

Resilienza e fattori di protezione nella malattia

Silvia Di Giuseppe
psicologa psicoterapeuta UNIVPM Facoltà Medicina



Senigallia, 24 Settembre 2016



DEFINIZIONE DI RESILIENZA

“La resilienza corrisponde alla capacità umana di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzato o, addirittura, trasformato”Grotberg (2001).

L'etimologia del termine resilienza è legata al termine latino “re-salire”, che vuol dire *tornare indietro, arretrare*, verbo che corrisponde all'inglese “recoil”: *indietreggiare, rifuggire*.

In entrambe le dizioni non si tratta di un tornare indietro, che avrebbe il valore di un arretramento o di una sconfitta, ma di un atto di flessibilità capace di preservare e annullare il pericolo, tramite un notevole grado di elasticità.



SIGNIFICATO TECNICO

Fino a non molto tempo fa la resilienza era considerata esclusivamente nel suo significato più proprio, ovvero come :

- *Proprietà fisica di un materiale.*
- Si ritiene indicativa della *capacità* di un materiale di *assorbire energia* in caso di urto, ovvero di *sopportare gli urti* a cui viene sottoposto.
- Il valore della resilienza consente di distinguere tra *materiali fragili* e *materiali duttili*, in quanto i primi assorbono poca energia, mentre i secondi sono in grado di assorbire molta energia.



RESILIENZA UMANA

Volendo limitarsi a mutuare le conoscenze derivate dalla fisica si dovrebbe, per traslato, ritenere che **la resilienza umana si fonda su alcune qualità come:**

- **la flessibilità**
- **l'elasticità**
- **la tendenza a contenere notevolmente la temperatura emotiva**
- **la valutazione dei traumi e dell'adattamento mostrato prima del trauma attuale, rispetto al quale viene misurata la resilienza di un dato individuo.**



RESILIENZA E PSICOLOGIA

Buona parte delle conoscenze acquisite in psicologia in merito a come gli adulti fanno fronte alle perdite e alle esperienze traumatiche deriva da esperienze di lavoro condotte in quei momenti specifici di grave stress, con individui che hanno richiesto un intervento terapeutico o hanno manifestato gravi forme di disagio.

I teorici della perdita o del trauma hanno quindi considerato spesso la resilienza come una rarità o un evento random che sembrava imprevedibile e quindi di difficile studio.

La psicologa di oggi invece sposta l'attenzione su ciò che funziona e quanto "tiene" all'integrità della persona o della famiglia.



CHE COSA E' IL COPING?

Quando si parla di *coping* ci si riferisce all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona (Lazarus, 1991).

Si evincono da tale definizione quelle che sono le caratteristiche distintive del *coping*:

- è un processo dinamico, in quanto è costituito da una serie di risposte reciproche, attraverso le quali ambiente e individuo si influenzano a vicenda,
- comprende una serie di azioni, sia cognitive che comportamentali, intenzionali, finalizzate a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante



RESILIENZA, TRATTI DI PERSONALITÀ E MECCANISMI DI COPING: LA RICERCA

Le speculazioni teoriche riguardanti la resilienza iniziate negli anni '80, nell'ultimo decennio hanno lasciato il posto ad una serie di ricerche molto ben articolate e spesso condotte, come si conviene per casi del genere, su campioni molto estesi.

Uno degli studi "storici" è quello condotto da Werner and Smith (Werner, 1993; Werner & Smith, 1992) su circa 700 bambini nati nell'isola di Kauai (Hawaii, USA), cresciuti in condizioni di grande povertà.

Circa un terzo di questi bambini erano vissuti in famiglie con gravi conflitti, divorzi, alcolismo o malattie mentali e avevano subito gravi condizioni di stress.

Molti dei bambini sottoposti all'indagine avevano subito conseguenze considerate catastrofiche dal punto di vista dell'adattamento sociale e della salute mentale.



LA RICERCA

Tuttavia gli autori dello studio poterono verificare che non pochi dei soggetti seguiti erano divenuti, nonostante tutto quello che avevano subìto, “fine human beings”, cioè eccellenti esseri umani con la capacità di giocare, lavorare ed amare in maniera ottimale, come dimostrato con una serie imponente di valutazioni standardizzate.

