώστη με το τραυματισμένο άτομο. Κάποιος μπορεί να μιλήσει για ψυχική μόλυνση, που μπορεί να οδηγήσει σε πραγματικές διαρθρωτικές αλλαγές στην προσωπική και επαγγελματική ταυτότητα του διασώστη. Όταν η σχέση με το θύμα ή η κατάσταση που αντιμετωπίζει προκαλεί ανεπίλυτες προσωπικές καταστάσεις στον διασώστη, ο διασώστης θα ανταποκριθεί με μη αντικειμενικό τρόπο. Η διαδικασία ταυτοποίησης που συνδέεται με αυτή την εμπειρία μπορεί να οδηγήσει σε άμεση εμπλοκή του διασώστη, έτσι ώστε στην παρέμβαση να χάσει τα απαραίτητα χαρακτηριστικά επαγγελματισμού.

Ο διασώστης, με τη συσσώρευση ψυχικής κόπωσης, μπορεί να καταλήξει να αλλάξει τον τρόπο που βλέπει τα πράγματα, την αυτοεκτίμησή του και την αντίληψή του για την επαγγελματική του ικανότητα και ικανότητα. Αυτό είναι ότιοι διασώστες, στο έργο τους, αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν ισχυρές συναισθηματικές καταστάσεις, να αντιμετωπίσουν βαριά συναισθηματικά φορτία, να διαχειριστούν εκδηλώσεις άγχους και επιθετικότητας, να αντιμετωπίσουν τις προοπτικές θανάτου, θλίψης και φόβου που εμψυχώνουν τα θύματα με τα οποία αλληλεπιδρούν.

Ο ισχυρός συναισθηματικός αντίκτυπος είναι ένα πρόβλημα που εμφανίζεται όχι μόνο σε δραματικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης εκτός νοσοκομείου, αλλά είναι επίσης μια σταθερά για όσους εργάζονται στην κρίσιμη περιοχή, όπως στην αίθουσα έκτακτης ανάγκης, στις μονάδες εντατικής θεραπείας, στην αποστολή έκτακτης ανάγκης κ.λπ. *Οι πιο σημαντικές καταστάσεις περιλαμβάνουν:*

- τη δυσκολία επικοινωνίας που μπορεί να συναντήσει κατά την πρώτη επαφή με τον ασθενή και την οικογένειά του.

- την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των πιο σοβαρών παθολογιών, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική απογοήτευση και ενδεχομένως αδικαιολόγητη απόδοση ευθυνών.

- επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας μετά από ένα απροσδόκητο γεγονός ή θλιβερή είδηση, ανακοινώνοντας σοβαρές συνέπειες ή θάνατο.

Επίσης, σύμφωνα με τους Figley (2002) και Moreno (2004), γενικά σε εργασίες διάσωσης έκτακτης ανάγκης, μπορεί να συμβεί μια παραμορφωμένη

κατάσταση συμπεριφοράς, η οποία ονομάζεται **κόπωση συμπόνιας**. Τα συμπτώματα αυτής της κατάστασης μπορεί να είναι:

- Επανεμφάνιση - ξαναζώντας ή θυμόμαστε μια εξαιρετικά συναισθηματική έκτακτη ανάγκη.

- Αποφυγή (αποστασιοποίηση στάσεων, τόσο σωματικών όσο και συναισθηματικών, απέναντι στους ανθρώπους, όχι μόνο στους ασθενείς), ή υπερβολική συμμετοχή (αναλαμβάνοντας την ευθύνη όλων των καταστάσεων του ασθενούς, ο διασώστης νομίζει ότι μόνο αυτός μπορεί να βοηθήσει).

- Υπερκινητικότητα (κατάσταση έντασης, συνεχής επαγρύπνηση και αντιδραστικότητα). Στη συνέχεια, στο *literature* δημιουργήθηκε από τους Lynch and Lobo (2012) και Soberats (2014), σημειώθηκαν οι διάφορες συνέπειες που αποδίδονται σε αυτό το φαινόμενο, συμπεριλαμβανομένων ψυχολογικών, συμπεριφορικών, σχεσιακών και σωματικών πτυχών. Στην ψυχολογική διάσταση αναφερόμαστε στην αυξανόμενη αποστροφή και την υπερκριτική στάση απέναντι στους ασθενείς, με ανεπαρκή ανάπτυξη κρίσεων και κυνική στάση απέναντι στους άλλους, συμπεριλαμβανομένου του αποκλεισμού των άλλων. Η προοπτική της αυτο-αποτελεσματικότητας μειώνεται, εμφανίζονται επίσης καταστάσεις που σχετίζονται με την απάθεια, την κατάθλιψη, το άγχος, την απομόνωση, την ευθύνη και την ενοχή, τη μισαλλοδοξία, καθώς και παρεμβατικές και επαναλαμβανόμενες σκέψεις και εικόνες για τους ασθενείς γενικά. Και έντονα συναισθήματα, όπως ο θυμός, η θλίψη, το άγχος, μπορεί επίσης να εμφανιστούν στην εργασία.

Ο διασώστης μπορεί επίσης να βιώσει αύξηση της προσωπικής ευπάθειας ή έλλειψη ασφάλειας, προκαλώντας συναισθήματα δυσπιστίας προς τους άλλους (οικογένεια, ασθενείς, συναδέλφους), πιστεύοντας ότι δεν είναι ικανοί να διαχειριστούν το πρόβλημα. Επιπλέον, επισημαίνεται επίσης η δυσαρέσκεια με την εργασία, η αρνητικότητα και η ευερεθιστότητα, καθώς και η δυσκολία διατήρησης ισορροπίας μεταξύ ενσυναίσθησης και αντικειμενικότητας. Η συμπεριφορική διάσταση αναδεικνύει ψυχαναγκαστικές ή εθιστικές συμπεριφορές με αύξηση της κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης καπνού. Ομοίως, υπάρχουν δυσκολίες στη διατήρηση της συγκέντρωσης και της οργάνωσης, διαταραχές του ύπνου, αποφευκτικές στάσεις απέναντι στον εαυτό, την οικογένεια και την κατάσταση γενικά, ακόμη και φόβος να πάει στη δουλειά.

Μέσα στη σωματική διάσταση επισημαίνονται τα εξής: κόπωση, αλλαγές βάρους, μυϊκή εξάντληση, κεφαλαλγία και πόνος στο στομάχι, ταχυκαρδία, μειωμένο

ανοσοποιητικό σύστημα ή/και επιδείνωση ήδη υπάρχουσών διαταραχών και ευαισθησία σε ατυχήματα.

Όσον αφορά τη σχεσιακή διάσταση, μπορεί να υπάρχει αποστασιοποίηση και εγκατάλειψη των προσωπικών σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους λόγω της τάσης να πιστεύουμε ότι οι άλλοι δεν καταλαβαίνουν τη δουλειά που κάνει ο διασώστης και την προσπάθεια που συνεπάγεται. Η απάθεια, η ευερεθιστότητα και η δυσπιστία που αναφέρθηκαν παραπάνω προκύπτουν επίσης.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτή τη συμπτωματική εικόνα, συγγραφείς όπως οι Dutton και Rubinstein (1995), Beaton and Murphy (1995) και Figley (1995) έχουν αναπτύξει επεξηγηματικά μοντέλα της φύσης της συμπτώνας. Περιγράφουν ότι το στοιχείο που καθορίζει πώς και γιατί μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν κόπωση συμπτώνας, ενώ άλλοι όχι, είναι η ενσυναίσθηση, που θεωρείται βασικός πόρος για όσους εργάζονται με τραύμα ή επιληπτικές κρίσεις, καθώς τους επιτρέπει να αξιολογήσουν το πρόβλημα για να βρουν τις κατάλληλες λύσεις.

Έτσι, ο Figley (1995), στο μοντέλο του, περιγράφει τέσσερις παράγοντες που σχετίζονται με τον επαγγελματία έκτακτης ανάγκης που παίζουν σημαντικό ρόλο στην προδιάθεση να βιώσουν κόπωση συμπτώνας:

- ικανότητα ενσυναίσθησης,
- συμπεριφορά έναντι του θύματος,
- ικανότητα σαφούς διάκρισης μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.
- αίσθημα ικανοποίησης από την παροχή βοήθειας.

Αυτό το μοντέλο δείχνει ότι η ενσυναίσθηση βοηθά στην κατανόηση της τραυματικής διαδικασίας που βιώνει το θύμα, αλλά κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας κατανόησης, ο διασώστης μπορεί να τραυματιστεί. Επιπλέον, μια αυξημένη αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία που έχει γίνει και ένα certaσε απόσταση από τον πόνο του θύματος μπορεί να είναι προστατευτικές μεταβλητές της κόπωσης συμπτώνας.

Λαμβάνοντας υπόψη ένα άλλο προτεινόμενο μοντέλο, οι Dutton και Rubinstein (1995) δηλώνουν ότι η κόπωση συμπτώνας εξηγείται από:

- Το τραυματικό γεγονός στο οποίο εκτέθηκε ο επαγγελματίας,
- τις αντιδράσεις του διασώστη στο γεγονός αυτό,
- τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί,
- το προσωπικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται.

Από την άλλη, η ταύτιση με το θύμα τραύματος οδηγεί στην ανάπτυξη ακατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως υπερπροστατευτικές συμπεριφορές ή υπερβολική προσοχή στο θύμα, που μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα άγχους και νευρικότητας (Valent, 1995).

Όσον αφορά την πτυχή του προσωπικού και περιβαλλοντικού πλαισίου στο οποίο βρίσκεται ο επαγγελματίας, οι Beaton και Murphy (1995) ανέπτυξαν ένα μοντέλο με στοιχεία παρόμοια με αυτά που καθιέρωσαν οι Dutton και Rubinstein (1995), αλλά υπογραμμίζοντας το ρόλο των οργανωτικών παραγόντων (σύγκρουση ρόλων, πολιτιστικοί κανόνες, τύπος οργάνωσης, μεταξύ άλλων) ὡς ορισμένα προσωπικά χαρακτηριστικά (επαγγελματική κατάρτιση, πολυετής εμπειρία, κοινωνική υποστήριξη κ.λπ.) ως μεσολαβητικά στοιχεία που μπορούν να ενισχύσουν την εμπειρία της κόπωσης συμπίονιας.

Με αυτή την έννοια, οι παράγοντες που προδιαθέτουν στον πόνο της συμπίονιας, εάν εκδηλωθούν από κοινού, έντονα και συνεχώς με την πάροδο του χρόνου, είναι:

Μεμονωμένοι παράγοντες:

- Έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων,
- έλλειψη αυτοελέγχου,
- συσσωρευμένο άγχος,
- μικρή εμπειρία εργασίας σε καταστάσεις τραύματος ή κρίσης,
- χρήση ανεπαρκών στρατηγικών αντιμετώπισης.

Οργανωτικοί παράγοντες:

- Μια εταιρική κουλτούρα που ούτε εκτιμά ούτε αναγνωρίζει συναισθηματικές μεταβλητές,
- ανεπαρκής καθοδήγηση από τους επόπτες,
- άστατες 12ωρες ή 14ωρες βάρδιες.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η συμπίονια, η κόπωση και η εξάντληση είναι διαφορετικές έννοιες. Διαφέρουν στο ότι η κόπωση συμπίονιας είναι η φυσική συνέπεια της φροντίδας των ανθρώπων που πονούν, παρά μια απάντηση στο εργασιακό περιβάλλον, όπως η εξουθένωση. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια σταδιακή διαδικασία ως σωρευτική απάντηση στο μακροχρόνιο χρόνιο εργασιακό άγχος, ενώ η κόπωση συμπίονιας μπορεί να συμβεί ως οξεία, ξαφνική διαδικασία αμέσως μετά από μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης στην οποία ο διασώστης έχει παράσχει την πρώτη βοήθεια.

Ως εκ τούτου, οι κοινωνιολογικές και ψυχολογικές πτυχές είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Η κοινωνιολογική προοπτική πλαισιώνει την ψυχοκοινωνική στο πλαίσιο των συνθηκών εργασίας, οι οποίες περιλαμβάνουν οργανωτικές μορφές και τεχνικές διαδικασίες, οι οποίες με τη σειρά τους οδηγούν σε δυσλειτουργικές ψυχολογικές και συμπεριφορικές συνέπειες στους διασώστες. Η ψυχολογική προοπτική, από την άλλη πλευρά, επικεντρώνεται στις γνωστικές, συναισθηματικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πτυχές του εργαζομένου ή στις πτυχές υγείας της προσωπικής του κατάστασης.

Επομένως, το ιατρικό προσωπικό έκτακτης ανάγκης **χρειάζεται ειδική εκπαίδευση και υποστήριξη** για να αντιμετωπίσει τις πολλές καταστάσεις έντονου ψυχολογικού και συναισθηματικού αντίκτυπου, έτσι ώστε να συνδυάσει την επαγγελματική νοσηλευτική ικανότητα με τη σχεσιακή και συναισθηματική ικανότητα.

1.2. Συναισθήματα στο προσωπικό έκτακτης ανάγκης

Η γένεση των συναισθημάτων

Το προσωπικό που ενεργεί σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης δεν εξαιρείται από την εμπειρία βαθιών συναισθημάτων και συναισθημάτων: η αντιμετώπιση των συναισθημάτων των θυμάτων μπορεί να ξυπνήσει προσωπικές εμπειρίες. Εάν οι ανταποκριτές έκτακτης ανάγκης (γιατροί, νοσηλευτές, πυροσβέστες, εθελοντές, αστυνομικοί) δεν γνωρίζουν τα συναισθήματά τους και τις συναισθηματικές αντιδράσεις, είναι απίθανο να είναι σε θέση να ελέγξουν τα συναισθήματά τους όταν είναι απαραίτητο. Είναι επαγγελματικά χρήσιμο για αυτούς να είναι συναισθηματικά ικανοί τόσο σε σχέση με τον εαυτό τους όσο και με τα θύματα, διότι στη διαδικασία φροντίδας δεν είναι πάντα δυνατό να επιδιωχθούν σταθεροί στόχοι ή αποτελέσματα αλλαγής. Μερικές φορές η μόνη δυνατή βοήθεια είναι να παραμείνουν κοντά στο θύμα και να ανακουφίσουν τον πόνο τους.

Με αυτόν τον τρόπο, το προσωπικό που εμπλέκεται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης θα είναι σε θέση να είναι κοντά στο θύμα στο βαθμό που έχει αποκτήσει την ικανότητα να αναγνωρίζει και να διαχειρίζεται κατάλληλα τα συναισθήματα και τα συναισθήματά του. Προκειμένου τα συναισθήματα και τα συναισθήματα να μην εκλαμβάνονται ως απειλητικά ή επικίνδυνα, θα πρέπει να αναγνωρίζονται ως διαχειρίσιμα. Τα συναισθήματα και τα συναισθήματα δεν είναι ούτε καλά ούτε κακά, η έκφρασή τους προάγει τη σχέση, της δίνει σαφήνεια και αντιστοιχία και χρησιμεύει επίσης για να τροφοδοτήσει τα κίνητρα.

Οι πιο απτές πτυχές οποιασδήποτε έκτακτης ανάγκης σχετίζονται με τις ζημιές στη ζωή και την περιουσία, οι οποίες διαμορφώνουν την κλίμακα του τι συνέβη και ενεργοποιούν στρατηγικές διάσωσης. Ωστόσο, σε οποιαδήποτε τέτοια κατάσταση, τα πραγματικά στοιχεία σχετίζονται με την εμπειρία μεμονωμένων επιζώντων, μαρτύρων και διασωστών, η οποία μπορεί να προκαλέσει βαθιές πληγές και η οποία μπορεί να τονιστεί από ένα κεντρικό συναίσθημα, δηλαδή τον φόβο. *Τι είναι όμως ο φόβος και τι αξία έχει για τα άτομα;* Ποια είναι η διαφορά μεταξύ φόβου, άγχους και αγωνίας και πώς σχετίζονται αυτές οι εμπειρίες με το στρες και τις μετατραυματικές παθολογίες; Τι ρόλο παίζει ο ανθρώπινος εγκέφαλος, η αντίληψη και η σκέψη στη ρύθμιση των συναισθημάτων; Τι είναι το συναίσθημα και πού δημιουργείται;

Κάθε συναίσθημα είναι μια αίσθηση που δημιουργείται από τραχιές εκφραστικές-συμπεριφορικές και φυσιολογικές αλλαγές και είναι το αποτέλεσμα μιας σύνθετης, πολυδιάστατης και διαδικαστικής εμπειρίας που οργανώνει και διαμεσολαβεί τη σχέση με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, επιτρέποντάς μας να αξιολογήσουμε εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα με βάση τη σημασία που τους αποδίδουμε. Τα συναισθήματα ρυθμίζουν την κατάσταση ενεργοποίησης του σώματός μας, δημιουργώντας τη φυσιολογική απόκριση που αρμόζει στην κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπίσουμε και καθοδηγώντας τις τάσεις μας να δράσουμε. Σύμφωνα με μια ψυχολογική προοπτική, η συναισθηματική κατάσταση είναι το αποτέλεσμα της συνδυασμένης δράσης διαφορετικών γνωστικών διαδικασιών όπως η αντίληψη, η προσοχή, η μνήμη, η φαντασία, η σκέψη. Τα συναισθήματα είναι το αποτέλεσμα της προσωπικής μας πολιτιστικής κληρονομιάς από την προηγούμενη εμπειρία μέσω της μνήμης και της μάθησης. Προκύπτουν επίσης από το κοινωνικό πλαίσιο αναφοράς, μέσω κανόνων, απαγορεύσεων και κανόνων, που καθοδηγούν τα συστήματα αντίληψης και σκέψης. Ακόμη και οι πιο δημιουργικές πτυχές των λειτουργιών σκέψης μας και αυτές που περιγράφονται στη Διάσταση C οπτον ως πτυχές της προσωπικότητας παίζουν σημαντικό ρόλο στη νευροφυσιολογική γένεση των συναισθημάτων. Έτσι, η αξιολόγηση της πραγματικότητας είναι το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης διαδικασίας στην οποία ψυχολογικοί, κοινωνικοί και νευροφυσιολογικοί παράγοντες κατευθύνουν και υποκινούν τη συμπεριφορά και δημιουργούν και δίνουν νόημα στα συναισθήματα. Έτσι, διαφορετικές πληγές στην ψυχολογική σφαίρα κάθε ατόμου και ψυχολογικές πληγές μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στην ψυχοφυσική υγεία.

Έχει τεθεί το ερώτημα αν ο φόβος, ο θυμός, η χαρά είναι ψυχικές ή σωματικές διαδικασίες; Η συναισθηματική εμπειρία συνδέεται με αλλαγές στο σώμα μας που επηρεάζουν διαφορετικά επίπεδα: αυτό της υποκειμενικής μας εμπειρίας, δηλαδή αυτό που αισθανόμαστε, ή το φυσιολογικό επίπεδο, μέσω αλλαγών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο φαινομενολογικό επίπεδο, το εκφραστικό-συμπεριφορικό σύστημα, δηλαδή τις εκφράσεις του προσώπου και τις συμπεριφορικές αντιδράσεις, που συνοδεύουν την υποκειμενική εμπειρία.

Η έδρα των συναισθημάτων μας βρίσκεται στον εγκέφαλο και αφορά κυρίως το φυλογενετικά αρχαίο μεταιχμιακό σύστημα, το οποίο δεν πρέπει να θεωρείται ανατομική οντότητα, αλλά μάλλον ένα νευροφυσιολογικό σύστημα το οποίο, εκτός από βασικό ρόλο στις συμπεριφορικές αντιδράσεις, τη μάθηση, τη μνήμη και την όσφρηση, εκτελεί διάφορες λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της ρύθμισης των συναισθηματικών διεργασιών, γι 'αυτό ονομάζεται επίσης συναισθηματικός εγκέφαλος. Το μεταιχμιακό σύστημα βρίσκεται κάτω από τον εγκεφαλικό φλοιό και αποτελείται από διάφορες δομές, συμπεριλαμβανομένου του ιππόκαμπου, της αμυγδαλής και του υποθαλάμου που εμπλέκονται σε συναισθηματικές διεργασίες. Η αμυγδαλή, μια formation, που ανήκει στο μεταιχμιακό σύστημα εμπλέκεται στη συναισθηματική, γνωστική, αυτόνομη και ενδοκρινική απόκριση στο στρες. Αυτός ο μικρός αδένας παίζει κεντρικό ρόλο στην επεξεργασία των συναισθημάτων, ιδιαίτερα του φόβου, και εμπλέκεται στο σχηματισμό αναμνήσεων που σχετίζονται με συναισθηματικά σημαντικά γεγονότα: επεξεργάζεται πληροφορίες από τα όργανα και ενεργοποιεί αμέσως τις αντιδράσεις του σώματος σε συναισθηματικά φορτισμένα ερεθίσματα.



Αυτό σημαίνει ότι ένα ερέθισμα, εάν συνδέεται με μια εμπειρία κινδύνου, μπορεί να γίνει αντιληπτό ως επικίνδυνο και να προκαλέσει μια σειρά φυσικών και λογικών αντιδράσεων φόβου. Η αμυγδαλή επικοινωνεί στην πραγματικότητα με τον υποθάλαμο ο οποίος, ενεργοποιώντας το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, είναι υπεύθυνος για τη διατήρηση ή την απώλεια της κατάστασης ομοιόστασης του σώματός μας (εξισορρόπηση) ρυθμίζοντας τη θερμοκρασία του σώματος, τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση, τα συναισθήματα πείνας και δίψας και τον ρυθμό ύπνου-αφύπνισης. Εκτελεί επίσης μια ενδοκρινική λειτουργία εκκρίνοντας ορμόνες σημαντικές για το σώμα μας. Όταν ο κίνδυνος είναι έμπειρος, αυτός ο μικρός αδένας καταφέρνει να θέσει τον εγκέφαλο σε κατάσταση αυτοπροστασίας, μειώνοντας τους πόρους μνήμης και εκτρέποντάς τους σε άλλες περιοχές για να κρατήσει τις αισθήσεις σε κατάσταση συναγερμού, ειδικά με στόχο την επιβίωση. Ποια είναι όμως η διαδικασία που ρυθμίζει την αντίληψη κινδύνου;

Αντίληψη κινδύνου

Η αντίληψη είναι επίσης μια πολύ σύνθετη γνωστική λειτουργία. Στην πραγματικότητα, πρέπει να διακρίνουμε μεταξύ αυτού που λαμβάνουμε μέσω των μητρών αισθήσεών μας (όραση, αφή, όσφρηση, γεύση, ακοή) και αυτού που ερμηνεύουμε. Το χρώμα, για παράδειγμα, δεν υπάρχει. ο κόσμος γύρω μας δεν είναι χρωματισμένος, γιατί αυτό που ερμηνεύουμε ως ένα άλλο χρώμα δεν είναι τίποτα περισσότερο από «πακέτα ενέργειας», φωτόνια, που ταξιδεύουν σε διαφορετικά μήκη κύματος. Με βάση το μήκος κύματος, ο εγκέφαλός μας λαμβάνει σήματα σε διαφορετικές κατευθύνσεις και πρέπει να τα ερμηνεύσει. Το ίδιο και οι emotional αντιδράσεις μας μπορούν να μετατρέψουν τα εξωτερικά ερεθίσματα σε χρόνιο στρες, για το οποίο δεν είμαστε βιολογικά προγραμματισμένοι εξελικτικά, αλλά με το οποίο ερχόμαστε να ζήσουμε, λόγω πολύπλοκης γνωστικής επεξεργασίας, αποτέλεσμα βιωματικής, πολιτισμικής και κοινωνικής μάθησης. Αλλά οι επιρροές και η πολιτισμική προετοιμασία μπορούν επίσης να λειτουργήσουν ως ανασταλτικοί παράγοντες στη ρύθμιση των συναισθημάτων και στην αντίληψη των κινδύνων που έχουμε προγραμματιστεί να αναγνωρίζουμε. Εμβληματικό από αυτή την άποψη είναι το «*Lunch atop a Skyscraper*», η διάσημη φωτογραφία που τράβηξε ο Charles C. Ebb το 1932 κατά τη διάρκεια της κατασκευής του κτιρίου GE στο Rockefeller Center, δείχνοντας έντεκα τοιχοποιούς να κάθονται σε μια χαλύβδινη δοκό εκατοντάδες πόδια πάνω από τη Νέα Υόρκη, τρώγοντας, σαν να μην υπήρχε τίποτα επικίνδυνο στη δράση. Δεν ερμήνευσαν την κατάσταση στην οποία βρέθηκαν

ως επικίνδυνη και κατά συνέπεια είχαν ελάχιστη αντίληψη του κινδύνου στον οποίο εκτέθηκαν.



Ως εκ τούτου, η μάθηση, μέσω πληροφοριών σχετικά με την κοινωνική ερμηνεία των γεγονότων, διαμεσολαβεί σε επίπεδα αποδοχής κινδύνου. Ο Research σε αυτό το θέμα έχει δείξει ότι σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης και της αντικειμενικής εκτίμησης του κινδύνου (Slovic, 2001). Εν ολίγοις, συμβαίνει ότι οι άνθρωποι μερικές φορές φοβούνται δραστηριότητες που δεν είναι πραγματικά επικίνδυνες και δεν φοβούνται δραστηριότητες που θα μπορούσαν να έχουν πολλές δραματικές συνέπειες. Αυτές οι διαδικασίες, που ονομάζονται ευρετικές, παίζουν θεμελιώδη νοητικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αξιολογούν τον κίνδυνο μιας δραστηριότητας. Συγκεκριμένα, είναι στοχαστικές στρατηγικές που γενικά λειτουργούν σε μη συνειδητό επίπεδο. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα που πέτυχαν οι επιστήμονες στην αντίληψη κινδύνου ήταν να αποκαλύψουν ότι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο και τη σχέση μεταξύ κινδύνου και ανταμοιβής με τρόπο διαφορετικό από την πραγματικότητα. Στην πραγματικότητα, από αντικειμενική άποψη, πολλές δραστηριότητες που ενέχουν πιθανό κίνδυνο προσφέρουν επίσης ανταμοιβές (σκεφτείτε τις ακτίνες X στην ιατρική πρακτική). Ωστόσο, στο μυαλό των ανθρώπων αυτοί οι δύο παράγοντες συσχετίζονται αρνητικά. Εάν ένα άτομο αντιλαμβάνεται μια τέτοια δραστηριότητα ως επικίνδυνη, τότε θα συσχετίσει ένα χαμηλό όφελος με το it, ενώ εάν αντιλαμβάνεται μια δραστηριότητα ως ασφαλή, τότε θα συσχετίσει ένα υψηλό όφελος με αυτό. Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο δεν πετάξει από φόβο ατυχήματος, τότε μπορεί να αντιληφθεί αυτή τη δραστηριότητα ως πολύ επικίνδυνη

και ανθυγιεινή, σε αντίθεση με εκείνους που θεωρούν ότι η πτήση είναι δύσκολη επειδή τους επιτρέπει να ταξιδεύουν σχετικά γρήγορα και που θα υποτιμήσουν τον κίνδυνο. Αυτός ο τρόπος σκέψης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πώς λειτουργεί το ανθρώπινο γνωστικό σύστημα και συνδέεται ιδιαίτερα με τη χρήση του λεγόμενου δαισθητικού συστήματος σκέψης που λειτουργεί κυρίως σε ασυνείδητο επίπεδο και επηρεάζει τις συνειδητές μας κρίσεις για τις συναισθηματικές αντιδράσεις που συνδέουμε με διαφορετικά ερεθίσματα. Έτσι, στην πραγματικότητα, αυτό που βλέπουμε είναι το αποτέλεσμα της ασυνείδητης ερμηνείας. Τόσο πολύ που ένας από τους κορυφαίους επιστήμονες της σύγχρονης γνωστικής νευροεπιστήμης, ο Michael Gazzaniga, έχει γράψει ότι ο συνειδητός νους είναι πάντα ο τελευταίος που γνωρίζει πράγματα, επειδή αυτός που γνωρίζει πρώτος είναι ο υποσυνείδητος νους, ο οποίος αποκωδικοποιεί τις πληροφορίες και επιστρέφει στην επίγνωση μετά από έναν μηχανισμό φιλτραρίσματος. Οι άνθρωποι μπορούν να βιώσουν ένα αίσθημα άγχους χωρίς να γνωρίζουν τι το προκαλεί. Σε γενικές γραμμές έχουμε συνηθίσει να χρησιμοποιούμε αυτόν τον όρο αλληλεπικαλυπτόμενος με φόβο, αλλά υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο συναισθημάτων. Είναι πολύ παρόμοια, γι 'αυτό κωδικοποιούνται στον εγκέφαλο από τις ίδιες περιοχές και οι πληροφορίες που προέρχονται από αυτές μεταδίδονται μέσω των ίδιων αρχείων.

Ο φόβος λοιπόν είναι ένα πρωταρχικό συναίσθημα, το οποίο είναι έμφυτο, διέπεται κυρίως από ένστικτο και είναι απαραίτητο για την επιβίωση του ατόμου σε μια επικίνδυνη κατάσταση που αναγνωρίζεται ως τέτοια ακόμη και χωρίς τη μεσολάβηση της σκέψης, καθώς υπάρχει νευρολογικός προγραμματισμός για την ανταπόκριση σε ορισμένα ερεθίσματα, όπως το σκοτάδι, για παράδειγμα. Ο φόβος εκφράζεται σωματικά μέσω μιας σειράς αλλαγών στη νευροφυσιολογική δραστηριότητα κάθε φορά που γίνεται αντιληπτός ένας πιθανός κίνδυνος για την ασφάλειά του και είναι θεμελιώδης ακριβώς επειδή σηματοδοτεί έναν επικείμενο κίνδυνο που απειλεί την ψυχοφυσική ακεραιότητα. Έτσι, όταν γίνεται αντιληπτός ένας εξωτερικός κίνδυνος, τα αισθητήρια όργανα καταγράφουν μια κατάσταση συναγερμού που οδηγεί σε μια νευρική είσοδο με στόχο την ενεργοποίηση μιας περιοχής του εγκεφάλου, από την οποία προκύπτει μια σειρά φυσιολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων.



Η αντίληψη του φόβου και οι συνεπείς συμπεριφορικές αντιδράσεις είναι καθοριστικές για την περιβαλλοντική προσαρμογή και την επιβίωση των ειδών. Η ενεργοποίηση του νευρικού συστήματος καθορίζει την αντίληψη του κινδύνου, μια διαδικασία προσαρμογής και διάφορες πιθανές φυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες (αγώνας, πτήση, πάγωμα). Έτσι, ο φόβος προστατεύει και σώζει τη ζωή μας και έχει θετική λειτουργία, καθώς ενεργοποιεί μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης και συναγερμού, προετοιμάζοντας το μυαλό και το σώμα να αντιδράσουν σε μια επικίνδυνη κατάσταση. Επιπλέον, το σύστημα επιβίωσής μας είναι προγραμματισμένο να αποφεύγει τις συνέπειες κάθε πιθανής πηγής άγνωστου κινδύνου μέσω ενός συστήματος αναγνώρισης με συσχέτιση ή ομοιότητα. Επομένως, ακόμη και νέα ερεθίσματα που είναι παρόμοια με τον κίνδυνο θα είναι σε θέση να προκαλέσουν αντιδράσεις φόβου που επιτρέπουν αποτελεσματική άμυνα. Τέλος, ακόμη και σε όλα τα ζωικά είδη, η ιδιαίτερη έκφραση του φόβου παίζει σημαντικό επικοινωνιακό ρόλο.

