

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

Facoltà di Scienze della Formazione  
Corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinica  
Classe n. 58/S

## **Indagine esplorativa sui fattori psicosociali coinvolti nelle malattie coronariche: le caratteristiche di personalità.**

Relatore:

Chiar.mo Prof. Paride Braibanti

Correlatore:

Chiar.mo Prof. Angelo Compare

Correlatore esterno:

Dott.ssa Maria Simonetta Spada

Tesi di Laurea Specialistica

Rachele Francesca RAMPONI

Matricola n. 42278

**ANNO ACCADEMICO 2008/ 2009**



*Ai miei genitori*



## **ABSTRACT:**

*Le dimensioni psicologiche e psicosociali possono concorrere nell'eziopatogenesi della malattia coronarica. Gli obiettivi di questo studio sono la descrizione delle variabili psicosociali rilevanti e predittive di esiti patologici e la valutazione dell'impatto della partecipazione alla riabilitazione cardiologica ospedaliera ed alle attività dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS sulle variabili indagate. Il campione è composto da 109 pazienti ricoverati presso l'USC di Cardiologia degli OO.RR. di Bergamo per infarto acuto o angina instabile, di età compresa tra i 50 ed gli 80 anni .*

*Sono state condotte sul campione generale tre rilevazioni, ad un mese, a tre mesi e ad un anno dall'evento coronarico acuto mediante una batteria di 8 strumenti d'indagine psicologica (Adult dispositional hope scale, General health questionnaire, Heartland forgiveness scale, Locus of control, M.P.V.H., Multidimensional scale of perceived social support, Type-D, Stai, Questionario del benessere soggettivo) per verificare le modificazioni nell'andamento delle variabili psicologiche nell'arco di un anno dall'evento coronarico.*

*In un gruppo più ristretto, per i quali è stato possibile rintracciare l'esito, è emerso che alcune variabili psicosociali (capacità di perdonare, inibizione sociale, invalidità percepita, disforia, benessere globale e ansia) sembrano differenziare il gruppo che ha avuto esiti patologici dal gruppo che non ha avuto esiti patologici.*

*Non risulta forte evidenza di un effetto della riabilitazione cardiologica e dell'Associazione sulle variabili psicosociali, i dati sono scarsamente significativi, ad eccezione del Type D e del H.F.S., in altri casi la significatività è assente e l'andamento spesso contraddittorio; riabilitazione e Associazione, inoltre, non mostrano effetti significativi sugli esiti patologici.*

*È stata quindi condotta un secondo tipo di analisi qualitativa mediante Focus Group su tre gruppi di pazienti (pazienti che partecipano sia alla riabilitazione che all'Associazione, pazienti che partecipano solo alla riabilitazione, pazienti che non partecipano né alla riabilitazione né all'Associazione) con lo scopo di entrare in contatto con i vissuti soggettivi di pazienti che hanno intrapreso diversi percorsi post-infartuali. I dati qualitativi, sottoposti ad analisi con T-Lab e all'analisi semiotica di A.J. Greimas, non evidenziano differenze rilevanti nei tre gruppi, mostrano analogie nell'attenzione attorno ai temi del vissuto della malattia e del confronto con la morte, nell'importanza e al peso dei cambiamenti negli stili di vita dovuti alla malattia e al posizionamento soggettivo di fronte alle cure ed alle prescrizioni terapeutiche.*

*Sulla base dei risultati vengono suggeriti possibili interventi volti ad offrire al soggetto uno spazio di pensiero e rielaborazione dell'impatto psicologico della malattia, con la finalità di promuovere e costruire la prospettiva di una diversa "normalità" sana attraverso un'alleanza terapeutica più solida e vissuta come un sostegno alla propria autonomia personale.*

**ABSTRACT:**

*The psychological and psycho-social dimensions may concur in the etiopathogenesis of heart disease. This study is aimed to describe the major psycho-social variables and their prediction of pathological outcomes.*

*More over it evaluates the impact of the participation in the heart rehab activities or in the activities lead by the Association “Cuore Batticuore” ONLUS on the variables inquired. The sample survey is composed of 109 patients of an age between 50 and 80 hospitalised for heart attack or unstable angina in the Cardiological department of Bergamo OO. RR.*

*Three surveys have been lead through a set of nine psychological tests (Adult dispositional hope scale, General health questionnaire, Heartland forgiveness scale, Locus of control, M.P.V.H., Multidimensional scale of perceived social support, Type-D, Stai, Questionario del benessere soggettivo) in order to verify the modifications of psychological variables’ course, for one year, starting from the heart disease..*

*The restrict sample, for which it has been possible to trace the pathological outcome, showed that some psychological variables (forgiveness, social inhibition, perceive, invalidity, depression, wellness and anxiety) may differentiate the pathological group from the other one.*

*The results of the analysis underline how the participation in the heart rehab activities or in the Association activities have no effects on the ongoing of the psycho-social variables; heart rehab and the Association “Cuore Batticuore” ONLUS don’t have significant effects on the pathological outcome.*

*Later on, a qualitative analysis through “Focus Group Discussion” with twelve patients divided into three groups (1. patients who participate in the heart rehab and in the Association activities, 2. patients who participate only in the heart rehab, 3. patients who participate neither in the one, nor in the other) in order to catch and to get in touch with their emotional experiences and their personal stories.*

*The results of the qualitative analysis conducted through T-Lab and the A.J. Greimas semiotic square don’t show significant differences among the three groups.*

*In fact all of them show the importance of the theme of the heart disease impact on the daily life, the theme of the death and the personal rework of the changes caused by the heart disease.*

*It seems desirable some interventions able to encourage the personal patients rework in order to reach the perspective of a different “healthy” “normality” through a more consistent therapeutic alliance considered as a support to the patient’s personal independence.*

INTRODUZIONE .....	9
IL LEGAME TRA SALUTE FISICA, PERSONALITA' E FATTORI EMOTIVI.....	13
LE ORIGINI DEL PENSIERO SULL'EZILOGIA DELLA MALATTIA: LA	
TEORIA UMORALE E IL MODELLO BIO-MEDICO .....	15
LA PROSPETTIVA FREUDIANA .....	17
L'APPROCCIO PSICOSOMATICO.....	19
L'APPROCCIO SOCIO COGNITIVO AI COMPORTAMENTI RILEVANTI	
PER LA SALUTE .....	23
CARATTERISTICHE DI PERSONALITA': TIPO A, B, C.....	31
LA MALATTIA CORONARICA: FATTORI DI RISCHIO BIOMEDICO E	
PSICOSOCIALE COINVOLTI NELL'EZIOPATOGENESI DELL'EVENTO	
CORONARICO ACUTO.....	39
FATTORI DI RISCHIO BIOMEDICI.....	43
FUMO .....	43
DIETA.....	46
ESERCIZIO FISICO .....	48
ABUSO DI ALCOOLICI .....	49
FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALE.....	53
STRESS .....	56
OSTILITA' E CARDIOPATIA.....	60
CARATTERISTICA DI PERSONALITA' DI TIPO D.....	71
STRUMENTI PSICOLOGICI DELLA RICERCA QUANTITATIVA UTILIZZATI IN	
LETTERATURA PER LA VALUTAZIONE DEL SOGGETTO CARDIOPATICO.....	75
LA RICERCA QUANTITATIVA .....	75
ANSIA .....	85
DECADIMENTO COGNITIVO, STATO EMOZIONALE.....	89
DEPRESSIONE, DISFORIA .....	103
AGGRESSIVITA', OSTILITA' .....	114
RABBIA .....	137
LO SGUARDO DELLA PSICOLOGIA POSITIVA: FATTORI DI PROTEZIONE	
PSICOSOCIALI COINVOLTI NELL'EZIOPATOGENESI DELLA MALATTIA	
CORONARICA.....	149
OTTIMISMO.....	159
SPERANZA.....	163
AUTOEFFICACIA.....	165
PROBLEM SOLVING .....	168
LOCUS OF CONTROL .....	172
HARDINESS .....	176
SUPPORTO SOCIALE .....	179
COPING E BENESSERE.....	185
LA RESILIENZA .....	191
IL PERDONO.....	200
MODALITA' E STRUMENTI D'INDAGINE DELLA RICERCA QUALITATIVA E	
DELL'INTERVENTO SULLA SALUTE .....	209
L'INTERVISTA .....	209
ROLE PLAYING .....	210

TECNICHE PROIETTIVE .....	212
GROUNDED THEORY .....	217
INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA .....	218
FOCUS GROUP DISCUSSION .....	219
LA SCRITTURA ESPRESSIVA .....	220
LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO PER LA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA:	
L'IMPORTANZA DEL MODELLO PLURIDISCIPLINARE .....	227
“INDAGINE ESPLORATIVA SUI FATTORI PSICOLOGICI, EMOZIONALI, COMPORTAMENTALI, RELAZIONALI E DI PARTECIPAZIONE SOCIALE IN SOGGETTI CON EVENTO CORONARICO ACUTO.” .....	247
IL PROGETTO DI RICERCA .....	248
METODO .....	255
FASE QUANTITATIVA .....	255
SOGGETTI .....	255
STRUMENTI.....	256
MODALITA' DI RIELABORAZIONE DATI .....	261
RISULTATI.....	263
FASE QUALITATIVA .....	300
SOGGETTI: .....	300
STRUMENTI.....	301
MODALITA' DI RIELABORAZIONE DATI: .....	301
RISULTATI.....	308
CONCLUSIONI E DIREZIONI FUTURE.....	322
BIBLIOGRAFIA .....	334

# INTRODUZIONE

Per centinaia di anni e in diversi contesti culturali, il benessere sociale, psicologico e fisico è stato associato con l'equilibrio delle forze naturali presenti all'interno della persona.

Il legame tra salute fisica, personalità e fattori emotivi è sempre stato evidente sin dagli albori della pratica medica, sino a risalire ad Ippocrate.

Per quel che concerne il sistema cardiovascolare, in particolare, William Harvey, nel 1628, notò che qualsiasi "turbamento mentale" che induce piacere o determina uno stato affettivo doloroso, influisce sull'attività cardiaca.

Nel 1910, Sir William Osler identificava i pazienti cardiaci come uomini estremamente ambiziosi con la tendenza a spingere i propri meccanismi corporei fino al limite.

Alexander postulava che un'alta pressione sanguigna di origine sconosciuta (ipertensione essenziale o primaria) fosse prevalente tra le persone fortemente orientate al raggiungimento di un elevato status sociale e tendenti all'inibizione difensiva degli aspetti emotivi e cognitivi della rabbia.

Questi autori sottolineano l'esistenza di un importante legame tra eventi stressanti e patologia cardiovascolare; alcuni fattori psicologici quali l'ostilità, l'attitudine alla difesa sociale e l'espressione della rabbia esercitano un effetto di mediazione su questo legame.

Oggi, nonostante una diminuzione generale della mortalità, le malattie coronariche sono la principale causa di morte nella società moderna occidentale (De Vreede, Gorgels, Verstraaten, Vermeer, Dassen and Wellens, 1991). Ciò ha indotto alcuni ricercatori ad indagare sul contributo che le dimensioni psicologiche e sociali possano dare all'eziologia, al decorso ed alla prognosi delle malattie coronariche.

La ricerca degli ultimi anni ha dimostrato, in particolare, che stati emozionali come l'ansia, l'ostilità-aggressività o i caratteristici 'stili comportamentali' (le cosiddette personalità di Tipo A, C, e D) possono essere considerati come potenti fattori di rischio coronarico, soprattutto se associati ad una concentrazione di eventi stressanti esistenziali.

E' stato inoltre fortemente enfatizzato anche il ruolo indipendente della qualità della rete di relazioni e di supporto sociale in cui il soggetto è inserito.

Negli ultimi decenni si sono sviluppate nuove tecniche di diagnosi e trattamento di tali malattie, quali l'angiografia, l'ecografia cardiaca, interventi di bypass, angioplastica coronarica e beta bloccanti, ciò nonostante si ritiene necessario integrare queste tecniche diagnostiche (prettamente riguardanti l'ambito medico) con gli aspetti psicologici e sociali che i precedenti autori citati hanno dimostrato essere strettamente correlati e connessi alla patologia cardiaca. Nei pazienti con infarto del miocardio, infatti, la prognosi a breve termine è stata favorita da queste nuove tecniche, ma l'attenzione è da rivolgere a quei fattori che giocano un ruolo importante nell'eziopatogenesi delle malattie coronariche, ai fattori psicosociali e ai modelli di comportamento.

Il gruppo di ricerca si è posto l'obiettivo di valutare l'andamento e la dinamica evolutiva di alcune dimensioni psicologiche rilevanti, descritte in letteratura, in soggetti colpiti da un evento coronarico acuto, quale infarto o angina instabile; ha inoltre inteso verificare la loro predittività rispetto ad un esito patologico e l'influenza della partecipazione alle attività della riabilitazione cardiologica o dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS.

Il progetto di ricerca, in collaborazione con l'USC di Cardiologia, l'USSD di Psicologia Clinica degli OO.RR. di Bergamo, l'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS e l'Università degli Studi di Bergamo ha previsto una prima fase quantitativa e una seconda fase qualitativa.

Nei primi capitoli di questo lavoro verrà presentato l'approccio teorico che supera il dualismo cartesiano mente-corpo, secondo il quale è rilevante e cruciale il rapporto tra personalità, fattori emotivi e salute fisica verso la comprensione e la promozione del benessere globale della persona.

Il secondo capitolo intende fornire una breve definizione della malattia coronarica e riassumere i principali fattori di rischio biomedici e psicosociali che intervengono nell'eziopatogenesi di questa patologia.

Il terzo capitolo presenta gli strumenti più utilizzati in letteratura per la valutazione del paziente cardiopatico che indagano alcune variabili considerate rilevanti quali l'ansia, il decadimento cognitivo, lo stato emozionale, depressione e disforia, l'aggressività, l'ostilità e la rabbia.

Il quarto capitolo intende dare una descrizione delle dimensioni psicologiche considerate dalla psicologia positiva, come l'ottimismo, la speranza, l'autoefficacia, il

problem solving, il locus of control, l'hardiness, il supporto sociale, coping e benessere, la resilienza e il perdono.

Il capitolo quinto descrive le principali metodologie dell'analisi qualitativa; il sesto presenta le linee guida nazionali e internazionali per l'intervento di riabilitazione cardiologica, cui si rifanno i reparti ospedalieri.

Il settimo capitolo riporta il progetto di ricerca nelle sue due fasi, quantitativa e qualitativa, fornisce una descrizione del campione dei soggetti che hanno partecipato alla ricerca, nonché degli strumenti e delle modalità d'indagine, di rielaborazione dati ed infine un commento dei risultati che verrà ripreso nelle conclusioni unitamente ad una proposta di intervento psicologico.



## IL LEGAME TRA SALUTE FISICA, PERSONALITA' E FATTORI EMOTIVI

I tentativi di comprendere le relazioni intercorrenti tra le differenze individuali di personalità e le dimensioni di salute e malattia hanno visto impegnate trasversalmente nei diversi secoli le riflessioni di filosofi, ricercatori e psicologi. Un approccio ingenuo potrebbe organizzare tale rapporto sulla base di quella netta separazione che Cartesio (1664) riassumeva nel dualismo mente-corpo.

In tale prospettiva i disturbi psicologici, come l'ansia e la depressione, sarebbero nettamente distinti da quelli fisici, come i tumori e le infezioni. Le cause della malattia dovrebbero quindi essere rintracciate entro lo stesso dominio in cui la sintomatologia si manifesta.

Così, un disturbo psicologico potrebbe essere spiegato nei termini di una risposta ad eventi stressanti, esperienze traumatiche o problemi infantili, mentre la patologia fisica si configurerebbe come la risposta meccanica del corpo all'azione di agenti patogeni, quali virus o batteri.

Alla luce di molteplici evidenze fattuali tale approccio appare tuttavia riduzionistico ed eccessivamente semplificante la complessità che caratterizza il dispiegarsi dei fenomeni di malattia. I disordini psicologici come la depressione o le varie manifestazioni afferenti all'area della psicosi sono spesso associati dalla psichiatria contemporanea a disfunzioni di natura organica, come gli squilibri biochimici, o ad anomalie del substrato genetico.

D'altra parte, molte ricerche si sono incentrate su tentativi di intercettare particolari aspetti di personalità che potessero avere una funzione rilevante nello sviluppo e nel decorso di specifiche patologie organiche, come i tumori o i disturbi cardiovascolari.

Uno sguardo trasversale all'evoluzione di tale tematica nel tempo permette di rintracciare il susseguirsi di tre fasi che caratterizzano la storia della Psicologia della Salute.