- **Questo risultato venne spiegato in termini di una straordinaria combinazione di *tratti di personalità* e di *fattori protettivi* appartenenti alla *famiglia* e al *contesto sociale*.**



I TRATTI DI PERSONALITÀ SALIENTI PER LA RESILIENZA

In merito a quali siano i *tratti di personalità* più significativi risponde una ricerca che è stata commissionata dal National Institute of Mental Health (NIMH-USA), a testimonianza del rilievo assunto ultimamente dal concetto di resilienza.

Secondo il “Survey” del NIMH (NIMH,1999), i tratti salienti che consentirebbero agli esseri umani di superare agevolmente alle condizioni avverse, senza risentirne in maniera significativa, sono rappresentati prevalentemente dai cosiddetti **“big five”**.



I BIG FIVE E LA RESILIENZA

- **Estroversione:**
socievole, coraggioso ed entusiasta
- **Disponibilità:**
amichevole, empatico e collaborativo
- **Coscienziosità:**
organizzato, affidabile e puntuale
- **Stabilità Emozionale:**
calmo, imperturbabile, privo di invidia, privo di “nervosismo”
- **Intelletto:**
Intelligente, dotato di ottima capacità immaginativa, e maturo dal punto di vista cognitivo-affettivo



FATTORI AVVERSI ALLA RESILIENZA

Il National Institute of Mental Health (NIMH-USA), ha condotto anche uno studio volto ad identificare uno specifico tratto di personalità capace di produrre particolare *vulnerabilità* verso gli eventi avversi.

Tale tratto corrisponde alla cosiddetta ***Inibizione Emotiva***, caratteristica temperamentale che ha come correlati la presenza di ***timidezza*** e la ***tendenza a reprimere l'espressione emotiva***.



SETTE STRATEGIE DI COPING

Nel tentativo di comprendere la resilienza anche come prodotto di un insieme di forze o, appunto, di una varietà di strategie disponibili, sono stati individuati *sette specifici meccanismi di coping che sono in grado di alimentare il fenomeno della resilienza:*



1. **“Insight” o introspezione:** la capacità di esaminare sé stesso, di sottoporsi a domande difficili e a rispondersi con sincerità
2. **Indipendenza:** la capacità di mantenersi ad un'appropriata distanza, fisica ed emozionale, rispetto ad eventuali problemi o a ragioni di sofferenza, ma senza isolarsi
3. **Interazione efficace:** la capacità di stabilire rapporti personali e soddisfacenti con altre persone
4. **Iniziativa:** la capacità di affrontare i problemi, capirli e riuscire a controllarli.
5. **Creatività:** la capacità di creare ordine, bellezza e di raggiungere obiettivi in maniera non ovvia, a partire da una situazione di caos e di disordine
6. **Humor:** buona disposizione di spirito improntata al sorridere, che permette di allontanarsi dal punto focale della tensione, di relativizzare e valutare gli aspetti positivi degli avvenimenti che ci colpiscono
7. **Morale:** si è in grado di fare riferimento a tutti i valori accettati da una società in una determinata epoca e che vengono interiorizzati dalle singole persone nel corso della propria vita.

UNA SOLA STRATEGIA PER LA RESILIENZA?

Pearlin & Schooler (1978) hanno formulato precise osservazioni riguardanti l'insufficienza di singoli meccanismi di coping.

Data la grande complessità dei fattori stressanti e il differente valore che questi assumono nel tempo, non esiste una singola risposta di coping che possa dimostrarsi invariabilmente più efficace di tutte le altre.

Al contrario, è più importante disporre di una varietà di strategie di coping che consentano di affrontare le differenti forme di sfida nel momento in cui queste insorgono.



OSSERVAZIONI CRITICHE

Molti studi di psicologia siano stati dedicati alle caratteristiche personali dei singoli individui, ma la grande maggioranza degli autori non ritiene che tali caratteristiche rappresentino mezzi sufficienti per determinare l'insorgere della resilienza in un dato contesto. Anzi, come è stato osservato da **Rutter (1987)**:
“Per comprendere e incoraggiare la resilienza psicosociale e i meccanismi protettivi dal trauma dobbiamo osservare attentamente il gioco interdipendente tra quanto avviene all'interno delle famiglie e nel clima politico, economico, sociale e razziale in cui gli individui periscono o prosperano”.

Ovvero è necessario valutare il CONTESTO.