Επομένως, ο φόβος δεν είναι ποτέ άχρηστος και σχετίζεται με την αντίληψη ενός τρέχοντος κινδύνου. Ενώ ο φόβος είναι ένα πρωταρχικό συναίσθημα που ενεργοποιείται ως απάντηση σε μια συγκεκριμένη απειλή ή σε ένα πραγματικά επικίνδυνο αντικείμενο, το **άγχος**, από την άλλη πλευρά, είναι ένα υποκειμενικό συναίσθημα που προκύπτει όταν υπάρχει μια αντίληψη κινδύνου για κάτι που δεν είναι αντικειμενικά επικίνδυνο αλλά είναι η ερμηνεία και η απόδοση ενός ατόμου. Το άγχος μπορεί επίσης να είναι φυσιολογικό, εάν προκύπτει από καταστάσεις που σχετίζονται με αρνητικά γεγονότα και επιτρέπει την εφαρμογή προσαρμοστικών ή παθολογικών συμπεριφορών. Το άγχος, ειδικότερα, είναι μια λειτουργία ενός πολύπλοκου συστήματος ερμηνείας ερεθισμάτων του εγκεφάλου μας που έχει

αναπτύξει κάποιους μηχανισμούςκανούς να συμπεράνουν τις συνέπειες ενεργειών ή γεγονότων με βάση προηγούμενες εμπειρίες. Για παράδειγμα, εάν στο παρελθόν ένα γεγονός, από μόνο του ουδέτερο, συνδεόταν με έναν πραγματικό ή συμβολικό κίνδυνο, η επανεμφάνισή του θα οδηγήσει αμέσως σε ανήσυχες αντιδράσεις. Εάν, για παράδειγμα, ένα άτομο, ως παιδί, έχει βιώσει καταστάσεις στις οποίες οι γονείς του δεν τους φρόντισαν, τα συναισθήματα εγκατάλειψης που βιώνουν μπορεί να συνδέονται με όλες τις καταστάσεις στις οποίες το άτομο αυτό αισθάνεται εγκαταλελειμμένο και ως εκ τούτου γίνεταιένα νχίους χωρίς να καταλαβαίνει γιατί. Η επεξεργασία από τον εγκέφαλο ενός ερεθίσματος του κυκλώματος άγχους-φόβου πυροδοτεί μια αυτόνομη αντίδραση, οδηγώντας στα σωματικά συμπτώματα άγχους που όλοι γνωρίζουμε, όπως: αυξημένη αρτηριακή πίεση και καρδιακός ρυθμός,κτύπημα, piloerection, διαστολή της κόρης, συχνή ούρηση και γαστρεντερικά συμπτώματα.

Από τον φόβο στον πανικό σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο φόβος παράγει ένα ισχυρό συναίσθημα, ανησυχία και άγχος στο άτομο που το βιώνει, είναι μια επιλεκτική εμπειρία σημαντικής έντασης που συνοδεύεται από φυσιολογικές αλλαγές που είναι συχνά σημαντικές και ιδιαίτερα πιθανό να τροποποιήσουν την εκούσια ή ακούσια συμπεριφορά. Από τον Δαρβίνο, υπήρξε συζήτηση για το αν τα συναισθήματα είναι έμφυτα ή όχι. Τα συναισθήματα μπορεί να είναι θετικά ή αρνητικά, αλλά είναι αδύνατο να είναι ουδέτερα. Για να κατανοήσουμε το νόημα των πραγμάτων και των ανθρώπων γύρω μας, είναι συχνά το ένστικτό μας που μας καθοδηγεί. Τα συναισθήματα που μας έρχονται από έξω, τα συναισθήματα που προέρχονται από μέσα μας, καθορίζουν έτσι τη ζωή μας και την κοσμοθεωρία μας. Έτσι, η χαρά, ο φόβος, η έκπληξη, η επιθετικότητα, η ελπίδα, η ντροπή, ο θυμός, ο φόβος μπορούν όλα να εκφραστούν μέσω της μη λεκτικής γλώσσας που εκφράζουν οι άνθρωποι (και τα ζώα) όταν βιώνουν συναισθήματα.

Πτυχές του φόβου

Η φυσιολογία του φόβου χαρακτηρίζει εκείνους που βιώνουν αυτό το συναίσθημα με πολύ ακριβή τρόπο: παράλυση, ακινησία, τα μαλλιά σηκώνονται στο κεφάλι (μερικές φορές ακόμη και λεύκανση), αυξημένος καρδιακός παλμός, σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και απελευθέρωση σφιγκτήρων λόγω ξαφνικής αύξησης της κορτιζόλης, ένταση των μυών, διαστολή των μαθητών (σαν να βλέπει καλύτερα τι συμβαίνει), κρύος ιδρώτας, ξηροστομία (απόφραξη των σιελογόνων

αδένων), η γλώσσα κολλάει στο παλατινό πέπλο, άδειο αίσθημα στο στομάχι, μερικές φορές προσπαθεί να ελέγξει με ψυχαναγκαστική κίνηση(σφίξιμο των χεριών) και στη συνέχεια πτήση ή επίθεση. Έτσι, σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, αυτές οι συμπεριφορές συνδέονται με τη συναισθηματική ενεργοποίηση (διέγερση) που είναι το κυρίαρχο μέρος του συναισθήματος και την οποία το ιατρικό προσωπικό έκτακτης ανάγκης, ειδικά οι αποστολείς γραμμών έκτακτης ανάγκης, έχουν μάθει να διακρίνουν ακόμη και τηλεφωνικά, αναγνωρίζοντας τη φωνή ενός φοβισμένου ατόμου.

Ο φόβος εκδηλώνεται τόσο ως προϊόν όσο και ως αιτία γεγονότων και συνδέεται στις εκδηλώσεις του με τις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου. Η προέλευση του fear έχει συζητηθεί πολλές φορές. Ο Φρόιντ επεσήμανε πώς το αρχικό τραύμα μπορεί να δημιουργήσει μια αίσθηση άγχους στο παιδί και υπέθεσε ότι το έμβρυο μπορεί να αισθανθεί φόβο και να φορτιστεί με ένταση ακόμη και πριν γεννηθεί. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι κάθε καινοτομία μπορεί να δημιουργήσει άγχος, τουλάχιστον για λίγα δευτερόλεπτα, και στη συνέχεια, όταν η κατάσταση σταθεροποιηθεί και αρχίσει να γίνεται οικεία, το άτομο καθησυχάζεται και το ενσωματώνει στον δικό του κόσμο. Ο φόβος για το άγνωστο εισέβαλε πάντα στην ανθρώπινη φαντασία, αλλά και την εμπλούτισε και την αποπλάνησε, διεγείροντας αμυντικούς μηχανισμούς καθώς και διερευνητικές συμπεριφορές και προκλήσεις για να ξεπεράσει τα όριά του. Ο φόβος της αβύσσου, ένα φυσικό ένστικτο για τα ζώα και τους ανθρώπους (από την ηλικία των έξι μηνών), μπορεί αργότερα να μετατραπεί σε μια θανατηφόρα έλξη, που χρησιμοποιείται από πολλούς για να υπακούσει στην περιέργεια και τις επιθυμίες, η οποία έχει χαρακτηρίσει την ανθρώπινη ιστορία. Ο φόβος του σκότους, ο πιο χαρακτηριστικός φόβος του άγνωστου (μερικοί ηθολόγοι το θεωρούν έμφυτο), συνδέεται με την επιθυμία να μην μπορεί να ελέγξει κανένα κίνδυνο, καθώς ο προσανατολισμός μειώνεται, ακόμη και η αντίληψη είναι αβέβαιη, τη νύχτα οι άνθρωποι δεν μπορούν να δουν. Επιπλέον, υπάρχει η αρχέγονη ελπίδα ότι ο ήλιος μπορεί να συνεχίσει να λάμπει αύριο ή/και ο εξίσου αρχέγονος φόβος ότι αυτό μπορεί να μην είναι happen. Μπροστά στον κίνδυνο, οι άνθρωποι, όπως και τα ζώα, μπορεί να αποφασίσουν να φύγουν ή να επιτεθούν, και αυτή η συμπεριφορά αντισταθμίζει τον φόβο επίθεσης στην επικράτειά τους, στο συνηθισμένο περιβάλλον τους. Μπροστά στον κίνδυνο, συχνά προετοιμαζόμαστε αυτόματα για δράση, χρησιμοποιώντας όλες τις ατομικές μας δυνατότητες επιβίωσης. Στην πραγματικότητα, σε επικίνδυνες συνθήκες υπάρχει ένα σήμα συναγερμού μέσα μας το οποίο, αφενός, εμποδίζει τον φόβο και, αφετέρου, αυξάνει τις δυνατότητές μας για

προσοχή και αντίδραση. Αυτός ο μηχανισμός εμφανίζεται στοπροσωπικό frontline στην ιατρική έκτακτης ανάγκης. Χάρη στον ίδιο μηχανισμό, οι γιατροί, το παραϊατρικό προσωπικό, οι πυροσβέστες, οι αστυνομικοί, παρόλο που έχουν συναισθήματα φόβου, συνεχίζουν να αγωνίζονται για να σώσουν ζωές.

Υπάρχει μια υπόθεση, με αυτή την έννοια, που δείχνει την ύπαρξη ενός συστήματος αξιολόγησης (εκτίμησης) που ενεργοποιεί ή δεν ενεργοποιεί το συναίσθημα. Φυσικά, η εκτίμηση του κινδύνου ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με την κατάσταση, την κουλτούρα και το θέμα. Αυτό που μπορεί να είναι μια εμπειρία που θεωρείται επικίνδυνη για ένα άτομο είναι μια άφθονη εμπειρία για άλλους (π.χ. η ιδέα του κενού τρομοκρατεί μερικούς και ενθουσιάζει άλλους που πληρώνουν ακόμη και για να πετάξουν τον εαυτό τους από μια γέφυρα που συνδέεται με ένα λαστιχάκι). Αλλά πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι υπάρχουν μορφές φόβου. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ένας βαθύς και διαρκής φόβος είναι το άγχος. Στη συνέχεια, αυτό το άγχος μπορεί να μετατραπεί σε αγωνία μέχρι να φτάσει στον πανικό και τον τρόμο. Αυτή η αλληλουχία των αισθήσεων είναι μόνο θεωρητική, αν αναζητούσαμε μια συσχέτιση και εκλογίκευση αυτών των συναισθημάτων, αυτό θα ήταν αδύνατο αρχικά λόγω των άπειρων μεταβλητών που συνδέονται με το άτομο, τη στιγμή, το πλαίσιο. Τα ανθρώπινα όντα, ακριβώς επειδή δεν γεννιούνται τέλεια με την έννοια της ενστικτώδους και κινητικής αυτονομίας (τα περισσότερα ζώα είναι αρκετά ανεξάρτητα μετά τη γέννηση), αισθάνονται επαρκή σε ένα νέο περιβάλλον. Συχνά η περίσσεια ερεθισμάτων και αντιλήψεων, βοηθούμενη από τον γαλαξία της υπερπληροφορίας που βομβαρδίζει συνεχώς το νευρικό σύστημα, δημιουργεί χαοτικές απολύσεις που δομούν συναισθήματα χάους, σύγχυσης, αίσθησης αδυναμίας, άγχους, φόβου για το μέλλον. Αυτό το μέλλον αυξάνει σημαντικά τον πολλαπλασιασμό των φόβων και του κοινωνικού άγχους. Στην πραγματικότητα, οποιοσδήποτε φόβος μπορεί να αντιμετωπιστεί με το να τον γνωρίζουμε και να προσπαθούμε να τον διαχειριστούμε, έχοντας κατά νου ότι δεν είναι κάτι εξωτερικό (όπως ο στόχος που μας εκφοβίζει), αλλά μας επιτίθεται από μέσα και είναι ο ρυθμιστής μας. Φυσικά, ο φόβος έχει επίσης ένα ορισμένο πλεονέκτημα, καθώς ενεργοποιεί την εγρήγορση, σηματοδοτεί μια κατάσταση συναγερμού και προετοιμάζει ολόκληρο το σώμα για δράση και αντίδραση (επίθεση-πτήση). Από την άλλη πλευρά, προειδοποιεί επίσης για πιθανούς κινδύνους.

Νευρικοί φόβοι

Είναι φοβίες (από την ελληνική φοβία: νοσηρή αποστροφή σε κάποιον ή κάτι, απώθηση, ενστικτώδης φόβος) που συνδέουν το υποκείμενο εμμονικά με μια κατάσταση, την οποία αισθάνεται απειλητική, ακόμα κι αν ο ίδιος συνειδητοποιεί ότι αυτή η απειλή δεν έχει πραγματική βάση. Αυτά τα σύνδρομα έχουν διαφορετικά ονόματα ανάλογα με το αντικείμενο από το οποίο το άτομο αισθάνεται ότι απειλείται. Για παράδειγμα, η **αγοραφοβία**, ο φόβος των ανοιχτών χώρων, σχετίζεται ίσως με τον πανάρχαιο φόβο να είναι ορατός και ως εκ τούτου να ακολουθείται εύκολα από αρπακτικά ζώα, και σε κάθε περίπτωση με το άγχος του να είσαι μόνος και ανίσχυρος. Μπορεί επίσης να αυξηθεί όταν είναι κοντά σε αρκετούς people που αισθάνονται το ίδιο συναίσθημα. Αντίθετα, η **κλειστοφοβία** είναι ο φόβος των κλειστών χώρων από τους οποίους είναι δύσκολο για το άτομο να δραπέτεύσει και ο οποίος αντιστοιχεί σε μια ψυχολογική φυλακή του εαυτού, η οποία δεν μπορεί να βρει εξόδους. **To Repulsion phobiόπως**, από την άλλη πλευρά, αφορά αντικείμενα ή/και ζώα για τα οποία το άτομο αρχικά ένιωθε αηδία και τα οποία αργότερα μετατράπηκαν σε πραγματικό φόβο: αράχνες, ποντίκια, έντομα, δηλητηρίαση, πτώματα, μόλυνση κ.λπ. **Η ετεροφοβία** είναι ένα αίσθημα φόβου και μερικές φορές μίσους, ή τουλάχιστον δυσπιστίας, άλλων που είναι διαφορετικοί, ξένοι, αποκλίνοντες, εκείνοι που «εισβάλλουν στην καθημερινή μας κανονικότητα» (η οποία βρίσκεται γύρω στην ηλικία των οκτώ μηνών, όταν το παιδί αρχίζει να κάνει αντιληπτικές διακρίσεις μεταξύ γνωστών και άγνωστων ανθρώπων και κανονικά εξαφανίζεται μέσα λίγους μήνες). Ακριβώς στις πιο προηγμένες κοινωνίες εμφανίζονται μερικές φορές σοβαρά επεισόδια ρατσισμού και ξενοφοβίας, παρά το γεγονός ότι παρέχουν ισότιμο καθεστώς σε διαφορετικούς ανθρώπους και καταδικάζουν την ετεροφοβία ως έγκλημα. Στην πραγματικότητα, επομένως, ο διαφορετικός άνθρωπος γίνεται εχθρός και εχθρός, για να θεωρηθεί ως τέτοιος, πρέπει να τρομοκρατεί, όχι να εμπνέει εμπιστοσύνη, πρέπει να υπολογίζεται μεταξύ των κακών. Θα μπορούσαμε να συνεχίσουμε με φοβίες που αναφέρουν **ζωοφοβία** (fear των ζώων), **ερυθροφοβία** (φόβος να πάρει κόκκινο στο πρόσωπο), **υποχονδρίαση** (φόβος να έχουν ασθένειες), **σεξοφοβία** (φόβος για το σεξ και όλα όσα σχετίζονται με αυτό), η οποία σχετίζεται με το άγχος του να μην είναι επαρκής όσον αφορά την απόδοση και να μην είναι ικανός να ικανοποιήσει επαρκώς τον σύντροφο για τους άνδρες και τον φόβο διείσδυσης για τις γυναίκες.

Επίσης:

Ο φόβος της ενηλικίωσης, όταν ο έφηβος έχει καταλάβει ότι η ηλικία του παιχνιδιού πλησιάζει στο τέλος της και αρχίζει η περίοδος των ατομικών ευθυνών (στις πιο σοβαρές περιπτώσεις ονομάζεται **Σύνδρομο Πήτερ Παν**). Εδώ μπορούμε επίσης να εισάγουμε τον **φόβο του γάμου και της απόκτησης παιδιών** που είναι πιο συνηθισμένος στους άνδρες, ακόμη και αν είναι πολύ διαδεδομένος τον τελευταίο καιρό και στον γυναικείο κόσμο.

Ο φόβος να μην φαίνεται φυσιολογικός (δυσμορφία), η οποία σχετίζεται κυρίως με τις εφηβικές αλλαγές.

Ο φόβος της άδειας φωλιάς, που προκαλείται στις μητέρες όταν τα παιδιά απομακρύνονται από το σπίτι για να γίνουν ανεξάρτητα.

Για τις γυναίκες, μπορεί να προκληθεί **ο φόβος της εμμηνόπαυσης**, με όλες τις ορμονικές και σωματικές επιπτώσεις του, γεγονός που σηματοδοτεί οριστικά το τέλος της γόνιμης ηλικίας.

Κεφάλαιο 2

Συναισθηματικό τραύμα σε διασώστες έκτακτης ανάγκης

2.1. Τι μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό τραύμα για τους διασώστες

Τα τραυματικά γεγονότα προκαλούν αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου, μεταβάλλοντας τις φυσιολογικές αντιδράσεις του σώματος, ακόμη και πολύ μετά το τραυματικό γεγονός. Έχουμε επισημάνει πώς τα συμπτώματα μετά το στρες είναι μια φυσιολογική αντίδραση, η οποία πρέπει να θεωρείται φυσιολογική, στο έντονο στρες, καθώς προδιαθέτει το προσωπικό επείγουσας ιατρικής να αντιμετωπίσει την κατάσταση έκτακτης ανάγκης, εξασφαλίζοντας την επιβίωση και την αποκατάσταση της προσαρμογής. Το σώμα, μέσω τυπικών αντιδράσεων επίθεσης, πτήσης και παγώματος, ενεργοποιείται για να αμυνθεί έναντι κινδύνου ή απειλής. Στο επίπεδο του εγκεφάλου, το μεταιχμιακό σύστημα, στο οποίο η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος παίζουν ουσιαστικό ρόλο, διαχειρίζεται τη ρύθμιση των συναισθημάτων. Σε ορισμένες νευροφυσιολογικές μελέτες του συναισθήματος, έχει αποδειχθεί ότι σε άτομα με διαταραχή μετα-traυματικού στρες, η αμυγδαλή παρουσιάζει υψηλή ενεργοποίηση μετά την παρουσίαση απειλητικών αριθμών, όσο πιο προφανής είναι η ενεργοποίηση, τόσο πιο σοβαρή είναι η διαταραχή. Η αμυγδαλή είναι υπεύθυνη για την αποθήκευση της αντιληπτικής μνήμης και την απόδοση συναισθηματικής μνήμης στην τραυματική εμπειρία. Η κατανόηση περισσότερων σχετικά με τη λειτουργία του μπορεί να προσφέρει περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τη γένεση και την επεξεργασία της τραυματικής μνήμης. Εικόνες, ήχοι και μυρωδιές που προκαλούν τραύμα μεταδίδονται μέσω των αισθήσεων στην αμυγδαλή και τον προμετωπιαίο φλοιό. Στη συνέχεια, ο ιππόκαμπος, υπεύθυνος για την ερμηνεία και την αποθήκευση αισθητηριακών πληροφοριών, μετατρέπει τα δεδομένα από την αμυγδαλή σε μακροπρόθεσμη μνήμη. Σε αρκετές μελέτες έχει γίνει εμφανές πώς τα άτομα που έχουν υποστεί τραύμα αντιδρούν σε ερεθίσματα που προκαλούν τραύμα με σημαντική αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και της αγωγιμότητας των ιστών. Η υπερβολική διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος θα μπορούσε να προκαλέσει νευρικές αλλαγές ικανές να επηρεάσουν

αρνητικά τις μαθησιακές διαδικασίες οδηγώντας σε αδυναμία σωστής ερμηνείας των επιβλαβών ερεθισμάτων που θεωρούνται απειλητικά.

Εναλλακτικά, ο Porges πρότεινε ένα μοντέλο ως απάντηση στην παρουσία ή την αντίληψη μιας απειλής ή απουσία επικίνδυνης κατάστασης. Με βάση αυτό το μοντέλο, παρουσίασεν την Πολυβιακή Θεωρία, η οποία αναφέρει ότι υπό κανονικές συνθήκες ή όταν γίνεται αντιληπτή μια απειλητική κατάσταση, ενεργοποιείται το πιο πρόσφατο και προηγμένο επίπεδο του συστήματος, ικανό να ρυθμίζει διαδικασίες που έχουν σχεδιαστεί για την αποκατάσταση της ομοιόστασης του σώματος και είναι σε θέση να διευκολύνουν το αίτημα για βοήθεια και υποστήριξη μέσω της κοινωνικής συμμετοχής. Αυτό συμβαίνει όταν το αγγειακό σύμπλεγμα μπαίνει στο παιχνίδι, στέλνοντας σήματα στην καρδιά για να επιβραδύνει τον καρδιακό παλμό και στους πνεύμονες για να ηρεμήσει την αναπνοή. Εάν η απειλητική κατάσταση επιμένει παρουσία επικείμενου κινδύνου ή απουσία αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, ενεργοποιείται το συμπαθητικό σύστημα, παράγοντας μια αντίδραση πάλης ή φυγής για την προστασία του ατόμου από τον κίνδυνο. Σε αυτή τη φάση το κυρίαρχο συναίσθημα είναι ο φόβος και αναστέλλεται η ικανότητα αναζήτησης εξωτερικής βοήθειας. Η τελευταία φάση συμβαίνει όταν η προσπάθεια φυγής ή καταπολέμησης αποτυγχάνει και συμβαίνει κατάψυξη ή κατάρρευση, ενεργοποιώντας το πιο πρωτόγονο επίπεδο λειτουργίας: το αγγειακό σύμπλεγμα αναστέλλεται. Λαμβάνοντας πάντα μια νευροφυσιολογική άποψη, γνωρίζουμε ότι τα εγκεφαλικά ημισφαίρια ανατίθενται σε διαφορετικές και συμπληρωματικές ψυχολογικές λειτουργίες. Ο Tulving, μέσω των μελετών και της έρευνάς του, θεωρητικοποίησε ένα μοντέλο ασυμμετρίας του εγκεφάλου στις διαδικασίες καταγραφής, αποθήκευσης και ανάκλησης υπομνημάτων. Μία από τις τελευταίες και πιο δομημένες θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στην ψυχοτραυματολογία, η EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), βασίζεται στην εναλλακτική διέγερση των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και δρα στους μηχανισμούς που ενυπάρχουν στη μνήμη, διευκολύνοντας την επεξεργασία πληροφοριών που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία.



Τι είναι το άγχος

Ένας πρώτος ορισμός του στρες προσφέρθηκε από τον Hans Selye στη δεκαετία του 1950. Η αξία και η σημασία αυτού του ψυχολόγου δεν είναι τόσο ότι όρισε το άγχος ως απόκριση του σώματος σε διάφορα εξωγενή και ενδογενή ερεθίσματα και παρείχε μια συστηματική περιγραφή αυτής της απόκρισης, αλλά μάλλον ότι ενσωμάτωσε το άγχος σε μια γενική θεωρία για το τι συνιστά ασθένεια.

Σύμφωνα με τον Selye, το στρες είναι η μη ειδική απόκριση του σώματος σε οποιαδήποτε ζήτηση σε αυτό, ως εκ τούτου μπορεί να παραχθεί από ένα εξαιρετικά ευρύ φάσμα ερεθισμάτων που ονομάζονται στρεσογόνοι παράγοντες, όπως η έκθεση σε θερμότητα, κρύο ή ακραίους βαθμούς υγρασίας, μυϊκή άσκηση, αναφυλακτικό σοκ ή συναισθηματική διέγερση. Το άγχος είναι επομένως το αποτέλεσμα μιας προσαρμοστικής διαδικασίας που περιλαμβάνει το άτομο να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του, να αξιολογεί το γεγονός που πρέπει να αντιμετωπίσει (εργασιακές δεσμεύσεις, οικογενειακές συγκρούσεις, δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις) και να αναζητά μια στρατηγική αντιμετώπισης. Εάν το σώμα είναι σε θέση να αντιδράσει στις πιέσεις στις οποίες υποβάλλεται βραχυπρόθεσμα, οδηγώντας σε αποκατάσταση της ομοιόστασης, χρησιμοποιώντας στρατηγικές και πόρους, αυτές οι πιέσεις μπορούν να θεωρηθούν θετικές με την έννοια ότι επιτρέπουν την ανάπτυξη του ίδιου του ατόμου. Αυτό **ονομάζεται eustress ή θετικό στρες.**

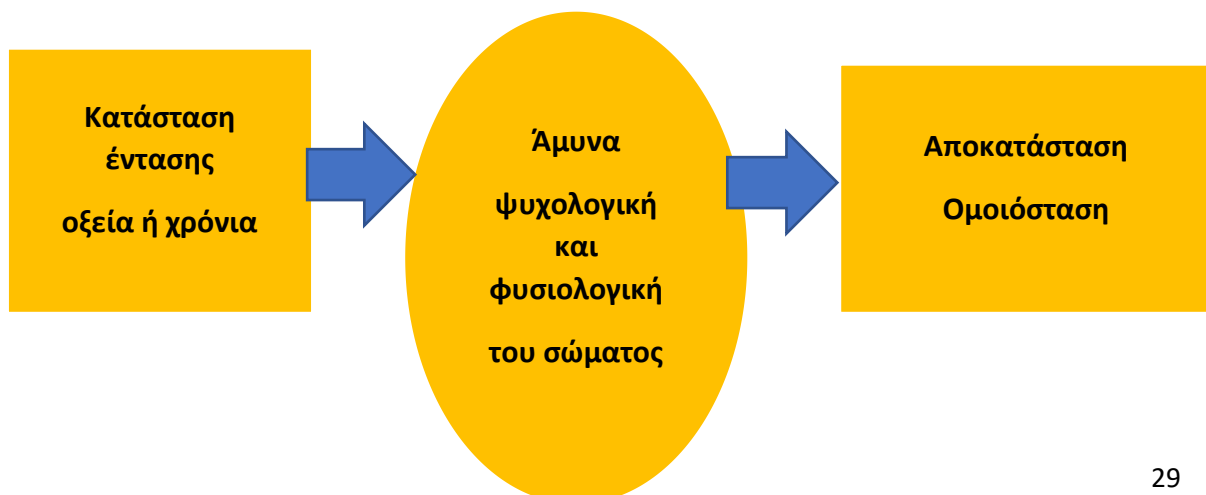
Εάν, αντίθετα, οι δυσμενείς συνθήκες οδηγήσουν σε υπέρβαση ή παράταση των ικανοτήτων και των πόρων προσαρμογής ενός ατόμου με την πάροδο του χρόνου, το άτομο καθίσταται ανίκανο να ανταποκριθεί και παρέχει δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις **που ονομάζονται δυσφορία ή αρνητικό στρες.**

Ακολουθούν ορισμένες διευκρινίσεις:

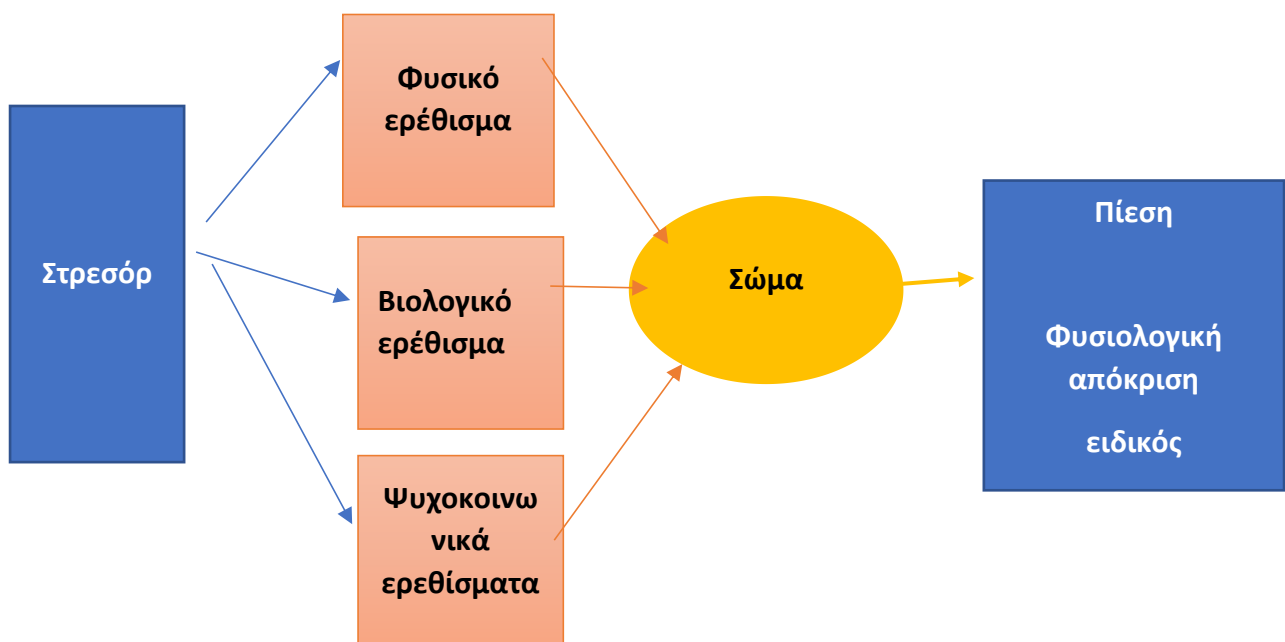
- Στρεσογόνοι παράγοντες: αυτά είναι γεγονότα, ερεθίσματα που πρέπει να αντιμετωπίσει ένα άτομο.
- ένταση που σχετίζεται με το στρες: σωματικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στους στρεσογόνους παράγοντες.
- επιπτώσεις (αποτελέσματα): είναι οι συνέπειες του στρες τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο
- αντιμετώπιση: στρατηγικές και γνωστικές διαδικασίες που εφαρμόζονται από το άτομο για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων.
- **ανθεκτικότητα - η ικανότητα προσαρμογής και αποκατάστασης των στρεσογόνων παραγόντων**

Οποιοσδήποτε στρεσογόνος παράγοντας που διαταράσσει την ομοιόσταση του σώματος ενεργοποιεί αμέσως νευροψυχολογικές, συναισθηματικές, κινητικές, ορμονικές και ανοσολογικές ρυθμιστικές αντιδράσεις. Παρ'όλα αυτά, η αντιμετώπιση είναι μια πολύπλοκη δραστηριότητα που περιλαμβάνει την εφαρμογή δράσης που έχει σχεδιαστεί για τη διαχείριση ή την επίλυση προβλημάτων ανάλογα με τη συναισθηματική αντίδραση που προκαλείται από τέτοια γεγονότα.

Κατάσταση ερεθίσματος-απόκρισης



Η ικανότητα άμεσης προσαρμοστικής δράσης συνεπάγεται τόσο τη δυνατότητα δράσεων που αποσκοπούν στην τροποποίηση του περιβάλλοντος σύμφωνα με τις ανάγκες του υποκειμένου όσο και τη δυνατότητα τροποποίησης των υποκειμενικών χαρακτηριστικών προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη προσαρμογή στο περιβάλλον. Όταν το σώμα υποβάλλεται στις παρατεταμένες επιδράσεις διαφορετικών τύπων στρεσογόνων παραγόντων, όπως σωματική (π.χ. κόπωση), ψυχική (π.χ. συμμετοχή στην εργασία), κοινωνικό ή περιβαλλοντικό ερέθισμα(π.χ. υποχρεώσεις ή απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος), προκαλεί μια μη ειδική βιολογική απόκριση που ορίζεται από το Selye ως γενικό σύνδρομο προσαρμογής.



Το θέμα του στρες θεωρούνταν συχνά ταμπού και ένδειξη αδυναμίας στο παρελθόν, σήμερα το φαινόμενο μελετάται και αναλύεται πολύ σοβαρά. Οι επαγγελματίες που εργάζονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μπορούν να υποστούν τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες που προκύπτουν από τη συχνή και επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ψυχολογικά δύσκολα γεγονότα, τα οποία σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχή μετατραυματικού στρες ή ψυχοπαθολογία, οξεία ή χρόνια. Το επιστημονικό πεδίο επισημαίνει ότι υπάρχουν ψυχο-επιβλαβείς επιπτώσεις που προκύπτουν από κρίσιμα γεγονότα που μπορούν να επηρεάσουν τους επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης και για το λόγο αυτό θέλουμε να αποκαλύψουμε ποιοι παράγοντες προκαλούν άγχος και να προσδιορίσουμε

ορισμένες πιθανές στρατηγικές για την αντιμετώπιση αυτής της δομής και τη μείωση του κινδύνου διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Η εξέλιξη του συνδρόμου στρες συμβαίνει σε τρεις φάσεις:

Εγρήγορηση: το σώμα ανταποκρίνεται στους στρεσογόνους παράγοντες θέτοντας σε εφαρμογή τόσο σωματικούς όσο και ψυχικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης. Παραδείγματα περιλαμβάνουν αυξημένο καρδιακό ρυθμό, αρτηριακή πίεση, μυϊκό τόνο και διέγερση (ψυχοφυσιολογική ενεργοποίηση).

Ανθεκτικότητα (Αντίσταση): το σώμα προσπαθεί να καταπολεμήσει και να εξουδετερώσει τις αρνητικές επιπτώσεις του παρατεταμένου στρες παράγοντας ορμονικές αποκρίσεις.

Εξάντληση: εάν οι στρεσογόνοι παράγοντες συνεχίσουν να δρουν, εδώ μπορεί να είναι συντριπτικές και μόνιμες αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική ή / και σωματική δομή.