L'intreccio dei contributi emersi sembra infatti seguire, con un andamento non sempre lineare, un itinerario che, abbandonata la prospettiva bio-medica per una lettura bio-psico-sociale rintracciabile nella *Mainstream Health Psychology*, giunge alle più recenti riflessioni critiche.



## LE ORIGINI DEL PENSIERO SULL'EZIOLOGIA DELLA MALATTIA: LA TEORIA UMORALE E IL MODELLO BIO-MEDICO

Uno dei più antichi contributi storici alla comprensione eziologica dell'insorgenza delle malattie risale a Ippocrate (460-377 a.C.). La sua Teoria Umorale si proponeva di superare una concezione superstiziosa, magica e religiosa dei fenomeni patologici, ricercando relazioni lineari tra sintomi e correlati biologici osservabili.

Tale teoria affermava l'esistenza di una base fisica per tutti i disturbi, identificata nell'equilibrio esistente tra quattro umori di base: Bile Nera, Bile Gialla (anche detta collera), Sangue e Flegma. In tale formulazione la Bile Nera aveva sede nella milza, la Bile Gialla nel fegato, il Sangue nel cuore e il Flegma nella testa. Il buon funzionamento dell'organismo dipendeva dall'equilibrio di questi elementi, mentre il prevalere dell'uno sugli altri causava la malattia.

In ogni modo, non era prevista alcuna influenza dei fattori psicologici sullo stato di salute individuale. In realtà, oltre a essere una teoria eziologica della malattia, la Teoria Umorale si configurava anche come una teoria della personalità.

Essa prevedeva infatti che gli aspetti del carattere fossero determinati da variabili di natura biologica. Le tipologie del carattere si basavano sul diverso assetto dei quattro umori. L'eccesso di Bile Nera determinava il carattere melancolico (descritto come magro, debole, pallido, avaro e triste); l'abbondanza di Bile Gialla determinava il carattere collerico (definito anch'esso magro ma di bel colore, irascibile, permaloso, furbo, generoso e superbo); il tipo Sanguigno, tale per un eccesso di sangue, veniva rappresentato come rubicondo, gioviale, allegro, goloso e dedito a una sessualità giocosa; infine il tipo Flemmatico, caratterizzato per l'eccesso di flegma, era presentato come grasso, lento, pigro e sciocco.

Galeno di Pergamo (131-201), alcuni secoli dopo, tentò di corroborare la teoria umorale attraverso studi scientifici basati sulla dissezione di animali e sull'osservazione di cadaveri di persone scomparse per morte violenta (ad esempio in battaglia). Tuttavia, anche quando affermò che le donne con carattere melancolico erano maggiormente predisposte ad ammalarsi di tumore al seno, non avanzò mai ipotesi eziologiche di natura psicologica.

La testimonianza dell'influenza che questo pensiero ebbe in seguito sulla comunità scientifica europea si evince dagli insegnamenti di Johannes Freidreich che, nel 1936, correlò l'eccesso di bile nera con la depressione, quello di bile gialla con la mania, quello di sangue con la psicosi e quello di flegma con le demenze.

Tale impostazione concettuale, seppur ampiamente smentita dalla ricerca, mantiene ancora oggi tracce entro il pensiero psicologico, anche se con intenti unicamente evocativi. In tale senso, uno dei rinvii più autorevoli rimanda alla teoria di personalità di Eysenck (1965), fondata sull'identificazione di due dimensioni di base del carattere: quella "estroverso-introverso" e quella "stabile-instabile".

Mediante la messa a punto di un test mirante alla rilevazione di tali polarità, l'autore, pur considerando la propria formulazione come riduzionistica rispetto al compito di descrivere la complessità della personalità, identificava quattro combinazioni che si avvicinano, nella ricostruzione sperimentale, alle quattro tipologie delineate da Ippocrate: stabile-estroverso (tipo sanguigno), instabile-estroverso (tipo collerico), stabile-introverso (tipo flemmatico), instabile-introverso (tipo melancolico).

Anche il depositarsi di alcuni elementi tipici della Teoria Umorale nel linguaggio di uso quotidiano testimonia la pregnanza culturale di tale approccio.

Ancora oggi infatti il cuore viene simbolicamente concettualizzato come la sede dei sentimenti, il termine melanconia viene associato alla tristezza o a forme depressive, la flemma è sinonimo di pigrizia e la persona collerica è considerata irascibile, come si può rintracciare in espressioni del tipo "*si rode il fegato*" o "*è giallo di rabbia*"<sup>1</sup>.

La Teoria Umorale venne definitivamente abbandonata dalla comunità scientifica verso la metà del diciannovesimo secolo, a seguito dei risultati raggiunti nel campo della ricerca sulla patologia cellulare che sancivano l'assenza di una diretta relazione tra patologia cellulare e disturbi psichici.

Negli ultimi anni, però, anche tale caposaldo sembra essere stato messo in discussione. Gli sviluppi recenti della ricerca sul DNA e sui neurotrasmettitori, infatti, sembrano avanzare nuovamente una spiegazione del disagio psicologico ancorata a squilibri biochimici di origine genetica. Esulando dall'addentrarsi ulteriormente in tale ambito specialistico, questo dibattito sembra informare circa la complessità del campo di

---

<sup>1</sup> L'ittero è il sintomo della malattia epatica, caratterizzata dalla colorazione giallognola.

indagine e sancire l'inevitabile fallimento di ogni approccio che tenda a restituire una visione riduzionistica del rapporto tra corpo-mente.

La rilettura di questa prospettiva teorica sembra ascrivere l'approccio alla patologia entro il paradigma interpretativo del modello bio-medico, strettamente incentrato su una visione meccanicistica del corpo, rappresentato come insieme di ingranaggi che cooperano nella direzione del buon funzionamento dell'organismo.

E' la lesione, la rottura dell'omeostasi o il malfunzionamento di una parte di questo sistema che determina e circoscrive lo stato di malattia. In tale prospettiva lineare e inevitabilmente riduzionistica, anche il malessere psicologico verrebbe ricondotto all'insorgenza di una falla collocata entro il corpo.

Tale approccio è ben rappresentato dalla modellistica comportamentista stimolo-risposta (s-r) che rilegge la malattia nei termini di reazione (risposta) patologica a un attacco diretto al corpo da una forza esterna o da squilibri interni (stimolo).

## LA PROSPETTIVA FREUDIANA

Il crollo della credibilità della Teoria Umorale aprì inevitabilmente nuovi spazi di riflessione sull'eziologia dei disturbi psicologici e in generale sul ruolo assunto dalle dimensioni interne e soggettive nei processi di malattia e di guarigione.

E' ascrivibile a questi anni la diffusione delle teorie freudiane sulla psicogenesi dei disturbi isterici. Questa posizione si configurava come una rivoluzione culturale che per la prima volta realizzava uno spostamento dalla centralità del corpo alla valutazione di variabili psicologiche nella comprensione dell'esperienza di malattia.

L'idea che esistesse una certa relazione di causalità tra area psichica e sintomatologia fisica nacque in Freud tra il 1880 e il 1882, quando, in collaborazione con il medico e psichiatra austriaco Joseph Breuer, trattò il caso di Anna O.

La giovane donna manifestava una ampia gamma di sintomi tra cui strabismo convergente, cefalea, occasionale cecità, paralisi muscolare, sonnambulismo, sensazione di vedersi cadere addosso le pareti, vuoti di memoria e "perdita di parti del tempo", torpore, perdita della capacità di parlare la lingua nativa e di altre abilità acquisite, umore incostante (con alternanza di stati depressivi, ansia e irritabilità).

Gli accertamenti medici non avevano individuato alcun substrato organico capace di rendicontare tale complessa e discontinua fenomenologia.

Il fallimento della gestione della condizione clinica tramite gli strumenti propri del sapere biomedico aveva incentivato all'esplorazione di altre possibili spiegazioni. Freud e Breuer utilizzarono l'ipnosi ed il metodo catartico<sup>2</sup> per raggiungere quelle aree psicologiche non accessibili al livello della consapevolezza.

La successione delle sedute ipnotiche favorì il riaffiorare di memorie infantili traumatiche e, a seguito delle singole sedute, fu possibile osservare una temporanea remissione della sintomatologia. Era dunque plausibile affermare che esistessero meccanismi psicologici responsabili del malfunzionamento organico.

La formazione medica di Freud ed il contesto storico entro cui si collocava il suo operato influenzò la posizione assunta dall'autore in merito alla scissione della malattia organica, che egli associava a una eziologia fisico-organica, dalle manifestazioni nevrotiche, di derivazione esclusivamente psicogena.

Sarà l'avvento dell'approccio psicosomatico, nel ventesimo secolo, ad estendere l'influenza dei fattori psicologici anche alla malattia organica, favorendo una visione più complessa della relazione tra corpo e psiche.

Le dimensioni soggettive in tale prospettiva verranno considerate a pieno titolo importanti fattori di mediazione nella genesi, nello sviluppo e nell'esito della malattia biologica.

---

<sup>2</sup> Metodo catartico (dal greco katharsis καθαρισμός, "purificazione"): è un metodo terapeutico ideato da Sigmund Freud e Joseph Breuer negli anni che vanno dal 1880 al 1885 e desunto dai loro studi sull'isteria. Esso rimanda alla liberazione di emozioni, presupposte alla base di tensioni o ansia, grazie al recupero di pensieri o ricordi. Il metodo utilizza l'ipnosi attraverso cui viene indotto il ricordo e l'abreazione di un affetto che, non essendo stato adeguatamente scaricato, ha preso la via somatica producendo il sintomo da conversione.

## L'APPROCCIO PSICOSOMATICO

La seconda metà del Novecento ha visto un progressivo incremento dell'interesse rivolto ai disturbi psicosomatici, ovvero quei disturbi organici associati ad una eziologia di natura psicologica.

Il presupposto teorico alla base di tale approccio rimanda a una visione dell'uomo come inscindibile unità psicofisica: tale principio implica che in ogni forma morbosa, e finanche nel trauma accidentale, giochino un ruolo di rilievo, accanto ai fattori somatici, anche quelli psicologici.

Viene fatto risalire a Georg Groddeck (1923) il primo tentativo di formulare una teoria capace di estendere i meccanismi inconsci alla malattia organica. Questo autore è rappresentativo di un primo orientamento storico della psicosomatica, caratterizzato dal ricondurre le manifestazioni della patologia organica a contenuti simbolici rimossi.

Egli riteneva che tutti i disturbi organici, fossero essi un infarto, una nefrite o altro, potessero essere spiegati entro tale panorama concettuale.

A titolo esemplificativo l'autore attribuì al tumore uterino il senso di appagamento inconscio di un desiderio materno di concepimento non realizzato. Pur essendo le evidenze fornite da Groddeck estreme e talvolta aneddotiche, sembra non essere del tutto escludibile che, in alcune circostanze, impulsi inconsci e desideri rimossi possano assumere la forma della malattia fisica.

Tali considerazioni richiamano alcune spiegazioni ingenuie che usualmente, nella vita quotidiana, si attribuiscono a persone che sistematicamente incorrono in incidenti ed esperienze di natura traumatica.

Tale chiave interpretativa appare però non priva di criticità. Come ben sottolineato da Menninger (1938), infatti, non può essere trascurata la valenza punitiva e colpevolizzante insita nella logica del riduzionismo inconscio, che ricondurrebbe il senso ultimo di ciò che accade alle dimensioni interne della personalità.

A questo si aggiunga, in ultima analisi, che le tesi di Groddeck non trovarono pieno riscontro nei risultati della ricerca empirica.

Per certi versi, tali problematicità permangono anche nella seconda diramazione della psicosomatica, più orientata all'interpretazione della patologia organica nei termini di

scariche abreattive di tensioni configurate come materiale grezzo, piuttosto che come simboli inconsci non accettabili.

Così William Reich (1942) identificava nel congelamento dell'emotività (definita *energia orgonica*<sup>3</sup>) in rigide posture corporee il substrato fisico predisponente all'insorgenza di tumori, giungendo all'identificazione di una "*Cancer Prone Personalità*". Tale teoria, seppur considerata pseudo-scientifica e fatta oggetto di critiche e perplessità, ha profondamente influenzato la percezione culturale della malattia nella seconda metà del secolo scorso.

Sontag (1991) segnala il pericolo che una forte centratura sulla responsabilità individuale possa interferire sul posizionamento del soggetto entro le traiettorie terapeutiche, ingenerando un processo di allontanamento progressivo dai percorsi di cura.

Un ulteriore apporto alla tematica psicosomatica rimanda al nome di Franz Alexander, psicoanalista ungherese che, in *Psychosomatic Medicine* (1950), ipotizzò che il legame tra personalità e meccanismi fisiologici fosse strettamente interconnesso con il funzionamento del sistema nervoso autonomo.

L'autore partiva dalla distinzione tra la divisione simpatica, responsabile dell'*arousal* emotivo e delle risposte alle situazioni di emergenza mediante comportamenti di attacco-fuga, e quella parasimpatica, responsabile del rilassamento, delle funzioni digestive, delle risposte immunitarie e dell'immagazzinamento di energia. Per Alexander le diverse configurazioni della malattia dipenderebbero dal funzionamento sbilanciato di questi due sistemi.

La sovra-stimolazione simpatica contribuirebbe alla genesi dei disturbi cardiovascolari, del diabete e dell'artrite reumatoide; quella parasimpatica ingenererebbe i disturbi gastrointestinali, quelli digestivi, le ulcere e le coliti. Come specifica l'autore, la sovra-stimolazione delle due divisioni potrebbe essere correlata ad alcune caratteristiche di personalità.

Un punto di vista interessante rispetto allo sviluppo della moderna psicosomatica, capace anche di fornire alcuni spunti di riflessione sulle modalità mediante cui i soggetti

---

<sup>3</sup> Reich affermava che l'energia dell'orgone (o energia orgonica) era di colore blu e permeava tutto lo spazio, e che certe forme di malattia erano la conseguenza dell'impovertimento o del blocco di tale energia all'interno del corpo.

impiegherebbero inconsapevolmente i canali corporei per esprimere o evacuare contenuti di origine psicogena, sembra essere lo studio di Edward Shorter (1992).

L'autore evidenzia come la sintomatologia psicosomatica abbia subito nel tempo rilevanti modificazioni, abbandonando le eclatanti caratterizzazioni delle nevrosi isteriche descritte da Freud e Charcot per configurarsi sempre più nei termini di sensazioni di malessere diffuso, come mal di testa, dolori addominali, al petto, apparenti attacchi di cuore. La configurazione attuale delle manifestazioni psicosomatiche sembra simile alla "*Sindrome della stanchezza cronica*", così definita nel 1984 quando, nella cittadina di Lake Tahoe in Nevada, vennero rilevati 160 casi di persone che lamentavano una nuova misteriosa malattia caratterizzata da spossatezza debilitante e prolungata, di cui non fu mai identificato alcun agente patogeno responsabile.

Le trasformazioni della sintomatologia somatoforme sono ben rappresentate anche dall'estinzione della sindrome di "*Shell Shock*"<sup>4</sup>, pervasiva durante la Prima Guerra Mondiale e completamente assente nella Seconda. La spiegazione che Shorter fornisce a tale singolare evidenza rimanda alla funzione che in sé il disturbo psicosomatico assume nella vita del soggetto che ne è portatore.

Tale mutevolezza sarebbe il prodotto di un "*inconscio (che) si sforza di presentare dei sintomi che sembrano alla cultura circostante (quella medica inclusa) prove legittime di malattie organiche*" (Shorter, 1992).

Diviene dunque di fondamentale importanza che la malattia appaia credibile e degna di attenzione di fronte a un occhio medico sempre più esperto. La crescente specializzazione tecnologica e il perfezionamento delle conoscenze bio-mediche determinerebbero infatti, nell'ottica dell'autore, una necessaria variazione dell'espressione del malessere.

Questo processo sarebbe responsabile del modellamento medico dei sintomi esibiti.

Gli anni Sessanta furono il teatro di prova in cui il potere esplicativo di tali teorie venne posto al vaglio della scienza. Le conclusioni cui giunsero i ricercatori rimandavano a una certa difficoltà nel ritracciare legami causali diretti o indiretti (ovvero mediati dai comportamenti) tra personalità e malattia.

---

<sup>4</sup> Disturbo nevrotico caratterizzato da sintomatologia simile all'isteria che si diffuse tra le truppe dei soldati combattenti durante la Prima Guerra Modiale. E' definita anche "*Battle Neurosis*".

Le argomentazioni di coloro che sostenevano la tesi della causalità psichica nella genesi del disturbo organico si basavano sulla rilevazione di correlazioni statistiche tra personalità e sintomi di malattia.