LA RESILIENZA NEL SISTEMA FAMILIARE

Gli studi condotti sulle famiglie resilienti hanno messo in evidenza la presenza di aspetti definiti come: *calore, affettività, supporto emotivo, struttura ben funzionante* e la presenza di *confini ragionevoli e ben definiti*.

Queste variabili sottoposte a valutazione hanno consentito l'identificazione di alcuni parametri di base che caratterizzano la resilienza familiare: si tratta di pattern della relazione che prevedono la *coesione*, la *flessibilità*, la *comunicazione aperta*, la capacità di *problem solving* e di sostenere il proprio *sistema di convinzioni* (Walsh, 1998).



Reiss (1981) e Reiss & Oliveri (1980) hanno condotto un lavoro di grande rilevo in merito ai paradigmi familiari che ha contribuito in maniera determinante alla comprensione della resilienza familiare.

Per gli autori *sono le convinzioni condivise dai componenti della famiglia ad offrire forma e rinforzo ai pattern interattivi che governano le modalità con cui le famiglie fanno fronte e rispondono a situazioni nuove.*

Altre ricerche (**Antonovsky & Sourani, 1988; Rolland, 1994**) hanno messo in evidenza che i rischi e le potenzialità dell'adattamento non sono legati tanto agli avvenimenti avversi, quanto al *significato che una famiglia riesce ad attribuire a tali avvenimenti.*

Le percezioni familiari riguardanti le situazioni di stress o di transizione si intersecano, a loro volta con le eredità emozionali. Queste sono legate alle esperienze precedenti appartenenti al *sistema multigenerazionale* e contribuiscono a formare il significato attribuito dalla famiglia alla situazione di disagio che attraversa (**Carter & McGoldrick, 1989**).



L'ATTRIBUZIONE DI SIGNIFICATO ALL'EVENTO STRESSANTE/TRAUMATICO

L'importanza delle spiegazioni a cui si può accedere rispetto ad un dato evento è stata sottolineata anche da Seligman (1990) che, enfatizzando l'importanza di un contesto favorevole allo sviluppo per il determinarsi di una visione positiva dell'esistenza, sostiene che:

“Le condizioni di vita devono offrire ricompense prevedibili e raggiungibili. Esperienze come una violenza *inspiegabile* o una perdita del posto di lavoro nonostante i buoni risultati ottenuti, possono alimentare atteggiamenti di cinismo e perdita di speranza.”

Per Kagan la trasmissione di queste abilità percettive ed esplicative deriva dal contesto familiare, e dal modo in cui questo contesto addestra l'individuo alla comprensione di quanto avviene nel corso del ciclo di vita.

Ad esempio, gli effetti di un'esperienza emotivamente significativa, come la prolunga assenza del padre o un divorzio difficile, dipendono largamente dalle spiegazioni che ne sono state date al figlio e dalla interpretazione che questi riesce a dare di tali avvenimenti (Kagan, 1984).

Anche gli studi di Gergen (1990) concludono per una profonda influenza esercitata da parte del **significato attribuito all'esperienza** che, a sua volta, è il derivato di una **costruzione sociale**, sulle possibilità di adattamento dell'individuo.



IL SUPPORTO SOCIALE

Per lo sviluppo della resilienza si ritiene particolarmente importante la *presenza di un adeguato sistema di supporto sociale*, come quello che può essere fornito da amici, vicini di casa, insegnanti, allenatori sportivi, sacerdoti e altre figure di sostegno presenti nella comunità (**Brooks, 1994; Rutter, 1987; Werner, 1993**).

Il valore dei contesti sociali nel fornire supporto in caso di crisi ed avversità è stato ampiamente documentato (Pearlin & Schooler, 1978). Queste osservazioni hanno condotto, con sempre maggiore frequenza, allo sviluppo di gruppi di condivisione e di supporto sociale per consentire il superamento di patologie ed avversità individuali.

Nello studio già citato (**Werner 1993**) condotto nell'isola di Kauai si osserva che, in assenza di una relazione positiva con i propri genitori, la resilienza può svilupparsi ugualmente se altri familiari, come nonni, fratelli maggiori o parenti più distanti si rendono disponibili.



LA “CLOSE AND CARING RELATIONSHIP”

Sempre Werner nota che tutti i bambini resilienti studiati nell’isola di Kauai avevano almeno una persona che durante la loro esistenza era stata in grado di accettarli incondizionatamente a prescindere dalle loro idiosincrasie temperamentalì, dal loro aspetto fisico o dalla loro intelligenza (1993, p. 512).