Τα αγχωτικά στοιχεία ενός δεδομένου περιβάλλοντος καλούν έτσι το άτομο, το οποίο αντιδρά ανάλογα με την προσωπικότητά του με ορισμένους πόρους, αναπτύσσοντας έτσι μια ψυχική κατάσταση που κυμαίνεται από απλή δυσφορία έως **σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης**, το οποίο εκφράζεται ως μια ολόκληρη σειρά συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, η αλλαγή στη συμπεριφορά του διασώστη προς το θύμα είναι ένα σημαντικό σημάδι της μετάβασης από μια αγχωτική κατάσταση, η οποία μπορεί να οριστεί ως φυσιολογική και σε κάθε περίπτωση διαχειρίσιμη από τον διασώστη, σε μια πραγματική ψυχοπαθολογία που μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες.

Η Cherniss, ψυχολόγος που ειδικεύεται στο εργασιακό άγχος, έχει εντοπίσει πέντε χαρακτηριστικά προσωπικότητας που επηρεάζουν την απόκριση ενός ατόμου στο άγχος:

1. **Νευρωτικό άγχος:** αυτό αναφέρεται σε άτομα που θέτουν υψηλούς στόχους, συχνά πέρα από τους πόρους τους και μερικές φορές πέρα από τις ικανότητές τους, και τιμωρούν τον εαυτό τους εάν δεν τους επιτύχουν.
2. **Σύνδρομο τύπου Α":** αυτό αναφέρεται σε εκείνους τους ανθρώπους που έχουν έναν υπερκινητικό, ανταγωνιστικό, πιεστικό, επιθετικό, ανυπόμονο τρόπο ζωής και δεσμεύονται από μια πιεστική αίσθηση πίεσης χρόνου.
3. **«Τόπος ελέγχου»:** τα άτομα έχουν μια εσφαλμένη αντίληψη του βαθμού στον οποίο πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο της ύπαρξής τους, αισθάνονται στο έλεος δυνάμεων πέρα από τον έλεγχό τους.

4. **Ευελιξία:** αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό των προσαρμόσιμων και ευέλικτων ανθρώπων, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην αποδοχή καταστάσεων πολύ εύκολα χωρίς να επιχειρηθεί να συνεχιστεί η παρέμβαση.

5. **Στηντροπαλοποίηση:** οι εσωστρεφείς αισθάνονται περισσότερη ένταση σε καταστάσεις ρόλων παρά εξωστρεφείς, αποσύρονται πιο εύκολα μπροστά στη σύγκρουση και το άγχος. Αυτή η απόσυρση εμποδίζει την αποτελεσματική υπεράσπιση και επίλυση συγκρούσεων.

2.2. Τραυματικό στρες

Το τραυματικό στρες μπορεί να είναι η συνέπεια ενός κρίσιμου γεγονότος, δηλαδή οποιασδήποτε κατάστασης ικανής να ασκήσει εξαιρετικά αγχωτικό αντίκτυπο, όπως ο αφανισμός των μηχανισμών αντιμετώπισης που συνήθως χρησιμοποιούνται από ένα άτομο. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις μετά από ένα τραυματικό γεγονός παίρνουν γενικά τη μορφή μιας συντριπτικής αίσθησης ευπάθειας, αδυναμίας ή απώλειας ελέγχου, συνοδευόμενη από συναισθήματα φόβου ή έντονης δυσφορίας. Μερικά από τα στοιχεία, τα οποία καθορίζουν και χαρακτηρίζουν την εμφάνιση αρνητικών συνεπειών μετά τη συμμετοχή σε τραυματικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, είναι η έλλειψη ελέγχου του τι συμβαίνει, η αίσθηση ότι το άτομο ζει μια εξαιρετικά αρνητική και ξαφνική εμπειρία. Αυτές οι πτυχές είναι απαραίτητες για μια αρνητική τραυματική εμπειρία, αλλά ταυτόχρονα μια κατάσταση μπορεί να μην γίνει αντιληπτή και να βιωθεί ως τραυματική ακόμη και παρουσία αυτών των πτυχών. Για μερικούς ανθρώπους, ακόμη και ανεξέλεγκτα, εξαιρετικά αρνητικά και ξαφνικά γεγονότα δεν δημιουργούν τραύμα. Όσον αφορά την ανεξέλεγκτη κατάσταση, οι διασώστες συχνά λυτούνται από το γεγονός ότι δεν μπορούσαν να κάνουν τίποτα για να αλλάξουν την κατάσταση και μπορεί να αναπτύξουν παρεμβατικές και ενοχλητικές σκέψεις για το πώς θα είχαν εξελιχθεί τα πράγματα αν είχαν την ευκαιρία να ενεργήσουν διαφορετικά. Επίσης, η εξαιρετικά αρνητική αξία της έκτακτης ανάγκης, μπορεί να καθορίζεται από την υποκειμενική αντίληψη και την ψυχολογική σημασία που έχει το γεγονός για το άτομο. Τέλος, όσον αφορά τον επικείμενο κίνδυνο, μπορεί να προκαλέσει φόβο ή τρόπο στους διασώστες, διότι σε ασυνείδητο επίπεδο δεν υπάρχει δυνατότητα να προστατευθεί κανείς από τον κίνδυνο ή να προετοιμαστεί ψυχολογικά για τις συνέπειες.



Αντίθετα, στην περίπτωση της ψυχολογικής προετοιμασίας και με την αύξηση της ανθεκτικότητας, ορισμένες εμπειρίες, αν και εξαιρετικά οδυνηρές, δεν προκαλούν τραύμα επειδή αναπτύσσονται σταδιακά, εξασφαλίζοντας τη δυνατότητα προσαρμογής σε αλλαγές τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά. Ο ψυχολογικός πόνος μετά από έκθεση σε ένα στρεσογόνο ή τραυματικό γεγονός είναι επομένως υποκειμενικός και εξαιρετικά μεταβλητός: αυτό που ένα άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει ως κρίσιμο γεγονός μπορεί να μην είναι για ένα άλλο. Σίγουρα δεν είναι δυνατόν να προβλεφθεί ποιος θα αναπτύξει διαταραχή μετατραυματικού στρες ως απάντηση σε μια δεδομένη κατάσταση, αλλά ορισμένοι παράγοντες που προηγούνται, ταυτόχρονα ή μετά το συμβάν, μπορεί να διευκολύνουν την εμφάνιση της διαταραχής. Αυτά περιλαμβάνουν την προσωπική ταύτιση με το γεγονός, δηλαδή την ψυχολογική εγγύτητα που μπορεί να αντιληφθεί το υποκείμενο, το απρόβλεπτο του γεγονότος και τον βαθμό έκθεσης και φυσικής εγγύτητας με το γεγονός. Ορισμένα γεγονότα βιώνουν με ιδιαίτερα τραυματικό τρόπο όταν επανενεργοποιούν προηγούμενα τραύματα που έχουν κοινά στοιχεία.

Όταν ένα άτομο βιώνει ένα τραυματικό γεγονός, μπορεί να βιώσει μια ποικιλία αντιδράσεων που ο Roger Solomon έχει χωρίσει σε φάσεις:

- **Η φάση κατά την οποία συμβαίνει το γεγονός.** Αυτή είναι η στιγμή στο αποκορύφωμα της κρίσης. Συνήθως, η απάντηση είναι μια περιτραυματική διάσταση με αποσύνδεση των λειτουργιών της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας και της αντίληψης του περιβάλλοντος. Η διάσταση λειτουργεί για να ανακουφίσει τον φόβο

και την αίσθηση αδυναμίας μπροστά σε ένα εξαιρετικά αρνητικό γεγονός που δεν μπορεί να ελεγχθεί.

- **Η φάση σοκ** (πρώτες 24-72 ώρες), που χαρακτηρίζεται από αισθήματα ζάλης και σύγχυσης.

- **Η φάση της πραγματικότητας και του συναισθήματος** (μετά από 72 ώρες, ακόμη και εβδομάδες ή μήνες αργότερα). Το άτομο έχει περάσει από τα προηγούμενα στάδια και αρχίζει να συνειδητοποιεί τι έχει συμβεί και έρχεται σε επαφή με τα συναισθήματά του.

- **Φάση προσαρμογής**. Η αξιολόγηση της κατάστασης και οι διαθέσιμοι πόροι για την αντιμετώπιση του στρεσογόνου γεγονότος είναι πρωταρχικής σημασίας για την κατανόηση του συναισθηματικού αντίκτυπου και της έντασης του ίδιου του στρες στο άτομο.

- **Φάση εξυγίανσης και ολοκλήρωσης**. Το γεγονός αφομοιώνεται στη δική του κοσμοθεωρία και με αυτόν τον τρόπο ενεργοποιείται ένας μηχανισμός αντιμετώπισης.

- **Η φάση μάθησης** στην οποία το άτομο προσαρμόζεται για να ζήσει με τα αποτελέσματα του γεγονότος. Μετά από ένα σοβαρό γεγονός, η κοσμοθεωρία μπορεί να αλλάξει και να ανακαλυφθούν πτυχές της πραγματικότητας και του εαυτού που είναι άγνωστες, ακόμη και σε σχέση με τους δικούς του πόρους και την ικανότητα αντίδρασης. Οι προσωπικές απαντήσεις σε ένα κρίσιμο γεγονός μπορεί να είναι πολύ διαφορετικές. Μερικά άτομα έχουν ένα δίκαιο επίπεδο ανοχής στο στρες και είναι σε θέση να διατηρήσουν την ένταση που απαιτείται για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση έκτακτης ανάγκης, δείχνοντας την ικανότητα να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους και να εφαρμόζουν συμπεριφορές κατάλληλες για την κατάσταση. Ωστόσο, μπορεί να εμφανιστούν καθυστερημένες αντιδράσεις με την πάροδο του χρόνου, οι οποίες μπορεί αργότερα να εξελιχθούν σε παθολογία. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις που εμφανίζονται αμέσως μετά το κρίσιμο γεγονός και μπορεί να παραμείνουν για μέρες μετά χαρακτηρίζονται από την παρουσία ψυχοσωματικών εκδηλώσεων όπως σοκ, άγχος, κατάθλιψη, αμηχανία, λήθαργος, τρόμος, αίσθημα παλμών, ναυτία. Αυτές οι αντιδράσεις εμφανίζονται αμέσως μετά το κρίσιμο γεγονός και επηρεάζουν το άτομο για τις επόμενες ημέρες. Τέλος, οι απαντήσεις είναι εξαιρετικά ακατάλληλες ως διαχωριστικές απαντήσεις, που χαρακτηρίζονται από σύγχυση, αυταπάτες, επιθετικές και αυτοτραυματικές συμπεριφορές, έκθεση σε κίνδυνο και κατάθλιψη. Μετά από μια τραυματική κατάσταση, τα τυπικά συμπτώματα

μετατραυματικού στρες θα πρέπει να θεωρούνται φυσιολογικά και φυσιολογικά, καθώς είναι σημαντικοί αμυντικοί μηχανισμοί απαραίτητοι για την επιβίωση. Το σύνδρομο μετατραυματικού στρες, από την άλλη πλευρά, είναι η παθολογικά εξέλιξη αυτών των φυσιολογικών αντιδράσεων. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να βιώσουν πολύ έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, με σημαντικές φυσιολογικές ή ακόμα και εμφανείς αντιδράσεις αποφυγής, και στη συνέχεια να επιστρέψουν στο φυσιολογικό μόλις σταματήσει η απειλητική κατάσταση. Αντίθετα, όσοι αδυνατούν συναισθηματικά και γνωστικά να επεξεργαστούν το κρίσιμο γεγονός μπορεί να αναπτύξουν ψυχική διαταραχή. Δεδομένων των ενδείξεων τόσο μεγάλων ατομικών διαφορών στις αντιδράσεις σε δυνητικά τραυματικά στρεσογόνα γεγονότα, αναρωτιόμαστε γιατί μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν διαταραχή p-τραυματικού στρες και άλλοι όχι, και γιατί βασίζονται επίσης οι ατομικές διαφορές σε διαφορετικούς τύπους απόκρισης. Ο Van der Kolk εντοπίζει διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στο τραύμα, ομαδοποιώντας τους σε πέντε συγκεκριμένες κατηγορίες: βιολογικούς παράγοντες, αναπτυξιακό επίπεδο, σοβαρότητα του τραύματος, το κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου πριν και μετά το γεγονός και αγχωτικές καταστάσεις που βιώνονται πριν και μετά το τραυματικό γεγονός.

Οι βιολογικοί παράγοντες μπορούν να επιδεινώσουν και να μετριάσουν την ανταπόκριση ενός ατόμου στο τραύμα. Όσον αφορά τη βιολογική προδιάθεση για ευπάθεια ή ανθεκτικότητα σε τραυματικές εμπειρίες, εξακολουθεί να υπάρχει ο μηχανισμός επίδρασης των πιθανών γενετικών διαφορών, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν μια τάση προς ορισμένες φυσιολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις σε στρεσογόνους παράγοντες. Οι αντιδράσεις στο τραύμα επηρεάζονται επίσης έντονα από το αναπτυξιακό επίπεδο που επιτεύχθηκε τη στιγμή του γεγονότος.

Οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες τείνουν να έχουν πιο εκτεταμένο αντίκτυπο. Πράγματι, η κατοχή συναισθηματικών, γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων επιτρέπει στα άτομα να ασκούν μεγαλύτερο έλεγχο στο περιβάλλον τους και να χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Ένας τρίτος παράγοντας έχει εντοπιστεί στη **σοβαρότητα του τραύματος**: τα χαρακτηριστικά των γεγονότων, όπως η ένταση και η διάρκεια, βοηθούν στην αποκλιμάκωση της σοβαρότητας των αντιδράσεων στο βαθμό που διαμορφώνουν υποκειμενικές αντιλήψεις για τη βλάβη και τη δυνατότητα ελέγχου.

Το κοινωνικό πλαίσιο μπορεί επίσης να αποδυναμώσει ή να ενισχύσει την ικανότητα αντιμετώπισης ενός κρίσιμου γεγονότος. Η υποστήριξη της οικογένειας, των φίλων και της ευρύτερης κοινότητας σχέσεων συμβάλλει στην αποκατάσταση της προσωπικής ισορροπίας και της αίσθησης ελέγχου του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Τέλος, όσον αφορά την επίδραση των **αγχωτικών καταστάσεων που βιώνουμε πριν και μετά το τραύμα**, μπορούμε να εντοπίσουμε δύο αντίθετους προσανατολισμούς στη βιβλιογραφία. Τα ερεθίσματα που προκαλούν στρες και είναι σπάνια και σχετικά χαμηλής έντασης θα μπορούσαν να προκαλέσουν απευαισθητοποίηση σε μελλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες. Στον αντίθετο προσανατολισμό, οι αγχωτικές εμπειρίες στο παρελθόν μπορεί να ευνοούν την ικανότητα αντιμετώπισης του τραύματος στο παρόν. Με βάση ένα θεωρητικό μοντέλο που εξηγεί τόσο την απομόνωση όσο και τις επιπτώσεις της επίγνωσης των γεγονότων, οι παρελθούσες περιστάσεις που χαρακτηρίζονταν από μια τραυματική εμπειρία στην οποία ενεργοποιούνταν η διατήρηση της αντίληψης, της αντίθεσης πάνω στο περιβάλλον, θα είχε ένα αποτέλεσμα απομόνωσης, αφενός, και οι καταστάσεις που βιώνονταν ως λιγότερο ελεγχόμενες θα παρήγαγαν επίγνωση. Επιπλέον, η εμφάνιση άλλων αρνητικών και αγχωτικών περιστάσεων μετά από ένα τραύμα αυξάνει περαιτέρω την αντίληψη της έλλειψης ελέγχου, εμποδίζοντας τη διαδικασία αποκατάστασης της ψυχολογικής ισορροπίας και της συναισθηματικής ευεξίας.



2.2.1. Αντίδραση στο στρες

Όπως έχουμε δηλώσει, το άγχος είναι η στρατηγική αντίδραση του σώματος στην προσαρμογή σε οποιαδήποτε ανάγκη, τόσο φυσιολογική όσο και ψυχολογική, υπόκειται. Με άλλα λόγια, είναι η προσαρμοστική απόκριση του σώματος, μια φυσιολογική φυσιολογική αντίδραση που είναι απολύτως απαραίτητη για την επιβίωση του ατόμου. Ωστόσο, το αγχωτικό ερέθισμα μπορεί να γίνει αισθητό θετικά ή αρνητικά. Μπορούμε να ορίσουμε:

- **Eustress** - μια κατάσταση στην οποία οι στρεσογόνοι παράγοντες στους οποίους υποβάλλεται το άτομο εμπίπτουν σε ένα όριο ανοχής, προκαλώντας μια κατάλληλη αντίδραση. Η εμπειρία βιώνεται εποικοδομητικά και προκαλεί αύξηση των επιπέδων απόδοσης.

- **Αγωνία** - μια κατάσταση στην οποία οι στρεσογόνοι παράγοντες υπερβαίνουν τα όρια ανεκτικότητας του ατόμου, προκαλώντας μια δυσλειτουργική αντίδραση. Σε αυτή την περίπτωση, το άτομο μπορεί να παρουσιάσει προοδευτική ψυχοφυσική εξουθένωση.

Οι καταστάσεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν πηγή άγχους είναι πολλαπλές και δημιουργούν αντιδράσεις που διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο. Τα στρεσογόνα γεγονότα μπορούν στην πραγματικότητα να προκαλέσουν τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές συγκρούσεις, οι οποίες βιώνονται διαφορετικά ανάλογα με την προσωπική ευαισθησία του ατόμου. Ο καθένας μας, με έναν εντελώς υποκειμενικό τρόπο, σύμφωνα με τη δική του εμπειρία, φιλτράρει τις διαφορετικές απαιτήσεις του περιβάλλοντος, αντισταθμίζοντας ξεχωριστά το αγχωτικό ερέθισμα. Για να αντιμετωπίσει καταστάσεις, στην πραγματικότητα, κάθε άτομο εφαρμόζει τις δικές του στρατηγικές συμπεριφοράς, οι οποίες ονομάζονται στρατηγικές αντιμετώπισης. Τα συλ αντιμετώπισης εξαρτώνται, στην πραγματικότητα, από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και συγκεκριμένες προσωπικές εμπειρίες, εξ ου και οι πολλές ατομικές διαφορές ως απάντηση στο άγχος. Αυτή η απόκριση είναι ένα σύνολο αντιδράσεων που, που προκαλούνται από το εξωτερικό ερέθισμα, διαμεσολαβούνται από το ενδοκρινικό και αυτόνομο νευρικό σύστημα, που περιλαμβάνει όλες τις φυσιολογικές λειτουργίες και τις συναισθηματικές και ψυχολογικές αποκρίσεις.

Η αντιδραστική διαδικασία μπορεί να χωριστεί σε τρεις διακριτές φάσεις:

- **Φάση συναγερμού:** ο στρεσογόνος παράγοντας προκαλεί μια αίσθηση εγρήγορσης στο σώμα, με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση μιας ολόκληρης σειράς

ψυχοφυσιολογικών διεργασιών (αυξημένος καρδιακός ρυθμός, υπεραερισμός, εφίδρωση κ.λπ.) με στόχο την αντιμετώπιση της νέας κατάστασης.

- **Φάση ανθεκτικότητας:** το άτομο σταθεροποιεί τις συνθήκες του, προσαρμοζόμενο στις νέες απαιτήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος, με ομαλοποίηση των φυσιολογικών δεικτών. Εάν η προσαρμογή δεν είναι επαρκής, πραγματοποιείται η φάση εξάντλησης.

- **Η φάση εξάντλησης:** αυτή είναι η τελική φάση που συμβαίνει όταν το σώμα εξαντλείται από λειτουργικά αποθέματα και δεν είναι πλέον σε θέση να εξουδετερώσει την παρατεταμένη δράση των στρεσογόνων παραγόντων για την αποκατάσταση μιας κατάστασης ισορροπίας. Ο καταρράκτης ορμονικών και νευρικών γεγονότων, συνήθως περιορισμένος πάνω από μέτρα, ενεργοποιείται συνεχώς, προκαλώντας μια συνεχή κατάσταση έκτακτης ανάγκης, με την επακόλουθη εμφάνιση φυσικών, φυσιολογικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων.

Ο καθένας από εμάς αντιμετωπίζει πολλές οξείες αγχωτικές καταστάσεις σε καθημερινή βάση, αλλά όταν ο στρεσογόνος παράγοντας, επαναλαμβάνοντας συχνά το ξωτικό του, γίνεται χρόνιος, το σώμα δεν μπορεί πλέον να υπερασπιστεί τον εαυτό του και δεν έχει τη φυσική ικανότητα προσαρμογής. Η παρατεταμένη έκθεση στα στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοφυσικές παθολογίες. Με άλλα λόγια, το άγχος δημιουργεί μια υποκειμενική αντίδραση σε μια αλλαγή ή κατάσταση που θεωρείται απειλητική που προκαλεί μια κατάσταση έντονης σωματικής και ψυχολογικής ενεργοποίησης. Η αντίδραση που προκαλείται μπορεί να έχει πολλές επιπτώσεις: επιτρέπει την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση της προβληματικής κατάστασης, αλλά είναι παρατεταμένη και υπερβολική, μπορεί να γίνει πηγή δυσφορίας και δυσφορίας. Κάθε άτομο έχει τη δική του ικανότητα να αντιδρά στις αλλαγές της ζωής, ειδικά σε περιόδους κρίσης. Όταν ο διασώστης πρέπει να αντιμετωπίσει μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης, ενεργοποιούνται όλοι οι διαθέσιμοι διαδικτυακοί πόροι, αλλά μπορεί να συμβεί ότι, ως αποτέλεσμα της υπερβολικής δαπάνης σωματικής και πνευματικής ενέργειας, μπορεί να εμφανιστούν αντισταθμιστικές συνθήκες όπως κατάχρηση αλκοόλ ή κάπνισμα, ψυχαναγκαστική πείνα ή καταστάσεις ευερεθιστότητας ή επιθετικών συμπεριφορών. Άλλοι μπορεί αντίθετα να εμπλακούν σε συμπεριφορές διακοπής λειτουργίας και αποφυγής. Σε κάθε περίπτωση, η αντίδραση στο άγχος είναι ζωτικής σημασίας για το άτομο και του επιτρέπει να κινητοποιήσει εσωτερικούς πόρους, αλλά ταυτόχρονα είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τότε το άγχος υπερβαίνει αυτό το αποδεκτό όριο.

Έχει συχνά περιγραφεί ότι η παρουσία άγχους είναι ικανή να προκαλέσει διάφορα προβλήματα στο άτομο, καθώς έχει άμεσο και αρνητικό αντίκτυπο στη λειτουργία και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Είναι επίσης γνωστό ότι η αύξηση του στρες μπορεί να προκαλέσει ασθένειες και μπορεί να αποτελέσει σημαντική αιτία ασθένειας, εάν δεν αναγνωριστεί εγκαίρως, και συνδέεται με ψυχοσωματικές ασθένειες. Μπορεί να εμφανιστούν αλλαγές συμπεριφοράς (ευερεθιστότητα, απομόνωση ή κατάθλιψη), γνωστικές αλλαγές (αποκλεισμός, απογοήτευση, αντιληπτή αιμορραγία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοαξιολόγηση) και μεταβαλλόμενες φυσιολογικές λειτουργίες, αντανακλώντας την επίδραση του στρες στη δομή του εγκεφάλου. Με τον τρόπο αυτό, το άγχος μπορεί να μεταβάλει την προσαρμογή των διασωστών στην κατάσταση τους και να τους εμποδίσει να λάβουν στρατηγικές αποφάσεις λόγω παρεμβολής στους μηχανισμούς επεξεργασίας πληροφοριών.

2.3. Παράγοντες που προκαλούν άγχος στο άτομο έκτακτης ανάγκης



Οι παράγοντες που αποτελούν πηγή σημαντικής πίεσης για το προσωπικό έκτακτης ανάγκης έχουν εντοπιστεί σε σαφώς καθορισμένες κατηγορίες, αν και αυτή η ποικιλία εργασίας τους αναγκάζει να αντιμετωπίζουν συνεχώς μεταβαλλόμενες καταστάσεις. Ως εκ τούτου, οι εργαζόμενοι έκτακτης ανάγκης υπόκεινται σε ειδικούς στρεσογόνους παράγοντες που συνδέονται με τα χαρακτηριστικά αυτού του τύπου εργασίας:

Διάρκεια καριέρας. Είναι κυρίως ο αριθμός των ετών στην καριέρα που έχει επίδραση στα συμπτώματα ψυχολογικού στρες. Η διάρκεια της υπηρεσίας συνδέεται

με τη σοβαρότητα και τη χρονιότητα των καταστάσεων που προκαλούνται από εχθρικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Όταν αυξάνεται η διάρκεια της εργασιακής εμπειρίας, αυξάνεται και ο αριθμός των τραυματικών γεγονότων.

Χρόνοςανάδρασης: Κατά τη διάρκεια μιας επιχείρησης διάσωσης ή σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μπορεί να υπάρχει ισχυρή πίεση χρόνου, που προκαλείται για παράδειγμα από το σύντομο χρονικό διάστημα που διατίθεται για τη διάσωση ενός τραυματία.

Υπερφόρτωση ευθυνών. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για όσους έχουν ηγετικούς ή συντονιστικούς ρόλους ή συντονιστικές αρμοδιότητες, αποφασίζοντας συχνά την ιεράρχηση της αντίδρασης μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Σε περίπτωση ατυχήματος πρέπει να αποφασίσουν μέσα σε λίγα λεπτά ποια είναι η προτεραιότητα των ανθρώπων που θα διασωθούν και έτσι να αποφασίσουν για την τύχη αυτών που θα υποβληθούν σε θεραπεία, γνωρίζοντας ότι δεν έχουν όλο το χρόνο και τον εξοπλισμό που θα ήταν διαθέσιμος σε ένα νοσοκομείο.

Βαριά σωματικά και ψυχικά φορτία. Οι εργασίες διάσωσης απαιτούν σωματική και πνευματική προσπάθεια, σωματική ενέργεια, δύναμη, αντοχή και αντοχή. Συχνά δεν υπάρχει χρόνος για επαρκή ανάπαυση. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι έκτακτης ανάγκης πρέπει να διαθέτουν καλές δεξιότητες συλλογισμού, επαρκή διαύγεια κατά την εξέταση καταστάσεων και να περιλαμβάνουν σύνθετες αξιολογήσεις. Όλα αυτά σε ένα συχνά χαοτικό περιβάλλον και υπό την πίεση βαρέων εργασιών, οι οποίες τείνουν να μεταβάλλουν την ικανότητα σκέψης υπέρ της άμεσης δράσης και σε δύσκολα περιβάλλοντα (κρύο, ζέστη, χιόνι, βροχή κ.λπ.).

Πολύ ισχυρές συναισθηματικές απαιτήσεις. Οι διασώστες εκτίθενται σε πολύ βίαια ερεθίσματα και απαιτήσεις. Εργάζονται υπό συνεχή πίεση. Κατά τη διάρκεια των φάσεων διάσωσης, πρέπει να ελέγχουν τα συναισθήματά τους για να λειτουργήσουν. Οι διασώστες συχνά πρέπει να λάβουν αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία και την ασφάλεια των άλλων, μπορεί να έχουν προσωπικούς φόβους, στιγμές θυμού και αποθάρρυνσης.

Έλλειψη πόρων σε σχέση με το γεγονός. Οι διασώστες αντιμετωπίζουν συχνά περιορισμένους πόρους και προσωπικό. Συχνά πρέπει να ενεργούν με περιορισμένους πόρους και προσωπικό, αλλά ταυτόχρονα πρέπει να αντεπεξέλθουν στα πολλά αιτήματα παρέμβασης.

Προσδοκίες από τρίτους. Ο εργαζόμενος έκτακτης ανάγκης αναγνωρίζεται στο συλλογικό ιδεώδες ως ένα είδος «υπερήρωα», θεωρείται ότι είναι σε θέση να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε εργασιακή κατάσταση, να λύσει εύκολα οποιοδήποτε πρόβλημα, χωρίς ποτέ να δείξει ανασφάλεια, δυσφορία ή άρρωστο συναίσθημα. Ο αναδυόμενος εργαζόμενος μπορεί να αντιμετωπίσει αυτές τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές καταστάσεις αναπτύσσοντας ανθεκτικότητα και εφαρμόζοντας στρατηγικές αντιμετώπισης. Όταν αυτά τα εργαλεία δεν εφαρμόζονται, οι συνέπειες μπορεί να γίνουν αρνητικές.

Απρόβλεπτο. Ο επαγγελματίας έκτακτης ανάγκης δεν γνωρίζει εκ των προτέρων πότε θα κληθεί να ανταποκριθεί, πόσες αποστολές θα πρέπει να κάνει σε μια μέρα, πού θα πρέπει να πάει, πόσοι άνθρωποι μπορεί να εμπλέκονται, τη σοβαρότητα της διάσωσης, το αποτέλεσμα της θεραπείας του. Μόλις φτάσει στον τόπο του συμβάντος, ο επαγγελματίας, ο οποίος έχει στην κατοχή του μόνο τις πληροφορίες που παρέχονται από το κέντρο επιχειρήσεων, οι οποίες είναι συχνά αποσπασματικές και σύντομες, πρέπει να καταλάβει ποια είναι η πραγματική κατάσταση.

Τα πιο δυνατά συναισθήματα είναι αυτά που προκύπτουν στον τόπο του ατυχήματος, τη στιγμή της άμεσης σύγκρουσης με το απροσδόκητο και το άγνωστο. Στην πραγματικότητα, οι διασώστες πρέπει να ανταποκριθούν στην έκκληση για βοήθεια χωρίς να έχουν την ευκαιρία να προετοιμαστούν για αυτό. Κατά την άφιξή τους στο σημείο, οι επαγγελματίες έχουν λίγο χρόνο για να συνειδητοποιήσουν την κατάσταση, την ασφάλεια της σκηνής, την αγωνία που βρίσκουν εκεί, να ταξινομήσουν τους εμπλεκόμενους, να εξακριβώσουν την κατάστασή τους, τους νεκρούς, τα θύματα που πεθαίνουν κατά τη διάρκεια των μέτρων ανάνηψης. Εν τω μεταξύ, πρέπει επίσης να συντονίζει το έργο της ομάδας, να διαχειρίζεται τους περαστικούς, να επικοινωνεί με το κέντρο επιχειρήσεων.

Σε όλη αυτή τη φρενίτιδα, τα συναισθήματα δρουν σε ένα λεπτό, ασυνείδητο επίπεδο.

Αυτή η αβεβαιότητα λειτουργεί ως κοινό νήμα, ενώ από τη μία μπορεί να είναι το ερέθισμα που κρατά το πάθος για εργασία υψηλό, την ώθηση για εργασία, από την άλλη πλευρά, μακροπρόθεσμα, μπορεί

Ηλικία του ατόμου που θα διασωθεί. Η διάσωση νεαρών θυμάτων, ειδικά συνομηλίκων και παιδιών, είναι μακράν οι πιο αγχωτικές καταστάσεις που βρέθηκαν σε μελέτες. Όταν εργάζεστε για τη διάσωση ενός νέου ατόμου, υπάρχει μεγαλύτερη επιθυμία να πάνε όλα καλά . εξαιτίας αυτού, οποιαδήποτε αποτυχία βιώνεται με ακόμη πιο αρνητικό τρόπο. Οι δύο κορυφαίοι τύποι περιστατικών που θεωρούνται πιο επικριτικοί από το προσωπικό έκτακτης ανάγκης είναι ο θάνατος και η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών.

Ψυχιατρικοί ασθενείς. Ειδικά όταν δεν είναι συνεργάσιμα. Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής αισθάνεται τόσο απειλούμενος από τα πάντα γύρω του, συμπεριλαμβανομένου του διασώστη, που η βίαιη αντίδρασή του είναι ακριβώς ένας αμυντικός μηχανισμός. Η δυσκολία στη διαχείριση της κατάστασης είναι ότι η κατάσταση πρέπει να ελαχιστοποιηθεί για να εκτρέψει την επιθετικότητα του ασθενούς, έτσι ώστε να μπορεί να βρεθεί ένας διάυλος επικοινωνίας για την παροχή βοήθειας χωρίς να προκαλέσει βίαιες αντιδράσεις. Η συναισθηματική φόρτιση, η ηρεμία και η εμπιστοσύνη του διασώστη σε αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητες, αλλά όχι πάντα εύκολο να εφαρμοστούν στην πράξη, καθώς η ένταση είναι πολύ υψηλή και η πιθανότητα κακής επικοινωνίας, θέτοντας σε κίνδυνο την επιτυχία της παρέμβασης, είναι πολύ υψηλή.