Le ricerche decretarono la scorrettezza metodologica insita nell'attribuzione di una direzione causale alla semplice rilevazione di correlazioni tra eventi. Era inoltre plausibile che tali correlazioni non implicassero una diretta influenza di una variabile sull'altra, implicando l'azione di una terza variabile (variabile di *background*) non calcolata e al di fuori del controllo dello sperimentatore, avente effetto sulle altre due. Era questo lo schema di pensiero adottato da Galeno quando identificava l'eccesso di bile nera come variabile di *background* influente tanto sulla melanconia quanto sull'insorgenza dei tumori al seno.

Un ulteriore livello di criticità rimandava infine alla diagnostica della personalità tramite test<sup>5</sup>.

Fu infatti rilevato che item simili erano presenti in test che misuravano tratti della personalità distinti, ingenerando inevitabilmente difficoltà nell'interpretazione delle relazioni tra i fattori identificati (Marks et al, 2000).

---

<sup>5</sup> Tra i test di personalità cui ci si riferisce possono essere citati: il test di Eysenck (1947), che misura le dimensioni di estroversione e nevroticismo (cui successivamente l'autore aggiunge quella di psicoticismo); il test di Cattell, che tramite analisi fattoriale identifica 16 diversi fattori di personalità.

## L'APPROCCIO SOCIO COGNITIVO AI COMPORTAMENTI RILEVANTI PER LA SALUTE

L'esigenza di comprendere il modo in cui le persone valutano e fronteggiano le richieste che l'ambiente pone loro e di individuare quindi i meccanismi che regolano e dirigono i comportamenti rilevanti per la salute ha condotto alla formulazione di modelli esplicativi che, muovendosi in un orizzonte teorico di tipo socio-cognitivo, condividono il presupposto secondo cui gli atteggiamenti e le credenze sono le principali determinanti del comportamento. Questo sistema concettuale affonda le proprie radici nella teoria tradizionale stimolo-risposta che spiega l'apprendimento come un processo psichico che consente una modificazione relativamente durevole del comportamento per effetto dell'esperienza. La *Social Cognition* attribuisce un rilievo pregnante alla componente cognitiva del funzionamento umano: su questa base il soggetto dà senso alle informazioni provenienti dal mondo esterno e costruisce una rappresentazione coerente della realtà che gli permette di prefigurarsi il futuro, di rappresentarsi eventi, di fissarsi obiettivi, di scegliere tra diverse possibilità d'azione, d'instaurare rapporti sociali (Mischel, Shoda, 1995).

Dal punto di vista cognitivo il ruolo centrale nell'attivare e dirigere i comportamenti è rivestito da due costrutti cardine: le *aspettative*, ossia ciò che l'individuo anticipa o prevede che accadrà come risultato di comportamenti specifici in situazioni specifiche e le *convinzioni*, ovvero quell'insieme di informazioni e conoscenze che un individuo ha acquisito a proposito di un particolare fenomeno.

Ne deriva che il comportamento si modifica in funzione della valutazione soggettiva di un esito e della probabilità che una specifica azione conduca all'esito atteso.

Questa prospettiva ha ottenuto particolare risonanza nell'ambito delle teorizzazioni sulla salute, dando vita ai principali modelli esplicativi dei comportamenti di salute.

Fra questi, il gruppo di modelli che si fondano sul paradigma valore-aspettativa, in cui viene sottolineato il ruolo delle opinioni e delle aspettative individuali e dove il comportamento risulta una funzione della valutazione soggettiva di un esito e della probabilità soggettiva che una particolare azione condurrà a quell'esito (p.e. se una persona motivata a dimagrire si iscrive a un programma per la perdita di peso e ne segue adeguatamente le indicazioni, si aspetterà di perdere peso e di provare, in conseguenza a questo, sensazioni positive).

Questi modelli considerano, quali determinanti del comportamento, l'interazione e la reciproca influenza tra fattori personali (cognitivi, affettivi, biologici), *pattern* comportamentali e fattori ambientali: le decisioni relative al come comportarsi dipendono dalla valutazione della probabilità con cui un'azione condurrà al risultato previsto, oltre al giudizio sul valore di quest'ultimo.

All'interno di questo approccio, particolare attenzione è stata rivolta al costrutto di *self-efficacy* (Bandura, 1977), vale a dire la convinzione dell'individuo nelle proprie capacità di organizzare e realizzare le azioni necessarie a gestire in modo adeguato le situazioni, in maniera tale da raggiungere i risultati prefissati modificando se necessario i comportamenti disfunzionali.

In questo modo, le persone che hanno aspettative di efficacia rispetto a una determinata azione (p.e. ritenere di essere efficaci nel ridurre il peso seguendo una dieta) è probabile che la effettuino e la mantengano nel tempo, tendendo quindi a impegnarsi, a non cedere di fronte agli ostacoli e a essere gratificate dal raggiungimento degli obiettivi.

Significativo risalto è stato inoltre dato al costrutto di *locus of control* (Rotter, 1954), che posiziona gli individui su un continuum a un estremo del quale si trovano coloro che sono caratterizzati da un *locus of control* interno (percepiscono che l'esito è sotto il loro controllo), mentre all'altro estremo si collocano coloro che hanno un *locus of control* esterno (la situazione è sotto il controllo di forze esterne).

In questa prospettiva rientra il *Modello delle credenze sulla salute* (Rosenstock, 1966), che ipotizza che le azioni di salute dipendano dall'interazione di tre fattori: l'esistenza di una motivazione relativa alla condizione di salute, la credenza di essere vulnerabili e l'opinione di poter ridurre il rischio attraverso l'adozione di comportamenti salutari.

Le probabilità che una persona adotti un comportamento rilevante per la salute sono connesse sia a quanto essa ritenga di essere suscettibile al rischio di contrarre la malattia, sia alla percezione di gravità delle conseguenze della stessa. L'unione di questi due fattori determina la percezione di minaccia della malattia, in base alla quale la persona potrà adottare un comportamento di salute, purché quest'ultimo sia in grado di portare benefici maggiori dei costi ad esso collegati.

Accanto alle precedenti si colloca la *Teoria della motivazione a proteggersi* (Rippetoe e Rogers, 1987), che delinea tre fattori connessi all'adozione di comportamenti di salute:

la percezione di gravità dell'evento, la stima soggettiva delle probabilità che un evento si verifichi e l'efficacia della risposta atta a prevenire l'evento nocivo.

Altra teoria inclusa nella letteratura relativa al cambiamento del comportamento di salute (sebbene in origine sviluppata per spiegare tutti i tipi di comportamento volitivo), è la *Teoria dell'azione ragionata* (Fishbein e Ajzen, 1975). Non direttamente centrata sul comportamento, quanto piuttosto sugli atteggiamenti e sulle credenze relativi ad esso, essa prende in esame l'intenzione dell'individuo di mettere in atto un determinato comportamento come funzione dei suoi *atteggiamenti* nei confronti dello stesso (p.e. se una persona ritiene che l'esercizio fisico serva a ridurre il peso, probabilmente avrà verso di esso un atteggiamento positivo) e delle *norme soggettive* (l'idea che le persone importanti per l'individuo hanno del comportamento in questione, unita alla motivazione del soggetto a compiere quell'azione) (McKenzie *et al.*, 2005).

La *Teoria del comportamento pianificato* (Ajzen, 1985), integrando la Teoria dell'azione ragionata, cerca di fornire una spiegazione di quei comportamenti che non rispondono totalmente a un controllo intenzionale (p.e. voler smettere di fumare ma non riuscirci). Introduce quindi il concetto di *controllo comportamentale percepito*, determinato dalle credenze relative alle proprie capacità di controllo sui facilitatori/barriere all'esecuzione del compito. Più elevato è il controllo comportamentale percepito, più sarà forte l'intenzione dell'individuo di mettere in atto il comportamento.

Un'ulteriore modello è stato elaborato per tentare di spiegare come i messaggi persuasivi, costruiti con l'obiettivo di modificare gli atteggiamenti, vengano recepiti ed elaborati dalle persone: il *Modello dell'elaborazione delle probabilità di persuasione* (Petty *et al.*, 2002), secondo cui più l'impegno connesso alla ricezione e all'elaborazione del messaggio è consistente, più è probabile che gli atteggiamenti così creati siano mantenuti nel tempo e influenzino il comportamento.

Utilizzato in molti programmi di educazione alla salute, questo modello mostra come una comunicazione rilevante per colui che la recepisce ne modifichi significativamente gli atteggiamenti e i comportamenti di salute.

Il tentativo di ricondurre i processi di decisione e le azioni rilevanti per la salute ad una spiegazione razionale configura la criticità di questo primo gruppo di modelli: non sempre infatti le persone agiscono coerentemente con le proprie convinzioni e

intenzioni e non raramente mantengono comportamenti che riconoscono come dannosi per la propria salute.

Un ulteriore gruppo di teorie relative al cambiamento di comportamento rientra nella categoria delle *Teorie processuali (o stadiali)*, le quali identificano un set di categorie in cui gli individui possono essere inseriti e individuano i fattori che possono influenzare il passaggio da una categoria all'altra, sottolineando tuttavia la non ineluttabilità dei vari passaggi e lasciando così un certo margine di incertezza rispetto all'attuazione del comportamento.

All'interno di questo gruppo trova collocazione il *Modello transteoretico* (Di Clemente e Prochaska, 1982): dallo stadio *precontemplativo* (in cui la persona non è seriamente interessata a cambiare il proprio comportamento), è possibile passare allo stadio *contemplativo* (consapevolezza dell'esistenza di un problema), a quello di *preparazione* (motivazione e intenzione di agire), a quello dell'*azione* (modificazione del comportamento) allo stadio del *mantenimento* del cambiamento e infine allo stadio *finale* in cui non è più presente nessun interesse verso il comportamento precedente.

In linea con il precedente si trova il *Modello dell'adozione di precauzioni* (Weinstein, 1988), elaborato per spiegare come le persone adottino nuove precauzioni o scelgano deliberatamente di modificare le proprie abitudini comportamentali rischiose. Il processo attraverso cui la persona mette in atto un comportamento di salute prevede il passaggio attraverso diverse fasi, a partire dalla presa di consapevolezza fino ad arrivare al mantenimento del comportamento nel tempo; l'attenzione viene inoltre focalizzata sui fattori che influenzano e promuovono il passaggio da una fase all'altra.

Un ulteriore modello che si colloca nella prospettiva processuale è il *Modello dell'azione rilevante* (Schwarzer e Fuchs, 1992), in cui le credenze sull'efficacia personale assumono centralità sia nella fase iniziale in cui viene prodotta l'intenzione, sia nella fase dell'implementazione dell'azione rilevante per la salute.

Infine, il *Modello cognitivo-comportamentale delle ricadute* (Marlatt e George, 1998), il quale, assumendo che le persone che hanno effettuato un cambiamento di comportamento ricadono con buona probabilità nel comportamento nocivo abbandonato, propone un programma di prevenzione delle ricadute. Partendo dall'analisi di situazioni ad alto rischio, delinea due tipi di determinanti delle ricadute: il fattore intrapersonale (emozioni, condizioni fisiche, etc.) e il fattore interpersonale

(conflitti, pressioni sociali, etc.). Lo sviluppo di capacità e di strategie di *self-control* aiuta il soggetto ad evitare le ricadute, anticipando e affrontando la situazione a rischio di recidiva.

Nonostante abbiano il merito di avere sottolineato l'importanza di alcune importanti variabili nella previsione dei comportamenti, i modelli processuali incontrano una significativa difficoltà nel non essere in grado di predire comportamenti complessi e di spiegare chiaramente il passaggio dall'intenzione all'azione.

Vengono così elaborati i Modelli integrati, che nascono con l'obiettivo di approfondire gli aspetti dinamici e processuali dei comportamenti di salute, oltre al ruolo giocato in essi dalle motivazioni e dalle emozioni.

Fra questi è possibile rintracciare il *Modello di Conner e Norman* (1995), che attribuisce, nel passaggio dall'intenzione al comportamento, particolare rilevanza ai costrutti di *self-efficacy*, identità personale e senso di impegno; il *Modello di Rutter, Quine e Chesham* (1993), che indaga le variabili cognitive e socio-emotive e gli stili di *coping* che influenzano gli esiti di salute e malattia; il *Modello delle anticipatory emotions* (Bagozzi, Baumgartener e Pieters, 1998), che indaga il ruolo della dimensione affettiva nei comportamenti di salute.

Ognuno dei modelli presentati ha fornito un sostanziale contributo alla comprensione dei processi che avviano e mantengono i comportamenti di salute. E' altresì innegabile che nel corso degli anni vi sia stata una progressiva evoluzione delle teorie, evidenziata dall'introduzione di nuove variabili psico-sociali; dall'attenzione nei confronti del ruolo del comportamento passato nell'influenzare quello presente e dal riferimento alle emozioni anticipate come elemento determinante nei processi decisionali.

Tuttavia, le ricerche che avevano la finalità di verificare il potere predittivo dei modelli (misurando il modo in cui un insieme di variabili antecedenti spiega l'esito finale, in questo caso il comportamento di salute), hanno riscontrato valori molto bassi di varianza spiegata (Odgen, 2003) <sup>6</sup>.

Ad esempio, lo scarso potere predittivo del Modello delle credenze sulla salute sembra imputabile alla bassa percezione di vulnerabilità che il soggetto avverte nei confronti di una determinata malattia. Quest'ultima potrebbe essere considerata un fattore predittivo significativo, se non fosse che molte persone si reputano invulnerabili di fronte alle

---

<sup>6</sup> La varianza spiegata calcolata, ad esempio, per il Modello delle credenze sulla salute e per la

malattie, trincerandosi dietro modalità difensive come l'ottimismo irrealistico (Weinstein, 1980) o altre forme di credenze e convinzioni irrazionali, spesso insite nel senso comune. Un secondo elemento che limita il valore del modello nel predire comportamenti è rappresentato dalla scarsa influenza che la percezione di gravità avrebbe sulla minaccia di malattia. E' stato riscontrato, infatti, che le persone si sentono poco minacciate dagli esiti a lungo termine di una patologia, perché questi ultimi sono difficilmente prefigurabili e potrebbero persino non verificarsi mai.

Ne consegue che i modelli aspettativa-valore abbiano un potere predittivo decisamente esiguo e che riescano solo in minima parte a dar conto del come e del perché una persona intraprenda o meno una condotta a tutela della propria salute.

Sempre soffermandosi sulle questioni metodologiche è doveroso sottolineare un ulteriore aspetto deficitario dei modelli, relativo ai rapporti che intercorrono tra le diverse componenti. Il fatto che essi siano sostanzialmente unidirezionali limita non solo la loro portata esplicativa, ma anche un'adeguata rappresentazione della complessità relazionale che lega credenze e comportamenti.

Spostando l'attenzione sul versante concettuale, la critica che più frequentemente viene mossa ai modelli riguarda il presupposto razionalistico su cui questi ultimi si fondano.

I modelli aderiscono infatti al paradigma cognitivista che propone una modalità di spiegazione dei comportamenti basata sui processi mentali (cognitivi) che la persona utilizza per elaborare le informazioni. Ci si muove pertanto all'interno di una concezione di realismo ipotetico, per il quale l'accesso al mondo non è mai diretto ma viene mediato dagli schemi cognitivi impliciti o espliciti adottati dal soggetto. Concordi su questo punto i modelli prendono prevalentemente in considerazione il rapporto che lega aspettative, credenze e risorse che il soggetto porta con sé, unite agli ostacoli, agli impedimenti, ai costi che inevitabilmente il comportamento di salute richiede. In questa prospettiva l'essere umano appare dotato di grande razionalità e solida coerenza logica. Numerosi studi psico-sociali hanno tuttavia da tempo smentito questa rappresentazione lineare del funzionamento umano, portando esempi a riprova del fatto che non sempre ciò che l'individuo sceglie o ciò che decide di fare sono il prodotto del suo pensiero o il frutto di una ponderata pianificazione. E' possibile agire sulla scia di uno stato d'animo o di una sensazione (difficilmente inquadrabile nella cornice di un modello teorico) o

---

Teoria del comportamento pianificato si attesta intorno al 10-20% (Pietrantonio, 2001).

semplicemente sull'onda di *routine* consolidate che si ripetono automaticamente senza che il soggetto se ne chieda il perché.

I modelli inoltre partono dal presupposto che il soggetto sia sempre conscio del proprio agire e che scelga deliberatamente di seguire un comportamento. Vengono perciò da un lato enfatizzati gli aspetti consapevoli, ma dall'altro si considerano irrilevanti *le influenze automatiche e spontanee*.