Secondo l’autore, questa particolare relazione capace di fornire vicinanza e attenzioni sufficienti, viene indicata, in tutti gli studi condotti su bambini che hanno vissuto in condizioni di particolare disagio in differenti culture ed aree del mondo, come il fattore di influenza unanimemente giudicato più favorevole allo sviluppo della resilienza individuale.

La **CLOSE AND CARING RELATIONSHIP**, che determina più frequentemente di ogni altro fattore un’adeguata autostima e un’elevata funzionalità comportamentale, si instaura con un adulto significativo che ha creduto nel ragazzo e con cui il ragazzo ha potuto identificarsi. Questo adulto è riuscito, nel tempo a dimostrarsi un valido sostegno e, da questo adulto l’individuo resiliente ha potuto ricavare forza sufficiente per superare le difficoltà incontrate.



LA NECESSITÀ DI SUPERARE IL “BLAMING”

La resilienza risponde ad un'esigenza di trovare una valida alternativa alla visione dilagante in psicoterapia ed in psicoanalisi condizionata dal cosiddetto “*blaming*”, ovvero *la tendenza a ricercare atteggiamenti e comportamenti colpevoli nell'individuo e/o nella famiglia, identificati con abbondanza di definizioni critiche e di raffinati neologismi ispirati da interpretazioni suggestive, ma generalmente prive di oggettivo fondamento.*

Il problema del *blaming* nei confronti dei genitori e, in generale verso la famiglia ed i suoi componenti, si è dimostrato, nel tempo uno dei maggiori ostacoli allo sviluppo della conoscenza complessa del sistema familiare, alla realizzazione di progetti terapeutici realmente efficaci.



DAL BLAMING ALLA RESILIENZA

Rispetto al *blaming* la resilienza rappresenta dunque un fondamentale salto di qualità nella concezione della psicopatologia individuale e relazionale.

Nella successiva tabella sono stati riassunti i fattori protettivi di natura relazionale con l'indicazione degli studi che ne hanno colto la rilevanza ai fini di un esito resiliente rispetto a grandi eventi stressanti.



TABELLA 1

- Varietà delle strategie di coping Pearlin & Schooler (1978)
 - Gioco interdipendente tra famiglie, clima politico, economico e sociale Rutter (1987)
 - Coesione, flessibilità, comunicazione aperta, capacità di problem solving, capacità di sostenere il proprio sistema di convinzioni Walsh (1998)
 - Convinzioni condivise dai componenti della famiglia Reiss (1981)
 - Significati attribuiti dalla famiglia agli eventi Antonovsky & Sourani (1988); Rolland (1994)
 - Significato multigenerazionale attribuito al disagio Carter & McGoldrick (1989)
 - Trasmissione di abilità percettive ed esplicative derivata dal contesto familiare Kagan (1984)
 - Percezioni familiari delle situazioni di stress o di transizione, eredità emozionali appartenenti al sistema multigenerazionale Carter & McGoldrick (1989)
 - Significato attribuito all'esperienza derivato da costruzione sociale Gergen (1990)
 - Adeguato sistema di supporto sociale, fornito da amici, vicini di casa, insegnanti, allenatori sportivi, sacerdoti e altre figure di sostegno presenti nella comunità Brooks (1994); Rutter (1987); Werner (1993) Landau e Clements (1993)
 - Supporto dei contesti sociali Pearlin & Schooler (1978)
 - Gruppi di supporto Spiegel (1993)
 - Capacità di scegliere relazioni e selezionare partner Werner (1993)



INTERVENTI PSICOLOGICI

- A. Un approccio basato sulla resilienza mira ad *identificare e rafforzare alcuni processi interattivi chiave* che permettono alle famiglie di affrontare e superare in maniera favorevole le situazioni distruttive o pericolose che il sistema familiare e gli individui che lo compongono sono costretti ad attraversare.
- B. Una visione fondata sulle risorse e sulla resilienza permette di *ridurre sostanzialmente l'enfasi sulla disfunzionalità del sistema* e di attribuire *scarso valore alle esperienze dannose o traumatiche* subite dalle famiglie, per cogliere soprattutto il *ruolo dei meccanismi di difesa* adottati dall'organismo familiare che è stato costretto a confrontarsi con una prova difficile.
- C. Nella Fase delle Risorse la psicoterapia recupera il suo ruolo, viene centrata in forma sempre più evidente sulla *capacità autoriparativa* della famiglia. Inoltre, si restituisce valore al *sinergismo tra famiglia e individuo* che possono opporsi congiuntamente al determinarsi di crisi situazionali prodotte da circostanze avverse e prevenire crisi strutturali attraverso lo *sviluppo di relazioni resilienti*.
Concetti come calore, affettività, supporto emotivo diventano cruciali per lo sviluppo di una Terapia Basata sulle Risorse.