Σοβαρά τραυματισμένοι ασθενείς. Πόσο μάλλον αν είναι νέοι ή αν έχουν πολύ σοβαρές σωματικές βλάβες (ακρωτηριασμοί, δυσπλασίες) ή εμπλέκονται σε σοβαρά ατυχήματα (ασθενής παγιδευμένος, αναποδογυρισμένο αυτοκίνητο, maxi-emergency).

Ευθύνες. Η επιθυμία του διασώστη για αυτονομία, η ικανοποίηση της πλαισίωσης της κλινικής κατάστασης για την αντιμετώπισή της και η επιλογή του κωδικού πρόσβασης στην υπηρεσία έκτακτης ανάγκης, συνοδεύεται από τον φόβο της ευθύνης επιλογής.

Τα πάντα για όλους. Ένα συναίσθημα που αναφέρεται συχνά από τους διασώστες είναι ότι είναι μέρος μιας ομάδας και ότι η οριστικότητα της πράξης διάσωσης εξαρτάται από κάθε μέλος της ομάδας. Ενώ αυτό είναι καθησυχαστικό κατά κάποιον τρόπο, επειδή γνωρίζουν ήδη πώς να ενεργούν, για ορισμένους θεωρείται κίνδυνος επιδείνωσης της κατάστασης, επειδή φοβούνται ότι ορισμένοι από τους συναδέλφους τους δεν κάνουν σωστά τη δουλειά τους.

Οργανισμός. Οι καταστάσεις που δημιουργούν άγχος στο προσωπικό έκτακτης ανάγκης μπορεί να είναι οι ανεπαρκείς ανθρωπίνοι πόροι και η

υπερφόρτωση της εργασίας στην οποία υποβάλλονται οι επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης, ειδικά τα τελευταία χρόνια, και, κυρίως, η αδυναμία παροχής φροντίδας στο αναμενόμενο επίπεδο, επίσης λόγω έλλειψης πόρων, χρόνου και προσωπικού.

Η έντονη αίσθηση κόπωσης που αισθάνεται η ομάδα διάσωσης, την οποία αποδίδουν ακριβώς στην υπερφόρτωση των δύο λόγω της ασυμφωνίας μεταξύ των απαιτήσεων και των ελλείψεων προσωπικού και της έλλειψης χρόνου, μπορεί επίσης να αποτελεί ένδειξη μιας μη ικανοποιητικής σχέσης με το αντικείμενο της εργασίας τους. Παλεύοντας με τον ταραχώδη ρυθμό, ο διασώστης αισθάνεται ότι παραβλέπει τόσο τη νεπαφή με τον ασθενή όσο και την ανησυχία για τις τεχνικές πτυχές του επαγγέλματος που συχνά παρακινούν την επιλογή να εργαστεί στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, συγκλονισμένος από τις διαδικασίες και το μέγεθος της γραφειοκρατικής εργασίας που πρέπει να γίνει.

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι οι υπηρεσίες φροντίδας δεν μπορούν να καθυστερήσουν, δεδομένου ότι πρόκειται για αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα, με υψηλό κίνδυνο σφάλματος· τη μεταβλητότητα και την ταχύτητα της κλινικής εικόνας, ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κρίσιμου ασθενούς· την ανάγκη για υψηλά επίπεδα απόδοσης που απορρέουν ακριβώς από το απρόβλεπτο της στιγμής. Όλα αυτά δημιουργούν στον διασώστη μια κατάσταση συνεχούς έντασης, η οποία μπορεί να οριστεί ως άγχος απόδοσης.

Έλλειψη ανατροφοδότησης σχετικά με το έργο που έχει γίνει. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αποπροσανατολισμό καθώς οι άνθρωποι δεν ξέρουν πώς να προχωρήσουν, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια κινήτρων για εργασία. Συχνά, οι επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης είναι μόνοι στο σκεπτικό τους για τη διάγνωση που απαιτείται για παρέμβαση, χωρίς την ευκαιρία να συμβουλευτούν έναν συνάδελφο και έτσι αισθάνονται χαλαρόιστην απόφασή τους. Η λήψη ανατροφοδότησης τόσο από συναδέλφους όσο και από ανώτερους και ασθενείς (όπου είναι δυνατόν) σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο εργάζονται και σχετίζονται είναι σημαντική για την καλλιέργεια του πάθους τους για την εργασία τους και τη βελτίωση πτυχών του επαγγελματισμού τους που πρέπει να αναθεωρηθούν. Επιπλέον, η αντιπαράθεση μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επίλυση συγκρούσεων που μπορεί να προκύψουν μεταξύ συναδέλφων.

Αναγνώριση θύματος. Το πρόβλημα για τον διασώστη δεν γνωρίζει πώς να διαχειριστεί την απόσταση μεταξύ αυτού και του sufferer, πώς να καταλάβει ότι ο

τραυματίας δεν είναι σαν αυτόν ή έναν συγγενή ή ότι δεν του συμβαίνει. Στην πραγματικότητα, η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να είσαι κοντά σε κάποιον που υποφέρει, αλλά αν ο διασώστης δεν μάθει να διαχειρίζεται αυτότο κενό, μπορεί να είναι καταστροφικό.

Ομάδα. Το άγχος εμφανίζεται όταν οι διασώστες συνεργάζονται με ανθρώπους που είναι πάντα διαφορετικοί ή απροετοίμαστοι και τους οποίους δεν εμπιστεύονται, όταν η ομάδα δεν είναι συνεκτική, όταν τα μέλη της ομάδας δεν επικοινωνούν αποτελεσματικά μεταξύ τους.

Άλλοι. Εκείνοιπου συγκεντρώνονται στον τόπο ενός ατυχήματος, που τονίζουν την ανάγκη για συμπόνια, που μπορούν να μιλήσουν ανοιχτά για την ανεπάρκεια και την έλλειψη ετοιμότητας των διασωστών, την αδυναμία, τους παρευρισκόμενους που παρατηρούν και κρίνουν (συχνά κινηματογραφούν τη σκηνή με κινητά τηλέφωνα).

2.4. Οξεία διαταραχή άγχους

Η οξεία διαταραχή στρες (ASD) εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της φάσης έκθεσης σε τραύμα. ως άμεση αντίδραση στο γεγονός, το σώμα και η ψυχή αντιδρούν καθοδηγούμενα από το έμφυτο ένστικτο επιβίωσης, οδηγώντας σε μια επιλογή «πάλης ή φυγής». Αυτή είναι μια αμυντική αντίδραση έκτακτης ανάγκης καθώς προετοιμάζει το σώμα να ανταποκριθεί ενστικτωδώς με μάχη ή πτήση στο αγχωτικό ερέθισμα.

Στην ουσία, το ΤΑΣ χαρακτηρίζεται από πέντε κύριες πτυχές:

1. διάσταση ή αίσθημα συναισθηματικού μουδιάσματος,
2. ξαναζώντας την εμπειρία του γεγονότος,
3. αποφυγή συμπεριφοράς,
4. την εμφάνιση φυσιολογικών αλλαγών,
5. κοινωνική και επαγγελματική αναπηρία.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΕΔΕ σύμφωνα με το DSM (Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών) είναι:

α) Το άτομο έχει εκτεθεί σετριωματικό συμβάν στο οποίο υπήρχαν τα ακόλουθα στοιχεία:

1. το πρόσωπο έχει βιώσει, έχει γίνει μάρτυρας ή έχει βρεθεί αντιμέτωπο με γεγονός ή γεγονότα που συνεπάγονται θάνατο ή απειλή κατά της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού του ή άλλων.

2. οι αντιδράσεις του ατόμου περιελάμβαναν έντονο φόβο, αδυναμία ή φρίκη.
- β) Κατά τη διάρκεια ή μετά την εμπειρία του αγχωτικού γεγονότος, το άτομο παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα, όπως: απουσία συναισθημάτων, έλλειψη συναισθηματικής αντιδραστικότητας, μειωμένη επίγνωση του περιβάλλοντος, η εξωτερική πραγματικότητα γίνεται αντιληπτή από το θέμα με αίσθηση μη πραγματικότητας.
- γ) Το τραυματικό γεγονός ξαναζεί επίμονα μέσα από εικόνες, σκέψεις, όνειρα, ψευδαισθήσεις ή αναδρομές.
- δ) Έντονη αποφυγή ερεθισμάτων που προκαλούν απομνημονεύσεις του τραύματος.
- ε) Έντονα συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διέγερσης (π.χ. δυσκολία στον ύπνο, ευερεθιστότητα, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, υπερεπαγρύπνηση).
- στ) Η διαταραχή προκαλεί δυσφορία σε σχεσιακές πτυχές.
- ζ) Η διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον δύο ημέρες και το πολύ τέσσερις εβδομάδες και εκδηλώνεται εντός τεσσάρων εβδομάδων από το τραυματικό γεγονός.
- η) Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. μιας ουσίας κατάχρησης ή ενός ναρκωτικού) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

2.5. Διαταραχή post-τραυματικού στρες ή PTSD σε εργαζόμενους έκτακτης ανάγκης

Σε σενάρια έκτακτης ανάγκης, ο πρώτος στόχος των παρεμβάσεων είναι η αποκατάσταση της ισορροπίας και της ψυχολογικής ευημερίας των θυμάτων. Στην οξεία φάση, είναι επομένως απαραίτητο να βοηθηθούν τα θύματα να διαχειριστούν το κρίσιμο γεγονός, αξιοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο όλους τους διαθέσιμους ψυχολογικούς πόρους, προκειμένου να ξεπεραστεί το τραύμα χωρίς να υποστούν μακροχρόνιες συνέπειες. Οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τη διάσωση, αν και τείνουν να αναπτύσσουν ένα υψηλό όριο ανοχής σε παραδοσιακά γεγονότα, πρέπει επίσης να υποστηρίζονται άμεσα ψυχολογικά για την πρόληψη ψυχοπαθολογικών διαταραχών μετά από τραύμα εξ υποκαταστάσεως. Πράγματι, οι διασώστες μπορεί να είναι θύματα τραύματος, όχι για άμεση έκθεση, αλλά για ενσυναισθητική επαφή με όσους επηρεάζονται από τα αποτελέσματα έκτακτης ανάγκης. Είναι σημαντικό να ανακτηθεί η σωματική και ψυχολογική ενέργεια που είναι απαραίτητη για τη συνέχιση του έργου διάσωσης, το οποίο απαιτεί έντονες προσπάθειες, και να διατηρηθεί η υψηλή επαγγελματική αποτελεσματικότητα που απαιτείται σε ένα πλαίσιο έκτακτης ανάγκης. Επιπλέον, είναι αναγκαίο να ληφθεί

υπόψη ότι το επιχειρησιακό πλαίσιο στο οποίο οι διασώστες προκαλούν δυσφορία και κίνδυνο χαρακτηρίζεται από οπισθοδρομικές και απρόβλεπτες αλλαγές που δεν επιτρέπουν την κατάλληλη προσαρμογή για την αντιμετώπιση του συναισθηματικού στρες που προκαλείται από την έκρηξη.

Η παρέμβαση των επαγγελματιών σε ένα σενάριο έκτακτης ανάγκης χωρίζεται σε διάφορες φάσεις, καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί σε συγκεκριμένες συναισθηματικές εμπειρίες και συγκεκριμένες αντιδράσεις που μπορούν να αξιολογηθούν ως φυσιολογικές αντιδράσεις ως απάντηση σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης.

- **Φάση συναγερμού.** Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης αρχίζει όταν λαμβάνεται επικοινωνία ενός κρίσιμου γεγονότος στο οποίο είναι απαραίτητο να παρέμβουμε. Η είδηση μπορεί να δημιουργήσει, με την πρώτη ματιά, μια αίσθηση σύγχυσης και αμηχανίας, συνοδευόμενη από φόβο για το τι θα συναντήσει στον τόπο του γεγονότος και ανησυχία ότι είναι ανεπαρκής για την κατάσταση. Μερικοί διασώστες μπορεί να εμφανίσουν πιο ακραίες, ακόμη και ανασταλτικές, αντιδράσεις σε σημείο σοκ. Οι αντιδράσεις σωματικής ενεργοποίησης είναι συχνές, όπως αυξημένος καρδιακός ρυθμός, αρτηριακή πίεση και δύσπνοια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο αρχικός αποπροσανατολισμός μπορεί να προκαλέσει γνωστική δυσκολία στην κατανόηση της σοβαρότητας του συμβάντος και των αρχικών πληροφοριών που παρέχονται, με επακόλουθη μείωση της αποτελεσματικότητας και των δεξιοτήτων επικοινωνίας.

- **Φάση κινητοποίησης.** Μόλις ξεπεραστεί η αρχική πρόσκρουση, οι διασώστες ετοιμάζονται να ανταποκριθούν. Ο προγραμματισμός της παρέμβασης και ο απαραίτητος συντονισμός διευκολύνει την ανάκτηση του συναισθηματικού αυτοελέγχου, μειώνοντας την κατάσταση έντασης.

- **Φάση δράσης.** Η διάσωση αναλαμβάνει να βοηθήσει τα θύματα, εναλλάσσοντας μεταξύ συναισθημάτων ευφορίας και ικανοποίησης όταν η διάσωση είναι δυνατή και συναισθημάτων απογοήτευσης, ενοχής, αποθάρρυνσης, φόβου και ανεπάρκειας όταν η παρέμβαση δεν είναι αποτελεσματική. Αυτή η φάση μπορεί να διαρκέσει για ώρες, ημέρες ή εβδομάδες, με αποτέλεσμα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που σχετίζονται με παρατεταμένη έκθεση σε τραυματικό στρες. Αυτή τη στιγμή η τάση υποτίμησης των αναγκών του διασώστη είναι πολύ συχνή και τείνουν να υπερεκτιμούν τους πόρους τους.

- **Απελευθερώστε το phase.** Μόλις τελειώσει η αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, οι διασώστες πρέπει να επιστρέψουν στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή. Υπάρχουν δύο πτυχές που πρέπει να εξεταστούν σε αυτό το στάδιο. Από τη μία πλευρά, οι συναισθηματικές εμπειρίες που αναστέλλονται κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας διάσωσης, όπως το άγχος, η απογοήτευση και ο θυμός, μπορεί να επανεμφανιστούν μέσω δυσκολιών στην αποκατάσταση μιας χαλαρής κατάστασης. Μπορεί επίσης να εμφανιστούν δυσκολίες στον ύπνο, ένταση, ευερεθιστότητα, θλίψη και επεισόδια υψηλού συναισθηματικού αντίκτυπου. Η δεύτερη πτυχή αφορά την επιστροφή στην κανονικότητα, στη ρουτίνα, η οποία περιλαμβάνει επίσης τον χωρισμό από άλλους διασώστες που έχουν παρέμβει στο πλαίσιο έκτακτης ανάγκης και οι οποίοι μπορούν να λάβουν μια εντελώς θετική ή αρνητική υποκειμενική αξία, στα συναισθήματα απομόνωσης από την «κανονική» ζωή και στην αίσθηση ότι η μόνη μείωση στην οποία ο διασώστης αισθάνεται επαρκής είναι αυτή της έκτακτης ανάγκης.

Μόλις τελειώσει η κρίση έκτακτης ανάγκης, η ψυχολογική υποστήριξη διατηρεί κεντρικό ρόλο, επειδή οι διασώστες, αφού εξαντλήσουν τη διαθέσιμη ενέργεια, χρειάζονται μια γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία της βιωμένης εμπειρίας, η οποία, αν δεν πραγματοποιηθεί σωστά, θα μπορούσε να οδηγήσει σε ψυχοπαθολογίες άγχους με σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχοφυσική ευημερία. Ο διασώστης μπορεί να ξαναζήσει τις πιο οδυνηρές στιγμές, π.χ. να ανακαλέσει τα πρόσωπα των διασωθέντων θυμάτων και την ασφυξία τους, μπορεί να συνεπάγεται αισθήματα ενοχής επειδή δεν μπόρεσε να βοηθήσει ή να σώσει τους πάντες. Μαζί με τις καταστάσεις άγχους, μπορεί επίσης να εμφανιστεί δυσκολία στον ύπνο, αίσθημα ανασφάλειας και εμπειρίες διαβίωσης στο κενό.

Έτσι, το βασικό χαρακτηριστικό της PTSD είναι η ανάπτυξη τυπικών συμπτωμάτων μετά από έκθεση σε έναν ακραίο τραυματικό παράγοντα, ο οποίος περιλαμβάνει μια άμεση ή έμμεση προσωπική εμπειρία και ο οποίος μπορεί να συνεπάγεται βλάβη ή απειλή για τη σωματική ακεραιότητα ενός ατόμου. Η εικόνα των συμπτωμάτων πρέπει να είναι παρούσα για περισσότερο από ένα μήνα και να προκαλεί σημαντική κλινική δυσφορία και βλάβη της κοινωνικής ζωής:

α) Το τραυματικό γεγονός βιώνεται επίμονα μέσα από διάφορους τρόπους:

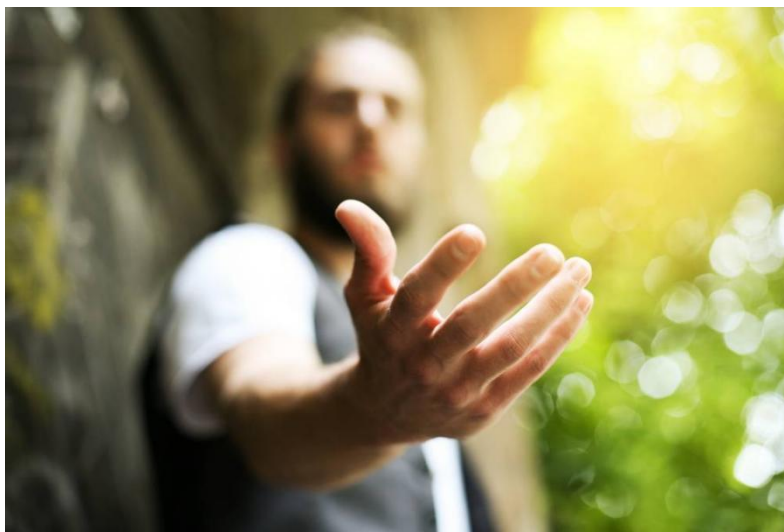
1. Επαναλαμβανόμενες και παρεμβατικές μνήμες του γεγονότος.
2. Επαναλαμβανόμενα όνειρα ή εφιάλτες για το γεγονός.

3. Το άτομο ξαφνικά συμπεριφέρεται ή αισθάνεται σαν να επαναλαμβάνεται το τραυματικό γεγονός.

4. Έντονη ψυχολογική δυσφορία κατά την έκθεση σε γεγονότα που μοιάζουν με το τραυματικό γεγονός.

β) Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραύμα. Υπάρχει μια προσπάθεια από την πλευρά του υποκειμένου να αποφύγει τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις δραστηριότητες, τις καταστάσεις που σχετίζονται με το τραύμα εφαρμόζοντας συμπεριφορές αποφυγής.

γ) Επίμονα συμπτώματα υπερεπαγρύπνησης, δυσκολία στον ύπνο, ήπια ευερεθιστότητα, υπερενεργοποίηση σε ερεθίσματα, δυσκολία συγκέντρωσης.



Όπως αναφέρθηκε, το άγχος είναι ένα σύνδρομο προσαρμογής σε στρεσογόνους παράγοντες. Μπορεί να είναι μια φυσιολογική, φυσιολογική προσαρμογή, αλλά μπορεί επίσης να έχει παθολογικές επιπτώσεις. Κάθε στρεσογόνος παράγοντας που διαταράσσει την ισορροπία του σώματος προκαλεί άμεσα νευροψυχολογικές, συναισθηματικές, κινητικές, ορμονικές και ανοσολογικές ρυθμιστικές αντιδράσεις. Η προβλεψιμότητα, η γνώση και η σοβαρότητα των γεγονότων διαδραματίζουν θεμελιώδη ρόλο στην ικανότητα καθιέρωσης στρατηγικών αντιμετώπισης για τη διαχείριση αυτού του άγχους. Η προσαρμογή είναι προβληματική όταν ο επαγγελματίας εκτίθεται σε αιφνίδια καταστροφικά γεγονότα, όπως στην περίπτωση διάσωσης θυμάτων πολύ σοβαρού ατυχήματος.

Σημείωση

PTSD δεν επηρεάζει αδύναμους ή αδύναμους ανθρώπους. Μπορεί να επηρεάσει όποιον δεν διαθέτει λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Σε περίπτωση σοβαρής επέμβασης έκτακτης ανάγκης, τότε, ακόμη και για έναν ειδικό και εξειδικευμένο επαγγελματία έκτακτης ανάγκης, είναι πολύ δύσκολο να εισέλθετε αμέσως στην κατάσταση με διαύγεια και σαφήνεια, δεσμεύοντας αμέσως σκέψεις και ενέργειες στις πράξεις που απαιτούνται από την παρέμβαση. Επομένως, όταν φτάσει στη σκηνή, θα βιώσει έναν ορισμένο βαθμό σοκ, ο οποίος μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο έντονος ανάλογα με την εμπειρία του και την προσωπική του ικανότητα για αυτοέλεγχο.

2.6 Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια συμμετοχή σε συναισθηματικά απαιτητικές δραστηριότητες. Είναι ένα σύνδρομο που μπορεί να εμφανιστεί σε εκείνους που μέσω του επαγγέλματός τους αντιμετωπίζουν προβληματικές καταστάσεις όπου υπάρχει συνεχής επαφή με ασθένεια και θάνατο. Σε αυτούς τους επαγγελματίες, η συναισθηματική εμπλοκή μπορεί να είναι τόσο ισχυρή που κάποια στιγμή γίνεται αφόρητη. Οι εργαζόμενοι έκτακτης ανάγκης, λόγω της ειδικής φύσης της επαγγελματικής τους εργασίας, βρίσκονται σε στενή και συνεχή επαφή με θύματα ατυχημάτων, καταστροφών και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και, ως εκ τούτου, συγκαταλέγονται στις κατηγορίες που πλήττονται περισσότερο από την επαγγελματική εξουθένωση. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στον τομέα της υγείας το 1977 από την Christina Maslach για να καθορίσει μια κατάσταση που είχε βιώσει στη δουλειά της. Παρατήρησε ότι συνέβαινε με αυξανόμενη συχνότητα στους υγειονομικούς, μετά από μήνες ή χρόνια ενασχόλησης, με μια στάση είτε νευρικότητας και ανησυχίας είτε απάθειας, αδιαφορίας και κάποιου κυνισμού ακόμη και απέναντι στο έργο τους. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται σε ένα είδος απάντησης στα προβλήματα της εργασίας διάσωσης, το άγχος, το οποίο είναι η τάση να αντιμετωπίζονται τα θύματα με αποσπασμένο και μηχανικό τρόπο. Το σύνδρομο δεν εμφανίζεται ξαφνικά, αλλά είναι το αποτέλεσμα μιας διαδοχής τεσσάρων σταδίων, τα οποία ο Maslach διαιρεί ως εξής:

1. Ιδεαλιστικός ενθουσιασμός: χαρακτηρίζεται από τα κίνητρα που οδήγησαν τους εργαζόμενους να επιλέξουν μια δραστηριότητα φροντίδας, δηλαδή
- συνειδητά κίνητρα: βελτίωση του κόσμου και του εαυτού τους, κύρος,

- ασυνείδητα κίνητρα: η επιθυμία εμβάθυνσης της αυτογνωσίας και άσκησης κάποιας μορφής ελέγχου σε άλλους·

2. Στασιμότητα: ο εργαζόμενος συνεχίζει να εργάζεται, αλλά συνειδητοποιεί ότι η εργασία δεν ικανοποιεί πλήρως τις ανάγκες του. Μια σταδιακή απεμπλοκή συμβαίνει με την αίσθηση της βαθιάς απογοήτευσης, οδηγώντας σε ένα κλείσιμο του ατόμου προς την εργασία και τους συναδέλφους.

3. Απογοήτευση: αυτή θεωρείται η πιο κρίσιμη φάση, στην οποία η κυρίαρχη σκέψη του διασώστη είναι ότι δεν μπορεί πλέον να βοηθήσει κανέναν, με μια βαθιά αίσθηση αναξιότητας. Η εμπειρία του ατόμου είναι αυτή της απώλειας, της κένωσης των συναισθημάτων και των δημιουργικών αξιών που θεωρούνται θεμελιώδεις μέχρι εκείνη τη στιγμή. Πρόσθετοι απογοητευτικοί παράγοντες είναι η έλλειψη εκτίμησης τόσο από τους ανωτέρους όσο και από τους χρήστες, και η ανεπαρκής κατάρτιση για αυτό το είδος εργασίας.

Το απογοητευμένο άτομο συχνά επιδίδεται σε συμπεριφορές διαφυγής (όπως αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία, παρατεταμένα διαλείμματα, συχνές αναρρωτικές άδειες).

4. Επαγγελματικό πάγωμα: η σταδιακή συναισθηματική απεμπλοκή προκύπτει από την απογοήτευση, οδηγώντας σε στροφή από την ενσυναίσθηση στην απάθεια.

Η εξουθένωση δεν είναι απλώς ένα προσωπικό πρόβλημα, οι επιπτώσεις της εξουθένωσης τείνουν να εξαπλώνονται από το ένα μέλος της ομάδας στο άλλο και από τη μία ομάδα στην άλλη. Οι συνέπειές του είναι πολύ σοβαρές και μπορούν να συνοψιστούν σε τρία επίπεδα:

1. Επίπεδο εργαζομένων,
2. Επίπεδο ασθενούς,
3. Το επίπεδο της κοινότητας γενικότερα.

2.6.1. Παράγοντες κινδύνου, αιτίες και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τον Maslach, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που κινδυνεύουν περισσότερο είναι εκείνοι οι άνθρωποι που ρίχνονται στη δουλειά τους με περισσότερο ενθουσιασμό, οι οποίοι εκτίθενται για πολύ καιρό σε καταστάσεις όπου υπάρχει ισχυρή αναντιστοιχία μεταξύ απαιτήσεων και πόρων, μεταξύ ιδανικού και πραγματικότητας, μεταξύ του τι απαιτεί το επάγγελμα και πώς γίνεται. Οι Rossati και

Magro (1999) το ορίζουν ως «το σύνδρομο των απογοητευμένων Καλός Σαμαρείτης». Μεταξύ των επιδημιολογικών πτυχών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης που περιγράφονται στη βιβλιογραφία, υπάρχει ένα συγκεκριμένο επίπεδο αλληλεπικάλυψης για ορισμένες μεταβλητές:

Ηλικία: Φαίνεται να υπάρχει μια περίοδος συνειδητοποίησης ότι στα πρώτα χρόνια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας, το άτομο θα ήταν πιο ευάλωτο.

Φύλο: Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες από τους άνδρες. Αυτό οφείλεται σε διάφορους λόγους, όπως ο διπλός φόρτος εργασίας (επαγγελματικός και οικογενειακός) στον οποίο υπόκεινται και η εκπλήρωση ορισμένων επαγγελματικών ειδικοτήτων που θα μπορούσαν να διευρύνουν τον ρόλο των γυναικών.

Οικογενειακή κατάσταση: Αυτό παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς το σύνδρομο φαίνεται να είναι πιο εμφανές σε άτομα χωρίς οικογένεια ή σταθερό σύντροφο. Η ύπαρξη παιδιών κάνει αυτούς τους ανθρώπους πιο ανθεκτικούς στο σύνδρομο.

Εργασία κατά βάρδιες: Η εργασία κατά βάρδιες και οι ώρες εργασίας μπορούν να ευνοήσουν την εμφάνιση του συνδρόμου.

Αρχαιότητα στην εργασία: ορισμένοι συγγραφείς έχουν βρει μια θετική σχέση, τη σχέση μεταξύ του συνδρόμου και της αρχαιότητας στην εργασία, άλλοι έχουν βρει μια αντίστροφη σχέση, διαπιστώνοντας ότι τα άτομα με περισσότερα χρόνια απασχόλησης έχουν χαμηλότερο επίπεδο συσχέτισης με το σύνδρομο.

Φόρτος εργασίας: η σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και υπερφόρτωσης είναι βέβαιη, στους επαγγελματίες της επείγουσας ιατρικής, καθώς αυτός ο παράγοντας θα οδηγούσε σε ποιοτική και ποσοτική μείωση των υπηρεσιών που παρέχονται από αυτούς τους εργαζόμενους.

Σημεία και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να ταξινομηθούν σε ψυχολογικά (γνωστικά-συναισθηματικά) συμπτώματα, καθώς επηρεάζουν τόσο τη συναισθηματική όσο και τη γνωστική σφαίρα. Η Christina Maslach περιγράφει τρεις ομάδες συμπτωμάτων:

Συναισθηματική εξάντληση: κόπωση, αίσθημα εξάντλησης κάθε ενέργειας, τόσο ψυχικής όσο και σωματικής, απάθεια, αποθάρρυνση, δυσκολία συγκέντρωσης, ανησυχία, ευερεθιστότητα, υπερβολική ανησυχία ή φόβος, αίσθημα απογοήτευσης ή αίσθηση αποτυχίας.

Αποπροσωποποίηση: απώλεια οποιασδήποτε θετικής στάσης απέναντι στον εαυτό του, τον κόσμο και τους άλλους (μέλη της οικογένειας, συνάδελφοι, χρήστες), οδηγώντας σε μια κλινική και αποστασιοποιημένη προσέγγιση που θέτει σε κίνδυνο κάθε αποτελεσματική σχέση βοήθειας.

Έλλειψη εκπλήρωσης: το άτομο δεν αισθάνεται ικανοποιημένο στην εργασία και αρχίζει να υποτιμά τον εαυτό του τόσο επαγγελματικά όσο και προσωπικά. Παρά τις καλύτερες προσπάθειές τους, οι νέες δεσμεύσεις φαίνονται αφόρητες, αισθάνονται ότι δεν είναι στο ύψος των περιστάσεων στην εργασία και στην ιδιωτική τους ζωή.

Στα συμπτώματα που περιλαμβάνονται σε αυτές τις τρεις κατηγορίες, ο F. Folgheraiter προσθέτει εκείνα που μπορούν να περιγραφούν ως:

Απώλεια ελέγχου: ο person δεν μπορεί πλέον να ελέγξει τον χώρο ή τη σημασία της επαγγελματικής δραστηριότητας στη ζωή του. Έχει την αίσθηση ότι η δουλειά τον «εισβάλλει». Δεν μπορεί διανοητικά να «αποσυνδεθεί» από αυτό. Η σκέψη των θυμάτων ή τα προβλήματα με τους συναδέλφους του προκαλούν περισσότερη και δυσφορία, ακόμη και πέρα από τις ώρες εργασίας.

Συμπεριφορικά συμπτώματα: Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν μερικές ή περισσότερες από τις ακόλουθες συμπεριφορές:

-Απουσιών;

- Αποφυγή σχέσεων, ξοδεύοντας περισσότερο χρόνο από ό, τι είναι απαραίτητο στο τηλέφωνο, αναζητώντας δικαιολογίες για να βγείτε έξω ή εκτελώντας δραστηριότητες που δεν απαιτούν αλληλεπίδραση με συναδέλφους.

- Προοδευτική απόσυρση από την πραγματικότητα της εργασίας: συμμετοχή σε συναντήσεις χωρίς παρέμβαση, χωρίς συναισθηματική συμμετοχή και μόνο για τα απολύτως απαραίτητα.

- Δυσκολία αστειεύομαι στη δουλειά, μερικές φορές ακόμη και χαμογελώντας.

- Απώλεια αυτοελέγχου: βίαιες, παρορμητικές συναισθηματικές αντιδράσεις προς τα θύματα ή/και τους συναδέλφους.

- Κάπνισμα και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών: αλκοόλ, ψυχοτρόπα φάρμακα, ναρκωτικά.

Σωματικά συμπτώματα: Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης προκαλεί ή επιδεινώνει μερικές από τις ακόλουθες ψυχοσωματικές διαταραχές:

- Γαστρεντερικές διαταραχές: γαστρίτιδα, έλκος, κολίτιδα, δυσκοιλιότητα, διάρροια;

- Δυσλειτουργίες του ΚΝΣ: εξασθένιση, κεφαλαλγία, ημικρανία;
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες: ανικανότητα, ψυχρότητα, απώλεια επιθυμίας
- Δερματικές διαταραχές: δερματίτιδα, ακμή, τσίχλα.
- Αλλεργίες και άσθμα;
- Αϋπνία ή άλλες διαταραχές του ύπνου;
- Διαταραχές της όρεξης;
- Ψυχοσωματικά συστατικά της αρθρίτιδας, των καρδιακών παθήσεων, του διαβήτη.