Per questo motivo l'applicazione dei modelli risulta funzionale nei casi in cui il soggetto è spinto dalla motivazione a elaborare le proprie cognizioni e ad agire, ma non risultano esplicativi di quei casi in cui il soggetto non agisce in base a un controllo personale. In realtà, è stato accertato che anche un individuo motivato può decidere di non agire se percepisce uno scarso controllo sui fattori ambientali esterni e sulle proprie capacità di azione. Si può essere, ad esempio, molto interessati alla proposta di seguire un corso di informatica, ma al contempo pensare "tanto non ce la farò mai a usare il computer" e quindi propendere per la scelta di non iscriversi al corso. Come sottolineato da Tversky e Kahneman (1974), le persone fanno spesso ricorso a euristiche che rendono i processi decisionali molto meno articolati di quanto si possa credere. Sarebbe quindi auspicabile ampliare la ricerca con l'obiettivo di individuare, oltre a quelle di carattere socio-cognitivo, ulteriori variabili coinvolte nel processo di cambiamento, prime tra tutte le *componenti emozionali*.

Si può sottolineare inoltre come, nonostante in alcuni modelli siano inserite le rappresentazioni individuali del contesto sociale (ad esempio le norme soggettive e il controllo sociale), l'accesso al contesto socio-ambientale avvenga sostanzialmente attraverso elaborazioni cognitive individuali, trascurando gli effetti che gli aspetti contestuali, di tipo sia sociale sia materiale, possono avere sulla decisione di intraprendere comportamenti preventivi (Pietrantoni, 2001). Si pensi ad esempio alla maggior difficoltà che le persone a basso reddito incontrano nel sottoporsi a visite specialistiche, o alla mancanza di strutture in cui poter praticare riabilitazione dopo un intervento, o ancora all'inaccessibilità informativa derivante dalla disgregazione del tessuto sociale tipica di molte periferie cittadine. Nell'ottica cognitivista i comportamenti sono frutto di una scelta esclusivamente soggettiva. Tuttavia, è ampiamente accertato che le decisioni e le scelte che un individuo opera, e non solo in

merito alla tutela della propria salute, sottostanno a complessi processi di negoziazione e, in taluni casi, a imprescindibili forme di potere che regolano i rapporti tra le persone. Quanto finora detto guida la riflessione a un punto sostanziale: i modelli socio-cognitivi sono realmente in grado di spiegare i comportamenti di tutela della salute?. La questione non è semplice da dipanare. Innanzitutto è importante ricordare che la natura contingente dei modelli impedisce la possibilità di elaborare una comprensione esaustiva delle azioni personali: tutti gli strumenti che cercano di rappresentare i meccanismi sottostanti all'agire umano peccano inevitabilmente di inadeguatezza descrittiva e limitatezza esplicativa. Per questo è consigliabile impiegarli con cautela, evitandone un uso dogmatico, a favore di un utilizzo *ad hoc*, preceduto da un'analisi puntuale e circostanziata del contesto e della situazione a cui si sceglie di applicarli. Se quindi i modelli si caratterizzano per una visione parziale e riduzionista dei comportamenti umani, la scelta della complessità sembra essere l'unica strada possibile per esplorare a tutto tondo il tema della salute. Non appare infatti agevole inserire la complessità nella logica di un diagramma di flusso esaustivo, coerente e non contraddittorio: piuttosto, sembra più appropriato esplorare la fenomenologia comportamentale in dimensioni locali che non mirino a una mera computazione delle variabili, ma che si sforzino di apprezzare la complessità attraverso uno sguardo più ravvicinato ai vissuti soggettivi.

## CARATTERISTICHE DI PERSONALITA': TIPO A, B, C

Le riflessioni sulla psicosomatica e le istanze di modellizzazione dei comportamenti di salute risultano sintoniche con un clima culturale di più ampio respiro che si proponeva di guardare oltre il modello bio-medico, alla ricerca di variabili ambientali e personali che rendessero conto delle singolarità che caratterizzano i fenomeni di malattia. Era infatti necessario trovare un paradigma che sapesse meglio dar conto delle differenti reazioni fisiologiche di soggetti esposti agli stessi agenti patogeni.

In linea con queste riflessioni, i recenti approcci di psico-neuro-immunologia depongono a favore del coinvolgimento di una complessa rete di variabili biologiche (neurologiche, immunologiche) e di mediatori psicologici nello sviluppo dei disturbi organici. Diversi contributi di ricerca hanno evidenziato che l'esordio, la progressione e la probabilità di sopravvivenza a varie forme di malattia, come il cancro o l'HIV/AIDS, si ricollegano ad una trama di interazioni tra elementi psico-sociali e processi del sistema neuro-endocrino e immunologico (Ader e Cohen, 1985; Antoni et al. 1990; Goodkin et al. 1992).

Si configura così un ampio ventaglio di variabili che assumono la veste di mediatori psicosociali alla risposta organica: comportamenti o stili di vita (vedi consumo di tabacco, alcool e droghe, diete, comportamento sessuale), dimensioni psicologiche interne (locus of control, stili di coping) e fattori sociali (eventi di vita, supporto sociale, posizione socio-economica).

La prospettiva della Mainstream Health Psychology, profondamente radicata entro il paradigma bio-psico-sociale e in coerenza con tale approccio, ha orientato gli obiettivi della ricerca verso l'identificazione di un ridotto numero di variabili comportamentali e cognitive in grado di predire la risposta soggettiva alla malattia. Anche l'intervento terapeutico, in tale contesto, è consistito nella manipolazione delle suddette variabili mediante l'impiego di una vasta gamma di tecniche, come la meditazione, il bio-feedback, la terapia cognitiva o il ricorso a metodi più articolati (tecniche di rilassamento, pratiche di immaginazione mentale), contemplando anche, a seconda dei casi, l'ipnosi o il potenziamento delle reti di supporto sociale.

In questo clima culturale, Friedman e Rosenman (1974) introdussero il concetto di Tipo A di personalità: con questo costrutto vengono definiti coloro che possiedono un pattern

di caratteristiche psicologiche connesso a una maggiore propensione per i disturbi cardio-vascolari.

I soggetti del Tipo A sono descritti come molto competitivi, orientati al successo, molto attivi, poco predisposti a sopportare ritardi e tempi di attesa, tendenzialmente aggressivi, ostili, collerici. Il loro stile di pensiero si configura come continuamente proiettato alla pianificazione dell'azione futura e talvolta caratterizzato dall'omissione dell'ascolto dei discorsi altrui, sacrificati per focalizzare l'attenzione sui propri obiettivi. Essi appaiono eccessivamente reattivi agli stimoli esterni, a causa di una tendenza alla sovrastimolazione della divisione simpatica del Sistema Nervoso Autonomo.

In contrapposizione al pattern di Tipo A, la personalità di Tipo B viene delineata dagli stessi autori come rilassata, letargica, dal temperamento moderato, amabile, propensa a prendere la vita con filosofia, relativamente lenta nel discorso e nell'azione, capace di dedicare tempo e attenzione agli altri. Se il Tipo A di personalità mostra alcune similitudini con il carattere collerico di Galeno, il tipo B sembra una riproposizione di quello flemmatico.

Con l'obiettivo di classificare i tipi di personalità, Rosenman e collaboratori misero a punto un'intervista strutturata, accompagnata da una serie di osservazioni aggiuntive inerenti il comportamento del soggetto al test, in particolare rispetto ad una serie di provocazioni operate intenzionalmente dal ricercatore (pause, interruzioni del discorso del parlante) che miravano a rilevare la reattività del soggetto e la sua capacità di tolleranza allo stress.

A questa si aggiungevano alcuni strumenti di più rapida discriminazione della tipologia di personalità (ad esempio la somministrazione di questionari self-report). Tale repertorio strumentale diede avvio ad ampio progetto sperimentale, il Western Collaborative Group Study, che permise di analizzare gli esiti in follow-up di un campione di 3000 soggetti di sesso maschile. Rosenman et al. (1975) dimostrarono che le persone appartenenti al Tipo A avevano una probabilità doppia di quelle del Tipo B di incorrere in patologie coronariche.

Il sette per cento del campione sviluppò a distanza di tempo segni di patologia cardio-vascolare e due terzi di questi afferivano al Tipo A.

Studi successivi (Haynes, 1980) dimostrarono che il Tipo A era un fattore di rischio cardio-vascolare tanto quanto l'alta pressione sanguigna, alti livelli di colesterolo e il fumo di sigarette.

Alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso, il fallimento di una serie di ricerche che si proponevano di confermare i risultati di Rosenman condusse ad un certo scetticismo da parte della comunità scientifica rispetto ai costrutti di Tipo A e B di personalità.

In una rassegna della letteratura sul tema, Miller et al. (1991) spiegarono la discrepanza tra le prime conclusioni e le successive disconferme alla luce di due argomentazioni. In primo luogo i ricercatori sostennero che molti studi si erano basati su questionari self-report, meno predittivi e affidabili dell'intervista strutturata di Rosenman. A ciò Evans (1990) aggiunse una serie di osservazioni circa gli artifici statistici che avevano influenzato le alte correlazioni dei primi studi e riteneva non trascurabile l'effetto che la diagnosi di Tipo A poteva avere sulla modificazione del comportamento soggettivo, inducendo anche un innalzamento del rischio di patologia coronarica.

Un tentativo simile nella direzione dell'identificazione delle variabili di personalità predittive di alcune patologie organiche si sviluppò sul fronte della predisposizione alla patologia tumorale.

Temoshok e Fox (1984) suggerirono che le persone che si ammalavano di tumore manifestavano modalità di coping di Tipo C. Nella stessa direzione, Eysenck (1990) descriveva una "personalità predisposta al cancro". Shaffer et al. (1987) confermarono in una serie di studi sperimentali l'evidenza di un "Cancer Prone Personality Type".

Tutti questi contributi descrivevano una costellazione di caratteristiche comuni nei soggetti a rischio di patologia tumorale, rinviate a passività, scarsa capacità di espressione delle emozioni (in particolare dell'aggressività), tendenza al sacrificio personale, disconoscimento dei propri bisogni, debolezza e un sommo sottofondo di disperazione.

Sulla base di questa linea di ricerca, Eysenck e collaboratori dichiararono di aver testato un nuovo metodo di trattamento psicologico che avrebbe ridotto dal 80% al 32% nei successivi tredici anni la mortalità per malattie correlate alle caratteristiche di personalità.

Queste radicali affermazioni trovarono una schiera di oppositori che si impegnarono nella dimostrazione della pseudo scientificità di tali costrutti.

Vennero criticate la scarsa chiarezza nella definizione della personalità di Tipo C e alcune rilevanti fragilità metodologiche (Pelosi e Appleby, 1992; Amelang, Schmidt-Rathjens, 1996). Peterson et al. (1988) analizzando in follow up, a distanza di trentacinque anni, lo stato di salute di novantanove laureati all'Harvard University, trovarono, in contrapposizione con le tesi relative al Tipo C, che i soggetti con uno stile cognitivo pessimistico correlavano con una minore co-occorrenza di diagnosi mediche nel corso della loro vita.

I risultati inconsistenti e il crescente scetticismo circa la predittività delle tipologie di personalità relativamente alla probabilità di incorrere in disturbi di natura organica determinarono, a partire dagli anni Novanta, uno spostamento dell'attenzione sullo studio dei legami tra emozioni e salute.

Un approccio che apre agli articolati processi della regolazione emotiva è quello proposto da Luigi Solano (2001). L'autore, supportando le proprie argomentazioni con un ricco ventaglio di evidenze empiriche, si mantiene a distanza da interpretazioni eziologiche della malattia organica rinviando alla semplice presenza di emozioni negative (ansia, depressione, irritabilità), tanto quanto da quelle che intravedono nella capacità di espressione delle emozioni, anche negative, un fattore protettivo per la salute.

Un possibile chiarimento della posizione assunta dall'autore proviene da alcuni studi che si sono incentrati su tesi eziologiche collegate alla disregolazione emotiva. Greer e Morris (1975) rilevarono una maggiore incidenza di diagnosi di carcinoma in donne che tendevano a reprimere o a esprimere in maniera abnorme la propria aggressività.

Il legame tra disregolazione emotiva e situazione immunitaria è stato evidenziato in diverse ricerche empiriche (Lutgendorf, Antoni, Ironson, Klimas, Fletcher, Schneiderman, 1997). Solano (1995) ha verificato che i soggetti sieropositivi con una migliore situazione immunitaria corrispondono a coloro che mostrano punteggi di affettività depressiva intermedi. Con una metodologia diversa, Pennebaker (Pennebaker, 1996; Pennebaker, Mayne, Francis, 1997) replicò gli stessi risultati.

Il lavoro dell'autore si incentrava sulla valutazione dei processi mentali alla base delle condizioni di salute, analizzati attraverso il canale del racconto e della scrittura.

Mediante l'analisi linguistica di resoconti traumatici, osservò che i soggetti che mostravano uno stato di salute migliore, identificato in base ad una bassa frequenza

delle visite mediche, erano quelli che impiegavano un numero intermedio di termini rinviati ad emozioni negative. Ulteriori studi misero in luce, poi, una correlazione lineare diretta tra indicatori di salute (numero di visite mediche) e parole esprimenti un'elaborazione cognitiva. Sembrerebbe dunque che il prerequisito alle condizioni di salute rinvii all'attivazione di processi secondari di rielaborazione e di integrazione di fatti, pensieri, emozioni entro la narrazione scritta, piuttosto che a una loro espressività generica.

Le posizioni teoriche più recenti si muovono dunque attorno al concetto di regolazione emotiva intesa come capacità soggettiva di dare forma, controllare ed esprimere in codici simbolici le percezioni corporee ingenerate nel contatto con l'ambiente.

Questa teoria è più sofisticata della semplice raffigurazione della mente come contenitore orientato all'evacuazione delle parti emotive grezze, richiamando ai processi superiori di mentalizzazione, elaborazione e incorporazione degli eventi entro sistemi rappresentazionali di significati. Sul piano teorico, questo punto di vista richiama alla prospettiva di Bion, che descrive il processo di regolazione emozionale come evento che si realizza entro il contesto delle relazioni primarie.

Esso viene descritto come trasformazione delle sensazioni grezze ed indifferenziate (elementi beta) nel neonato, in esperienze discrete e dotate di significato espresso nel formato dei sogni, delle fantasie e dei pensieri coscienti (elementi alfa). Lo scacco di tali processi trasformativi si manifesterebbe nei termini di una scarsa affettività o, al contrario, di un'esplosione affettiva rinviante all'evacuazione degli elementi beta non elaborati. In tale circostanza il linguaggio assumerebbe la valenza dell'azione, piuttosto che della comunicazione (Solano, 2001).

Analogamente Bion (1965) distingue la capacità di soffrire il dolore dall'esperienza di sentirlo semplicemente. Il soffrire, nella terminologia dell'autore, rimanderebbe alla possibilità di contenere l'evento doloroso entro i confini dell'Io, permettendone il pieno dispiegamento dell'intensità.

La possibilità di accogliere l'esperienza di dolore metterebbe l'Io nella condizione di trasformarne e digerirne, se possibile, il portato devastante, venendo a sua volta retroattivamente modificato dallo stesso.

Il semplice sentire il dolore si verificerebbe qualora l'evento doloroso non potesse essere incorporato nell'Io. Questa sensorialità diffusa, allora, colpirebbe i confini dell'Io

e ne minaccerebbe l'integrità. Il portato doloroso, in tale caso, dovrebbe essere allontanato ed espulso, continuando paradossalmente ad abitare il corpo nella forma di traccia mnestica non rielaborata<sup>1</sup>.

Il concetto di regolazione affettiva come costruzione sociale all'interno di scambi precoci con le figure di riferimento è stato trattato anche dalla tradizione dell'Infant Research (Stern, 1985; Emde, 1988). Secondo tale approccio, la trama relazionale entro cui si dispiega la crescita del bambino si configurerebbe come il luogo della regolazione dei vissuti fisiologici e della costruzione del senso stesso dell'identità.

Le relazioni primarie si disporrebbero dunque come matrice alla base della futura interazione con il mondo circostante. Un ambiente infantile poco propenso a predisporre come elemento regolatore dell'esperienza del neonato determinerebbe la sua difficoltà nella discriminazione degli stati somatici, nella loro categorizzazione in emozioni e nella loro successiva comunicabilità.

La difficoltà nel riconoscimento e nella comunicazione degli stati emotivi è stata definita da Nemiah e Sifneos (1970) con il termine di alessitimia. Le persone alessitimiche sarebbero caratterizzate da coartate capacità immaginative e da uno stile comunicativo incolore; a livello cognitivo, l'incapacità di utilizzare i segnali emotivi interni come risorse per orientare l'azione ed il comportamento determinerebbe una propensione ad ancorarsi agli stimoli esterni e all'ambiente circostante (il pensiero operativo della scuola di Marty et al. (1963), tipico dei pazienti psicosomatici). Secondo tale prospettiva i soggetti con alti punteggi di alessitimia potrebbero presentare sia una scarsa espressione emotiva sia un'espressione emotiva non graduata, esagerata e inadeguata alla situazione.