INTERVENTI PSICOLOGICI

In questa prospettiva per l'intervento psicologico hanno anche importanza:

- 1) il rispetto della *equità relazionale ed affettiva* dal punto di vista di ciascun membro della famiglia
- 2) quindi il *bilanciamento* degli scambi di dare e avere all'interno delle relazioni familiari
- 3) la *considerazione* e il *sostegno reciproco*
- 4) la giusta *ridistribuzione* degli *utili derivati dal "conto comune"* degli *"investimenti di lealtà"*



LE RESISTENZE EVOCATE

L'orientamento basato sulle **risorse** riduce in forma considerevole i **fenomeni di resistenza**, poiché l'atteggiamento esplorativo dello psicologo è estremamente limitato e, di conseguenza il contesto colpevolizzante tende a non determinarsi in alcuna fase del processo terapeutico.

Inoltre lo psicologo crede nelle capacità di cui dispone la famiglia e con il conseguente atteggiamento di aspettativa favorevole, fornisce un sostanziale supporto emotivo ai suoi componenti.

Infine la posizione stessa dello psicologo rispetto alla resistenza è radicalmente mutata: considerandola un adeguato meccanismo di difesa e uno strumento fondamentale delle capacità di coping della famiglia, essa sarà adeguatamente rispettata.

I comportamenti che appariranno resistenti, verranno considerati alla stregua di risorse autoprotettive e saranno valutati come altrettante indicazioni per modificare il proprio atteggiamento terapeutico ed il tipo di intervento che può averli fatto insorgere.



LA MALATTIA CRONICA

- Esistono innumerevoli malattie organiche croniche, a lieve, medio o grave impatto esistenziale. Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. **Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il diabete e le malattie respiratorie croniche, le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale (tra cui le MICI), i difetti della vista e dell'udito, l'obesità, le malattie rare, l'Alzheimer, l'insufficienza renale.**
- In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.

LE MALATTIE RARE

- Esistono inoltre 8000 malattie rare, su base genetica, delle quali solo circa 600 sono diagnosticabili con test genetici. Si tratta di condizioni inguaribili, spesso con carattere degenerativo, disabilitanti e condizionanti anche in termini psicologici e sociali. Sono malattie complesse, sia per numerosità e diversità delle forme, sia per la variabilità di sintomi e segni. La diagnosi delle malattie rare richiede anche anni, in genere su base clinica più che sulla genetica.

In Europa si stima che le persone affette da tali patologie siano circa 20-30 milioni. In Italia ci sono circa 2 milioni di malati, la maggior parte in età pediatrica.

TRA LE TANTE MALATTIE RARE.....

- Neurofibromatosi tipo I
- Sindrome Down
- Sindrome Turner
- Sindrome Noonan
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Fibrosi cistica
- Distrofia di Duchenne
- Distrofie miotoniche
- Acondroplasi
- Malattie metaboliche (mucopolisaccaridosi, malattia di Fabry)

LA MALATTIA CRONICA

Le malattie croniche hanno un andamento progressivo.

Sono malattie che si manifestano lentamente o rapidamente, che tendono ad aggravarsi nel tempo per via dell'età e che sviluppano complicanze anche gravemente invalidanti fino alla morte.

LA MALATTIA ALL'IMPROVVISO

Quando la malattia si presenta improvvisamente nel corso di una vita fino ad allora considerata “sana” fa vacillare il senso di “certezza” che fino a quel momento aveva accompagnato il percorso di crescita personale e relazionale.

La sensazione è di una profonda rottura tra il cosiddetto “prima” e il “dopo”, con la tendenza a focalizzarsi esclusivamente su tutti quegli aspetti negativi che la malattia ha comportato, in particolar modo su tutti quei progetti o attività che la nuova condizione di salute non permette più di svolgere.