Κεφάλαιο 3

Ανθεκτικότητα και προσαρμοστική ικανότητα

3.1. Τι είναι η ανθεκτικότητα

Στην ψυχολογία, η ανθεκτικότητα μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα ενός ατόμου να προσαρμόζεται θετικά σε μια αρνητική και τραυματική κατάσταση. Σύμφωνα με πολλούς ειδικούς, η ανθεκτικότητα είναι μια ικανότητα που αποτελεί μέρος της ανθρώπινης φύσης, αλλά δεν είναι πάντα μια ικανότητα και, ακόμη και όταν ενεργοποιείται, δεν οδηγεί πάντα σε θετικά αποτελέσματα. Στην πραγματικότητα, η ανθεκτικότητα ενός ατόμου επηρεάζεται από μια ποικιλία ατομικών, κοινωνικών και σχεσιακών παραγόντων. Αυτή η ποικιλομορφία μπορεί να εξηγήσει, για παράδειγμα, γιατί, κάτω από τραυματικές και δύσκολες συνθήκες, ορισμένα άτομα καταφέρνουν να βγουν από αυτά χωρίς μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις, ενώ άλλα υποκύπτουν κάτω από την πίεση του τραυματικού γεγονότος, σε ορισμένες περιπτώσεις φτάνουν στο σημείο να αναπτύξουν πλήρεις ψυχοπαθολογίες.

Με τα χρόνια, υπήρξαν πολλοί διαφορετικοί ορισμοί της ανθεκτικότητας στον ψυχολογικό τομέα. Ωστόσο, είναι δυνατόν να περιγραφεί η ψυχολογική ανθεκτικότητα ως η ανθρώπινη ικανότητα να αντιμετωπίσει επιτυχώς ένα εξαιρετικά αγχωτικό ή/και τραυματικό γεγονός που προκαλεί αρνητικές αισθήσεις και αγωνία, με το άτομο να επιστρέφει στην κατάσταση πριν από το εν λόγω γεγονός και να αναδύεται από αυτό να ενισχύεται, αν όχι να μετασχηματίζεται. Με άλλα λόγια, η ψυχολογική ανθεκτικότητα μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα να ανταπεξέλθει, να αντισταθεί και να αναδιοργανώσει θετικά τη ζωή κάποιου αφού βιώσει ιδιαίτερα αρνητικά και τραυματικά γεγονότα.

Στο πλαίσιο ερευνητικών μελετών έχει παρατηρηθεί ότι δεν αναπτύσσουν όλοι οι άνθρωποι, αντιμέτωποι με μια τραυματική εμπειρία και υποβάλλονται σε επικίνδυνες καταστάσεις, καταστροφικές αντιδράσεις σε ψυχολογικό και συναισθηματικό επίπεδο. Στην πραγματικότητα, υπάρχουν και άλλοι τρόποι αντιμετώπισης των αντιξοοτήτων, οι οποίοι συνδέονται με την ικανότητα μετατροπής ενός αρνητικού γεγονότος σε ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη και είναι επίσης δυνατό να αντληθούν θετικά από την εμπειρία. Αντιμέτωποι με ένα τραυματικό γεγονός, οι ανθεκτικοί άνθρωποι είναι σε θέση να διατηρήσουν μια σταθερή κατάσταση χωρίς αυτό να επηρεάζει την απόδοση και την καθημερινή τους ζωή. Σε

αντίθεση με εκείνους που σταδιακά αναρρώνουν από μια περίοδο δυσλειτουργίας, τα ανθεκτικά άτομα δεν περνούν αυτή την περίοδο αλλά παραμένουν σε λειτουργικά επίπεδα παρά την τραυματική εμπειρία.

Σε αυτό το σημείο μπορούμε να τονίσουμε ότι η ανθεκτικότητα δεν προέρχεται αποκλειστικά από το περιβάλλον, ούτε είναι κάτι αποκλειστικά έμφυτο που ορισμένα άτομα λαμβάνουν κατά τη γέννηση και άλλα όχι. Βασίζεται στην αλληλεπίδραση που λαμβάνει χώρα μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί ως ανθεκτικό μόνο εάν έχει ήδη υπάρξει προσαρμογή. Ως εκ τούτου, η έρευνα επικεντρώνεται στον εντοπισμό αυτού του συνόλου παραγόντων που επέτρεψαν στα ανθεκτικά άτομα να ξεπεράσουν διάφορα τραύματα και προβλήματα. Αντίθετα, μια άλλη γενιά ερευνητών βλέπει την ανθεκτικότητα ως μια διαδικασία που μπορεί να προωθηθεί. Ως εκ τούτου, η έρευνα ενδιαφέρεται περισσότερο να διευκρινίσει ποιες δυναμικές υπάρχουν στη διαδικασία ανθεκτικότητας, με θεμελιώδη στόχο την αναπαραγωγή σε παρόμοιες παρεμβάσεις ή πλαίσια. Υπάρχει ανάγκη να διερευνηθεί η αλληλεπικάλυψη μεταξύ των διαφόρων παραγόντων κινδύνου και ανθεκτικότητας, και υπάρχει επίσης ανάγκη να μελετηθεί η ανάπτυξη μοντέλων για την αποτελεσματική προώθηση της ανθεκτικότητας μέσω προγραμμάτων παρέμβασης. Με αυτόν τον τρόπο, οι μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η διάκριση μεταξύ υποκινητών και παραγόντων κινδύνου είναι ιδιαίτερα διαπερατή. Αν και η έρευνα σε ανθεκτικούς ανθρώπους επικεντρώθηκε αρχικά στη μελέτη μιας παιδικής ηλικίας που χαρακτηρίζεται από τραυματικές καταστάσεις, η μελέτη της ανθεκτικότητας έχει πλέον επεκταθεί και γίνει κατανοητή ως μια ποιότητα που μπορεί επομένως να αναπτυχθεί καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής. Η ανθεκτικότητα έχει γίνει μια κατηγορία που μπορεί να εφαρμοστεί σε όλη τη ζωή. Ο καθένας, σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής και σε οποιοδήποτε πλαίσιο, μπορεί να βρεθεί σε μια traumatic κατάσταση, να την ξεπεράσει και να βγει πιο δυνατός από αυτήν. Έτσι, η ανθεκτικότητα είναι μια θεμελιώδης έννοια που περιλαμβάνει την ικανότητα αντιμετώπισης που έχουν οι άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα ή μια δυσκολία και πώς καταφέρνουν να ενσωματώσουν αυτά τα αρνητικά γεγονότα στη ζωή τους και να προχωρήσουν χωρίς σημαντικές συνέπειες. Επομένως, η ανθεκτικότητα δεν είναι ποτέ απόλυτο χαρακτηριστικό, ούτε αποκτάται μια για πάντα. Όπως αναφέρεται στο Vera Poseck (2004), η συζήτηση για την ανθεκτικότητα με ατομικούς όρους είναι ένα θεμελιώδες λάθος. Η ανθεκτικότητα είναι μια διαδικασία, ένα γίνεσθαι, για το οποίο δεν είναι

τόσο ο ανθεκτικός άνθρωπος όσο η εξέλιξή του και η διαδικασία δόμησης της ιστορίας της ζωής του. Για ορισμένους ερευνητές, η ατομική και η συλλογική ανθεκτικότητα είναι οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, καθώς η αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων περιλαμβάνει απαντήσεις που μπορούν να γίνουν τόσο ατομικά όσο και συλλογικά. Το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως μέρος της ομάδας και αναγνωρίζει ότι χρειάζεται την ομάδα για ανάπτυξη σε μια σχέση αμοιβαίας επιρροής.

Συνεχίζοντας την ανάλυση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που επιτυγχάνουν να δημιουργήσουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στο στρες, είναι σκόπιμο να αναπτυχθεί η έννοια των Ανθεκτικών Προσωπικοτήτων. Αυτή η έννοια γεννήθηκε σύμφωνα με τις γραμμές του υπαρξισμού, που νοείται ως ένας τρόπος θεώρησης του life. Ο Maddi και ο Kobasa είναι πρόδρομοι στην εισαγωγή αυτής της έννοιας στη βιβλιογραφία. Αυτοί οι συγγραφείς ήταν οι πρώτοι που αναφέρθηκαν στην «ευρωστία» το 1972 για να εξηγήσουν πώς μερικοί άνθρωποι είναι πιο επιτυχημένοι στο να αντιστέκονται στο άγχος από άλλους. Σύμφωνα με τον Kobasa (1979) edwυπάρχουν δομικές διαφορές στην προσωπικότητα που έχουν ως αποτέλεσμα μερικά άτομα να αρρωσταίνουν και άλλα όχι σε διάφορες καταστάσεις, αυτές οι διαφορές αποτελούν την ανθεκτική προσωπικότητα. Αυτοί οι συγγραφείς μας λένε για τρία χαρακτηριστικά του ατόμου που συνθέτουν αυτόν τον τύπο προσωπικότητας ή που θα ήταν απαραίτητο για την ανάπτυξή του:

- Πρόκληση
- Εξακρίβωση
- Δέσμευση.

Η δέσμευση νοείται ως η ικανότητα ορισμένων ανθρώπων να συμμετέχουν βαθιά στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, η πρόκληση ως η ευκαιρία να βιώσουν την αλλαγή ως ευκαιρία για ανάπτυξη και ο έλεγχος ως πεποίθηση ότι οι συνθήκες ζωής εξαρτώνται από τις πράξεις τους. Αν και οι έννοιες της ανθεκτικότητας και της ανθεκτικής προσωπικότητας έχουν πολλές ομοιότητες, δεν είναι οι ίδιες. Και τα δύο υποδηλώνουν την ικανότητα προσαρμογής σε αγχωτικές καταστάσεις και μιλούν σε μια εσωτερική ή καλά δημιουργημένη δύναμη από την αλληλεπίδραση ενός ατόμου με το περιβάλλον. Αν και υπονοείται ότι η ανθεκτική προσωπικότητα αποτελείται από τρεις παράγοντες, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι επίσης παρόντες στην ανθεκτικότητα με αποκλειστικό τρόπο, καθώς είναι μια ικανότητα που περιλαμβάνει περισσότερες ιδιότητες από αυτούς τους τρεις παράγοντες.



Επιστρέφοντας στην έννοια της ανθεκτικότητας, για τον Luthar (2006) ο θεμελιώδης παράγοντας ανθεκτικότητας είναι η ικανότητα του ανθρώπου να δημιουργεί ισχυρές σχέσεις με τους άλλους, ενισχύοντας τις ενήλικες φιγούρες στα αρχικά στάδια ανάπτυξης, δηλαδή τον δεσμό με τους γονείς. Αυτό δείχνει ότι αυτές οι θεμελιώδεις φιγούρες για τα παιδιά είναι σε θέση να τα καλλιεργήσουν, να τα προστατεύσουν και να τα τονώσουν, δημιουργώντας έτσι ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης που στη συνέχεια θα αντικατοπτρίζονται στην ανάπτυξη ενός αισθήματος εμπιστοσύνης στους άλλους, στην ενίσχυση προσωπικών χαρακτηριστικών όπως η νοημοσύνη, η αυτοεκτίμηση και η συναισθηματική αυτορρύθμιση, που είναι οι θεμελιώδεις ενδείξεις ανθεκτικότητας.

Για ορισμένους συγγραφείς όπως ο Michael Rutter (1978), που ανήκουν στη δεκαετία του εβδομήντα, όταν αναπτύχθηκαν οι πρώτες προσεγγίσεις της έννοιας, η ανθεκτικότητα θεωρείται μια σχεδόν έμφυτη ικανότητα, που σχηματίζεται από προσωπικούς παράγοντες που μας βοηθούν να προσαρμοστούμε σε δύσκολες καταστάσεις, ενώ άλλοι συγγραφείς, Kumpfer και Hopkins (1993), που ανήκουν στη δεύτερη ιστορική στιγμή της έρευνας για το θέμα, που αντιστοιχεί στο τέλος του εικοστού αιώνα, δηλώνουν ότι η ανθεκτικότητα είναι προϊόν της δράσης ατόμου-περιβάλλοντος, τονίζοντας τη σημασία της ικανότητας για τις προσωπικές σχέσεις και τη σχέση του υποκειμένου με το περιβάλλον του. Ο Rutter συμφωνεί με άλλους συγγραφείς που επισημαίνουν ότι η ανθεκτικότητα ή η ευπάθεια στο στρες προέρχεται τόσο από περιβαλλοντικά όσο και από συνταγματικά χαρακτηριστικά - ιδιοσυγκρασία, γενετική ευαισθησία ή πρότυπα φυσιολογικής αντιδραστικότητας σε ορισμένα ερεθίσματα - τα οποία, από την πρώιμη ζωή, λειτουργούν σε συνδυασμό και συμβάλλουν στις στρατηγικές αντιμετώπισης και, τελικά, στο ύψος και το βαθμό

της επιτυχίας με την οποία ένα άτομο αναπτύσσεται στο πλαίσιο του. Η ιδέα αναπτύχθηκε περαιτέρω με την έρευνα του ηθολόγου Boris Cirulnyk, ο οποίος επέκτεινε την έννοια της ανθεκτικότητας παρατηρώντας επιζώντες στρατοπέδων συγκέντρωσης, παιδιά σε ρουμανικά ορφανοτροφεία και παιδιά σε κίνδυνο στους δρόμους της Βολιβίας. Αυτός ο συγγραφέας έχει συμβάλει πολύ σημαντικά στους τρόπους με τους οποίους οι αντιξοότητες τραυματίζουν το θέμα, προκαλώντας άγχος που θα οδηγήσει στην προέλευση ενός είδους ασθένειας και ασθένειας. Στην ευνοϊκή περίπτωση, το θέμα θα παράγει μια ανθεκτική αντίδραση που θα του επιτρέψει να ξεπεράσει τις αντιξοότητες. Περιέγραψε την έννοια του «οξύμωρου» που περιγράφει τη διάσπαση του τραυματισμένου υποκειμένου και η οποία του επιτρέπει να προχωρήσει περαιτέρω στην κατανόηση της διαδικασίας οικοδόμησης ανθεκτικότητας, την οποία θεωρεί μεταξύ των μηχανισμών ψυχολογικής απόσπασης. Αυτοί οι μηχανισμοί (που περιγράφονται από τον Edward Bibring), σε αντίθεση με τους αμυντικούς μηχανισμούς, στοχεύουν στην υλοποίηση των δυνατοτήτων του υποκειμένου όταν πρόκειται να ξεπεράσει τις επιπτώσεις του πόνου που υποφέρει.

Η ανθεκτικότητα βασίζεται έτσι στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Πιο συγκεκριμένα, στο επίπεδο των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, αυτό το μοντέλο έχει αλλάξει τη φύση των εννοιολογικών πλαισίων, των στόχων, των στρατηγικών και των εκτιμήσεων. Στον τομέα των στόχων παρέμβασης, αυτοί περιλαμβάνουν την προώθηση της θετικής ιδιοκτησίας μέσω της πρόληψης συγκεκριμένων προβλημάτων ή συμπτωμάτων. Οι στρατηγικές στοχεύουν στην προώθηση των πλεονεκτημάτων και των θετικών πτυχών του οικολογικού πλαισίου του ατόμου (περιβάλλον, ειδικά καθήκοντα που αντιστοιχούν σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο και πολιτισμό), καθώς και στη μείωση του κινδύνου ή των πηγών άγχους και των ανθρώπινων αναπτυξιακών διαδικασιών και στη θεραπεία ασθενειών. Υπάρχουν δύο συμπληρωματικές προσεγγίσεις. Είναι σκόπιμο να υπάρχει διάκριση μεταξύ της προσέγγισης κινδύνου και της προσέγγισης ανθεκτικότητας. Και τα δύο είναι συνέπεια της εφαρμογής της επιδημιολογικής μεθόδου στα κοινωνικά φαινόμενα. Ωστόσο, αντιμετωπίζουν διαφορετικά αλλά συμπληρωματικά ζητήματα.

Προσέγγιση της ανθεκτικότητας: περιγράφει την ύπαρξη πραγματικών προστατευτικών ασπίδων έναντι αρνητικών συνεπειών, εκφρασμένων σε όρους ζημίας ή κινδύνου, μετριάζοντας έτσι τις επιπτώσεις τους και μερικές φορές

μετατρέποντάς τες σε παράγοντα υπέρβασης της δύσκολης κατάστασης. Οι προστατευτικοί παράγοντες είναι όλες εκείνες οι μεταβλητές που μειώνουν την πιθανότητα εμπλοκής σε επικίνδυνες συμπεριφορές επειδή προάγουν την ανθεκτικότητα και την αυτοφροντίδα. Αυτά είναι:

- επικοινωνιακές δεξιότητες
- διαχείριση συναισθημάτων
- Λήψης αποφάσεων
- νόημα της ζωής.

Τα ανθρώπινα όντα έχουν προδιάθεση για κανονικότητα, για αυτό που είναι φυσιολογικό για εμάς. Αυτή η προτίμηση για το συνηθισμένο επιβραδύνει την αντίληψή μας για τις εξαιρέσεις, για το ασυνήθιστο. Βλέπουμε αυτό που περιμένουμε να δούμε και παραμελούμε αυτό που δεν περιμένουμε. Αυτό το είδος φυσικού φίλτρου, το οποίο αποκλείει ορισμένες λεπτομέρειες από την όρασή μας, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες σε ορισμένες περιπτώσεις. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου η άρνηση των αποδεικτικών στοιχείων ή η υπερβολική διαστρέβλωση της πραγματικότητας μπορεί να έχει πολύ αρνητικές συνέπειες, ειδικά εάν η αυταπάτη μας εμποδίζει να λάβουμε τις κατάλληλες αποφάσεις μπροστά στο danger.

Οι απαντήσεις θα εξαρτηθούν από τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούμε και χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες που παρέχονται από αυτές τις δύο πηγές. Όποιες και αν είναι οι αντιξοότητες, οι σχετικές, αληθείς, κατανοητές και διαχειρίσιμες πληροφορίες είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο ασφαλείας.

Αντιμετωπίζοντας την άγνοια για να καταλάβουμε τι συμβαίνει μας βοηθά να κρατήσουμε τα πόδια μας στο έδαφος και να αναλάβουμε συγκεκριμένη δράση, καθώς και να αισθανόμαστε ότι έχουμε περισσότερο τον έλεγχο του πεπρωμένου μας. Σε καταστροφές που πλήττουν μια ομάδα ή κοινότητα, ο καθένας μπορεί να ασκήσει ανιδιοτελή ηγεσία και να επωφεληθεί από την ενεργό συμμετοχή σε καθήκοντα που έχουν σχεδιαστεί για να ηγηθούν και να βοηθήσουν άλλους.

Έχει αποδειχθεί ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και οι ειδικοί που σώζουν ζωές είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν με επιτυχία μια καταστροφή επειδή εστιάζουν την προσοχή τους στην εργασία τους, στην αποστολή να βοηθήσουν όσους υποφέρουν και, ως εκ τούτου, αφήνουν λιγότερα περιθώρια φόβου και σύγχυσης. Αυτός ο ρόλος ενισχύει τη συγκέντρωσή τους, την κοινή λογική και την ικανότητά τους να αξιολογούν ορθολογικά την πραγματικότητα. Είναι ένας τρόπος δράσης, παρέμβασης, ανάληψης ελέγχου και διατήρησης ενεργών εκτελεστικών

λειτουργιών. Βοηθώντας τους άλλους σε δύσκολους καιρούς μας κάνει πιο ανθεκτικούς στο άγχος και τη σωματική και συναισθηματική εξάντληση, μας προστατεύει από την τάση να απομονώνουμε τον εαυτό μας, να πνιγόμαστε σε αρνητικά συναισθήματα ή ανησυχητικές σκέψεις. Μετά την καταστροφή, η αλτρουιστική συμπεριφορά συνεχίζει να ενισχύει τη θετική αυτοεκτίμηση, επίσης πυλώνει την ανθεκτικότητα, καθώς μας ενσταλάζει την αίσθηση της δικής μας ικανότητας και την ικανοποίηση ότι έχουμε συμβάλει στην ασφάλεια των άλλων. Οι άνθρωποι που έχουν πληγεί από κάθε είδους συμφορά, οι οποίοι αισθάνθηκαν χρήσιμοι κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, επιστρέφουν και ανακάμπτουν καλύτερα από τις συναισθηματικές συνέπειες. Αυτά τα οφέλη των ανιδιοτελών πράξεων αποκτώνται επίσης μέσω του εθελοντισμού. Οι εθελοντές βιώνουν λιγότερο άγχος, κοιμούνται καλύτερα, κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών λιγότερο και έχουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Από την άλλη, απέναντι σε απειλές που δεν καταλαβαίνουμε ή που μας κάνουν να νιώθουμε ανίσχυροι, αναζητούμε με ανυπομονησία ανθρώπους να μας καθοδηγήσουν και να μας δώσουν καθοδήγηση και συμβουλές.

Η εμπιστοσύνη σε ανθρώπους στην εξουσία που πιστεύουμε ότι μπορούν να μας ενημερώσουν, να μας καθοδηγήσουν και να μας βοηθήσουν σε περιόδους κινδύνου είναι μια φυσική τάση που αρχίζει να αναπτύσσεται τους πρώτους μήνες της ζωής. Ως παιδιά, εμπιστευόμαστε τους γονείς και τους φροντιστές μας για να μας προστατεύσουν και να καλύψουν τις ζωτικές μας ανάγκες. Καθώς μεγαλώνουμε, η εμπιστοσύνη που δείχνουμε σε ανθρώπους που σεβόμαστε ή θαυμάζουμε μας οδηγεί επίσης να τους βλέπουμε ως πρότυπα από τα οποία μπορούμε να μάθουμε στρατηγικές για να προστατεύσουμε τον εαυτό μας και να αντιμετωπίσουμε δύσκολες καταστάσεις. Τα ανθρώπινα όντα έχουν την ανάγκη να εξηγήσουν όλα τα σημαντικά πράγματα που μας συμβαίνουν. Ο καθένας αντιλαμβάνεται τις αντιξοότητες διαφορετικά και η ιδιαίτερη αντίληψή μας θα επηρεάσει την αντίδρασή μας. Αν και όλες οι δυστυχίες έχουν κοινό ότι προκαλούν φόβο και απειλούν τη σωματική και συναισθηματική μας ισορροπία, ο αντίκτυπός τους ποικίλλει ανάλογα με την προσωπικότητά μας, τις περιστάσεις και τις πολιτιστικές και κοινωνικές αξίες της κοινότητας στην οποία ζούμε. Το νόημα ή η ερμηνεία που δίνουμε στις αντιξοότητες μπορεί να ενισχύσει ή να αποδυναμώσει την ικανότητά μας να τις ξεπεράσουμε και μπορεί επίσης να επηρεάσει τα πιθανά μαθήματα που μαθαίνουμε από την εμπειρία. Υπάρχουν άνθρωποι που αντιλαμβάνονται τις συμφορές που τους

επηρεάζουν ως προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν με όλη τους τη δύναμη και να ξεπεράσουν με όποιο τρόπο μπορούν. Άλλοι, αντίθετα, βλέπουν τις δυστυχίες ως προσωπικές επιθέσεις, επιθέσεις από κακούς εχθρούς, ακόμη και αν πρόκειται για φυσική καταστροφή ή ασθένεια, κατά της οποίας η μόνη επιλογή είναι να πολεμήσουμε χωρίς ενθουσιασμό. Αυτά τα θύματα συγκινούνται από συναισθήματα αγανάκτησης, θυμού και επιθυμίας για εκδίκηση. Υπάρχουν άνθρωποι που αντιλαμβάνονται τις δυστυχίες ως τιμωρίες από τον Θεό ή τη φύση, μερικοί μάλιστα κρίνουν την τιμωρία όπως άξιζε και απαντούν με αισθήματα ενοχής και μομφής. Κοντά σε αυτή την ομάδα είναι εκείνοι που ερμηνεύουν τις τραγωδίες ή τα κακά που τους στοιχειώνουν ως αποτέλεσμα των δικών τους μυστικών αδυναμιών ή ανεπαρκειών ή ασυγχώρητων αποτυχιών.



Συνεπώς, η έννοια της ανθεκτικότητας αναφέρεται στην ικανότητα αντίδρασης σε τραυματικά γεγονότα, αναδιοργάνωσης της ζωής μετά τις αλλαγές που επιβάλλονται από τις δυσκολίες που βιώνουμε. Η διαδικασία οικοδόμησης ανθεκτικότητας όχι μόνο διευκολύνει την αντιμετώπιση δυσμενών καταστάσεων, αλλά επιτρέπει επίσης την ανάπτυξη και την εφαρμογή κοινωνικών δεξιοτήτων και πόρων, διευκολύνοντας την προσαρμογή στο πλαίσιο. Με αυτή την έννοια, ένα τραυματικό γεγονός μπορεί επίσης να οδηγήσει σε θετικές αλλαγές, προωθώντας μια διαδικασία προσωπικής ανάπτυξης. Κινητοποιώντας τη δική τους ενέργεια και πόρους, οι διασώστες αντιμετωπίζουν κρίσιμα γεγονότα με στόχο την ενσωμάτωσή τους και στη συνέχεια τη συνέχιση της ανάπτυξης της ζωής τους, την αναδιοργάνωση και τον επαναπροσδιορισμό της ταυτότητάς τους. Αυτό συνεπάγεται

την αντίληψη ότι έχει ενεργό ρόλο σε αρνητικές εμπειρίες. Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις που διευκολύνουν την υπέρβαση τραυματικών γεγονότων αποτελούνται από προσωπικούς πόρους, στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται και τους πόρους του κοινωνικού πλαισίου. Οι προσωπικοί πόροι αναφέρονται σε ατομικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Άτομα με θετική αυτοαντίληψη, ικανά να αυτορυθμίζουν τα συναισθήματά τους, έχουν υψηλότερο βαθμό ανθεκτικότητας. Όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης, αυτές συνδέονται με πεπιοθήσεις σχετικά με την ικανότητα άσκησης ελέγχου στο εξωτερικό περιβάλλον. Η έρευνα σχετικά με τη διάσταση της ανθεκτικότητας οδηγεί σε μια έννοια που εισήχθη από τους Tedeschi και Calhoun, η οποία δείχνει ότι η βιωμένη εμπειρία ενισχύει την αυτοαντίληψη και την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας επειδή δείχνει ότι το άτομο ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει μια ακραία κατάσταση. Όσον αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, δημιουργούνται νέοι δεσμοί και οι υπάρχοντες αναζωπυρώνονται, αναπτύσσοντας συναισθήματα συναισθηματικής ανταλλαγής, συμπόνιας και ενσυναίσθησης προς τους άλλους. Τελικά, η υπέρβαση ενός τραυματικού γεγονότος μπορεί να επιφέρει μια αλλαγή στις προσωπικές προτεραιότητες και μια μεγαλύτερη συνειδητοποίηση του σεβασμού για τις βασικές αξίες και τους στόχους κάποιου στη ζωή. Το κατασκεύασμα κατά της ευθραυστότητας που εφευρέθηκε από τον Nassim Taleb ήταν πολύ επιτυχημένο τα τελευταία χρόνια. Δείχνει ότι μπροστά στο απρόβλεπτο των εξαιρετικών και ανατρεπτικών γεγονότων που ονομάζονται «μαύροι κύκνοι», των οποίων η εμφάνιση είναι αδύνατο να προβλεφθεί και είναι αδύνατο να σχεδιαστεί και να ελεγχθεί, είναι απαραίτητο να υιοθετηθεί ένας λιγότερο άκαμπτος τρόπος σκέψης που βασίζεται στην ικανότητα αντίδρασης στα γεγονότα και στην ανοχή της αβεβαιότητας, της αταξίας και ακόμη και της αποτυχίας. Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τι μας επιφυλάσσει το μέλλον, αλλά μπορούμε να μάθουμε να κατανοούμε πώς ένα γεγονός μπορεί να μας επηρεάσει και ποια είναι η καταλληλότερη στρατηγική για την αντιμετώπιση των επιπτώσεών του.

Παρακαλώ σημειώστε

Η ανθεκτικότητα ΔΕΝ πρέπει να συγχέεται με την αντίσταση, δηλαδή την ικανότητα ενός ατόμου να αντιστέκεται - δηλαδή να αντιστέκεται, να μην προσαρμόζεται - σε ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι είναι πάντα αρνητικής φύσης ή, σε κάθε περίπτωση, ικανοί να διαταράξουν τις κανονικές συνθήκες. Η ανθεκτικότητα είναι

3.2. Ποιοι είναι οι ανθεκτικοί άνθρωποι;

Ανθεκτικοί άνθρωποι είναι εκείνοι που - ενόψει δυσκολιών και τραυματικών γεγονότων - δεν τα παρατάνε αλλά, αντίθετα, βρίσκουν τη δύναμη να προχωρήσουν και είναι ακόμη σε θέση να μετατρέψουν το αρνητικό γεγονός που έχουν βιώσει σε πηγή μάθησης που τους επιτρέπει να αποκτήσουν χρήσιμες δεξιότητες για να βελτιώσουν τη ζωή τους. Οι μηχανισμοί ανθεκτικότητας υπάρχουν σε κάθε άνθρωπο και μπορούν να εφαρμοστούν από οποιονδήποτε. Ως εκ τούτου, κάθε άτομο είναι δυνητικά ένα ανθεκτικό άτομο. Ωστόσο, δεν είναι όλοι σε θέση να ασκήσουν ανθεκτικότητα και ακόμη και αν ενεργοποιηθεί, τα αποτελέσματα δεν θα είναι απαραίτητα θετικά και βελτιωμένα.

3.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ανθεκτικότητα ενός ατόμου

Η ικανότητα άσκησης ανθεκτικότητας διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα ανάπτυξης ανθεκτικής απόκρισης σε ένα αρνητικό και τραυματικό γεγονός συνδέεται στενά με την παρουσία των ακόλουθων παραγόντων.

Μεμονωμένοι παράγοντες

Αυτά είναι χαρακτηριστικά που διαθέτει ένα άτομο που μπορεί να είναι χρήσιμα για την επιτυχή αντιμετώπιση ενός τραυματικού ή αγχωτικού γεγονότος. Συγκεκριμένα, ένα ανθεκτικό άτομο είναι γενικά προικισμένο με:

Αισιοδοξία: Ένα αισιόδοξο άτομο ερμηνεύει τα αρνητικά γεγονότα και τα προβλήματα που προκύπτουν ως κάτι παροδικό, αλλά αναπόφευκτα μέρος της ζωής. Αυτή η στάση του αισιόδοξου ατόμου δεν πρέπει να διαχέεται με μια προσπάθεια ελαχιστοποίησης των προβλημάτων.

Αυτοεκτίμηση: Όσο υψηλότερο είναι σε ένα βέλτιστο, υψηλό επίπεδο, τόσο πιο εύκολο είναι να αναπτυχθεί ανθεκτικότητα.

Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων: Η εύρεση λύσεων σε προβλήματα διευκολύνει την προσαρμογή σε διαφορετικές καταστάσεις και επίσης αυξάνει την αυτοεκτίμηση.

Επικοινωνιακές δεξιότητες: Η καλή επικοινωνία διευκολύνει την ανθεκτικότητα.

Αίσθηση του χιούμορ: Το χιούμορ δεν πρέπει να νοείται ως μια προσπάθεια γελοιοποίησης τραυματικών γεγονότων της ζωής, αλλά ως μια τάση διατήρησης μιας

ορισμένης απόστασης από τα αρνητικά στοιχεία και τη διαύγεια που απαιτείται για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν από αυτά. Το χιούμορ βοηθά επίσης στην επεξεργασία των συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, διευκολύνοντας την επικοινωνία και την κοινή χρήση του αρνητικού γεγονότος με άλλους.

Στρατηγικές αντιμετώπισης: αυτοί είναι ένας εύπορος ψυχολογικός μηχανισμός που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση προβλημάτων και άγχους.

Ενσυναίσθηση: Ένα ενσυναισθητικό άτομο καταλαβαίνει τι περνούν οι άλλοι.

Κοινωνικοί παράγοντες

Η ανθεκτικότητα δεν εξαρτάται μόνο από το άτομο και τα χαρακτηριστικά που διαθέτει, αλλά επηρεάζεται επίσης από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει. Ειδικότερα, τα άτομα που είναι καλά ενσωματωμένα στο κοινωνικό τους πλαίσιο και/ή λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη από αυτό είναι πιο πιθανό να ξεπεράσουν επιτυχώς τα ανεπιθύμητα συμβάντα.