Questo approccio si presta alla rilettura di due costellazioni di atteggiamenti finora considerate come opposte: il Tipo A e il Tipo C di personalità.

Entrambe, sostiene Solano (2002), sarebbero il derivato di una radice comune rintracciabile nel deficit di regolazione. Nel caso del Tipo A, questo si manifesterebbe secondo modalità espulsive degli elementi non simbolizzati evidenti nei tratti di impulsività e irascibilità; nel Tipo C come povertà linguistica dovuta alla presenza di materiale emotivo non simbolizzato.

Riconnettendosi al problema della spiegazione della patologia organica, si può guardare alla disregolazione emotiva come a un fattore incisivo e disturbante rispetto al

funzionamento di altri sistemi corporei, in particolare quello endocrino, immunitario, cardiovascolare.

La malattia viene, in tale ottica, concettualizzata come disturbo della regolazione psicobiologia (Taylor, 1987; 1992).

Tale prospettiva, seppur articolata e presidiata a livello teorico e sperimentale, non riesce, di per sé, a esaurire il dibattito.

Essa viene dunque assunta in tale trattazione nell'ottica di un arricchimento riflessivo, capace di stimolare nuovi interrogativi e aprire verso nuovi percorsi di conoscenza, al riparo da ogni intento di fornire spiegazioni definitive.

Come si è visto nei precedenti paragrafi, non risultano convincenti i tentativi della mainstream health psychology di proporre una teoria completa in grado di spiegare i comportamenti rilevanti per la salute, né quelli di rintracciare un significativo legame tra aspetti di personalità e disturbi organici.

Questo rende ancor più necessaria l'adozione di una prospettiva più ampia, meno riduzionistica e meglio in grado di rappresentare l'assetto interattivo delle variabili in gioco. In questa prospettiva, possono essere evidenziati alcuni nodi critici, di carattere metodologico ed epistemologico, che consentono di aprire la strada ad una revisione dello stesso approccio bio-psico-sociale.



# LA MALATTIA CORONARICA: FATTORI DI RISCHIO BIOMEDICO E PSICOSOCIALE COINVOLTI NELL'EZIOPATOGENESI DELL'EVENTO CORONARICO ACUTO.

La malattia coronarica comprende tutte quelle patologie causate da una cattiva irrorazione del muscolo cardiaco.

Queste comprendono l'angina pectoris, l'infarto del miocardio e la morte cardiaca improvvisa. A causa di un'irrorazione ridotta, il muscolo cardiaco non riceve una sufficiente quantità di ossigeno e di sostanze nutritive, ciò in particolare in caso di affaticamento fisico o stress emotivo.

Nella maggior parte dei casi la causa è l'arteriosclerosi dei vasi cardiaci (chiamata anche indurimento delle arterie).

I depositi di grasso, le cosiddette placche, impediscono parzialmente o completamente il normale flusso sanguigno.

La coronaropatia (CAD) è la forma di cardiopatia più diffusa in Europa. Questo disturbo, che influisce fortemente sulla salute, la qualità e l'aspettativa di vita, interessa in egual misura sia gli uomini sia le donne dopo la menopausa.

La coronaropatia è una malattia ad alto tasso di incidenza nei paesi europei. Secondo dati ISTAT, nel 2001 in Italia, 1,1 milioni di persone sono state colpite da infarto o angina pectoris (infarto da 625.000 e angina da 492.000).

L'infarto riguarda l'11,3% della popolazione, l'angina pectoris l'8,9%.

Le malattie cardiovascolari ischemiche sono la componente principale delle malattie del sistema cardiocircolatorio ed hanno provocato 241.000 decessi nel 1999. Solo alla malattia coronarica sono attribuibili, sempre nel 1999, circa 75.000 decessi, di cui il 54% tra le donne.

Milioni di persone in tutta Europa sono affette da coronaropatia, che costituisce attualmente la principale causa di decesso a livello mondiale.

La coronaropatia è senza alcun dubbio un problema di livello mondiale e può toccare da vicino ciascuno di noi.

La migliore forma di prevenzione contro la coronaropatia e lo scompenso cardiaco in generale consiste nel seguire uno stile di vita sano.

Non è ovviamente possibile cambiare l'anamnesi familiare, l'età o l'appartenenza alla popolazione maschile o alla categoria di donne in menopausa.

L'elevata pressione arteriosa, un tasso di colesterolo elevato e il diabete sono disturbi che possono essere controllati con cure regolari e adeguando il proprio stile di vita come già accennato. Per imparare a controllare questi fattori di rischio, è importante seguire i consigli del proprio medico.

Nei paesi occidentali l'eccessivo consumo di calorie e l'insufficienza di fibre, frutta e verdure ha portato problemi di salute.

Inoltre questo errato comportamento alimentare combinato all'insufficiente esercizio fisico ha determinato che l'obesità sia uno tra i maggiori problemi di salute. La dieta è coinvolta nelle malattie cardiovascolari.

È stato dimostrato che il colesterolo alto è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di CHD. La riduzione del colesterolo nel sangue contrasta largamente l'insorgenza di CHD.

L'obesità è associata con la cardiopatia coronarica principalmente perché influenza la pressione arteriosa, il colesterolo nel sangue e può provocare il diabete.

Per cominciare, smettere di fumare è uno dei migliori regali che si possano fare al cuore. Smettere di fumare contribuisce a ridurre l'affaticamento del cuore e a migliorare eventuali sintomi di scompenso cardiaco.

Le conseguenze del fumo sul cuore sono molteplici:

- Danni ai vasi sanguigni
- Riduzione della quantità di ossigeno nel sangue
- Aumento della frequenza cardiaca
- Formazione di coaguli o restringimento dei vasi sanguigni

Il consumo moderato di alcool ha dimostrato avere effetti positivi sulla salute. Invece il consumo in grandi quantità è collegato ad effetti negativi sulla salute come cirrosi epatiche e pressione alta.

Una moderata attività fisica fa bene al cuore e ci dona molti altri benefici. Se si soffre già di scompenso cardiaco, è bene sentire l'opinione del medico prima di iniziare un'attività fisica. Una moderata attività fisica può aiutare a rafforzare il cuore.

La cardiopatia ischemica, prima causa di mortalità e morbilità nella società occidentale, comprende una serie di entità cliniche tra di loro ben distinte rappresentate da angina stabile, angina instabile, infarto miocardico, morte improvvisa, aritmie.

L'ischemia miocardica, elemento fisiopatologico comune nelle diverse forme, è un fenomeno metabolico secondario ad una inadeguata ossigenazione del tessuto cardiaco per una discrepanza tra l'apporto e il consumo di ossigeno. La patogenesi, la presentazione clinica, sono tuttavia differenti nelle diverse espressioni della cardiopatia ischemica che possono manifestarsi isolatamente, in associazione o come conseguenza l'una dell'altra. La prognosi, a sua volta, è diversa a seconda della presentazione clinica e di come l'evento si iscrive nella storia "coronarica" del singolo paziente: un episodio di sottoslivellamento transitorio del tratto ST rilevato all'eleurocardiogramma dinamico indicativo di una ischemia silente, ad esempio, assume un peso prognostico ben diverso se si presenta in un paziente asintomatico con fattori di rischio o se si manifesta in un paziente con angina instabile ricoverato in Unità Coronarica nel quale la persistenza di episodi ischemici, anche se asintomatici, costituisce un elemento prognostico sfavorevole. Tutti questi elementi anamnestici, clinici e strumentali vanno presi in considerazione per inquadrare il paziente, e questo rende ragione di come necessariamente l'approccio terapeutico debba essere mirato e possa essere razionalmente definito solo dopo avere chiarito la patogenesi dell'evento ischemico nel singolo paziente. Scopi della terapia nella cardiopatia ischemica sono:

- 1) eliminare l'ischemia, attraverso una serie di presidi, medici o chirurgici, che migliorino l'apporto di sangue ai tessuti o comunque normalizzino il rapporto apporto/consumo di ossigeno;
- 2) interrompere o ritardare la malattia aterosclerotica, quindi interferire con la evolutività tipica di questa malattia;
- 3) prevenire le complicanze, soprattutto l'infarto e la morte improvvisa.

Mentre spesso si riesce ad adempiere al primo punto, sia con la terapia medica sia con interventi di rivascularizzazione mediante bypass o angioplastica, non sempre si è in grado di assolvere gli altri due punti.

I determinanti prognostici principali comuni a tutte le diverse forme cliniche con cui si esprime la patologia ischemica sono la gravità della coronaropatia e la funzione

ventricolare sinistra. Altri indici assumono un peso prognostico diverso a seconda della forma clinica: le aritmie ventricolari, ad esempio, hanno un peso prognostico ben differente nella fase subacuta dell'infarto miocardico, dove la presenza di battiti ectopici ventricolari non complessi, ma di numero superiore a 10 all'ora, si associa ad un rischio più elevato di morte improvvisa, rispetto a quelle che compaiono in un paziente con angina da sforzo dove la presenza di extrasistoli ventricolari, anche numerose, non si associa ad un aumento sostanziale del rischio. Nella successiva trattazione ciascuna forma clinica verrà quindi affrontata individuando, in base alle premesse fisiopatologiche ed alle determinanti prognostiche, il razionale per un approccio terapeutico mirato, tenendo in conto i risultati degli studi disponibili. Verranno prese in considerazione quelle forme cliniche che più frequentemente il medico pratico si trova a dovere affrontare o a gestire in collaborazione con lo specialista cardiologo, tralasciando l'infarto miocardico e la morte improvvisa che costituiscono un capitolo a sé per la loro importanza e per le problematiche particolari che comportano.

Numerosi studi mettono in evidenza come, accanto ai tradizionali fattori di rischio di tipo biomedico e comportamentale, possano essere considerati responsabili di questo tipo di patologia anche determinanti di tipo psicologico ed emozionale, in gran parte collegabili a condizioni legate agli stili di vita e al processo di modernizzazione e industrializzazione della società.

# FATTORI DI RISCHIO BIOMEDICI

Numerosi studi hanno esaminato la relazione tra comportamenti di salute e risultati (e.g., Blaxter 1990) e hanno dimostrato che svolgono un ruolo decisivo nella mortalità.

Uno studio dimostra che questi sette stili di vita sono associati al benessere fisico:

- Non fumare
- Moderare l'alcool
- Dormire 7-8 ore
- Esercizio fisico regolare
- Mantenere un peso stabile
- Evitare snacks
- Mangiare regolarmente (Belloc and Breslow 1972).

## FUMO

Fumare è un comportamento di salute negativo. La mortalità nei pazienti cardiopatici aumenta se si è fumatori (Doll et al. 1994). Inoltre c'è una relazione tra numero di sigarette al giorno fumate e incidenza di CHD (Friedman et al. 1979).

La probabilità di un attacco cardiaco nei non fumatori è considerevolmente più bassa rispetto ai fumatori.

Per coloro che smettono di fumare il tasso di mortalità si riduce pressappoco fino a raggiungere quello di chi non ha mai fumato.

Il fumo è la causa principale di infarto e di malattie coronariche in uomini e donne e si associa al 30% delle morti causate da malattie coronariche, ad un aumentato rischio di morte improvvisa, ad una aumentata mortalità perioperatoria in pazienti con by pass coronarico.

- Infarto miocardio: si verifica quando l'irrorazione sanguigna del muscolo cardiaco diminuisce o viene a mancare in seguito all'occlusione di una o più arterie coronariche. Colpisce più di duecentomila italiani all'anno e in un caso su tre conduce alla morte. Il fumo di sigaretta aumenta il rischio di aterosclerosi e di infarto miocardico perché

danneggia le cellule che rivestono internamente i vasi arteriosi, favorendo la formazione di placche ostruttive e di trombi.

- **Cardiopatía ischemica:** La cardiopatía ischemica è causata dal monossido di carbonio e dalla nicotina, e' una delle malattie più frequenti nei paesi progrediti. I fumatori corrono un rischio di ammalarsi che è più del doppio di quello dei non fumatori. Si stima che il 20-25% degli incidenti cardiovascolari siano legati al consumo di sigarette. Il fumo, poi, stimolando una parte del nostro sistema nervoso (adrenergico) può favorire la vasocostrizione o gli spasimi delle arterie (soprattutto delle coronarie).

Smettendo di fumare il rischio si riduce dopo solo un anno di astinenza.

Dopo 20 anni diventa simile, ma sempre un po' superiore a quello di chi non ha mai fumato.

Il fumo di sigaretta facilita non solo l'arteriosclerosi delle coronarie, ma di tutte le arterie. Questo provoca specialmente nei fumatori numerose malattie. Eccone alcune:

- **Stroke**

Lo stroke (colpo apoplettico) si manifesta con perdita di conoscenza, perdita di feci e urine. Può portare alla morte o determinare la paralisi di una parte del corpo. Lo stroke è al terzo posto fra le cause di morte negli U.S.A. ed anche in Italia è molto frequente. Il rischio di incidenti di questo tipo aumenta del doppio o del quadruplo tra i fumatori.

Smettendo di fumare il rischio si riduce drasticamente già dopo un anno.

Dopo 5-10 anni diventa sovrapponibile a quello di chi non ha mai fumato.

- **Aneurisma aortico**

L'aneurisma aortico è una dilatazione anormale di questa importantissima arteria. E' pericoloso perchè può facilmente rompersi e la sua rottura provoca la morte immediata. Chi soffre di aneurisma aortico non dovrebbe fumare, perchè i decessi per rottura sono 6 volte più numerosi tra i fumatori che tra i non fumatori.

Nicotina e Ossido di Carbonio sono le sostanze responsabili dei danni all'apparato circolatorio dei fumatori.

L'ossido di carbonio riduce la quantità di ossigeno disponibile per l'organismo: cuore, cervello, muscoli, etc. ricevono meno ossigeno. Si presentano problemi a livello dei muscoli che non ricevendo una sufficiente quantità di ossigeno non funzionano più al massimo della efficienza, gli sforzi e addirittura i movimenti diventano difficili e accompagnati da forti dolori fino ad impedire per alcuni istanti la deambulazione.

Fermarsi dopo qualche passo e "far riprendere fiato" è l' unica soluzione per poter camminare ancora qualche passo.

La combinazione di nicotina e ossido di carbonio provoca inoltre danni molto gravi all' apparato cardio-circolatorio, che possono portare alla morte. Questi due componenti del fumo da sigaretta accelerano la formazione delle placche aterosclerotiche nei vasi sanguigni, elevando il rischio di infarto del miocardio e ictus.

La parola ictus, che letteralmente significa colpo, indica un evento che si manifesta in modo improvviso ed acuto, caratterizzato dal manifestarsi di un deficit neurologico che si sviluppa nel corso di pochi minuti o poche ore e che persiste per almeno 24 ore. A seconda di quale sia l' area cerebrale colpita dall' ictus il risultato può essere la paralisi e/o la perdita di funzioni che interessano la parola, la visione o la memoria: in alcuni casi può portare al coma o alla morte.

Sono stati individuati numerosi fattori di rischio per l' ictus ischemico. Alcuni fattori di rischio sono imm modificabili , ad esempio sono fra questi l' età, la familiarità, il sesso e la razza. Quelli invece su cui è possibile intervenire mediante terapie o addirittura eliminare modificando i propri comportamenti sono: ipertensione arteriosa, malattie cardiache, diabete mellito, obesità, fumo di sigaretta, eccessivo consumo di alcool.

Gli studi confermano che i fumatori corrono un rischio maggiore di ictus: un fumatore maschio ha un rischio di ictus 2,5 volte maggiore di un coetaneo non fumatore, una donna forte fumatrice ha un rischio di ictus emorragico ben 9,8 volte maggiore.

Quando si smette di fumare il rischio diminuisce sensibilmente in pochi anni: il rischio di ictus si attenua in maniera significativa in due anni ed è simile ai non fumatori dopo 5 anni.

## DIETA

Nei paesi occidentali l'eccessivo consumo di calorie e l'insufficienza di fibre, frutta e verdure ha portato problemi di salute. Inoltre questo errato comportamento alimentare combinato all'insufficiente esercizio fisico ha determinato che l'obesità sia uno tra i maggiori problemi di salute. La dieta è coinvolta nelle malattie cardiovascolari.

È stato dimostrato che il colesterolo alto è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di CHD (Consensus Development Conference on Lowering Blood Cholesterol to Prevent Heart Disease 1985). La riduzione del colesterolo nel sangue contrasta largamente l'insorgenza di CHD.

L'obesità è associata con la cardiopatia coronarica principalmente perché influenza la pressione arteriosa, il colesterolo nel sangue e può provocare il diabete.