FARE PATTI CON LA MALATTIA

Un passo psicologico importante per la persona che si ammala in modo irreversibile è il saper riconoscere i limiti che talvolta la malattia impone e il ridefinire alcuni aspetti della propria identità personale per evitare inutili e estenuanti sfide contro se stessi al fine di rincorrere e ricalcare l'immagine di quel Sé come era prima della diagnosi.



UN BUON ADATTAMENTO

Un buon adattamento alla malattia, da un punto di vista psicologico, comporta innanzitutto il riconoscimento e l'elaborazione dei vissuti di rabbia, tristezza o paura che spesso accompagnano la nuova diagnosi.

Si tratta di reazioni assolutamente comuni e normali che meritano un'adeguata attenzione, affinché sia chiaro che rappresentano emozioni transitorie e non si strutturino invece come uno stato affettivo permanente e duraturo.



FATTORI RILEVANTI NEGLI STILI DI ADATTAMENTO ALLA MALATTIA

- Fase del ciclo vitale in cui si sviluppa la malattia
- Ruolo familiare del malato
- Età di esordio della malattia
- Gravità della malattia
- Lenta o rapida evoluzione del quadro clinico
- Reazione immediata della famiglia alla diagnosi: negazione, rifiuto, accettazione.
- Sensi di colpa dei genitori (allontanamento di un coniuge)
- Reazioni ostili delle famiglie di origine
- Ricaduta socio-economica della malattia sulla persona e sulla famiglia



COSA QUALIFICA LO STILE DI ADATTAMENTO

Lo stile di adattamento si fonda:

- Sul profilo di personalità della persona e dei suoi familiari
- Sulla tipologia delle relazioni familiari
- Sulle strategie di coping individuali e familiari
- Sull'equilibrio emotivo e relazionale preesistente alla malattia
- Sulle eventuali problematiche già in essere



ADATTAMENTO ALLA MALATTIA: STILE DEPRESSIVO

- Difficoltà cronica di accettazione della malattia.
- Negazione della difficoltà ed atteggiamento iperprotettivo verso il malato
- Tendenza all'isolamento familiare
- Possibili patologie d'innesto psichiatriche nel malato.
- Arretramento della relazione coniugale a vantaggio della sola relazione genitoriale



ADATTAMENTO ALLA MALATTIA: STILE IPOMANIACALE

Si tratta di una ricerca costante di nuovi trattamenti e conferme diagnostiche, mostrando un atteggiamento iperesigente verso il paziente, con la tendenza a sottostimare le sue problematiche per stimolarlo alle attività esistenziali.

Vi è inoltre una spinta costante verso il coinvolgimento nel sociale e in attività multiple .

L'iperattività ha molti effetti positivi: distrae, integra, motiva al lavoro, aiuta a non pensare..ma non è eterna.



IL COCKTAIL CHE FUNZIONA

- Dall'applicazione di tale questionario gli autori hanno rilevato un dato interessante: **le diverse strategie di *coping*, siano esse attive o passive, interagiscono tra loro nel determinare risultati positivi.** In altre parole il successo dell'adattamento alla malattia dipenderà dalla interazione tra i diversi stili di *coping* e dalla situazione a cui essa viene applicata.
- **Ciò conduce alla considerazione che, in realtà, non esistono stili di *coping* adattivi o disadattivi a priori:** strategie che possono risultare efficaci in una situazione, potrebbero non esserlo in un'altra e modalità reattive che risultano positive, se usate moderatamente e temporaneamente, possono divenire negative se usate in modo esclusivo (Zeidner e Saklofske, 1996).





Grazie per l'attenzione!