Σχετικοί ονικοί παράγοντες

Εκτός από τους ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, η ανάπτυξη της ανθεκτικότητας σχετίζεται επίσης με την ποιότητα των σχέσεων που έχει το άτομο, τόσο πριν όσο και μετά το αρνητικό ή τραυματικό γεγονός. Εκτός από την ποιότητα των καθιερωμένων σχέσεων, η υποστήριξη - τόσο πρακτική όσο και συναισθηματική - που παρέχεται από την οικογένεια και τους φίλους είναι επίσης σημαντική για την ανταπόκριση της ανθεκτικότητας.

Τα παιδιά φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο πλεονέκτημα στην εφαρμογή μηχανισμών ανθεκτικότητας. Αυτό συμβαίνει επειδή είναι συνήθως σε θέση να κάνουν πιο βαθιές αλλαγές και προσαρμογές από τους ενήλικες, οι οποίοι συχνά εμποδίζονται από τις προηγούμενες εμπειρίες τους και την αντίληψή τους για το περιβάλλον και τους ανθρώπους γύρω τους.

3.3. Πώς μπορεί να εφαρμοστεί στην πράξη η ανθεκτικότητα;

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι μηχανισμοί ανθεκτικότητας είναι παρόντες σε κάθε άτομο, αν και μπορούν να επηρεαστούν από διάφορους εξωτερικούς

παράγοντες (σχέσεις και κοινωνικό πλαίσιο) καθώς εξελίσσονται και αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου.

Ενώ η ανθεκτικότητα τείνει να είναι μαιεσωτερική συμπεριφορά στην παιδική ηλικία, μέχρι την ενηλικίωση θα έπρεπε να έχει εξελιχθεί και να έχει γίνει αναπόσπαστο μέρος της στάσης ενός ατόμου. Ωστόσο, η ικανότητα εφαρμογής ανθεκτικότητας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την άποψη ενός ατόμου για τον εαυτό του, τον κόσμο και τους ανθρώπους γύρω του. Στην πραγματικότητα, ενώ για μερικούς ανθρώπους η ανθεκτική απάντηση σε αρνητικά γεγονότα ενεργοποιείται σχεδόν αυτόματα, για άλλους οι μηχανισμοί ανθεκτικότητας δεν εφαρμόζονται λόγω της κακής άποψης που έχουν για τον εαυτό τους («Είμαι αποτυχημένος», «δεν μπορώ να τα καταφέρω» κ.λπ.), λόγω της άποψής τους για τους άλλους («άλλοι πετυχαίνουν και εγώ όχι», «άλλοι είναι καλύτεροι», κ.λπ.) και λόγω της άποψής τους για το περιβάλλον τους, που συχνά θεωρείται ως ένα επικίνδυνο, απρόβλεπτο μέρος γεμάτο παγίδες και προβλήματα.

Συνεπώς, η ανθεκτικότητα απαιτεί αλλαγή της άποψής μας για τον εαυτό μας, για τους άλλους και για τον κόσμο. Αυτό δεν σημαίνει ότι υιοθετείτε μια υπεραισιόδοξη -και ίσως ακόμη και αφελή- στάση, αλλά σημαίνει τη διατήρηση μιας ρεαλιστικής στάσης που σας επιτρέπει να προσαρμόζεστε στην πραγματικότητα με συνειδητό τρόπο. Η προσαρμογή αυτή θα πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο ώστε τα αρνητικά και τραυματικά γεγονότα να θεωρούνται ευκαιρίες προς εκμετάλλευση και από τις οποίες μπορούν να αντληθούν χρήσιμες ιδέες για την ανάπτυξη και τη βελτίωση της ζωής.



Ορισμένοι ειδικοί στον τομέα συνιστούν την πρακτική της ευαισθησίας για την προώθηση της ανθεκτικότητας. Η προσοχή αφορά την ανάπτυξη της ικανότητας ενός ατόμου να επικεντρώνεται στην παρούσα στιγμή και να αποσπάται από τις σκέψεις του, παρατηρώντας τις χωρίς να τις κρίνει, αλλά να τις βλέπει για αυτό που είναι - προϊόντα του μυαλού του. Από αυτή την άποψη, είναι πολύ ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι η πρακτική της ενσυνειδητότητας προέρχεται από τεχνικές διαλογισμού που χρησιμοποιούνται στον Βουδισμό.

Ωστόσο, παρά τα όσα έχουν ειπωθεί μέχρι στιγμής, πρέπει να τονιστεί ότι οι παρεμβάσεις που απαιτούνται για την ανάπτυξη και την εφαρμογή ανθεκτικότητας μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, καθώς συνδέονται στενά με την κατάσταση, το περιβάλλον και το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο. Οι δεξιότητες και οι παράγοντες που απαιτούνται για να ξεπεραστεί ένα είδος αρνητικού συμβάντος μπορεί να είναι διαφορετικοί από εκείνους που χρειάζονται για να ξεπεραστεί ένας άλλος τύπος αρνητικού συμβάντος (π.χ. διάγνωση καρκίνου και φυσική καταστροφή).

Ως εκ τούτου, θα επικεντρωθώ στην οικοδόμηση ανθεκτικότητας στον τομέα των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, που ενδιαφέρει αυτόν τον οδηγό. Τα προγράμματα/ενότητες ανάπτυξης δεξιοτήτων ανθεκτικότητας πρέπει να πραγματοποιούνται πριν από την εμφάνιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, προτού οι διασώστες μεταβούν στον τόπο ατυχημάτων και καταστροφών και εμπλέξουν ολόκληρο τον οργανισμό. Δύο προσεγγίσεις για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας είναι γνωστές, και συγκεκριμένα:

- Μοντέλο Φόλκμαν και Γκριπ
- Ψυχολογική μέθοδος πρώτων βοηθειών

Το μοντέλο Folkman and Greer 's (2000) περιγράφει μια σειρά βημάτων ή ακολουθιών αξιολόγησης και στρατηγικών αντιμετώπισης που έχουν σχεδιαστεί για να ανακτήσουν θετικά συναισθήματα και να επιτρέψουν στο άτομο να αναπτύξει ένα αποτελεσματικό επίπεδο αντιμετώπισης. Η διαδοχική προσέγγιση για την προώθηση της ανθεκτικότητας και της αντιμετώπισης προέρχεται από την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας στον τομέα και περιλαμβάνει:

- Επίλυση προβλημάτων σε καταστάσεις που θεωρούνται διαχειρίσιμες.
- Coping με βάση την επεξεργασία των συναισθημάτων κάποιου.
- Coping με βάση την έννοια που αποδίδεται σε άλυτα ή άλυτα γεγονότα.

Αυτή η προσέγγιση διευκολύνει την ευελιξία λόγω της συνειδητοποίησης ότι οι επιπτώσεις στο στρες και οι αντιδράσεις αντιμετώπισης είναι υποκειμενικές (προσωπικές) και εξαρτώνται από παράγοντες όπως η προηγούμενη εμπειρία, οι αξίες, οι προσδοκίες, η ανάλυση των δυνατών και αδύνατων σημείων των διαφορετικών στρατηγικών αντιμετώπισης, η κατανόηση της δυσπροσαρμοστικής αξίας των αποφευκτικών ή αυτοκαταστροφικών τρόπων αντιμετώπισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Ψυχολογικές πρώτες βοήθειες - PAP

Η μεθοδολογία PAP διευκολύνει την ανθεκτική ανάρρωση αμέσως μετά το τραύμα. Οι επαγγελματίες μπορούν να το μάθουν εύκολα, ακόμη και χωρίς προηγούμενη γνώση της ψυχικής υγείας, και να βιώσουν ότι η ανθεκτικότητα μπορεί επίσης να ενισχυθεί υποστηρίζοντας και βοηθώντας άλλους.

Το μοντέλο των Folkman και Greer εξετάζει την επιρροή ολόκληρου του οργανισμού / συστήματος υγείας. Οργανωτική ανθεκτικότητα μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της ανθεκτικότητας μεμονωμένων επαγγελματιών, μετριάζοντας την επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων κατά τη διάρκεια και μετά από μια κρίση έκτακτης ανάγκης και βασίζεται σε ορισμένα στοιχεία:

- Εξαρτάται από τους αναγνωρισμένους και αποκτηθέντες πόρους,
- χρησιμοποιεί εκ των υστέρων την ολοκληρωμένη κατάσταση έκτακτης ανάγκης για να προετοιμάσει ένα σχέδιο για το μέλλον, βασιζόμενη στην απαραίτητη ευελιξία και στις αναγνωρισμένες αποτελεσματικές ηγετικές ικανότητες,
- κατάρτιση του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένης της παροχής ενοτήτων/προγραμμάτων για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την προσαρμογή σε έκτακτες καταστάσεις, π.χ. πανδημία, όσον αφορά την ενίσχυση των στρατηγικών αντιμετώπισης,
- οικοδόμηση διεπαγγελματικών συνεργατικών και υποστηρικτικών σχέσεων, οι οποίες θα είναι θεμελιώδεις για την αποτελεσματικότητα της επίσημης ή/και άτυπης υποστήριξης κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας (την εποχή του SARS, οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ήταν εκείνες που χαρακτηρίζονταν από προϋπάρχουσες σχέσεις εμπιστοσύνης εντός της ομάδας),
- προώθηση κοινών αξιών ηθικής ευθύνης και αφοσίωσης/φροντίδας για τους άλλους (οι οποίες διευκολύνουν τη διατήρηση της ψυχικής ευεξίας).

3.4 Αύξηση της ανθεκτικότητας μέσω εργαλείων και στρατηγικών αντιμετώπισης

Οι επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα έκτακτης ανάγκης έχουν έντονη σχέση με άτομα που αντιμετωπίζουν μια ξαφνική και συχνά δραματική κρίσιμη κατάσταση. Οι ασθενείς και οι συγγενείς μπορούν να φέρουν μαζί τους πολλά προβλήματα, σκέψεις, ανησυχίες, τις οποίες αναπόφευκτα μεταδίδουν στο προσωπικό, ακριβώς λόγω της ανάγκης να βρεθεί κάποιος να ακούσει, ενισχυμένος από τη διατάραξη της προηγούμενης ισορροπίας που έχει δημιουργήσει η κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Η συνεχής επαφή με αυτό το είδος αιτήματος μπορεί να δημιουργήσει μια κατάσταση χρόνιου στρες στον επαγγελματία, η οποία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε συναισθηματική εξάντληση. Εξ ου και η σημασία της γνώσης στρατηγικών αντιμετώπισης για τον έλεγχο των στρεσογόνων παραγόντων.

Αυτή η επισκόπηση έχει παρουσιάσει αρκετούς κοινούς στρεσογόνους παράγοντες για διασώστες έκτακτης ανάγκης (και άλλο προσωπικό) που εργάζονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, αλλά υπάρχουν στρατηγικές που μπορούν να μειώσουν αυτό το άγχος και να αποφύγουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες ή εξουθένωσης;

Το σώμα μας ανταποκρίνεται στηναρτηριακή πίεση μέσω της προσαρμογής, δηλαδή των γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων απαιτήσεων, τόσο εσωτερικών όσο και εξωτερικών, που θέτουν απαιτήσεις στους πόρους του σώματος. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να επικεντρώνονται είτε στο συναίσθημα είτε στο πρόβλημα. Οι στρατηγικές *coping* που εστιάζουν στο συναίσθημα στοχεύουν στη βελτίωση της διάθεσης ενός ατόμου μειώνοντας το συναισθηματικό στρες που αισθάνεται.

Γενικά, και οι δύο τύποι στρατηγικών ενεργοποιούνται σε μια αγχωτική κατάσταση. Η κατάσταση γίνεται πιο περίπλοκη εάν η συναισθηματική αντίδραση που προκαλείται από το γεγονός διαχειρίζεται και ελέγχεται από ιδιαίτερα έντονους αμυντικούς μηχανισμούς. Σε αυτή την περίπτωση, δεν εμφανίζεται έντονη συναισθηματική διέγερση και μπορεί να εμφανιστεί ψυχοσωματική αντίδραση. Σε μια επιχειρησιακή πραγματικότητα, όπως μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης εκτός νοσοκομείου, η αναστολή της δράσης και η λήψη χρόνου για να σκεφτούμε τι γίνεται μπορεί να φαίνεται ασυνήθιστη και απειλητική. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, ίσως περισσότερο από ό,τι σε άλλους τομείς/μήματα, υπάρχει ανάγκη για έναν φυσικό

χώρο που θα παρέχει έναν χώρο σκέψης, από όπου η δράση μπορεί να επαναληφθεί με πιο συνειδητό τρόπο.

Μετά από μια ιδιαίτερα σοβαρή ή δύσκολη παρέμβαση, μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να αφήσουμε αυθόρμητα αυτό που συνέβη, να προκύψουν παρεμβατικές σκέψεις, οδηγώντας στην αναβίωση της κρισιμότητας του γεγονότος. Για να αφήσει το συσσωρευμένο άγχος, είναι απαραίτητο ο διασώστης να λάβει κατανόηση, να έχει την ευκαιρία να μιλήσει σε κάποιον για τις εμπειρίες του. Μιλώντας, ο διασώστης μπορεί να συνειδητοποιήσει τι συνέβη, τι συναισθήματα του προκάλεσε το αρνητικό γεγονός, να επιβεβαιώσει ότι ενήργησε με τον σωστό τρόπο και να συνειδητοποιήσει ότι δεν θα μπορούσε να το κάνει διαφορετικά. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να ξεπεράσει τα συναισθήματα ενοχής που προκύπτουν από μια πιθανή αποτυχία της αποστολής.

Κατά τη διάρκεια της ζωής, όλοι αντιμετωπίζουν καθημερινά γεγονότα που μπορούν να δημιουργήσουν σημαντική οικεία δυσφορία. Για να αντιμετωπίσει αυτές τις συνθήκες, κάθε άτομο αναπτύσσει μία ή περισσότερες επιχειρησιακές και ψυχολογικές στρατηγικές αντιμετώπισης:

Αυτές οι στρατηγικές δεν αποφεύγουν τον πόνο, αλλά περιορίζουν τα ποσοτικά και ποιοτικά αποτελέσματά του. Αναγνωρίστηκαν από τον Λάζαρο τη δεκαετία του 1960 ως αντιμετώπιση, πράγμα που σημαίνει ότι το άτομο αντιμετωπίζει εάν η πηγή άγχους είναι άσχετη, θετική ή επιβλαβής και, δεύτερον, αξιολογεί τις δικές του ικανότητες και πόρους και καταβάλλει προσπάθειες να αντεπεξέλθει.

Η αντιμετώπιση μπορεί να θεωρηθεί μια πολυδιάστατη κατασκευή και μια διαδικασία που περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα: συναισθηματικό, συμπεριφορικό, αξιολογικό και κοινωνικό. Η αντιμετώπιση δεν αναφέρεται μόνο στην πρακτική επίλυση προβλημάτων, αλλά και στη διαχείριση των συναισθημάτων του ατόμου και του άγχους που προκύπτει από την αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση είναι μια βασική στρατηγική για την επίτευξη ευημερίας και απαιτεί κάποια συμπεριφορά. Η ίδια λογική ισχύει και αντίστροφα, δηλαδή οι άνθρωποι που αισθάνονται συναισθηματικά και σωματικά καλά είναι πιο πρόθυμοι και παρακινημένοι να αντιμετωπίσουν θετικά προβληματικές καταστάσεις και να προσπαθήσουν να τις ξεπεράσουν ή να μειώσουν τα πιθανά μειονεκτήματά τους.

3.4.1. Στρατηγικές για την αύξηση της ανθεκτικότητας

Μια ολοκληρωμένη μελέτη για την αύξηση της ανθεκτικότητας από τους Calhoun και Tedesch εντοπίζει διάφορους προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που διευκολύνουν τη θετική αλλαγή σε όσους έχουν βιώσει καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Αυτοί οι παράγοντες καθοδηγούν τα άτομα να αναδιαρθρώσουν πόρους που είναι χρήσιμοι για να βιώσουν θετικές αλλαγές στη ζωή τους. Παράγοντες που προδιαθέτουν σε αυτή τη διαδικασία είναι η εκτίμηση γεγονότων, κάποιες μεταβλητές προσωπικότητας όπως η εξωστρέφεια, η ευσυνειδησία, η συμμόρφωση, η αυτοεκτίμηση, η ανοιχτότητα και οι εμπειρίες, η αισιοδοξία και η αυτο-αποτελεσματικότητα. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο πρόβλημα και η κοινωνική υποστήριξη ως περιβαλλοντικός πόρος είναι τα πιο χρήσιμα στοιχεία για θετική αλλαγή. Η ικανοποίηση από την υποστήριξη και η ποιότητα της υποστήριξης από τους συμπαίκτες και τους ανωτέρους, μαζί με την αντίληψη της βοήθειας που λαμβάνεται στην εκδήλωση, την αποδοχή της εκδήλωσης και την απόδοση νοήματος στην εκδήλωση είναι όλες μεταβλητές που σχετίζονται αυστηρά με τη θετική αλλαγή. Τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν ότι οι παράγοντες που αναφέρονται παραπάνω μπορούν επίσης να θεωρηθούν ως προστατευτικοί παράγοντες και πόροι που μπορούν να συμπεριληφθούν σε ένα σχέδιο ψυχολογικής κατάρτισης που παρέχει νέες δεξιότητες και στρατηγικές για διασώστες και εργαζόμενους έκτακτης ανάγκης.

Τι είναι η προσαρμογή στην ανθεκτικότητα

- είναι μια δυναμική διαδικασία υπό την έννοια ότι αποτελείται από ένα σύνολο αμοιβαίων απαντήσεων, όπου το περιβάλλον και το άτομο αλληλοεπηρεάζονται.
- Περιλαμβάνει μια σειρά ενεργειών, τόσο γνωστικών όσο και συμπεριφορικών, με στόχο τον έλεγχο των αρνητικών επιπτώσεων του στρεσογόνου γεγονότος.

Ως αποτέλεσμα, ο Majani (2002) προσδιόρισε διάφορες στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν:

- απόσπαση της προσοχής, κατανοητή ως δραστηριότητα που εκτρέπει την προσοχή από το πρόβλημα, το άτομο μπορεί να συμμετάσχει σε κάθε είδους δραστηριότητες.
- επαναπροσδιορισμός της κατάστασης, η οποία είναι μια προσπάθεια να δούμε το πρόβλημα υπό διαφορετικό πρίσμα, να το κάνουμε να φαίνεται πιο υποφερτό ή να

το προσαρμόσουμε σε ένα πλαίσιο που είναι γνωστό ή που έχει προηγουμένως επιλυθεί καλά.

- άμεση δράση, η οποία είναι οτιδήποτε σχετίζεται με τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα, τον εντοπισμό πιθανών λύσεων και την ανάληψη δράσης για την επίλυσή του.

- κάθαρση, η οποία επιτυγχάνεται με την έκφραση συναισθημάτων και την ανταπόκριση στο πρόβλημα για τη μείωση της έντασης, του άγχους και της απογοήτευσης που μπορεί ναυποστούν.

Μερικά από τα εργαλεία αντιμετώπισης και τις στρατηγικές για την αύξηση της ανθεκτικότητας παρατίθενται παρακάτω. Ορισμένες από αυτές θα περιγραφούν λεπτομερέστερα στο κεφάλαιο 4.

Πίνακας 1. Εργαλεία αντιμετώπισης και στρατηγικές αντιμετώπισης

Εργαλεία και στρατηγικές αντιμετώπισης για τον έλεγχο των στρεσογόνων παραγόντων	Λογικός
<i>Ψυχολογική υποστήριξη</i>	Ειδικά για παρεμβάσεις που εγκυμονούν μεγάλη αγωνία, για προληπτική εκπαίδευση και ως τακτική υποστήριξη. Αυτός είναι επίσης ένας σημαντικός ρόλος για την οργάνωση του τμήματος επειγόντων περιστατικών, η οποία πρέπει να είναι σε θέση να ελέγχει όσο το δυνατόν περισσότερο τις πηγές άγχους για τους επαγγελματίες που εργάζονται στη διάσωση ζώων. Θα πρέπει επίσης να παρέχει ευκαιρίες για συχνές συναντήσεις για την αποφυγή αρνητικών συνεπειών.
Διαχείριση του άγχους που προκαλείται από κρίσιμα περιστατικά	Η ευκαιρία να δοθεί χώρος στους επαγγελματίες ιατρικής έκτακτης ανάγκης να μιλήσουν για τις δυσκολίες τους. Αυτός ο χώρος πρέπει να είναι καλά δομημένος από ειδικούς στην ψυχολογία

	και την επικοινωνία.
Απολογισμού	<p>Ένα ελεγχόμενο περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα έκτακτης ανάγκης έχουν την ευκαιρία να μιλήσουν για τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που παρακολουθούν.</p> <p>Οφέλη:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αυξάνει την ανθεκτικότητα - Βοηθά στην προετοιμασία των επαγγελματιών για την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού στρες. - Τους βοηθά να συμβιβαστούν με τα συναισθήματά τους και τυχόν συμπτώματα που εμφανίζονται. - Οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον. - Κάποια από τα προβλήματα λύνονται (π.χ. ενοχές). - Οι συμμετέχοντες αισθάνονται καθησυχασμένοι να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και διαπιστώνουν ότι δεν διαφέρουν από αυτά που αισθάνονται οι συνομήλικοί τους. - Ο καθένας είναι ελεύθερος να εκφράσει τα συναισθήματά του ή μπορεί να αποφασίσει να ακούσει.
Ψυχοθεραπεία	Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες να μιλήσουν με έναν ειδικό για το πώς αισθάνονται και τι έχουν βιώσει εκτός από μια ενημέρωση.
Σωματική δραστηριότητα	Ο αθλητισμός και η σωματική δραστηριότητα βοηθούν στη διαχείριση του άγχους και αποτελούν αποτελεσματικές

	στρατηγικές αντιμετώπισης
Ψυχική/χοφυσική αποκατάσταση	Απομάκρυνση των πηγών άγχους από τεχνικές χαλάρωσης
Εκπαίδευση	Η βελτίωση της εκπαίδευσης και της κλινικής ικανότητας ενός ατόμου το καθιστά ασφαλέστερο και πιο ικανό να αντιμετωπίσει ορισμένες καταστάσεις. Επιπλέον, μπορεί να είναι σημαντικό να υπάρχει εκπαίδευση στην ψυχολογία της ενέργειας, η οποία προετοιμάζει τον διασώστη να γνωρίζει τι να περιμένει και του επιτρέπει να αναγνωρίσει μερικά από τα συμπτώματα πιθανών προβλημάτων.
Συστηματική απευαισθητοποίηση	Είναι μια τεχνική χαλάρωσης που συνίσταται στη συσχέτιση του άγχους με μια αντίθετη απάντηση, στην περίπτωση αυτή βαθιά χαλάρωση των μυών.
Χιούμορ	Έχει βρεθεί ότι παρέχει ένα βαθμό ανακούφισης από την ένταση και μπορεί να διευκολύνει την επανερμηνεία μιας δεδομένης κατάστασης ή γεγονότος και να οδηγήσει στην απελευθέρωση του θυμού, το οποίο είναι ένα συναίσθημα που υπάρχει συχνά σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

3.4.2. Τεχνικές οικοδόμησης ανθεκτικότητας

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ανθεκτικότητα δεν είναι δώρο, αλλά μια ικανότητα που αποκτάται με την πάροδο του χρόνου. Στην πραγματικότητα, για να γίνουμε ανθεκτικοί, δεν χρειάζεται να κάνουμε σημαντικές αλλαγές στη ζωή μας: η πραγματική προσωπική βελτίωση έγκειται σε αυτό το μικρό επιπλέον βήμα που αποφασίζουμε να κάνουμε κάθε μέρα.

Παρακάτω θα περιγράψω μερικές τεχνικές που μπορείτε να κάνετε, μεμονωμένα, ακόμη και στο σπίτι, που μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην αύξηση της ανθεκτικότητας.

1 - Καλή αυτογνωσία

Οι ανθεκτικοί άνθρωποι έχουν το χαρακτηριστικό ότι έχουν επίσης μεγάλη αυτογνωσία. Τι σημαίνει αυτό συγκεκριμένα; Γνωρίζοντας ποια είναι τα δυνατά τους σημεία, τις αξίες στις οποίες βασίζονται τη ζωή τους και έχοντας έναν σκοπό που τους καθοδηγεί προς ορισμένες επιλογές. Ξέρουν επίσης πώς να αναγνωρίζουν τους δικούς τους περιορισμούς και τότε μπαίνουν στο παιχνίδι αυτοματισμοί που προκαλούνται από παλιές περιοριστικές πεποιθήσεις / συνήθειες / προηγούμενες εμπειρίες ζωής. Σε δύσκολες στιγμές, εκείνοι με καλή αυτογνωσία, αν και βιώνουν πόνο, έχουν βαθιά εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να βγουν από οποιαδήποτε κατάσταση, ακόμα κι αν το μυαλό τους προφανώς δεν βλέπει ακόμη μια λύση. Αυτό το χαρακτηριστικό είναι επίσης χαρακτηριστικό εκείνων με καλή αυτοεκτίμηση που τείνουν να μην αφήνουν τα γεγονότα να τους παρασύρουν, επιτρέποντας στον εαυτό τους να συγκλονιστεί από μηχανισμούς αυτο-σαμποτάζ.

Μια άλλη πολύ σημαντική πτυχή των ανθρώπων με καλή αυτογνωσία είναι ότι, σε δύσκολες στιγμές, ξέρουν πώς να «επιαναφορτίζονται», να ανακτούν την ενέργειά τους και να αντιμετωπίζουν καλύτερα τις δύσκολες στιγμές. Το μόνο που χρειάζεται είναι μια βόλτα, ένας διαλογισμός, ένα ζεστό μπάνιο, κάθε πράξη αγάπης που μπορεί να προκαλέσει άνεση, ηρεμία, εσωτερική γαλήνη και ενδοσκόπηση.

2 - Ακούστε τα συναισθήματά σας

Εκείνοι που έχουν μια καλή ανθεκτική στάση δεν καταπιέζουν τα συναισθήματά τους, αλλά δημιουργούν χώρο για να τα δεχτούν, να τα ακούσουν και τελικά να τα διαχειριστούν. Κάθε συναίσθημα έχει σκοπό και τη λειτουργία του, ειδικά τα αρνητικά, δεν πρέπει να καταπιέζονται, πόσο μάλλον να κρίνονται. Πρέπει να γίνουν αποδεκτοί και να ακουστούν γιατί μας λένε κάτι περισσότερο για τον εαυτό μας, για μια ανάγκη που λείπει εκείνη τη στιγμή.

Επιπλέον, αν αφήσουμε χώρο για τα συναισθήματά μας, οι σκέψεις παραμερίζονται αυτόματα και αυτές οι σκέψεις συχνά μας προκαλούν επιπλέον πόνο και δεν μας επιτρέπουν ούτε να δεχτούμε την κατάσταση ούτε να αφήσουμε τον πόνο όταν είναι απαραίτητο.

Η ακρόαση των δικών μας συναισθημάτων μας επιτρέπει να συνδεθούμε αμέσως με το παρόν, χωρίς να σκεφτόμαστε τις προηγούμενες τύψεις ή τις μελλοντικές ανησυχίες, μας βοηθά να αποδεχτούμε την κατάσταση όπως είναι - πράγμα που δεν σημαίνει να εγκαταλείψουμε και να μην έχουμε ελπίδα, αλλά να γνωρίζουμε ότι αυτή η στιγμή δεν θα καθορίσει και θα καθορίσει ολόκληρη τη ζωή μας. Τη στιγμή που αποδεχόμαστε το παρόν, με όλο τον πόνο που το συνοδεύει, αναπόφευκτα αντλούμε τους πόρους μας, μετατοπίζοντας την εστίαση σε αυτό που είναι υπό τον έλεγχό μας.

Εδώ είναι μια άσκηση για να ακούσετε τα συναισθήματά σας. Καθίστε, νιώστε άνετα, ανάψτε ένα κερί και ένα αρωματικό ραβδί. Καθίστε εκεί και παρατηρήστε τη φλόγα, μυρίστε τη μυρωδιά... και ακούστε τον εαυτό σας. Αφήστε όλα όσα χρειάζονται να βγουν στην επιφάνεια, όπως ένα ποτάμι που ρέει. Μπορεί να χρειαστείτε μόνο 10 λεπτά, μισή ώρα ή μία ώρα. Το σημαντικό είναι να μείνετε μέχρι να νιώσετε ότι έχετε σηκώσει αυτό το βάρος από την ψυχή σας που σας βαραινεί.



3 - Να είστε επίμονοι

Μια άλλη θεμελιώδης στάση για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας είναι η επιμονή, δηλαδή η πρόοδος παρά τις δυσκολίες. Αλλά αυτό είναι δυνατό μόνο αν θέσουμε έναν στόχο που είναι πραγματικά σημαντικός για εμάς. Μπορεί να έχετε ήδη ακούσει πολλές φορές το παράδειγμα του Thomas Edison, ο οποίος έπρεπε να περάσει από περισσότερες από 1.000 αποτυχημένες προσπάθειες πριν επιτύχει τον λαμπτήρα

πυρακτώσεως. Η υπόθεσή του έχει μείνει στην ιστορία, μαζί με πολλές άλλες που έχουν γίνει σημαντικές και επιδραστικές στον σημερινό κόσμο.

Για να επιμείνουμε σε αυτό που είναι σημαντικό για εμάς, πέρα από τις αποτυχίες και τις αποτυχίες, είναι επομένως απαραίτητο όχι μόνο να μπορέσουμε να ανακάμψουμε γρήγορα μετά την υποτροπή, αλλά και να αξιοποιήσουμε αυτή την «εσωτερική φωτιά» που μας κρατάει παρά τα πάντα.

Εάν αισθάνεστε ότι δεν είστε πολύ επίμονος άνθρωπος, θα σας συμβούλευα να εκπαιδεύσετε τον εαυτό σας εφαρμόζοντάς το σε μικρές καθημερινές συνήθειες στη ζωή σας. Αυτό μπορεί να σημαίνει, για παράδειγμα, να ρυθμίσετε το ξυπνητήρι σας λίγο νωρίτερα το πρωί και να αφοσιωθείτε σε κάτι που σας αρέσει, να προκαλέσετε τον εαυτό σας να το κάνει αυτό κάθε μέρα ή οτιδήποτε άλλο... επιλογή σας! Το σημαντικό είναι να κάνεις κάτι κάθε μέρα. Ή μπορείτε να αποφασίσετε να ξεκινήσετε ένα μάθημα ή ένα έργο κάποιου είδους και να το ολοκληρώσετε.

Εν ολίγοις: ορίστε έναν στόχο που μπορεί να σας βοηθήσει να βελτιώσετε οποιονδήποτε τομέα της ζωής σας, χωρίστε τον σε διάφορες ενέργειες για να τον μετατρέψετε σε έργο ή συνήθεια και πραγματοποιήστε τον! Εάν αρχίσετε, από καιρό σε καιρό, να ασχολείστε με αυτή τη στάση, ειδικά στα μικρά πράγματα, αναμφίβολα θα καταλήξετε να αυξήσετε την πλευρά επιμονής σας και να αναπτύξετε περισσότερη ανθεκτικότητα όταν προκύψουν δύσκολες στιγμές.

4 - Δημιουργήστε μια θετική νοοτροπία

Το να είμαστε θετικοί δεν σημαίνει να αγνοούμε τις κρίσιμες πτυχές μιας κατάστασης ή να είμαστε πάντα ευγενικοί και καλοπροαίρετοι, αλλά σημαίνει να εστιάζουμε σε αυτό που μπορούμε να ελέγξουμε. Για παράδειγμα, ένα άτομο που εγκαταλείπει εύκολα όταν αντιμετωπίζει μια δυσκολία τείνει πάντα να κάνει τέτοιου είδους ερωτήσεις: «Γιατί αυτό μου αρέσει; Θα μπορέσω να βγω από αυτή την κατάσταση;».

Από την άλλη, ένα άτομο που έχει αναπτύξει μια καλή ικανότητα ανθεκτικότητας σκέφτεται: "Τι μπορώ να κάνω για να βελτιώσω αυτήν την κατάσταση;". Πώς μπορεί αυτή η κατάσταση να μου διδάξει κάτι, να με βοηθήσει να είμαι πιο δυνατός;». Το γεγονός ότι χρειάζεται για να αλλάξει κανείς τη νοοτροπία του είναι να κάνει τις σωστές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις του ανθεκτικού ατόμου μετατοπίζουν την εστίαση σε αυτό που είναι υπό τον έλεγχό του, δηλαδή στις ικανότητές του, στο αίσθημα ευθύνης του, στον τρόπο αντίδρασής του σε

καταστάσεις κινδύνου ή εμφάνισης. Αυτό τελικά του επιτρέπει να επικεντρωθεί στη λύση και όχι στο πρόβλημα.