La correlazione tra cardiopatia ed alimentazione da sempre hanno assunto un rilievo importantissimo, basti pensare che la patologia cardiovascolare insieme con quella oncologica ed all'infortunistica stradale, costituiscono il 55% delle cause di morte prematura. Per intendere l'importanza del ruolo della dietoterapia in questa patologia si può tenere in considerazione l'andamento della mortalità osservata negli Stati Uniti d'America, dove un'adeguata campagna di educazione alimentare ha ridotto l'incidenza di mortalità, in soggetti di età compresa tra i 35 e 74 anni, del 25% mentre gli ictus cerebrali sono diminuiti addirittura del 35%. Si è potuto osservare che nell'arco di un anno, oltre 200.000 persone in più sono rimaste in vita e quasi 100.000 casi di morte per infarto del miocardio sono stati evitati. Tali dati sono attribuibili al fatto che nel corso soprattutto dell'ultimo ventennio la popolazione americana ha modificato in modo progressivo, ma sostanziale, alcune radicate abitudini di vita. Dati sui consumi abituali hanno messo in evidenza che tra il 1960 ed il 1980 si è osservata una diminuzione del consumo di burro di circa il 40% e di poco meno dell'80% di strutto di maiale. Altro fattore che ha contribuito, nello stesso periodo, è stato anche il minor consumo di sigarette e l'incremento dell'attività fisica.

La più frequente cardiopatia è sicuramente quella ischemica. Essa è la conseguenza di svariati meccanismi fisiopatologici, che grazie ad alcune caratteristiche peculiari, determina un'anomalia del funzionamento cardiaco procurando un danno vascolare.

Tale danno comporta una riduzione critica del flusso coronarico in modo temporaneo o in modo persistente (infarto del miocardio).

La causa più frequente di ischemia miocardica è l'aterosclerosi coronarica. Infatti, che la concentrazione ematica di colesterolo sia un fattore di rischio importante per l'insorgenza della cardiopatia coronarica è nozione ormai abbastanza diffusa e consolidata. Il colesterolo si trova nel sangue in forma libera (30 - 40%) ed esterificata (60 - 70%). Il colesterolo totale nell'adulto ha valori normali di 150 - 200 mg/100ml, valori che sono, normalmente, lievemente aumentati nella donna durante la gravidanza, l'allattamento e durante le mestruazioni. Particolare rilievo assume la distinzione tra colesterolo LDL (low density lipoprotein) e HDL (high density lipoprotein), il primo, chiamato colesterolo cattivo, entra nelle cellule; l'HDL, quello buono, svolge funzioni protettive antiaterosclerosi. In condizioni normali il colesterolo LDL è inferiore a 200 mg/100 ml, mentre per quanto riguarda l'HDL valori normali sono per l'uomo maggiori di 35 mg/100 ml e per la donna di 45 mg/100ml. Si è potuto dimostrare che valori di HDL inferiori a quelli citati aumentano il rischio cardiovascolare, mentre se superano tali livelli il rischio è meno probabile. Altro valore preso in considerazione per valutare il ricambio lipidico è la trigliceridemia. Corrisponde ai grassi neutri che rappresentano i grassi di riserva dei tessuti e si trovano in scambio costante con quelli circolatori. In condizioni normali si hanno valori di 74 - 170 mg%; in condizioni fisiologiche aumentano in seguito a pasti ricchi di grassi e nei soggetti con disturbi glicemici. Dati recenti confermano il ruolo della colesterolemia nella predizione degli eventi coronarici e ne documentano il valore predittivo anche nei riguardi degli accidenti cerebrovascolari e della mortalità per tutte le cause. Il legame tra colesterolo e cardiopatia ischemica è stato accertato da almeno tre studi di popolazione:

- I Framingham Heart Study
- Il Pooling project
- L'Israeli prospective study

Questi studi dimostrano che la mortalità sale per livelli di colesterolemia superiori a 200-220 mg/dL. Nel Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) oltre 356.222 uomini di 35-57 anni sono stati seguiti per 6 anni ed è stata messa in evidenza una

relazione positiva e curvilinea tra colesterolemia e mortalità coronarica. Altri studi confermano queste evidenze indicando una diminuzione chiara e consistente nel rischio di cardiopatie ischemiche (25-30% nella popolazione di anni 55-64) dopo cinque anni di riduzione del colesterolo nel siero di 0.6 mmol/l (circa 10% per il colesterolo totale e 15% per il colesterolo a bassa densità di lipoproteine -LDL). Uno studio del National Research Council riporta che una diminuzione del 10% del colesterolo ematico produce una diminuzione del 20-30% delle morti per malattie ischemiche del cuore. Tale riduzione può essere ottenuta attraverso modesti cambiamenti dell'alimentazione, dovrebbe essere sufficiente una riduzione del grasso totale nella dieta dal 42 al 35% circa dell'assunzione totale di energia o una riduzione di grassi saturi dal 20 al 13% circa. L'assunzione di grassi saturi, infatti, determina dal 60 al 80% della variabilità del colesterolo ematico.

## **ESERCIZIO FISICO**

Oggi la sedentarietà, oltre ad essere riconosciuta come uno dei maggiori fattori di rischio coronarico dalla comunità scientifica, è oggetto di una vera e propria “campagna” da parte degli organi di informazione, che stimolano la popolazione a mantenere o migliorare il proprio stato di salute attraverso l'esercizio fisico.

Le relazioni tra sedentarietà e stato di salute e l'effetto protettivo di uno stile di vita fisicamente attivo sono sostenuti da una serie di osservazioni di ordine epidemiologico: esiste “consistenza”, ovvero è presente una relazione fra sedentarietà e maggiore rischio di sviluppare una cardiopatia ischemica; la relazione ha “forza”, per la dimostrazione che la sedentarietà fa aumentare il rischio di coronaropatia fino a 2,5 volte; esiste una “sequenza temporale”; è presente un effetto “dose-risposta”, che mette in relazione l'aumento di attività fisica con la riduzione del rischio, ed infine c'è “coerenza” quando si spiegano gli effetti biologici attraverso l'intervento di meccanismi sia fisiologici che metabolici.

I riferimenti scientifici sui possibili effetti (alcuni ben documentati, altri ipotizzati, altri ancora oggetto di ricerca) dell'esercizio fisico regolare nel mantenimento dello stato di salute e nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiocircolatorie sono numerosi, anche se in realtà un tema così ampiamente dibattuto soltanto negli ultimi

anni ha trovato valide documentazioni con studi ben disegnati ed efficacemente condotti.

Ciò che unifica i vari interventi di lotta alla sedentarietà nei diversi soggetti è che esiste solo una sottile differenza tra prevenzione secondaria e prevenzione primaria nei soggetti a rischio, mentre le conclusioni talvolta contraddittorie di molti studi svolti in passato (e sempre retrospettivi) derivano dalla popolazione di volta in volta indagata e dal differente score attribuito all'attività fisica.

I benefici di un'attività fisica regolare sono:

- Riduzione della pressione sanguigna
- Riduzione mortalità CHD
- Aumenta metabolismo di carboidrati e grassi
- Riduce lo stress e l'ansia
- Aumenta autostima
- Migliora l'umore

Tuttavia la maggior parte della popolazione fa una vita sedentaria.

La scarsa o assente attività fisica, specie se combinata ad eccesso alimentare, aumenta la probabilità di un attacco cardiaco. E' dimostrato che un'attività fisica regolare (1 ora/3 volte la settimana di attività aerobica) mantiene "allenato" l'apparato cardio-circolatorio e protegge da nuovi episodi chi ha già avuto un attacco cardiaco.

## **ABUSO DI ALCOOLICI**

Studi condotti, dopo somministrazione acuta di alcol, in individui adulti non etilisti senza segni di

cardiopatia, hanno offerto risultati talora non omogenei: in alcuni lavori è stato dimostrato un incremento della frequenza cardiaca e della gittata sistolica. Tuttavia gittata cardiaca, resistenze periferiche e pressione arteriosa non sempre presentano un comportamento univoco.

L'alcol infuso per via endoarteriosa nei vasi di resistenza dell'avambraccio determinerebbe una vasocostrizione, sembra peraltro che l'azione di vasocostrizione o di vasodilatazione possa dipendere dal letto vascolare interessato e che l'effetto diretto sui muscoli lisci della parete vasale sia di tipo dilatatore attraverso il potenziamento della sintesi di nitrossido mediato dallo stimolo sulla interleukina 1 beta.

I riflessi autonomi permetterebbero un aggiustamento compensatorio circa le conseguenze emodinamiche dell'assunzione di alcol, se tali riflessi vengono bloccati la risultante si tradurrebbe in ipotensione.

Si sarebbe osservato che l'ingestione di alcol in soggetti giovani e sani determinerebbe caduta del volume telediastolico ventricolare sinistro, delle resistenze periferiche e dello stress parietale del ventricolo sinistro senza però modificare la frazione di accorciamento valutata ecograficamente. L'infusione di metossamina produrrebbe negli stessi soggetti la caduta della frazione di accorciamento quale manifestazione dell'effetto miocardiodepressore dell'etanolo.

In cardiopatici non etilisti, dopo ingestione acuta di alcol, sarebbe stata documentata depressione miocardica, riduzione del lavoro cardiaco e della gittata cardiaca, in particolare l'assunzione di dosi successive di alcol fino a raggiungere una alcolemia di circa 50 mg/dl avrebbe determinato in soggetti coronaropatici caduta della gittata cardiaca e dei valori pressori sistemici .

Di un certo interesse si dimostra un lavoro che valuta gli effetti della assunzione di dosi moderate di alcol sulla risposta metabolica e cardiovascolare durante l'esercizio submassimale in un gruppo di donne: la sessione dopo alcol, rispetto a quella dopo placebo, presentava uno "score" significativamente più alto per quanto riguarda frequenza cardiaca, pressione arteriosa, consumo di ossigeno, lattacidemia confermando un incremento di domanda posto sul sistema cardiovascolare.

Altri Autori confermano come l'ingestione acuta di 0,5g di alcol per Kg di peso corporeo determina incremento della frequenza cardiaca, dilatazione della arteria mesenterica superiore dei vasi cutanei

digitali; non riscontrano invece alcun effetto per quanto riguarda pressione arteriosa, gittata cardiaca e tono vascolare a carico dei muscoli scheletrici; durante "tilt test" evidenziano una tendenza alla caduta pressoria ed ad un compensatorio incremento della frequenza cardiaca.

Numerosi sono stati gli studi ecocardiografici effettuati in alcolisti nel corso degli anni 80.

In definitiva tali studi non hanno permesso di delineare un quadro univoco dello stadio preclinico della cardiomiopatia alcolica. Viceversa la malattia cardiaca conclamata è spesso indistinguibile dalle cardiomiopatie dilatative di altra origine. La causa delle

differenze riscontrate dai vari Autori, va ricercata verosimilmente nell'intervallo di tempo intercorso tra la cessazione dell'assunzione di alcolici ed il momento dell'esame, nella diversa durata dell'alcolismo, nella diversa età dei soggetti in studio e nel diverso grado di compromissione epatica.

È stato suddiviso, in base ai dati ecocardiografici, lo stadio preclinico della cardiomiopatia in una fase precoce caratterizzata da ispessimento delle pareti cardiache senza incremento del diametro telediastolico ed una fase tardiva con diametro interno aumentato, senza ispessimento delle pareti. Gli stessi autori riferiscono inoltre come reperto costante, sia nei soggetti sintomatici dal punto di vista cardiaco che negli asintomatici, un significativo aumento delle dimensioni dell'atrio sinistro. Modesta ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di ridotta contrattilità miocardica e modesto aumento dei diametri sistolico e diastolico del ventricolo sinistro sono stati riscontrati nel 50% dei casi in un gruppo di etilisti asintomatici.

In un altro studio, nessuna di queste alterazioni è stata riscontrata in alcolisti senza segni di cardiopatia.

Abbiamo documentato in una popolazione di alcolisti senza sintomi cardiaci, una maggiore incidenza rispetto ai normali, di dilatazione isolata dell'atrio sinistro in accordo con altri studi ed anche una maggiore incidenza di dilatazione isolata del ventricolo destro che pare non avere riscontri in letteratura.

Tale aspetto a nostro parere potrebbe essere attribuito alla espansione di volume presente negli alcolisti.

Alterazioni precliniche della funzione ventricolare sinistra sono state inoltre da noi evidenziate comparando la risposta alla manovra di Valsalva effettuata da alcolisti e gruppo di controllo durante la registrazione ecocardiografica. Nei sani si è ottenuta nella fase di "strain" una maggior caduta della frazione di eiezione in confronto al gruppo degli alcolisti. La caduta della frazione di eiezione è la risposta dei cuori normali alla riduzione del ritorno venoso, viceversa nei cuori con disfunzione latente, già operanti nella fase di plateau della curva di Starling, la riduzione del ritorno venoso non modifica sensibilmente la performance.

La cardiopatia latente può essere diagnosticata sulla base della disfunzione diastolica del ventricolo sinistro quantizzata con ecocardiografia doppler. Le anomalie diastoliche sono indipendenti dalla durata dell'alcolismo e dall'aumento della massa diastolica.

Il consumo moderato di alcool ha dimostrato avere effetti positivi sulla salute. Invece il consumo in grandi quantità è collegato ad effetti negativi sulla salute come cirrosi epatiche e pressione alta.

## FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALE

Numerosi studi hanno dimostrato che i fattori di rischio psicosociale influenzano considerevolmente la malattia coronarica, nel senso che tali fattori sono associati ad una maggiore probabilità che si verifichino l'aterosclerosi oppure un evento cardiaco sfavorevole.

Inoltre i fattori di rischio psicosociale hanno anche un effetto nel promuovere la non aderenza a quei modelli di comportamento consigliati dai cardiologi in quanto riducono il rischio di sviluppare patologie coronariche e/o di andare incontro ad eventi cardiaci sfavorevoli (ad esempio una dieta equilibrata, attività fisica regolare, l'eliminazione del vizio del fumo).

Ancora, i fattori di rischio psicosociale attivano meccanismi fisiopatologici che hanno un'incidenza sulla malattia dell'arteria coronaria.

Per tutte queste ragioni i cardiologi includono all'interno dei programmi di Riabilitazione Cardiologica degli interventi centrati proprio sulla riduzione di tali fattori.

I fattori di rischio psicosociale che incidono sulla malattia coronarica possono essere divisi in due specifiche categorie.

La prima è composta dai fattori emozionali, tra cui risultano i disordini affettivi, come la depressione, i disturbi d'ansia, l'ostilità e la rabbia.

Della seconda categoria fanno invece parte diverse cause di stress cronico, come ad esempio uno scarso supporto sociale, un modesto stato socioeconomico, stress lavorativo, stress coniugale, ed uno stressato caregiver.

Generalmente i fattori emozionali e gli stressor cronici si influenzano reciprocamente.

Ad esempio, è più facile che una persona che sperimenta un forte stress sul lavoro presenti alti indici di depressione rispetto ad un individuo che invece vive una situazione lavorativa positiva.

Ciò sta ad indicare che qualunque situazione di vita in grado di provocare una risposta emotiva negativa cronica in un individuo potrebbe portare alla comparsa o all'accentuazione dell'aterosclerosi.

È stato osservato che i fattori di rischio psicosociale promuovono la malattia dell'arteria coronaria, l'aterosclerosi e gli eventi cardiaci sfavorevoli in una misura che è

paragonabile a quella del rischio prodotto dai fattori di rischio considerati tradizionali nella cardiologia pratica.

Tale relazione è stata indagata inizialmente da numerose ricerche, che hanno limitato però il loro campo d'indagine a principalmente a popolazioni europee e nord-americane. Successivamente Iso e colleghi hanno ottenuto risultati simili in uno studio condotto su uomini e donne giapponesi.

Dati di questo tipo sulla relazione tra fattori di rischio psicosociale e malattia dell'arteria coronaria sono stati ottenuti da altri numerosi piccoli studi portati avanti in altri paesi.

Tali risultati sono stati infine confermati dalla recente ricerca INTERHEART, la quale ha individuato all'interno di una popolazione internazionale standardizzata di 12,461 pazienti post-IMA otto fattori di rischio tradizionali e un insieme di fattori psicosociali, con 14,637 controlli raccolti da 52 paesi diversi.

In realtà, l'associazione tra fattori di rischio psicosociale e malattia coronarica potrebbe essere ancora più forte per diverse ragioni. Innanzitutto, differenti fattori di rischio psicosociale tendono ad essere presenti all'interno di uno stesso soggetto, e questo lo espone ad una maggiore possibilità di sviluppare l'aterosclerosi.