Silvia Di Giuseppe



BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A., Sourani,T.(1988), Family sense of coherence and family adaptation, *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79-92.
- Bonanno,G.A. (2004), Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?, *Am. Psychol.*, 59(1), 20-8.
- Brooks, R. B., (1994) Children at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 545-553.
- Gergen,K.(1990). Understanding, narration, and the cultural construction of the self (pp. 596-606). In J. Stigler, R. Shweder, & G. Herdt (Eds.), *Cultural psychology*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Grotberg, E.H. (2001) The International Resilience Research Project. In Communian,A.L., & Gielen, U. (Eds) *International Perspectives on Human Development*. Pabst Science Publishers, Miami, 379-399.
- Kagan,J. (1984), *The nature of the child*, Basic Books, New York.
- Kobasa, S., (1985). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness (pp. 174-188). In A. Monat & R. Lazarus (eds.), *Stress and coping* (2nd ed.). Columbia University Press, New York.
- Landau,J., Saul,J., Facilitating Family and Community Resilience in Response to Major Disaster, in F. Walsh and M. McGoldrick (Eds.), *Living Beyond Loss*. 2004, Norton, New York.
- Landau-Stanton,J., Clements,C. (1993), *AIDS, health and mental health: A primary sourcebook*, Brunner/Mazel, Inc, New York.
- NIMH(1999), Resilience Survey. Risk Factors for Psychopathology Using Existing Data Sets, PA 99, 121.
- Pearlin,L.I., Schooler,C.(1978), The structure of coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Reiss,D.(1981), *The family's construction of reality*. Cambridge: Harvard University Press.
- Reiss,D., Oliveri,M.E.(1980), Family paradigm and family coping: A proposal for linking the family's intrinsic adaptation capacities to its responses to stress, *Family Relations*, 29, 431-444.
- Rolland,J.S.(1994), Families, illness, and disability: An integrative treatment model, Basic Books, New York.
- Rutter,M.(1987), Psychosocial resilience and protective mechanisms, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Seligman,M.(1990), *Learned optimism*, Random House, New York.
- Spiegel,D.(1993), *Living beyond limits*, Random House, New York.
- Walsh,F. (1998), *Strengthening Family Resilience*, Guilford, New York.
- Werner,E.E.(1993), Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study, *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner,E.E., Smith,R.S.(1992), *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*, Cornell University Press, Ithaca NY.
- Walsh,F.(1983), *Normal Family Processes*, Guilford, New York.
- Walsh,F.(1998), *Strengthening Family Resilience*, Guilford, New York.
-



BIBLIOGRAFIA

- Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). Development Of Questionnaire For The Assessment Of Active And Passive Coping Strategies In Chronic Pain Patients. *Pain*, 31, 53-64.
- Heinemann, A. W. (1995). Measures Of Coping And Reaction To Disability. In L. A. Cushman & M. J. Scherer (Eds.), *Psychological Assessment In Medical Rehabilitation* (Pp. 39-90). Washington, Dc: American Psychological Association.
- Haythornthwaite, J. A., Menefee, L. A., Heinberg, L. J. & Clark, M. R. (1998). Pain Coping Strategies Predict Perceived Control Over Pain. *Pain*, 77, 33-39.
- Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1994). Life Stressors And Mental Health: Advances In Conceptualising Stress Resistance. In W. R. Avison & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress And Mental Health: Contemporary Issues And Prospects For The Future* (Pp. 213-238). New York: Plenum.
- Klapow, J. C., Slater, M. A., Patterson, T. L., Atkinson, J. H., Weickgenant, A. L., Grant, I. & Garfin, S. R. (1995). Psychological Factors Discriminate Multidimensional Clinical Groups of Chronic Low Back Pain Patients. *Pain*, 62, 349-355.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. & Karoly, P. (1991). Coping With Chronic Pain: A Critical Review Of Litterature. *Pain*, 47, 249-283.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal And Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion And Adaptation*. London: Pxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory And Research: Past, Present And Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 237-247.
- Lazarus, R. S. (1998). *Fifty Years Of The Research And Theory Of R. S. Lazarus. An Analysis Of Historical And Perennial Issues*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pancheri, P. (1993). *Stress, Emozioni, Malattia. Introduzione Alla Medicina Psicosomatica* (5° Ed.). Milano: Edizioni Scientifiche E Tecniche Mondadori.
- Sharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N. A., Bergman, W. & Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness Perceptions, Coping And Functioning In Patients With Rheumatoid Arthritis, Chronic Obstructive Pulmonary Disease And Psoriasis. *Journal Of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.
- Rosenstiel, A. K. & Keefe, F. J. (1983). The Use Of Coping Strategies In Chronic Low Back Pain Patients: Relationship To Patients Characteristics And Current Adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Wallston, K. A., Stein, M. J. & Smith, C. A. (1994). Form C Of The MHLC Scales: A Condition-specific Measure Of Locus Of Control. *Journal Of Personality Assessment*, 63, 534-553.
- Zeidner, M. & Saklofske, D. (1996). Adaptive And Maladaptive Coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook Of Coping. Theory, Research, Applications*, 505-531. John Wiley And Sons, Inc