Από την άλλη, οι ερωτήσεις από άτομα που δεν έχουν ακόμη αναπτύξει καλές δεξιότητες ανθεκτικότητας τείνουν να οδηγούν σε καταγγελίες και θυματοποίηση. Ο εσωτερικός διάλογος από αυτή την άποψη είναι πολύσημαντικός, ακόμη και η επανερμηνεία μιας αποτυχίας, δίνοντάς της ένα ενδυναμωτικό νόημα, κάνει τεράστια διαφορά. Τη στιγμή που σταματάμε να κατηγορούμε κάτι εξωτερικό και εστιάζουμε μόνο σε αυτό που μπορούμε να μάθουμε καλά, ξεκινάμε έναν ενάρετο κύκλο που μας επιτρέπει να βγούμε από τη θυματοποίηση, αποκλείοντας οποιαδήποτε κατάσταση.

5 - Περιβάλλετε τον εαυτό σας με ανθρώπους που σας εμπνέουν και αναζητούν σημεία αναφοράς

«Είμαστε ο μέσος όρος των πέντε ανθρώπων που περνάμε τον περισσότερο χρόνο» (Jim Rohn). Αν βρεθούμε σε ένα περιβάλλον που δεν μας ενθαρρύνει να κάνουμε το καλύτερο δυνατό, αν κάνουμε παρέα με ανθρώπους που μας πιέζουν, που δεν μας ενθαρρύνουν να αναπτύξουμε ανθεκτικότητα σε δύσκολους καιρούς, τότε ήρθε η ώρα να αλλάξουμε παρέα. Γιατί η επιλογή των ανθρώπων με τους οποίους μοιραζόμαστε το ταξίδι μας είναι και δική μας ευθύνη. Αρκεί να έχουμε τουλάχιστον ένα άτομο, αυτό στο οποίο μπορούμε να μιλήσουμε για οτιδήποτε, αυτό που μπορούμε να εμπιστευτούμε, αυτό που μπορούμε να ανοίξουμε και να μοιραστούμε ακόμη και σε δύσκολες στιγμές, νιώθοντας κατανοητό, σεβαστό και διεγερμένο. Η εύρεση αυτού του είδους υποστήριξης είναι ένα βασικό συστατικό που μπορεί να καλλιεργήσει την ικανότητά μας να αναπτύξουμε ανθεκτικότητα.

Οι ανθεκτικοί άνθρωποι δεν περιβάλλονται μόνο από άτομα με «ανθεκτική νοοτροπία», αλλά επιλέγουν επίσης προσεκτικά και προσεκτικά τα πρότυπα που αναζητούν. Είναι σημαντικό να έχουμε ως σημείο αναφοράς ανθρώπους που δίνουν το παράδειγμα και από τους οποίους μπορούμε να αντλήσουμε έμπνευση για να καλλιεργήσουμε ανθεκτικότητα σε στιγμές μπλοκαρίσματος.

6 - Νιώστε ευγνωμοσύνη

Η ευγνωμοσύνη είναι ένας πολύ σημαντικός πόρος για την ανάπτυξη μεγαλύτερης ανθεκτικότητας, καθώς μας βοηθά να συνειδητοποιήσουμε ότι υπάρχει πάντα κάτι καλό για το οποίο πρέπει να είμαστε ευγνώμονες. Και αυτό τελικά επιτρέπει σε ένα άτομο να αισθάνεται λιγότερο βάρος, λιγότερο πόνο, όταν περνάει

μια δύσκολη κατάσταση. Εάν περιβάλλουμε τον εαυτό μας με τους σωστούς ανθρώπους, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το να έχουμε κάποιον να μας βοηθήσει και να μας υποστηρίξει σε δύσκολες καταστάσεις είναι ήδη ένας τεράστιος λόγος για να είμαστε ευγνώμονες. Η ευγνωμοσύνη μας επιτρέπει επίσης να μην αφήσουμε τα αρνητικά συναισθήματα να γίνουν πολύ συντριπτικά.

Εάν αισθάνεστε ότι δυσκολεύεστε αυτή τη στιγμή να αισθάνεστε ευγνωμοσύνη ακόμη και για τα μικρότερα πράγματα, μην ανησυχείτε. Να ξέρετε ότι δεν είναι θέμα ρουτίνας, αλλά ένας πόρος που καλλιεργείται με την πάροδο του χρόνου και δεν εμφανίζεται εν μία νυκτί. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο υπάρχουν μικρές στρατηγικές, όπως το περιοδικό ευγνωμοσύνης, που μπορούν να σας βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία. Γιατί είναι τόσο σημαντικό να έχουμε ένα περιοδικό gratitude; Γιατί ακόμα κι αν δυσκολευόμαστε να γράψουμε στην αρχή, ακόμα και η απλή πρόθεση να αναζητήσουμε κάτι να πούμε «ευχαριστώ» για την αφύπνιση αυτού του πόρου μέσα μας. Στην πραγματικότητα, το να θυμόμαστε να ψάχνουμε για κάτι όμορφο προκαλεί ήδη μια αλλαγή στην προοπτική μας.

7 - Ανάπτυξη της ικανότητας να επανεφεύρετε τον εαυτό σας

Η ζωή αλλάζει συνεχώς. Οι άνθρωποι μεγαλώνουν και αλλάζουν. Οι αξίες, οι προτεραιότητες, τα συναισθήματα, οι σκέψεις αλλάζουν, το σώμα μας αλλάζει σχεδόν ανεπαίσθητα. Ακόμη περισσότερο μπορούμε να βιώσουμε αυτό το φαινόμενο στηνπεριοχή, όπου, μέσω της ψηφιοποίησης, η καινοτομία και η αλλαγή είναι σχεδόν στην ημερήσια διάταξη. Να θυμάστε πάντα ότι κάθε στιγμή αλλαγής, όσο αποσταθεροποιητική και αν είναι, μπορεί να βιωθεί με δύο τρόπους, ως κρίση ή ως ευκαιρία. Το να έχεις την ικανότητα να επανεφεύρεις τον εαυτό σου και να εκμεταλλεύεσαι την ευκαιρία που προσφέρει η αλλαγή είναι ένα θεμελιώδες χαρακτηριστικό των ανθεκτικών ανθρώπων. Έχουμε πάντα την ευκαιρία να ανακαλύψουμε ξανά τον εαυτό μας σε κάτι εντελώς νέο και διαφορετικό. Μπορούμε να το κάνουμε αυτό, για παράδειγμα, καλλιεργώντας τη δημιουργικότητά μας- που δεν σημαίνει να γίνουμε καλλιτέχνες, αλλά καλλιεργώντας την πλευρική σκέψη, δηλαδή να βλέπουμε τις καταστάσεις από μια διαφορετική οπτική γωνία. Η δημιουργικότητα, όπως και όλα τα άλλα, είναι κάτι που εκπαιδεύετε: γιατί να μην δοκιμάσετε να κάνετε κάτι που δεν έχετε κάνει ποτέ πριν; Υπάρχει κάποιου μπορούμε να μάθουμε που μπορεί να μας βοηθήσει να γνωρίσουμε καλύτερα τον εαυτό μας, ίσως να αναδείξουμε ταλέντα που δεν πιστεύαμε καν ότι είχαμε.

Ωστόσο, αν δεν δράσουμε, δεν μπορούμε να το ανακαλύψουμε. Εάν αισθάνεστε ότι σας λείπει η δημιουργικότητα, σας συμβουλεύω να πάρετε ένα στυλό και χαρτί και να γράψετε όλα τα τρελά πράγματα που θα θέλατε να κάνετε που δεν έχετε κάνει ποτέ επειδή δεν πιστεύατε ότι ήσασταν ικανοί.

Ένας άλλος εξαιρετικά απλός αλλά αποτελεσματικός τρόπος για να εκπαιδύσουμε τη δημιουργικότητά μας στην επίλυση προβλημάτων είναι να εξασκηθούμε στην εγκεφαλική καταιγίδα. Δοκιμάστε να παίρνετε πέντε λεπτά κάθε μέρα για μια εβδομάδα για να βρείτε λύσεις σε ένα πρόβλημα. Προτείνω να επιλέξετε κάτι πολύ κοινότυπο, όπως "Πώς να φτάσετε στην Οραντέα από το Βουκουρέστι". Πώς θα φτάνατε στην Οραντέα; Με τρένο, με αεροπλάνο, με αυτοκίνητο... και μετά από τι; Γράψτε όλες τις πιο παράλογες σκέψεις που έρχονται στο κεφάλι σας, δεν έχει σημασία αν δεν έχουν νόημα! Η λειτουργία αυτή προάγει την εφευρετικότητα.

8 - Αναδημιουργήστε μια ρουτίνα

Το να είστε σε θέση να οργανωθείτε ακόμη και σε περιόδους σύγχυσης είναι πολύ σημαντικό για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας. Οι άνθρωποι που μπορούν να αναδημιουργήσουν γρήγορα μια ρουτίνα που τους δίνει ασφάλεια διαχειρίζονται καλύτερα το χάος, μειώνουν τα αντιληπτά επίπεδα άγχους τους, αποτρέπουν παρορμητικές ενέργειες και απερίσκεπτες κινήσεις.

Κεφάλαιο 4

Ψυχολογία και ανταπόκριση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης

4.1. Ψυχολογία έκτακτης ανάγκης

Οι πρώτες μελέτες για την ψυχολογία έκτακτης ανάγκης χρονολογούνται από το 1783, αλλά οι πιο λεπτομερείς παρατηρήσεις έγιναν μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο .

Η ψυχολογία έκτακτης ανάγκης στοχεύει στη μελέτη, την πρόληψη και τη θεραπεία ψυχολογικών διεργασιών, συναισθημάτων και συμπεριφορών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Ειδικότερα, πριν συμβεί το γεγονός, η ενσωμάτωση αποσκοπεί στην προετοιμασία των επαγγελματιών που εργάζονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για να αντιμετωπίσουν γεγονότα που αναμένεται να συμβούν. Κατά τη διάρκεια της εμφάνισής τους, η παρέμβαση συνίσταται σε ψυχολογικές πρώτες βοήθειες, οι οποίες αποσκοπούν στην υποστήριξη του εμπλεκόμενου ατόμου. Μετά την εμφάνιση του τραυματικού συμβάντος, η δραστηριότητα στοχεύει στη μείωση ή την αντιμετώπιση της ψυχολογικής βλάβης στους διασώστες και τα θύματα μέσω παρεμβάσεων για την αποκατάσταση του ψυχολογικού τους περιβάλλοντος.

Μια ψυχολογική κατάσταση έκτακτης ανάγκης είναι μια στιγμή διαταραχής της ψυχολογικής και συναισθηματικής κατάστασης ενός ατόμου ως αποτέλεσμα ενός ή περισσότερων γεγονότων, προκαλώντας περιστάσεις, οι οποίες απαιτούν την κινητοποίηση νέων, ασυνήθιστων μέσων, πόρων και ψυχολογικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Το αντικείμενο της μελέτης και της παρέμβασης σε αυτόν τον κλάδο είναι τόσο το άτομο, το οποίο στοχεύει στην αποκατάσταση της γνωστικής και συναισθηματικής δομής και στην προστασία από την αποσταθεροποιητική δράση του τραύματος, για το άτομο και την κοινότητα στο σύνολό της, για την πρόληψη ή την υπέρβαση αυτών των ψυχολογικών φαινομένων που συμβαίνουν σε μεγάλες ανθρώπινες ομάδες.

Ως εκ τούτου, το επίπεδο παρέμβασης εκφράζεται στο πεδίο:

1. μεμονωμένες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης
2. συλλογικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης

4.1.1. Οι διασώστες ως δικαιούχοι παρεμβάσεων ψυχολογικής υποστήριξης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης

Οι δικαιούχοι ψυχολογικής υποστήριξης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης δεν είναι μόνο οι άνθρωποι που έχουν βιώσει άμεσα και συγκεκριμένα το τραυματικό γεγονός, αλλά και εκείνοι που έχουν υποστεί την απειλή με διαφορετικό τρόπο, μέσω της συμμετοχής στη διάσωση θυμάτων, όπως επαγγελματίες που εργάζονται στην ιατρική έκτακτης ανάγκης. Επιπλέον, όσοι εργάζονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως οι διασώστες, οι οποίοι είναι οι πρώτοι που φτάνουν στον τόπο του συμβάντος, ενώ αναπτύσσουν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα ανοχής στους στρεσογόνους παράγοντες, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο από ψυχοτραυματική και ψυχολογική άποψη, επειδή βιώνουν εξ υποκαταστάσεως τραύμα.



Η μελέτη και η θεραπεία του ψυχολογικού τραύματος έχει ιδιαίτερη σημασία στην ψυχολογία έκτακτης ανάγκης, στη θεραπεία του ψυχολογικού τραύματος, που νοείται ως κατάσταση που προκύπτει από ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα, εσωτερικά ή εξωτερικά. Τα συλλογικά κρίσιμα γεγονότα περιλαμβάνουν πολλαπλές καταστάσεις θυματοποίησης στις οποίες αντιστοιχούν ισάριθμοι τύποι θυμάτων.

Από αυτά, η βιβλιογραφία αναφέρει

Θύματα πρώτου επιπέδου, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν άτομα που έχουν υποστεί άμεσα το κρίσιμο συμβάν.

Θύματα δευτέρου επιπέδου, το οποίο περιλαμβάνει συγγενείς θυμάτων πρώτου επιπέδου.

Τα θύματα του τρίτου επιπέδου, στα οποία περιλαμβάνονται διασώστες, επαγγελματίες και εθελοντές, κλήθηκαν να μεταβούν στον τόπο του τραυματικού

γεγονότος, οι οποίοι με τη σειρά τους υφίστανται ψυχολογική βλάβη ως αποτέλεσμα του γεγονότος, λόγω της τραυματικής φύσης των καταστάσεων που πρέπει να αντιμετωπίσουν.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο στόχος της παρέμβασης ψυχολογίας έκτακτης ανάγκης δεν είναι να αλλάξει η κατάσταση, αλλά να αποκατασταθεί το επίπεδο λειτουργίας στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα, να αποφευχθεί η μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επιδείνωση των ψυχολογικών προβλημάτων που προκύπτουν από το καταστροφικό γεγονός και να ενσωματωθεί το θεσμικό σύστημα ψυχοκοινωνικής φροντίδας με την παροχή μιας υπηρεσίας έκτακτης ανάγκης ικανής να λειτουργήσει στη σκηνή στις πρώτες φάσεις της έκτακτης ανάγκης κατάσταση.

Ορισμένες διαφορές μεταξύ της παραδοσιακής θεραπευτικής πρακτικής και της παρέμβασης σε κρίσεις είναι, για παράδειγμα, το πλαίσιο, το οποίο στην ψυχολογία έκτακτης ανάγκης είναι ασταθές και αδόμητο, η εστίαση είναι στην αξιολόγηση του τρέχοντος προβλήματος και των διαθέσιμων πόρων, στην προσαρμογή των στρατηγικών απόκρισης, στην ανάπτυξη νέων στρατηγικών αντιμετώπισης / απόκρισης.

Όσον αφορά τις επιχειρησιακές τεχνικές στην ψυχολογία έκτακτης ανάγκης, οι πιο κοινές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις είναι:

Γνωστική αναδιάρθρωση: πρόκειται ουσιαστικά για μια τροποποίηση δυσλειτουργικών σκέψεων, γνωστών ως αυτόματες σκέψεις, επειδή είναι σχεδόν εντελώς ασυνείδητες για το θέμα, γεγονός που δημιουργεί αρνητικές κινήσεις που με τη σειρά τους επηρεάζουν αρνητικά τη συμπεριφορά.

Απευαισθητοποίηση τραυματικών αναμνήσεων: είναι μια θεραπευτική διαδικασία που στοχεύει στην ομαλοποίηση και εξάλειψη των αντιδράσεων φόβου και της συμπεριφοράς αποφυγής. Χαρακτηρίζεται από δύο συνιστώσες:

1. Μια ανταγωνιστική σχέση με το άγχος, όπως μια τεχνική χαλάρωσης.
2. Σταδιακή έκθεση του υποκειμένου σε ερεθίσματα που προκαλούν αντιδράσεις άγχους μέσω in vivo (στο γραφείο) ή in vitro (στη φαντασία) τεχνικών.

Επίλυση προβλημάτων: είναι μια τεχνική για την επίλυση ενός προβλήματος μεεποικοδομητικό και ορθολογικό τρόπο. Ένας αλγόριθμος της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων μπορεί να συνοψιστεί ως εξής:

- αντίληψη προβλημάτων,
- αποδοχή προβλημάτων,

- περιγραφή του προβλήματος,
- δημιουργία εναλλακτικών λύσεων,
- τον προσδιορισμό των συνεπειών που συνδέονται με κάθε εναλλακτική λύση,
- αξιολόγηση των συνεπειών,
- την απόφαση,
- τη διαδικασία λήψης αποφάσεων,
- εφαρμογή των αποφάσεων.

Τα τελευταία χρόνια, έχουν επίσης επισημοποιηθεί ειδικές διαδικασίες ψυχολογικής παρέμβασης για την πρωτογενή πρόληψη και την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, όπως η υποστήριξη, ο απολογισμός και ο απολογισμός.

Υπάρχει μια αυξανόμενη συνειδητοποίηση ότι η προσοχή στις εκπαιδευτικές πτυχές και τις ψυχολογικές διαστάσεις σε τέτοια πλαίσια δεν αποτελεί δευτερεύουσα επιλογή αλλά προτεραιότητα.



4.2. Συμμετοχή σε θεωρητική/πρακτική εκπαίδευση έκτακτης ανάγκης

Οι διασώστες μπορούν να μάθουν μια σειρά παρεμβάσεων που στοχεύουν στην προετοιμασία τους για επιπτώσεις, ειδικά με εξαιρετικά συναισθηματικά γεγονότα. Τέτοιες πρωτοβουλίες αφορούν τη θεωρητική κατάρτιση και την αξιοποίηση στο έπακρο των πόρων και των στρατηγικών που έχουν ήδη κατακτήσει. Η αξιοποίηση της θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης μπορεί να βοηθήσει τον διασώστη να συνειδητοποιήσει ότι κατά τη διάρκεια της εργασίας του μπορεί να έχει να αντιμετωπίσει πολύ έντονα συναισθήματα.

Η θεωρητική κατάρτιση μπορεί να υλοποιηθεί μέσω:

- ανάλυση των στρεσογόνων παραγόντων που μπορεί να προκύψουν σε βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ·
- ανάλυση πιθανών προσωπικών και συλλογικών αντιδράσεων,
- γνώση ψυχολογικών και σωματικών τεχνικών και στρατηγικών για να βοηθηθούν και να αντιμετωπίσουν αγχωτικές εμπειρίες,
- ανάλυση μη παραγωγικών στρατηγικών, όπως η υπερβολική χρήση καπνού, αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών·
- αναγνώριση των ενδείξεων άγχους και αναζήτηση των καλύτερων στρατηγικών για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων·
- κατάρτιση για τον καθορισμό και την έκφραση συναισθημάτων και την ανταλλαγή τους με συναδέλφους. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τον διασώστη να είναι πιο ευαίσθητος στα δικά του επίπεδα άγχους και πιο πρόθυμος να αναζητήσει και να βοηθήσει συναδέλφους.
- διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των διασωστών, καθώς βοηθά στην ενίσχυση τωνατομικών και πάλι αγχωτικών εμπειριών και ενισχύει τη λειτουργία της ομάδας για την υποστήριξη του ατόμου.

Η πρακτική άσκηση μπορεί να υλοποιηθεί μέσω ασκήσεων και προσομοιώσεων, οι οποίες μπορούν να δοκιμάσουν τόσο τις τεχνικές δεξιότητες των διασωστών όσο και τις συναισθηματικές εμπειρίες που αναπτύσσονται υπό αυτές τις συνθήκες. Ο ρόλος των ασκήσεων και των προσομοιώσεων συχνά υποτιμάται στις ψυχολογικές του πτυχές. Στην πραγματικότητα, κάθε άσκηση έχει την ικανότητα να προκαλεί εμπειρίες και συναισθήματα που σχετίζονται με τις πραγματικές καταστάσεις που αντιπροσωπεύει. Στην πραγματικότητα, είναι ακριβώς το καταπραϋντικό δοχείο που αντιπροσωπεύει η άσκηση ή η προσομοίωση που τους επιτρέπει να σχετίζονται με τα συναισθήματα και τους φόβους τους με λιγότερο φόβο και επομένως να μπορούν να εκφράζονται πιο ελεύθερα από ό, τι θα έκαναν σε μια πραγματική κατάσταση. Εκτός από τις ασκήσεις, υπάρχουν και άλλες στρατηγικές που μπορεί να είναι χρήσιμες για το σκοπό αυτό. Το παιχνίδι ρόλων είναι χρήσιμο σε καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν στο πεδίο, για να αναδείξει συμπεριφορές και στάσεις που μπορεί να παραμείνουν σιωπηρές, έχοντας μόνο θεωρητική βάση. Οι συμμετέχοντες, αναλαμβάνοντας διαφορετικούς ρόλους σε διαφορετικά πλαίσια, χαρακτηρίζουν τις πιο συνηθισμένες καταστάσεις πεδίου και συναισθήματα σε ένα σενάριο που εξελίσσεται από ένα παιχνίδι ρόλων σε μια αναπαράσταση της πραγματικότητας.

Για παράδειγμα, μια τρομοκρατική επίθεση με αέριο νεύρων προσομοιώθηκε στο Roma Termini στην Ιταλία το 2004. Η άσκηση αυτή αποσκοπούσε στον έλεγχο του χρονοδιαγράμματος και των λεπτομερειών της επέμβασης, καθώς και του επιπέδου ετοιμότητας των πυροσβεστών όσον αφορά την ανθεκτικότητα.

Θα περιγράψω παρακάτω με περισσότερες λεπτομέρειες τις τεχνικές παρέμβασης στις πρώτες μητέρες μετά την ολοκλήρωση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης από τον διασώστη. Αυτές οι τεχνικές έχουν ήδη αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια, αλλά με πολύ πιο συνοπτικό τρόπο.

4.3. Τεχνικές υποστήριξης για επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης

α) Υποστήριξη

Οι υποστηρικτές αποτελούνται από προσωπικό το οποίο, μετά από ειδική εκπαίδευση, μπορεί να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη σε συναδέλφους. Η λειτουργία τους είναι σημαντική για δύο βασικούς λόγους:

1. *Μετάβαση στην ίδια οργάνωση*, η οποία οδηγεί στη δημιουργία κλίματος αποδοχής και ανταλλαγής των συναισθημάτων και των εμπειριών των συναδέλφων. Αυτό περιορίζει την πιθανή δυσπιστία και απροθυμία να προσεγγίσει έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας σχετικά με την αγωνία του. Συχνά η αιτία αυτής της αντίδρασης είναι ο φόβος να κριθούν ότι δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες ή ότι θα πρέπει να υποβληθούν σε μακρά θεραπεία που θα μπορούσε να επηρεάσει την καριέρα τους.

2. *Οι συνάδελφοι μπορούν πιο εύκολα να λειτουργήσουν ως γέφυρα μεταξύ των συνανθρώπων τους και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.* Επειδή βρίσκονται σε καθημερινή επαφή με συναδέλφους, είναι σε θέση να εντοπίσουν δυνητικά προβληματικές καταστάσεις πριν γίνουν πολύ δύσκολο να διαχειριστούν. Έτσι, αυτοί οι συνήγοροι έχουν τρία σημαντικά εργαλεία στη διάθεσή τους για να λειτουργήσουν σωστά:

- απαρίθμηση
- αξιολόγηση
- υποστηρίζω

Μέσω της ακρόασης, δίνουν στους συναδέλφους την ευκαιρία να εκφράσουν τις δυσκολίες, τις απογοητεύσεις, τους φόβους και τα συναισθήματά τους που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο γεγονός ή εργασιακή κατάσταση. ο συνήγορος δεν λειτουργεί με βάση διαγνωστικά κριτήρια, αλλά δημιουργεί ένα περιβάλλον

ενσυναισθητικής ακρόασης, όπου οι συνάδελφοι μπορούν να βιώσουν μια κατάσταση αμοιβαίου σεβασμού, κοινής ευθύνης για τις ατομικές εμπειρίες και αμοιβαίας συμφωνίας στον εντοπισμό πτυχών της ανάγκης να ζητήσουν βοήθεια από το εξωτερικό, χωρίς αυτό να γίνεται αισθητό αρνητικά. Αυτό μπορεί να γίνει σε ανεπίσημο περιβάλλον, αλλά μπορεί επίσης να γίνει πάνω από τη μηχανή καφέ ή κατά τη διάρκεια ενός διαλείμματος εργασίας. Μέσω της ακρόασης, οι συνάδελφοι μπορούν να εκτιμήσουν εάν η έκταση του προβλήματος που εξέφρασε ο συνάδελφος είναι τέτοια που απαιτεί επαγγελματική παρέμβαση. Οι υποστηρικτές μπορούν να στρατολογηθούν σε εθελοντική βάση ζητώντας απλώς τη διαθεσιμότητά τους. Το έργο της επιλογής των ατόμων που θα εκπληρώσουν το ρόλο αυτό θα πρέπει να ανατεθεί σε μια ομάδα ψυχολόγων ικανών να αξιολογήσουν τα χαρακτηριστικά των υποψηφίων, ιδίως όσον αφορά τις ικανότητες επικοινωνίας και ακρόασης, την οικοδόμηση ενσυναίσθησης, την επίλυση προβλημάτων κλπ.

β) **Ο απολογισμός** προσφέρεται συνήθως στην ομάδα τις πρώτες ώρες μετά την παρέμβαση, με στόχο την έκφραση και την ανταλλαγή των συναισθημάτων που βιώνει. Αυτή η δραστηριότητα θα βοηθήσει τον επαγγελματία να καταλάβει τι έχει βιώσει και να επιστρέψει στην καθημερινή ζωή. Ο απολογισμός χωρίζεται σε τρεις διακριτές φάσεις:

- **Επαγωγή:** σε αυτή τη φάση ο στόχος και οι μέθοδοι εργασίας εξηγούνται στους διασώστες, καθιστώντας σαφές ότι αυτό δεν είναι ψυχοθεραπεία και ότι όλα όσα θα συμβούν πρέπει να παραμείνουν εμπιστευτικά.

- **Εξερεύνηση:** σε αυτή τη φάση, οι συμμετέχοντες καλούνται να συζητήσουν την εμπειρία τους, να μιλήσουν ελεύθερα για το τι συνέβη και πώς ένιωσαν. Ο στόχος αυτής της φάσης είναι να αφηγηθεί γεγονότα και εμπειρίες, να τα μοιραστεί με την ομάδα και να συνειδητοποιήσει ότι ο επαγγελματίας δεν είναι ο μόνος που έχει βιώσει αυτές τις στιγμές άγχους, πόνου ή σύγχυσης κατά τη διάρκεια της παρέμβασης.

- **Πληροφορίες:** ο εκπαιδευτής παρέχει βασικές πληροφορίες σχετικά με τις μετατραυματικές αντιδράσεις που μπορεί να βιώσει κάποιος μετά από μια παρέμβαση, αλλά και τις επόμενες ημέρες. Αυτή η φάση έχει ως στόχο να βοηθήσει να ξεπεραστεί κάθε είδους τραύμα αυτού που έχει βιώσει, καθώσορισμένες συναισθηματικές πτυχές, ακόμη και αν αποσιωπηθούν ή παραμεληθούν από τους διασώστες, πρέπει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Σε αυτό το στάδιο,

μπορούν να προταθούν τεχνικές για την αντιμετώπιση του άγχους, όπως ξεκούραση, άσκηση, αποφυγή αλκοόλ και ηρεμιστικών, ή επικοινωνία με ειδικούς εάν αισθάνεστε την ανάγκη.

γ) Ο απολογισμός είναι μια από τις κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούνται σε μια ψυχολογική παρέμβαση μετά από ένα κρίσιμο γεγονός επειδή αντιμετωπίζει με δομημένο και προστατευμένο τρόπο τι συνέβη και τι σήμαινε υποκειμενικά για κάθε έναν από τους συμμετέχοντες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν έχουμε να κάνουμε με ένα συνηθισμένο γεγονός, αλλά με ένα τραυματικό γεγονός, που βιώνεται σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης, στον τόπο του γεγονότος, οπότε ο απολογισμός γίνεται χρήσιμος επειδή:

- αυξάνει την εσωτερική συνοχή και την εμπιστοσύνη των ομίλων.
- προωθεί την ενσωμάτωση εντός της ομάδας της εμπειρίας σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης για να βοηθήσει τα μέλη της ομάδας να ανακτήσουν μια αποδεκτή ποιότητα ζωής σε σύντομο χρονικό διάστημα.
- ενθαρρύνει τη διαδικασία προσδιορισμού στρατηγικών αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση των συναισθημάτων.

Ο απολογισμός θα πρέπει, σε αντίθεση με τον απολογισμό, να γίνεται από έναν ειδικό με ειδική εμπειρία στη διαχείριση ομάδων, επειδή ένας απολογισμός μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα που μπορούν να προκαλέσουν πολύ πιο σοβαρή δυσφορία εάν δεν υπάρχει ψυχολόγος. Ο απολογισμός πρέπει επίσης να πραγματοποιείται μεταξύ 24 και 72 ωρών μετά το τέλος της παρέμβασης και χωρίζεται σε διάφορα στάδια:

- **Επαγωγή:** μια σημαντική φάση για τη δημιουργία των απαραίτητων συνθηκών εμπιστοσύνης σε αυτό που πρόκειται να γίνει. Σε αυτή τη φάση, ο πραγματογνώμονας, μετά από μια σύντομη εισαγωγή, εξηγεί στους γύρω του τους στόχους και τη λειτουργία της συνάντησης και τις φάσεις της. Δεν υπάρχει υποχρέωση να μιλήσουν, μόνο όσοι το επιθυμούν μπορούν να το κάνουν, αφήνοντας χρόνο σε οποιονδήποτε από τους διασώστες να εκφράσει τις σκέψεις του όταν το επιθυμεί. Αυτό είναι ο λόγος για τον οποίο η ακρόαση χωρίς κρίση είναι απαραίτητη.

- **Τα γεγονότα:** ο αρχηγός καλεί τους συμμετέχοντες να παρουσιάσουν το γεγονός, να το ανακατασκευάσουν όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά.

- **Σκέψεις:** εστιάστε στις σκέψεις που είχαν οι διασώστες κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης.

- **Συναισθήματα:** αυτή είναι η πιο λεπτή φάση και απαιτεί από τον εκπαιδευτή να είναι σε θέση να διατηρήσει τον έλεγχο των ψυχολογικών αντιδράσεων των συμμετεχόντων. Σε αυτή τη φάση, οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν, μοιράζονται και αναλύουν τις ανησυχίες, τους πόνους, τις ελπίδες που βίωσαν κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης.

- **Συμπτώματα:** είναι απαραίτητο να αναλυθούν και να συζητηθούν τα κύρια συμπτώματα που παρουσιάζονται και βιώνουν τα μέλη της ομάδας και σχετίζονται με το συμβάν. Για τους συμμετέχοντες, η ανακάλυψη ότι οι συνομήλικοί έχουν τα ίδια συμπτώματα τους απαλλάσσει από αυτό το αίσθημα μοναδικότητας και αδυναμίας που μπορεί να τους κάνει να πιστεύουν ότι έχουν να κάνουν με κάτι παθολογικό.

- **Διδασκαλία:** ο ειδικός, σε σχέση με όσα έχουν προκύψει στα προηγούμενα στάδια, απεικονίζεται χαρακτηριστικά των τραυματικών γεγονότων, τις πιθανές ατομικές αντιδράσεις και δίνει τις κύριες ενδείξεις και συμβουλές για τις στρατηγικές διαχείρισης και αντιμετώπισης και την αποδεδειγμένη ανθεκτικότητα.

- **Τελετουργία:** μπορεί να εισαχθεί ένα σύντομο τελετουργικό, ενώνοντας συμβολικά τα μέλη της ομάδας και σηματοδοτώντας το τέλος της δραστηριότητας

- **Συμπέρασμα:** οι τελικές ερωτήσεις των συμμετεχόντων αποσαφηνίζονται και τους δίνεται η ευκαιρία να συζητήσουν μεταξύ τους τόσο τι συνέβη κατά τη διάρκεια της ενημέρωσης όσο και τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους.