Inoltre lo stress incide sui meccanismi metabolici che possono portare alla malattia dell'arteria coronaria. Infine, poiché gli strumenti utilizzati per misurare lo stress possono essere imprecisi, la relazione tra i diversi stressor e le diagnosi di aterosclerosi potrebbe essere sottostimata.

Finora sono state studiate soprattutto le relazioni esistenti tra fattori di rischio psicosociale e aterosclerosi o eventi cardiaci sfavorevoli.

Potrebbe risultare interessante invece indagare se, e come, i fattori psicologici positivi aiutino a prevenire il rischio di sviluppare la malattia dell'arteria coronaria.

Alcune teorie avanzano ad esempio l'ipotesi che emozioni positive, quali la gioia e l'ottimismo, forniscano ai pazienti le energie necessarie per recuperare la salute fisica.

Un fattore intorno al quale centrare ulteriori ricerche potrebbe essere la flessibilità, ossia la capacità di rispondere alle differenti situazioni con comportamenti non stereotipati, in grado di adattarsi alle specifiche circostanze e di farvi fronte in modo efficace.

In questo senso la depressione, l'ansia, l'ostilità e la rabbia potrebbero essere considerate come un'incapacità a fornire risposte flessibili alle difficoltà della vita.

Sebbene alcune ricerche siano state condotte a questo riguardo, come ad esempio la quella di Kubzansky e coll., la quale ha messo in luce che un atteggiamento ottimista dimezza la possibilità che si verifichino eventi cardiaci sfavorevoli, ulteriori studi potrebbero approfondire tali aspetti.

Ancora, maggiormente studiate sono le conseguenze negative dei fattori di rischio psicosociale per le patologie cardiache.

In realtà è stato osservato anche che alcuni eventi cardiaci sfavorevoli, come l'angina pectoris, possono essere un forte motivo di riflessione per i pazienti, e possono rappresentare il punto di partenza su cui costruire la motivazione per avviare un percorso di cambiamento del proprio stile di vita, nel senso di un adattamento ai comportamenti tradizionalmente consigliati nella pratica clinica in quanto in grado di ridurre il rischio che si verifichino aterosclerosi od eventi cardiaci sfavorevoli.

Depressione e scarso supporto sociale sono entrambi fattori prognostici ed eziologici nelle malattie cardiovascolari.

I fattori emozionali e gli stressor hanno profonde conseguenze su determinati meccanismi fisiopatologici, gli stessi che hanno anche la capacità di favorire la comparsa della malattia dell'arteria coronaria.

In particolare i fattori di rischio psicosociale agiscono sul sistema nervoso simpatico e sull'asse ipotalamico- pituitario-adrenalinico, comportandone l'attivazione.

Tale attivazione può avere diversi effetti a livello periferico che portano ad un incremento dello stato di reattività psicologica dell'individuo allo stress acuto, che possono aggiungersi agli effetti degli stressor cronici, comportando un peggioramento nello stato di salute del soggetto.

A livello periferico si possono presentare infatti disfunzioni a carico del sistema nervoso autonomo, insulino-resistenza, obesità centrale, l'ipertensione, infiammazione, attivazione piastrinica, alterazioni della funzione dell'endotelio, disfunzioni ovariche, diminuzione della densità ossea ed effetti somatici.

Nello specifico l'aterosclerosi viene oggi considerata come il risultato di un processo infiammatorio prolungato nel tempo a carico delle pareti delle arterie.

È stato a proposito osservato come episodi ripetuti di stress acuto o una situazione psicologica individuale caratterizzata da stress cronico possano culminare con l'aterosclerosi.

Per questo motivo alcuni studi si sono occupati della neurobiologia dello stress, dato che essa sembra promuovere quegli stessi processi infiammatori che comunemente possono favorire la malattia coronarica.

Lo stress, così come gli altri fattori di rischio psicosociale, agisce sul sistema nervoso simpatico, sull'asse ipotalamico-ipofisario, e sul sistema renina-angiotensina, provocando il rilascio di alcuni ormoni che sono in grado di portare ad un aumento dell'attività cardiovascolare, a lesioni a carico dell'endotelio, e che facilitano l'adesione di diversi tipi di molecole alle pareti vascolari (corticosteroidi, ormone della crescita, catecolamine, omocisteina, ecc.).

Inoltre lo stress è in grado di provocare l'ossidazione lipidica e, se cronico, una condizione di ipercoagulabilità che può portare facilmente alla produzione di un trombo. Infine ci sono anche altri tipi di risposte legate allo stress che promuovono il processo infiammatorio: l'attivazione dei macrofagi, la produzione di citochine e di altri mediatori infiammatori, di proteine della fase acuta, ecc.

È in tal senso interessante notare come la depressione sia stata spesso considerata come prototipo di stress cronico non bilanciato da forze contrapposte, per cui può portare a risposte fisiopatologiche simili.

## **STRESS**

Lo stress psicologico può effettivamente essere dannoso per il cuore, soprattutto per chi ha già problemi coronarici, ma non tutti reagiscono allo stesso modo.

La conferma della pericolosità dello stress è dimostrata da uno studio americano dell'Università della Florida, che ha visualizzato l'impatto dello stress sul flusso sanguigno cardiaco di 21 soggetti (14 uomini e 7 donne), che soffrivano di problemi alle arterie coronariche, ma che alle prove di stress da sforzo e di stress farmacologico non mostravano segni o sintomi di ischemia miocardica.

Le evidenze dimostrano che lo stress emotivo gioca un ruolo chiave nell'eziopatogenesi delle malattie coronariche:

Lo stress emotivo è associato a meccanismi patofisiologici e a ricadute in pazienti coronarici.

Il trattamento psicologico dello stress emotivo può ridurre la mortalità e la casistica di questi pazienti.

Le evidenze dimostrano anche che lo stress emotivo come fattore di rischio per le CHD è una caratteristica cronica.

L'approccio alla personalità e CHD che è presentato in questo lavoro rivisita i tradizionali tratti di personalità ed è basato sull'idea che l'interazione tra affettività negativa (la tendenza a vivere emotivamente esperienze negative) e inibizione sociale (la tendenza ad inibire le proprie espressioni nelle interazioni sociali) sia un potente indicatore nei pazienti coronarici.

La sindrome da burnout è stata focalizzata negli anni '70, quando sono aumentati i casi di invalidità di lavoro causati dallo stress.

Questa sindrome può essere definita come esaurimento fisico, mentale, perdita di senso di competenza e alienazione mentale (Schaufeli & Peeters, 2000).

La maggior parte dei ricercatori considera la sindrome di burnout come stress da lavoro prolungato; tuttavia, lo stress ed il burnout non possono essere distinti in base ai sintomi, ma solo in termini di processo (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Studi dimostrano che le fonti primarie del burnout sono collegate sia con gli stati organizzativi che le caratteristiche personali dell'individuo (Richardson & Burke, 1991).

Sei aree di vita lavorativa sono fattori determinanti del rischio di burnout:

- carico di lavoro
- potere o controllo
- ricompensa bilanciata allo sforzo
- rete sociale
- giustizia
- valori etici e morali (Leiter & Maslach, 1999).

Il conflitto di ruolo e le ambiguità di ruolo inoltre sono stati identificati come contributi importanti per lo sviluppo del burnout, così come la mancanza di supporto sociale (Jackson, Schwab, & Schuler, 1986).

Gli studi inoltre hanno trovato una relazione fra i risultati di stress e le caratteristiche di personalità di TYPE A; ed alcuni studi hanno indicato che alti livelli di ansia possono rendere una persona più suscettibile al burnout (Farber, 1983; Richardson & Burke, 1993).

Pines ed Aronson (1988) presentano una più vasta definizione del burnout e lo descrivono come esaurimento fisico, emotivo e mentale causato dal coinvolgimento per

lungo tempo in situazioni impegnative. Appels e Schouten (1993) descrivono una delle dimensioni dell'esaurimento vitale come affaticamento e depressione.

C'è un parallelismo con la progressione di CHD, è stato infatti dimostrato che la sindrome di burnout potrebbe essere un predittore della mortalità cardiovascolare (Melamed, Kushnir, & Shirom, 1992).

La differenza fra il burnout e l'esaurimento vitale in termini di definizioni è da ricondurre alla loro fonte presunta: la maggior parte dei ricercatori dimostrano che il burnout è causato dal sovraccarico lavorativo, è stato inoltre dimostrato che l'esaurimento vitale è collegato alla famiglia ed allo stress finanziario.

Recenti studi hanno dimostrato che diversamente dalle correlazioni biomediche della gravità del disturbo, lo stress emotivo tra i pazienti coronarici è fortemente correlato alla mortalità.

L'evidenza del ruolo dello stress emotivo è stata dimostrata da studi differenti:

- Follow up a lungo termine dello stress emotivo in pazienti coronarici.
- Follow up a lungo termine dello stress somatico in pazienti coronarici.
- Prove di intervento psicologico in pazienti coronarici.
- Studi di processi patofisiologici in pazienti coronarici.

Gli studi sullo stress emotivo hanno dimostrato che gli eventi coronarici sono correlabili non solo agli stati depressivi ma anche a componenti come rabbia e ostilità, (Mendes de Leon, Kop, de Swart, BaÈ r and Appels, 1996), ansia (Julkunen and Saarinen, 1990; Moser and Dracup, 1996), sensazioni di spossatezza, (Kop, Appels, Mendes de Leon, de Swart and BaÈ r, 1994), sintomi di stress psicologico (Frasure-Smith, 1991).

Inoltre alti livelli di stress e l'uso di sedativi (Wiklund, Oden, Sanne, Ulvenstam, Wilhelmsson and Wilhelmsen, 1988) sono stati associati alla morte cardiaca ed a secondi episodi di infarto al miocardio.

Comunque numerosi studi mettono in evidenza che non è solo una specifica emozione negativa ad essere correlata a questo tipo di disturbi ma in generale più emozioni negative.

Oltre allo stress emotivo, CHD è associato all'inibizione delle emozioni e dei comportamenti.

La rabbia inespressa, per esempio, è correlabile alla pressione arteriosa (Jorgensen, Johnson, Kolodziej and Schreer, 1996, Haynes, Feinleib and Kannel, 1980, MacDougall, Dembroski, Dimsdale and Hackett, 1985).

Evidenze dimostrano che l'inibizione a lungo termine di emozioni negative possa essere predittiva di malattie coronariche (Pennebaker and Traue, 1993), rimane comunque un'importante questione irrisolta ovvero il grado di coinvolgimento dei tratti di personalità nell'eziopatogenesi delle malattie coronariche. (Denollet, 1993).

Altri studi Statunitensi hanno sottoposto i soggetti a imaging della perfusione cardiaca con l'iniezione di un particolare tracciante nel sangue, mentre questi fingevano di affrontare, col medico, una situazione psicologicamente stressante importante nella loro vita (una sorta di "gioco di ruolo" in cui dovevano interpretare un personaggio in una situazione difficile).

Il confronto delle immagini ottenute durante e subito dopo la situazione stressante con altre ottenute con identiche modalità una settimana dopo, quando i soggetti non erano sottoposti a stress, ha messo in luce che in 6 dei soggetti (il 29%) lo stress aveva ridotto in modo significativo il flusso sanguigno diretto al miocardio; senza però provocare dolore, fastidio toracico, o altri sintomi, e senza alterare l'elettrocardiogramma. In concomitanza con lo stress, sono aumentati solo la pressione sanguigna e il ritmo cardiaco, e anche la perfusione cardiaca è tornata in breve tempo alla norma.

I risultati lasciano pensare che lo stress psicologico agisca in maniera diversa rispetto allo stress fisico, e non abbia sempre gli stessi effetti. Purtroppo però non dicono in che modo arrivi ad alterare il flusso di sangue al muscolo cardiaco (anche se è indubbio che i meccanismi ormonali e nervosi che lo stress innesca possono avere ripercussioni sui vasi sanguigni che portano sangue al cuore).

Non dicono nemmeno se le riduzioni di flusso osservate abbiano conseguenze sul piano clinico (cioè se uno stress possa o meno causare un infarto): sui partecipanti allo studio non ne hanno avute, ma in soggetti con coronarie già compromesse, o in condizioni particolari, anche una minima riduzione del flusso del sangue al cuore potrebbe rivelarsi pericolosa.

## **OSTILITA' E CARDIOPATIA**

Il modello comportamentale di tipo A (Type A behavior pattern - TABP) venne introdotto verso la metà degli anni '50, in pieno spirito comportamentista, quando un gruppo di cardiologi americani, tra cui Jenkins, Rosenman e Friedman, avanzarono l'ipotesi che uno dei fattori eziologici indipendenti della malattia coronarica fosse una specifica modalità comportamentale ed emotiva di rispondere a sollecitazione ambientali.

A questa conclusione li condusse primariamente l'osservazione che i tradizionali fattori di rischio coronarico (età, ipertensione, diabete, fumo, ipercolesterolemia) non erano in grado di spiegare da soli il preoccupante aumento delle maggiori malattie cardiache a cui si assisteva in quegli anni. La contemporanea scoperta di particolari associazioni tra specifici comportamenti e alcune variabili fisiologiche, tra cui un incremento del livello di colesterolo e di coagulazione del sangue in reazione ad un acuto senso di urgenza, li esortò a proseguire con la ricerca, fino a che giunsero alla definizione di uno specifico modello emotivo-comportamentale di tipo A (TABP). Ad esso contrapposero il modello comportamentale di tipo B, definito semplicemente dall'assenza delle caratteristiche estreme del tipo A. (Molinari, Compare, Parati).

È stato dimostrato che l'ostilità, la continua ricerca del successo, la competitività, un persistente desiderio di migliorarsi, la costante partecipazione a molteplici compiti e attività, un ritmo rapido nel parlare, l'impazienza nel rapportarsi agli altri, sono atteggiamenti che facilmente suscitano ostilità e aggressività e rappresentano un fattore di rischio e di mortalità prematura in pazienti con CHD.

Molto tempo prima, sir William Osler, uno dei pionieri nella descrizione clinica di CHD, osserva che questa malattia colpisce, "non colpisce la persona nevrotica o fragile... ma il robusto, il vigoroso, l'uomo acuto ed ambizioso".

Prima degli anni 50, i clinici di orientamento psicoanalitico, inoltre, avevano suggerito che le caratteristiche di personalità quali l'eccessiva ambizione ed aggressività, caratterizzavano i pazienti coronarici e quindi che le caratteristiche di personalità contribuivano in qualche modo allo sviluppo della malattia.

Tuttavia, queste osservazioni non sono state sottoposte a ricerca scientifica e di conseguenza avevano effetti limitati sulla scienza del comportamento o sulla scienza medica e ancor meno sulla cura clinica dei pazienti coronarici.

Nel loro programma di ricerca, Friedman e Rosenman hanno presentato studi di ricerca in cui i pazienti con e senza CHD hanno differito nelle caratteristiche del comportamento.

Successivamente hanno dimostrato che gli individui del TYPE A e B differivano tra loro anche nelle caratteristiche fisiologiche. In questo lavoro, Friedman e Rosenman hanno evitato intenzionalmente di definire la loro ricerca come indagine sulle caratteristiche di personalità a causa dello scetticismo che caratterizzava l'ambiente degli studi psicoanalitici circa il ruolo di personalità in CHD.

Solo verso la fine degli anni '60 si sono concentrati in un importante studio longitudinale sull'associazione fra il TYPE A e un evento coronarico successivo.

The Western Collaborative Group Study (WCGS: Rosenman et al. 1975) ha dimostrato che tra persone sane di TYPE A e TYPE B i primi hanno due volte più probabilità di sviluppare un infarto.

Questo rapporto è rimasto significativo anche quando i fattori di rischio per CHD (per esempio, fumare) sono stati controllati statisticamente.

Questo studio ha fornito la prima prova inconfutabile del fatto che il TYPE A era un fattore di rischio indipendente per la malattia cardiovascolare, almeno in un campione di persone per la maggior parte bianco, nordamericano, maschio della classe media.

Altre indagini si sono dedicate a questo studio. Nel 1978, the National Heart Lung and Blood Institute ha sponsorizzato un gruppo di esperti che si occupassero dello studio del TYPE A.

La relazione del gruppo definisce il TYPE A come un fattore di rischio certo ed indipendente, importante nell'eziopatogenesi di CHD quanto lo erano i fattori di rischio stabiliti quali fumare ed i livelli elevati di colesterolo (Review Panel 1981).

In questo studio per la prima volta si considera un costrutto psicologico come fattore di rischio.

Negli ultimi anni i fattori psicosociali della malattia coronarica (CHD) sono stati oggetto di studi empirici e dibattiti teorici.