δ) EMDR

Είναι ένα αρκτικόλεξο για το Eye Movement Desensitization and Reprocessing, μια θεραπευτική προσέγγιση που επινοήθηκε από την Αμερικανίδα ψυχολόγο Francine Shapiro το 1989 που διευκολύνει τη θεραπεία διαφόρων ψυχοπαθολογιών και προβλημάτων που σχετίζονται τόσο με τραυματικά γεγονότα όσο και με πιο κοινές αλλά συναισθηματικά αγχωτικές εμπειρίες. Σήμερα θεωρείται τεκμηριωμένη θεραπεία για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες που αναγνωρίζεται επίσης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η θεραπεία EMDR έχει θεωρητική βάση στο μοντέλο Προσαρμοστικής Επεξεργασίας Πληροφοριών (AIP) που αντιμετωπίζει μη επεξεργασμένες μνήμες, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν πολλές δυσλειτουργίες. Νευροφυσιολογικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τις ταχείες επιδράσεις του EMDR μετά τη θεραπεία. Η τεχνική EMDR επικεντρώνεται ακριβώς στις αναμνήσεις του τραύματος ή του στρεσογόνου γεγονότος και, χρησιμοποιώντας διέγερση των ματιών ή άλλες μορφές εναλλασσόμενης δεξιάς/αριστερής διέγερσης, εργάζεται για την απευαισθητοποίηση αυτών των αναμνήσεων. Αυτό επιτρέπει την επεξεργασία των «τραυματικών» αναμνήσεων, επιτρέποντας την προσαρμοστική αποκατάσταση δυσλειτουργικά αποθηκευμένων πληροφοριών. Μια άλλη πιθανή χρήση του EMDR στον τομέα του psycho-trauma είναι ο εμβολιασμός πόρων, κατανοητός ως η ανάκληση θετικών στιγμών, επεισοδίων, συναισθημάτων, αναμνήσεων.

ε) **Ενσυνειδητότητα** - αναπτύχθηκε από τον Steve Hayes και τους συνεργάτες του το 1986. Ο στόχος αυτής της μεθόδου δεν είναι να μειώσει τα

συμπτώματα, αλλά να αλλάξει ριζικά τη σχέση που έχουμε με τις δυσλειτουργικές σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματά μας. Μόνο επιδιώκοντας αυτό αντικειμενικά τα συμπτώματα θα υποστούν ύφεση. Σύμφωνα με τη θεωρία που υποστηρίζει αυτή την προσέγγιση, είναι απαραίτητο να στοχεύσουμε την παρέμβαση, σε περίπτωση τραύματος, στο ρόλο που διαδραματίζουν οι συμπεριφορές αποφυγής, το κύριο σύμπτωμα της διαταραχής. Όσο περισσότερο ένα άτομο αγωνίζεται να προσπαθήσει να απορρίψει οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα προσπαθώντας να το αποφύγει, τόσο περισσότερο θα αυξηθεί, ενισχύοντας έτσι την αγωνία. Σε αυτή τη βάση, οι συγγραφείς (Segal, Γουίλιαμς και Τέισντεϊλ, 2002; Λίνεχαν 1993; Hayes et al., 1999) υποστηρίζουν ότι η θεραπεία για PTSD θα πρέπει να στοχεύει, αφενός, στη μείωση των συμπεριφορών αποφυγής και, αφετέρου, στην αύξηση της προθυμίας για ανοχή και αποδοχή των εσωτερικών χαρακτηριστικών των ατόμων με PTSD.

- Τα βήματα που υποδεικνύονται με τη σειρά τους, τα οποία περιλαμβάνουν ειδική κατάρτιση, συνοψίζονται ως εξής:
- Επικεντρωθείτε σε αυτό που είναι στον έλεγχό σας.
- Αναγνωρίστε τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας
- Δεσμευτείτε σε αυτό που κάνετε
- Προσδιορίστε τους πόρους σας

Μια άλλη σημαντική πτυχή στην ψυχολογία έκτακτης ανάγκης είναι η συμβουλευτική, την οποία θα περιγράψω στις ακόλουθες γραμμές.

4.4 Παροχή συμβουλών έκτακτης ανάγκης. Τι είναι η συμβουλευτική;

Η συμβουλευτική δεν έχει να κάνει με το να πεις στο άλλο άτομο «τι να κάνει», αλλά με το να το κάνεις να κατανοήσει την κατάστασή του και να το βοηθήσεις να τη διαχειριστεί όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα.

Η συμβουλευτική μπορεί να οριστεί ως μια παρέμβαση με τους ακόλουθους στόχους:

- Για τη διόρθωση της προσωρινής ανισορροπίας
- Να βελτιώσει τους πόρους του διασώστη, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί μελλοντικές καταστάσεις κρίσης.

Συνεπώς, η συμβουλευτική είναι ένα σύνολο τεχνικών, δεξιοτήτων, στάσεων που βοηθούν τους ανθρώπους να διαχειριστούν τα προβλήματά τους

χρησιμοποιώντας προσωπικές γνώσεις. Είναι μια διαδικασία που αντιμετωπίζει ατομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά ζητήματα με ολιστικό τρόπο και διδάσκει στο άτομο που έχει ανάγκη μεθόδους, στρατηγικές, τεχνικές, στόχους.

Η παροχή συμβουλών έκτακτης ανάγκης απευθύνεται σε άτομα που έχουν πληγεί από καταστροφές, τραύματα, αλλά και σε διασώστες, δηλαδή πρώτους ανταποκριτές, οι οποίοι, μαζί με τους επιζώντες, βιώνουν συναισθήματα αδυναμίας, απώλειας και τραύματος για αυτό που συνέβη. Για να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση «απογοήτευσης», όλοι αναπτύσσουν μία ή περισσότερες στρατηγικές που δεν αποφεύγουν τον πόνο, αλλά περιορίζουν τις επιπτώσεις του. Η ίδια κατάσταση παράγει διαφορετικές αντιδράσεις, ανάλογα με τη σημασία του γεγονότος για ένα συγκεκριμένο άτομο και την ικανότητά του να αντιμετωπίσει το τραυματικό γεγονός.

Ο κύριος στόχος της συμβουλευτικής κρίσης είναι η μείωση της πιθανότητας μακροχρόνιων ψυχικών διαταραχών όπως η PTSD (διαταραχή μετατραυματικού στρες). Μέσα από δομημένες τεχνικές και συνεντεύξεις, το άτομο οδηγείται στην οργάνωση της βιωμένης πραγματικότητας, στην κανονικοποίησή της, αποδίδοντας ένα νόημα και μια σημασία στο γεγονός που μπορεί να επιτρέψει στο υποκείμενο να το τοποθετήσει ως παρελθόν γεγονός.

Η συμβουλευτική διαδικασία και οι φάσεις της

Μια συμβουλευτική διαδικασία αποτελείται από τρεις στιγμές:

1. Κατανόηση του προβλήματος - Η πρώτη φάση είναι η στιγμή της αποδοχής και αντιπροσωπεύει την οικοδόμηση μιας συμμαχίας και τον καθορισμό της επαφής μεταξύ εκπαιδευτή και διασωστών. Σε αυτή την πρώτη φάση, ο στόχος του διασώστη είναι να καταλάβει ακριβώς ποιο είναι το πρόβλημα. Αυτή είναι η φάση της αποσαφήνισης, της μετάβασης στην κατανόηση των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που βιώνει ο διασώστης. Το καθήκον του συμβούλου είναι να βοηθήσει τον διασώστη όσο το δυνατόν περισσότερο να εκφράσει το πρόβλημα, να διευκολύνει τη συζήτηση του προβλήματος, να του επιτρέψει να εμβαθύνει στο πλήθος των δεδομένων και των συναισθημάτων που παρουσιάζονται.

2. Διερεύνηση του προβλήματος - Η δεύτερη φάση επιτρέπει τον επαναπροσδιορισμό και τη διευκρίνιση του προβλήματος, δηλαδή ενθαρρύνει την εξερεύνηση και την εστίαση στο πρόβλημα. Καθήκον του συμβούλου είναι να ενθαρρύνει και να παρακινήσει τον διασώστη, ώστε να μπορεί να προσδιορίσει και να

εντοπίσει το πραγματικό και αληθινό πρόβλημα. Αυτή είναι η στιγμή της συνειδητοποίησης του προβλήματος.

3. Διαχείριση του προβλήματος - Η τρίτη φάση στοχεύει στην ενεργοποίηση των εσωτερικών και εξωτερικών πόρων του διασώστη. Είναι λοιπόν η εποχή της ανατροφής

πρόβλημα από τον διασώστη. Σε αυτή τη φάση, ο στόχος είναι να τεθεί ο διασώστης σε θέση να αναλάβει την ευθύνη του προβλήματος και να τον βοηθήσει να προσδιορίσει στόχους και στρατηγικές για την επίλυσή του. Είναι καιρός να προσδιοριστούν οι επιλογές, να αξιολογηθούν και να επιλεγούν οι πόροι που θα χρησιμοποιηθούν και να ελεγχθεί η συνάφεια τόσο των επιδιωκόμενων στόχων όσο και των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων. Ο σύμβουλος είναι ένα άτομο εκπαιδευμένο να χρησιμοποιεί τεχνικές για να διευκολύνει την επίλυση ή να βελτιώσει την κατάσταση δυσφορίας. Όλα αυτά χωρίς να αναδιαρθρώσει την προσωπικότητα του διασώστη, αλλά χρησιμοποιώντας τους πόρους του. Στον τομέα των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, απαιτούνται πολλά βασικά στοιχεία για τη δημιουργία μιας καλής σχέσης με τον σύμβουλο, όπως ο προσωποκεντρισμός, η άνευ όρων αποδοχή, η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση, η συνέπεια και η διαφάνεια.

Ο σύμβουλος θα πρέπει να λειτουργεί ως υποστήριξη στην ομάδα έκτακτης ανάγκης, δεν θα πρέπει να επιβάλλει τη βοήθειά του σε κανέναν, θα πρέπει να αντιμετωπίζει τους φορείς έκτακτης ανάγκης ως ειδικευμένους εμπειρογνώμονες και να τους προσφέρει την καλύτερη δυνατή υποστήριξη. Ο στόχος της συμβουλευτικής είναι να βοηθήσει τους χειριστές να διαχειριστούν το άγχος που προκαλείται από τη συνεχή επαφή με το θάνατο και τον πόνο και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την οργάνωση ομάδων βοήθειας και υποστήριξης στις οποίες ο σύμβουλος συμμετέχει ενεργά, με την έννοια ότι μοιράζεται την εμπειρία του με τον group ως ίσος και βοηθά τους διασώστες να διαχειριστούν πιθανές αποτυχίες που σε καταστάσεις καταστροφών μπορεί να είναι πολύ συχνές και μπορεί να εξαρτώνται από παράγοντες πέρα από τον έλεγχο του προσωπικού έκτακτης ανάγκης.

Σε κάθε μονάδα υγείας θα πρέπει να υπάρχει γραφείο παροχής συμβουλών, το οποίο θα είναι διαθέσιμο σε όσους έχουν ανάγκη.

4.5. Στρατηγικές συμπεριφοράς και τρόπος αντιμετώπισης για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας

Οι ανθρώπινες συμπεριφορές είναι εξαιρετικά περίπλοκες μεταβλητές, οι οποίες είναι ακόμη πιο σημαντικές σε ένα πλαίσιο στο οποίο τα συναισθήματα είναι αναμφισβήτητα σημαντικά. Είναι όμως πιο αναγκαίο από ποτέ να τονίσουμε τους στενούς δεσμούς μεταξύ των ψυχολογικών πτυχών της ατομικής εμπειρίας (σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές) και της ευρύτερης κοινωνικής εμπειρίας (σχέσεις, παραδόσεις, πολιτισμός). Οι ριζορραφίες ριζορραφίζονται μόνο σε σχέση με την ψυχική υγεία, όριω το ψυχολογικό τραύμα, στην ριζορραφίζονται να αγνοούν ριζορραφί του κοινωνικού ριζορραφίζονται θεωρούνται ζωτική για την ανθρωπική ευημερία, όριω η οικογένεια και η κοινότητα ριζορραφίζονται καθορίζουν τη σφαίρα του ανήκειν. Χρήσιμες ενέργειες προκύπτουν επίσης από σχέσεις που ωριμάζουν στο πλαίσιο μιας έκτακτης ανάγκης μεταξύ διασωστών και διασωθέντων. Ως εκ τούτου, αναμένεται στους διασώστες να προωθήσουν καλές σχέσεις από την αρχή μέσω σαφούς και διαφανούς επικοινωνίας που οικοδομεί εμπιστοσύνη και συνεργασία. Η επικοινωνία θεωρείται από τα βασικά στοιχεία για μια επιτυχημένη αντίδραση διάσωσης και θα πρέπει να γίνεται από έμπειρους επαγγελματίες που ξέρουν πώς να την αναλύσουν σε διαφορετικά επίπεδα αλληλεπίδρασης

Στυλ αντιμετώπισης

Όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, το άγχος θεωρείται φυσιολογική αντίδραση σε καθημερινά ερεθίσματα ή γεγονότα που δημιουργούν σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές ή ανισορροπίες. Προκαλεί αρκετές συγκεκριμένες αντιδράσεις. Ωστόσο, αντιμετώπι με το ίδιο δυνητικά αγχωτικό γεγονός, οι άνθρωποι μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές ή πολύ παρόμοιες καταστάσεις: όλα εξαρτώνται από την αντίληψη και τη σημασία που αποδίδεται σε αυτό το γεγονός, το οποίο αξιολογείται σε δύο φάσεις:

Φάση 1, στην οποία εξετάζεται εάν το γεγονός είναι θετικό ή όχι και αξιολογείται τις παρούσες ή/και μελλοντικές συνέπειές του.

Φάση 2, στην οποία αξιολογείται η ικανότητα του σώματος να αντιμετωπίσει το γεγονός. Με αυτή την έννοια, η αντιμετώπιση αναφέρεται στις γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες που αναπτύσσονται για τη διαχείριση συγκεκριμένων εξωτερικών ή / και εσωτερικών απαιτήσεων που αξιολογούνται ως πλεόνασμα πόρων ή excess του ατόμου. Έτσι, η αντιμετώπιση είναι μια ολοκληρωμένη

γνωστική και συμπεριφορική διαδικασία που θα εξαρτηθεί από μια σειρά εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που παρεμβαίνουν ως πόροι ή εμπόδια και προκαλούν μια τελική απάντηση.

Στην περίπτωση μεμονωμένων εσωτερικών παραγόντων, μπορούμε να αναφέρουμε:

-δύναμη

-κίνητρο

-Υγεία

- τύπος προσωπικότητας

- ικανότητα επίλυσης προβλημάτων με βάση την προηγούμενη εμπειρία

- πεποιθήσεις σχετικά με τη δύναμη και τον έλεγχο που πρέπει να ασκούν στο περιβάλλον τους και στον εαυτό τους.

Από την άλλη, **οι εξωτερικοί παρεμβαλλόμενοι παράγοντες** είναι συνήθως:

- απτά ή αισθητά στοιχεία του περιβάλλοντος

- υλικοί πόροι

- κοινωνική στήριξη, η οποία με τη σειρά της μπορεί να λειτουργήσει ως ανάχωμα ή να επηρεάσει άμεσα τη στρατηγική αντιμετώπισης που θα χρησιμοποιηθεί.

Όταν πρόκειται για την αντιμετώπιση του άγχους, μπορούμε να αναφερθούμε τόσο σε συλ αντιμετώπισης όσο και σε στρατηγικές. Τα συλ αντιμετώπισης αναφέρονται σε προσωπικές προδιαθέσεις αντιμετώπισης και στοχεύουν στις ατομικές προτιμήσεις στη χρήση ενός ή του άλλου τύπου στρατηγικής αντιμετώπισης, καθώς και στη χρονική και περιστασιακή σταθερότητά τους. Χαρακτηρίζονται από μακροπρόθεσμες αντιδράσεις που συνδέονται με το πρότυπο προσωπικότητας των ατόμων και αναπτύσσονται ανάλογα με την κουλτούρα και την επιρροή του κοινωνικού περιβάλλοντος. Με τη σειρά τους, οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι συγκεκριμένες διαδικασίες που χρησιμοποιούνται σε κάθε πλαίσιο και μπορούν να τροποποιηθούν σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με τις συνθήκες ενεργοποίησης. Η χρήση τόσο των συλ αντιμετώπισης όσο και των στρωμάτων αντιμετώπισης καθορίζεται από τη φύση του στρεσογόνου παράγοντα και τις συνθήκες υπό τις οποίες συμβαίνει, καθώς και από την επίδραση του περιβάλλοντος ή του πολιτισμού. Με την πρόθεση να οργανώσουν κάποιες έννοιες, οι σύγχρονες θεωρίες αντιλαμβάνονται τις διαδικασίες αντιμετώπισης με γαϊδούρια τραγουδώντας την προσαρμογή των ανθρώπων σε αγχωτικές καταστάσεις στο καθημερινό τους πλαίσιο. Ένας άλλος

τρόπος κατανόησης των διαδικασιών αντιμετώπισης προτείνεται από τον Moos (1993), ο οποίος συνδυάζει δύο προοπτικές στην αξιολόγηση της αντιμετώπισης. Ο συγγραφέας χωρίζει την προσοχή στην αντιμετώπιση και την αποφυγή. Η προσέγγιση επικεντρώνεται στο πρόβλημα και αντικατοπτρίζει τις προσπάθειες για τη διαχείριση ή την επίλυση των στρεσογόνων παραγόντων της ζωής. Αντίθετα, ο τύπος αποφυγής της αντιμετώπισης τείνει να επικεντρώνεται στο συναίσθημα: αντικατοπτρίζει τις προσπάθειες του ατόμου να αποφύγει να σκεφτεί έναν στρεσογόνο παράγοντα και τις επιπτώσεις του ή να διαχειριστεί την επίδραση που σχετίζεται με αυτόν. Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, η μέθοδος αντιμετώπισης χωρίζεται σε γνωστικές ή/και συμπεριφορικές προσπάθειες διαχείρισης του άγχους και, μαζί με τον προσανατολισμό αντιμετώπισης, αποτελείται από τις ακόλουθες στρατηγικές:

- Λογική ανάλυση: γνωστικές προσπάθειες κατανόησης και νοητικής προετοιμασίας για την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου παράγοντα και των συνεπειών του.

- Θετική επανεκτίμηση: γνωστικές προσπάθειες κατασκευής και αναδιάρθρωσης ενός προβλήματος με θετικό τρόπο με την αποδοχή της πραγματικότητας μιας κατάστασης.

- Αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης: προσπάθειες συμπεριφοράς για την αναζήτηση πληροφοριών, υποστήριξης και καθοδήγησης.

- Επίλυση προβλημάτων: συμπεριφορικές προσπάθειες για την ανάληψη ενεργειών που οδηγούν άμεσα στην επίλυση του προβλήματος.

- Γνωστική αποφυγή: γνωστικές προσπάθειες αποφυγής της ρεαλιστικής σκέψης για το πρόβλημα.

- Αποδοχή/παραίτηση: γνωστικές προσπάθειες αντίδρασης στο πρόβλημα με την αποδοχή του.

- Αναζήτηση εναλλακτικών ανταμοιβών: συμπεριφορικές προσπάθειες συμμετοχής σε υποκατάστατες δραστηριότητες και δημιουργίας νέων πηγών ικανοποίησης.

- Συναισθηματική release: συμπεριφορικές προσπάθειες μείωσης του στρες εκφράζοντας αρνητικά συναισθήματα.

Για να κατανοήσουν τη φύση της χρήσης αυτών των τύπων αντιμετώπισης, οι Schaefer και Moos (1998) επισημαίνουν ότι η αντιμετώπιση με προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένης της θετικής επανεκτίμησης και της σχέσης της με την

αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, το σχεδιασμό για την επίλυση του στρεσογόνου παράγοντα και την έρευνα για πληροφορίες σχετικά με τον στρεσογόνο παράγοντα, μπορεί να θεωρηθεί προσαρμοστική στο βαθμό που βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την αγχωτική κατάσταση. Από την άλλη, η αποφυγή της αντιμετώπισης μπορεί να μειώσει το άγχος του τραυματικού γεγονότος, επιτρέποντας στο άτομο να συγκρατήσει το άγχος που δημιουργείται από την αναβίωση του τραύματος. Με αυτόν τον τρόπο, η αποφυγή της αντιμετώπισης θα συνδεόταν με μεγαλύτερη προσαρμογή βραχυπρόθεσμα, ενώ μακροπρόθεσμα θα συνεπαγόταν δυσπροσαρμοστικό τρόπο.

Αρκετοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η μεγαλύτερη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης αποφυγής συσχετίζεται με μεγαλύτερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, ακριβώς όπως οι στρατηγικές αντιμετώπισης συνδέονται με λιγότερα συμπτώματα και οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες.

Εάν η κατανόηση των στυλ αντιμετώπισης επεκτείνεται σε κρίσεις και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, το απλό γεγονός της ανάπτυξης καινοτόμων πρακτικών, περιεχομένου, έρευνας και κλάδων που αποσκοπούν στην κατανόηση της κατάστασης στην πολυπλοκότητά της, προκειμένου να βρεθεί η καταλληλότερη λύση, συνεπάγεται από μόνο του ένα προσαρμοστικό στυλ αντιμετώπισης.

Ο στόχος της ψυχολογικής παρέμβασης στην ψυχολογία έκτακτης ανάγκης, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι να προωθήσει την αποκατάσταση της ευημερίας ή της ψυχολογικής ισορροπίας για τους πληγέντες διασώστες, να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης και σταθεροποίησης μορφών δυσφορίας, συμπεριλαμβανομένων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή της διαταραχής μετατραυματικού στρες ή των συμπτωματικών εικόνων της διαταραχής αντιμετώπισης, μέσω στρατηγικών που αποσκοπούν στην ενίσχυση της ικανότητας αντιμετώπισης των τραυματικών επιπτώσεων της την εκδήλωση με την ανάπτυξη αποτελεσματικών μορφών ανθεκτικότητας. Οι παρεμβάσεις στοχεύουν στη διευκόλυνση της ενεργοποίησης των διαδικασιών συναισθηματικής επανεπεξεργασίας, προωθώντας την ανάκτηση της ατομικής και συλλογικής ταυτότητας και ασφάλειας. Ως εκ τούτου, τα μέτρα στήριξης αποσκοπούν στον περιορισμό και την επίλυση πιθανών αρνητικών αντιδράσεων.

Η κατανόηση του τραυματικού γεγονότος και η κατάλληλη ενσυναισθητική υποστήριξη με στόχο τη βελτίωση των διαδικασιών αυτογνωσίας συχνά οδηγούν σε επαρκή μέτρα για την ύφεση και την επίλυση της δυσφορίας που βιώνεται. Η δυνατότητα να καταστήσει το γεγονός σαφές και να μοιραστεί τις αντιδράσεις τους

διευκολύνει τους διασώστες σε μεγάλο βαθμό τη διαδικασία επεξεργασίας. Η πιο κοινή αντιδραστικότητα αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός αναφέρεται στην εμφάνιση επαναλαμβανόμενων και παρεμβατικών μιγούρωνή σκέψεων και εικόνων, αδιαθεσίας και δυσφορίας σε σχέση με υποσυνείδητα ερεθίσματα, όπως μυρωδιές ή ήχους που βιώνουν κατά τη διάρκεια του τραυματικού γεγονότος που προκαλούν την ίδια φυσιολογική αντιδραστικότητα με αυτή που βιώνεται κατά τη διάρκεια του γεγονότος. Μπορεί επίσης να υπάρξει μόνιμη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με τραύματα και εφιάλτες, διαταραχές ύπνου, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, γενικευμένη ένταση και έντονη υπερεπαγρύπνιση. Βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες μπορούν να ενσωματώσουν και να μετατρέψουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό τραυματικό παράγοντα, τον οποίο το άτομο έχει βιώσει, δει ή αντιμετωπίσει, ο οποίος περιλαμβάνει το θάνατο, την απειλή θανάτου, σοβαρού τραυματισμού ή οποιαδήποτε απειλή για τη σωματική ακεραιότητα του εαυτού ή των άλλων, σε μια πραγματική ψυχοπαθολογική διαταραχή. Η συμπτωματική, μακροχρόνια επίμονη εκδήλωση παράγει μια χρονιότητα που επιδεινώνει την προσαρμοστικότητα των προσβεβλημένων ατόμων. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να παρεμβαίνει αμέσως σε τέτοιες καταστάσεις με τους διασώστες στο σύστημα έκτακτης ανάγκης, προκειμένου να αποφευχθούν συνέπειες για αυτούς που παρεμποδίζουν σημαντικά την κανονική λειτουργία. Πρέπει να σημειωθεί ότι η εστίαση της ψυχολογικής παρέμβασης αρθρώνεται πάντα στην ατομική και κοινωνική πλευρά και δεν σχετίζεται με μια παθολογία που πρέπει να καταναλωθεί, αλλά με μια κανονικότητα που πρέπει να ανακτηθεί, ξεκινώντας από τη νοητικοποίηση της νέας ατομικής υπαρξιακής κατάστασης, καθώς και από την αποκατάσταση πιθανών συνεπειών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την προώθηση της ανασυγκρότησης της ατομικής ταυτότητας που προκύπτει από την εμπειρία της κατάστασης έκτακτης ανάγκης και την αποκατάσταση της συλλογικής ασφάλειας. Προκειμένου να επιτευχθεί μια νέα μορφή ατομικής αναδιάρθρωσης, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί και να επεξεργαστεί το τραυματικό γεγονός που βιώνεται, επιτρέποντας στο τραύμα να πραγματοποιηθεί αντιληπτικά, να εκφραστεί και να επεξεργαστεί.

4.6. Πρωτόκολλα επέμβασης για διασώστες

Υπάρχουν πραγματικά προγράμματα στήριξης για διασώστες (γιατρούς, νοσηλεύτες, εθελοντές, φορείς εκμετάλλευσης εθνικών συστημάτων ιατρικής

βοήθειας έκτακτης ανάγκης, αστυνομία, πυροσβέστες, στρατό, Ερυθρό Σταυρό, πολιτική προστασία κ.λπ.) και εθελοντικές οργανώσεις. Οι πρωτοβουλίες βοήθειας μπορούν να χωριστούν σε προληπτική δράση, υποστήριξη κατά την αντίδραση και παρακολούθηση. Η ψυχολογία έκτακτης ανάγκης, καθώς και η φάση παρέμβασης και μετά την έκτακτη ανάγκη, ασχολείται επίσης με την πρόληψη, τη μελέτη, την έρευνα, την ενημέρωση και την εκπαίδευση των εργαζομένων έκτακτης ανάγκης για να τους προετοιμάσει για τη διαχείριση έντονων συναισθημάτων που ενεργοποιούνται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Η διαχείριση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης από συναισθηματική άποψη χωρίζεται σε διάφορες φάσεις:

Κρίσιμη φάση - ψυχολογικές πρώτες βοήθειες, εκτόνωση και αποστράτευση, απολογισμός και ατομικές συνεντεύξεις.

Μετα-κρίσιμη φάση - ατομική ή οικογενειακή συμβουλευτική υποστήριξης.

Προ-κρίσιμη φάση - προληπτικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε τραυματικές αντιδράσεις και ψυχοεκπαίδευση. Αποτελείται από παρεμβάσεις που αναπτύσσονται στην προ-επείγουσα φάση. Μεταξύ αυτών, οι παρεμβάσεις ψυχοεκπαίδευσης έχουν ιδιαίτερη σημασία, ρεαλιστική προσομοίωση, εκπαίδευση εμβολιασμού με έμφαση(SIT)

- **Ψυχοεκπαίδευση.** Αυτή η φάση περιλαμβάνει όλες τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν στη μετάδοση αποτελεσματικών γνώσεων και δεξιοτήτων και πληροφοριακών στοιχείων που σχετίζονται με τις αντιδράσεις που μπορεί να συναντήσει ο διασώστης σε δραστηριότητες έκτακτης ανάγκης. Επιτρέπει μια σημαντική κανονικοποίηση των εμπειριών και μια καλύτερη ικανότητα αντιμετώπισης των συναισθηματικών εμπειριών που προκαλούνται από τα γεγονότα διάσωσης.

- **Η ρεαλιστική προσομοίωση** στοχεύει στην ενεργοποίηση εμπειριών και συναισθημάτων που συνδέονται με τις πραγματικές καταστάσεις που αντιπροσωπεύουν, έστω και με τον τυπικό τρόπο. Σε αυτή την περίπτωση, η συνειδητοποίηση της εμπειρίας μιας ρεαλιστικής αλλά προσομοιωμένης κατάστασης εγγυάται τη διαβεβαίωση και επιτρέπει στην άσκηση να ανακουφίσει το βαθμό φόβου στον διασώστη που αντιμετωπίζει τα δικά του συναισθήματα.

- **Η προπόνηση εμβολιασμού με στρες (SIT)** είναι μια γνωστική τεχνική, που γεννήθηκε από τη θεωρία μάθησης και αναπτύχθηκε από τον Meichenbaum. Αποτελείται από έναν σταδιακό και συνεχή εμβολιασμό του στρες. Το SIT βασίζεται στη θεωρία ότι η έκθεση σε μέτρια αγχωτικά γεγονότα χρησιμεύει για την οικοδόμηση

των πόρων coping ενός ατόμου και ότι η επιτυχής προσαρμογή σε αυτά τα γεγονότα μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη ανθεκτικότητας στο μελλοντικό στρες. Μέσω της εκπαίδευσης, επιτυγχάνεται η ενεργοποίηση αμυντικών συναισθηματικών ανοσολογικών αντιδράσεων για μελλοντικές καταστάσεις που θα αντιμετωπιστούν. Περιλαμβάνει ένα πλούσιο πακέτο πληροφοριών σχετικά με το τραυματικό στρες που μπορεί να αναπτυχθεί σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Περιλαμβάνει τη διδασκαλία των κύριων τεχνικών αντιμετώπισης και διαχείρισης του άγχους που χρησιμοποιούν οι διασώστες, τη διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης, γνωστικών δραστηριοτήτων που χαρακτηρίζονται από την παραγωγή νοητικών εικόνων που φέρνουν το θέμα πιο κοντά στο γεγονός που πρόκειται να αντιμετωπίσει, τη διδασκαλία τεχνικών ελέγχου της αναπνοής και κατάλληλων εργαλείων για την απόκτηση της ικανότητας αντιμετώπισης του κρίσιμου γεγονότος. Μέσω της τεχνικής των καθοδηγούμενων εικόνων, η νοητική παραγωγή επιτρέπει στο υποκείμενο να «συναντήσει το γεγονός». Η έκθεση σε εικόνες διευκολύνει τη διαδικασία σταδιακής προσαρμογής στο τραυματικό γεγονός. Η προβολή βίντεο επιτρέπει την έκθεση σε τραυματικές καταστάσεις που ενεργοποιούνται σε προστατευμένο πλαίσιο. Η τεχνική του παιχνιδιού ρόλων, ή του παιχνιδιού ρόλων, επιτρέπει στον διασώστη να γίνει ενεργό μέρος μιας συγκεκριμένης στιγμής που βιώνει σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης που δημιουργείται ad hoc, επιτρέποντάς του να εφαρμόσει κινητικές, συναισθηματικές και γνωστικές αντιδράσεις και αντιδράσεις σαν να βίωνε πραγματικά αυτή την κατάσταση. Το γεγονός θα βιωθεί με πλήρη συναισθηματική, γνωστική και συμπεριφορική συμμετοχή του εκπαιδευόμενου διασώστη που θα βιώσει νέες απαντήσεις και στρατηγικές χρήσιμες για εμπλουτίζουν το μοτίβο της αντιδραστικότητάς τους στην κατάσταση.

Σκέψεις όπως «δεν έκανα αρκετά», «δεν κατάλαβα», «θα μπορούσα να είχα παρέμβει νωρίτερα και δεν θα είχε συμβεί» γίνονται σκέψεις, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ακατάλληλα συναισθήματα και συμπεριφορές στους διασώστες.

Βιβλιογραφία

- Allan, J., & Bertolia, 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 disturbida 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 mistery 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 enciclopedia 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., & Tassinary, 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 expression 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). Reading in paintings: 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). Image: Function and physiology. *Advances in Psychophysiology*, 4, 1-42.
- Cyrułnik, B. (1998). *Les enfants qui tiennent le coup*. Revigny sur-Ornain: Hommes et Perspectives.
- 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). *Behavioral inhibition and short term physiological 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 psysiology 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 psysicians. *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.

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

Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelnny, 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.

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

Pennebacker, 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.

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

Pennebacker, 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., Pennebacker, 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 psychopathology* (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: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.

Smyth, J. M., & Pennebaker, J. W. (2001). What are the health effects of disclosure? 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 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



Erasmus+



psychological
resilience

for Emergency Responders

Erasmus+ Programme – Strategic Partnership

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

Project # 2020-1-RO01-KA202-079773