In particolare, l'attenzione è stata rivolta alle variabili di ostilità e di rabbia come preannunciatori possibili di CHD. Non solo la ricerca suggerisce che lo sviluppo della malattia cardiovascolare in popolazioni in buona salute è collegato con l'esperienza, l'espressione di rabbia (Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980; Matthews, Glass, Rosenman, & Bortner, 1977), ma anche con l'atteggiamento ostile (Barefoot, Dahlstrom, & Williams, 1983; Shekelle, Gale, Ostfeld, & Ogelsby, 1983).

Una varietà di metodi è stata sviluppata per valutare il TYPE A, comportamento incline coronarico.

L'intervista strutturata che attraverso una serie di domande concentrate sulle abitudini di lavoro, sulla vita quotidiana indaga sul costrutto TYPE A.

Inoltre, parecchi questionari di auto-rapporto sono stati sviluppati come alternative all'intervista strutturata. Il più usato tra questi nella storia della ricerca sul TYPE A è l'indagine di attività del JENKINS ACTIVITY SURVEY.

Questo strumento è formato da parecchie domande a scelta multipla circa le varie componenti del TYPE A.

Le analisi fattoriali hanno indicato che le dimensioni primarie del JAS si dirigono verso la competitività, l'impazienza e la velocità nel svolgere attività.

Un altro studio importante è quello di Glass (1977) che ha suggerito che il TYPE A riflette un desiderio forte di esercitare un controllo sugli eventi della vita e una bassa soglia di percezione delle minacce al controllo.

Da questa prospettiva, il TYPE A evidenzia uno stile aggressivo ben sviluppato ed improntato ad affermare il controllo in risposta alle minacce di perdita.

In un altro modello influente, Price (1982) ha suggerito che il nucleo psicologico del TYPE A contiene un insieme di credenze. Tra le quali il TYPE A la convinzione di dover sempre dimostrare il proprio valore attraverso i successi nella vita in una continua competizione con gli altri.

Nella maggior parte dei modelli di TYPE A, l'effetto di questa variabile psicologica sullo sviluppo di CHD è visto come evento sviluppato attraverso il meccanismo delle risposte fisiologiche allo stress psicologico.

La ripetizione di questa reattività fisiologica e il protrarsi di questo stato psicologico può iniziare ed accelerare lo sviluppo di malattia dell'arteria coronarica (CAD) o di

aterosclerosi coronarica, lo stato di fondo comune alle varie manifestazioni cliniche di CHD.

In un'estensione di questi modelli del collegamento fra TYPE A e CHD, Smith ed Anderson (1986) hanno suggerito che gli individui di TYPE A non solo rispondono ai fattori di sforzo giornalieri con la reattività fisiologica intensificata ma sono inoltre esposti ai fattori di affaticamento più frequenti, più severi e prolungati.

Non tutte le ricerche sul TYPE A sono riuscite a dimostrare che questo costrutto sia un fattore indipendente di rischio del CHD. Questo è in testa allo scetticismo nella comunità scientifica.

Miller et al. (1991) dimostrano che l'intervista strutturata è un affidabile predittore di un successivo CHD rispetto al JAS e ad altre misurazioni del TYPE A, e che l'associazione tra TYPE A e CHD era più grande inizialmente in un campione sano rispetto al campione con altro rischio e tra campione con CHD.

Matthews et al. (1977) analizza il costrutto TYPE A nelle sue parti. Nella sua raffinata analisi, emerge che l'ostilità è la più "tossica" componente del TYPE A confermando una vecchia ipotesi che la rabbia ha effetti negativi sulla salute (Siegman 1994).

L'ostilità si riferisce a differenze individuali nella tendenza a fare esperienze di rabbia, negative convinzioni attribuite ai comportamenti degli altri (es. cinismo e diffidenza) e comportamento aggressivo.

Lottare per il successo, competitività e impazienza al contrario non sembrano essere un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari.

Come nel caso del TYPE A, ricerche sui meccanismi che legano l'ostilità e CHD si sono focalizzate sulle risposte psicologiche a potenziali agenti stressanti (Williams et al. 1985), indagini svolte in laboratorio. La risposta ad agenti stressanti potrebbe essere la chiave del rischio di malattia.

Ostilità è anche associata all'alta esposizione a interpersonali agenti stressanti (Smith and Gallo 2001). Dimostrando la loro diffidenza, freddezza e stile antagonistico, le persone ostili possono minare la fonte del supporto sociale e creare conflitti, estremizzando gli agenti sociali stressanti. Questa dissonanza può aumentare lo stile di ostilità personale.

Altri autori come Houston et al. (1997) suggeriscono che l'ostilità e la dominanza sociale siano separate dalle caratteristiche coronariche.

Negli esseri umani, gli sforzi per affermare la dominanza o il controllo sugli altri sono associati con aumenti nella pressione sanguigna e della frequenza cardiaca (Smith ed altri. 2000), ancora a suggerire che la reattività psicofisiologica potrebbe collegare TYPE A con lo sviluppo successivo di CHD.

Sicuramente non bisogna prendere in considerazione solo la rabbia e l'ostilità singolarmente ma il costrutto complesso che le caratterizza. Un costrutto formato da più variabili.

Chiaramente, non tutte le forme di rabbia-ostilità possono essere implicate nel processo cardiaco di malattia.

Alcune ricerche dimostrano che l'espressione evidente di rabbia determina la gravità dell'evento coronarico (Williams & Barefoot, 1988). Molti studi attuali iniziano ad evidenziare che non solo la sintomatologia depressiva ma anche la rabbia e ostilità sono predittori del CHD Ketterer, Kenyon et al. (1996). Insieme a questi nuovi fattori non bisogna dimenticare di tutti quei fattori tradizionali di rischio (fumo, colesterolo, ipertensione...). Soprattutto determinante è la cronicità di queste abitudini.

In conclusione lo studio di Costa, McCrae, and Dembroski (1989) dimostra che la rabbia espressa e le varie componenti del costrutto TYPE A non sono così dipendenti con la gravità di CHD.

Keinan et al. (1992), in opposto a quanto detto affermano che la durata e l'intensità degli episodi di rabbia sono predittori di CHD.

Una rabbia che per Smith deve essere contestualizzata: infatti determinante è anche il contesto sociale dove l'episodio ostile si manifesta. L'importanza dei contesti sociali è sottolineata dai risultati perché l'ostilità è collegata con condizione socioeconomiche basse e l'ostilità si presenta più frequentemente ai bassi livelli di una gerarchia professionale in cui l'autonomia minima di lavoro è ordinaria (Marmot ed altri., 1991).

Numerosi autori concordarono sull'importanza di porsi alcuni interrogativi sulla questione, quali ad esempio la possibilità di modificare le caratteristiche di personalità tipiche del TYPE A per ridurre le probabilità di malattia coronarica.

Queste domande erano il fulcro della prova clinica condotta da Friedman ed altri. (1984) - progetto coronarico ricorrente di prevenzione (RCPP).

Questi autori hanno provato a mettere in atto in un gruppo di controllo delle nuove abitudini di vita ed è risultato dalle interviste strutturate che questi pazienti misuravano

dei cambiamenti e delle riduzioni del TYPE A. Oltretutto, i pazienti che aderiscono a questo intervento psicologico hanno meno probabilità di una ricaduta.

Fra i pazienti con una malattia coronarica delicata, l'intervento inoltre ha ridotto l'incidenza delle morti coronariche (Powell e Thoresen 1988). Tutti gli interventi di riduzione del TYPE A hanno avuto successo nel ridurre le ricorrenze di eventi cardiaci. Per esempio Blumenthal et al. (1997) hanno visto che un intervento sulla gestione dello stress ha ridotto la ricorrenza di episodi ischemici.

Nonostante questi dati inconfutabili a partire dagli anni 70 si è notato un sempre maggior disinteresse nei confronti del costrutto TYPE A, ci si era piuttosto focalizzati sullo studio di un suo elemento, cioè l'ostilità. Numerosi studi si dedicarono soprattutto allo studio di nuove componenti come l'ansia e la depressione, nuovi fattori di rischio del CHD (Januzzi et al. 2000). Studi che si sono concentrati sulla loro utilità predittiva. Sicuramente tra tutti i lavori svolti sullo studio del costrutto non potrà essere dimenticato quello di Friedman and Rosenman. Infatti, malgrado lo scetticismo della Comunità scientifica, il TYPE A ha svolto un ruolo centrale nello sviluppo veloce di più vasti campi della psicologia della salute e della medicina del comportamento. Inoltre ha posto attenzione ai fattori psicologici nella cura clinica dei pazienti con CHD.

Molti problemi di salute oggi, tuttavia, sono causati dai disturbi cronici, quale CHD, che non può essere spiegato da un modello monocausale classico (Cunningham, 1981; Depue and Monroe, 1986).

Per quanto riguarda il CHD, la prova indica che 50 per cento di nuovi casi non possono essere identificati in base ai fattori di rischio standard come ipertensione e fumo. (Krantz, Schneiderman, Chesney, McCann, Reading, Roskies, Stoney and Williams, 1989). La ricerca psicosociale su CHD ha ricevuto lo slancio da questa incapacità di spiegare la varianza nell'incidenza di CHD. Fra le molte controversie sui fattori di rischio, i fattori psicosociali sono di importanza fondamentale.

Inizialmente, la ricerca ha messo a fuoco sul modello di comportamento TYPE A (vedere per esempio Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus e Wurm, 1975), una costruzione che ha richiamato l'attenzione sui fattori di rischio psicosociali per lo sviluppo di CHD.

Vari studi hanno dimostrato che ostilità (Miller, Smith, Turner, Guijarro e Hallet, 1996) e la rabbia (Chesney e Rosenman, 1985) possono fungere da agenti cardiotossici

potenziali, ma dagli studi non emerge quale dei due aspetti intervenga di più, quindi è necessario esplicitare il rapporto fra ostilità/rabbia e lo sviluppo di CHD.

La ricerca suggerisce che lo sviluppo di CHD può essere associato anche con le emozioni negative.

L'indagine meta-analitica di Friedman e di Cabina-Kewley (1987) dimostra che associato allo sviluppo del CHD intervengono anche le emozioni negative.

Questi autori hanno trovato che non solo la rabbia, ma anche la depressione e l'ansia possono essere associate con l'incidenza delle malattie croniche, compreso i disordini cardiovascolari.

Negli ultimi anni i fattori psicosociali della malattia coronarica (CHD) sono stati oggetto di studi empirici e dibattiti teorici.

In particolare, l'attenzione è stata rivolta alle variabili di ostilità e di rabbia come preannunciatori possibili di CHD. Non solo la ricerca suggerisce che lo sviluppo della malattia cardiovascolare in popolazioni in buona salute è collegato con l'esperienza, l'espressione di rabbia (Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980; Matthews, Glass, Rosenman, & Bortner, 1977), ma anche con l'atteggiamento ostile (Barefoot, Dahlstrom, & Williams, 1983; Shekelle, Gale, Ostfeld, & Ogelsby, 1983).

Una varietà di metodi è stata sviluppata per valutare il TYPE A, comportamento incline coronarico.

L'intervista strutturata che attraverso una serie di domande concentrate sulle abitudini di lavoro, sulla vita quotidiana indaga sul costrutto TYPE A.

Inoltre, parecchi questionari di auto-rapporto sono stati sviluppati come alternative all'intervista strutturata. Il più usato tra questi nella storia della ricerca sul TYPE A è l'indagine di attività del JENKINS ACTIVITY SURVEY.

Questo strumento è formato da parecchie domande a scelta multipla circa le varie componenti del TYPE A.

Le analisi fattoriali hanno indicato che le dimensioni primarie del JAS si dirigono verso la competitività, l'impazienza e la velocità nel svolgere attività.

Un altro studio importante è quello di Glass (1977). Ha suggerito che il TYPE A riflette un desiderio forte di esercitare un controllo sugli eventi della vita e una bassa soglia di percezione delle minacce al controllo.

Da questa prospettiva, il TYPE A evidenzia uno stile aggressivo ben sviluppato ed improntato ad affermare il controllo in risposta alle minacce di perdita.

In un altro modello influente, Price (1982) ha suggerito che il nucleo psicologico del TYPE A contiene un insieme di credenze. Tra le quali il TYPE A la convinzione di dover sempre dimostrare il proprio valore attraverso i successi nella vita in una continua competizione con gli altri.

Nella maggior parte dei modelli di TYPE A, l'effetto di questa variabile psicologica sullo sviluppo di CHD è visto come evento sviluppato attraverso il meccanismo delle risposte fisiologiche allo stress psicologico.

La ripetizione di questa reattività fisiologica e il protrarsi di questo stato psicologico può iniziare ed accelerare lo sviluppo di malattia dell'arteria coronarica (CAD) o di aterosclerosi coronarica, lo stato di fondo comune alle varie manifestazioni cliniche di CHD.

In un'estensione di questi modelli del collegamento fra TYPE A e CHD, Smith ed Anderson (1986) hanno suggerito che gli individui di TYPE A non solo rispondono ai fattori di sforzo giornalieri con la reattività fisiologica intensificata ma sono inoltre esposti ai fattori di affaticamento più frequenti, più severi e prolungati.

Non tutte le ricerche sul TYPE A sono riuscite a dimostrare che questo costrutto sia un fattore indipendente di rischio del CHD. Questo è in testa allo scetticismo nella comunità scientifica.

Miller et al. (1991) dimostrano che l'intervista strutturata è un affidabile predittore di un successivo CHD rispetto al JAS e ad altre misurazioni del TYPE A, e che l'associazione tra TYPE A e CHD era più grande inizialmente in un campione sano rispetto al campione con altro rischio e tra campione con CHD.

Matthews et al. (1977) analizza il costrutto TYPE A nelle sue parti. Nella sua raffinata analisi, emerge che l'ostilità è la più "tossica" componente del TYPE A confermando una vecchia ipotesi che la rabbia ha effetti negativi sulla salute (Siegman 1994).

L'ostilità si riferisce a differenze individuali nella tendenza a fare esperienze di rabbia, negative convinzioni attribuite ai comportamenti degli altri (es. cinismo e diffidenza) e comportamento aggressivo.

Lottare per il successo, competitività e impazienza al contrario non sembrano essere un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari.

Come nel caso del TYPE A, ricerche sui meccanismi che legano l'ostilità e CHD si sono focalizzate sulle risposte psicologiche a potenziali agenti stressanti (Williams et al. 1985), indagini svolte in laboratorio. La risposta ad agenti stressanti potrebbe essere la chiave del rischio di malattia.

Ostilità è anche associata all'alta esposizione a interpersonali agenti stressanti (Smith and Gallo 2001). Dimostrando la loro diffidenza, freddezza e stile antagonistico, le persone ostili possono minare la fonte del supporto sociale e creare conflitti, estremizzando gli agenti sociali stressanti. Questa dissonanza può aumentare lo stile di ostilità personale.

Altri autori come Houston et al. (1997) suggeriscono che l'ostilità e la dominanza sociale siano separate dalle caratteristiche coronariche.

Negli esseri umani, gli sforzi per affermare la dominanza o il controllo sugli altri sono associati con aumenti nella pressione sanguigna e della frequenza cardiaca (Smith ed altri. 2000), ancora a suggerire che la reattività psicofisiologica potrebbe collegare TYPE A con lo sviluppo successivo di CHD.

Sicuramente non bisogna prendere in considerazione solo la rabbia e l'ostilità singolarmente ma il costrutto complesso che le caratterizza. Un costrutto formato da più variabili.

Chiaramente, non tutte le forme di rabbia-ostilità possono essere implicate nel processo cardiaco di malattia.

Alcune ricerche dimostrano che l'espressione evidente di rabbia determina la gravità dell'evento coronarico (Williams & Barefoot, 1988). Molti studi attuali iniziano ad evidenziare che non solo la sintomatologia depressiva ma anche la rabbia e ostilità sono predittori del CHD Ketterer, Kenyon et al. (1996). Insieme a questi nuovi fattori non bisogna dimenticare di tutti quei fattori tradizionali di rischio (fumo, colesterolo, ipertensione...). Soprattutto determinante è la cronicità di queste abitudini.

In conclusione lo studio di Costa, McCrae, and Dembroski (1989) dimostra che la rabbia espressa e le varie componenti del costrutto TYPE A non sono così dipendenti con la gravità di CHD.

Keinan et al. (1992), in opposto a quanto detto afferma che la durata e l'intensità degli episodi di rabbia è predittore di CHD.

Una rabbia che per Smith deve essere contestualizzata. Infatti determinante è anche il contesto sociale dove l'episodio ostile si manifesta. L'importanza dei contesti sociali è sottolineata dai risultati perché l'ostilità è collegata con condizione socioeconomiche basse e l'ostilità si presenta più frequentemente ai bassi livelli di una gerarchia professionale in cui l'autonomia minima di lavoro è ordinaria (Marmot ed altri., 1991).

Numerosi autori concordarono sull'importanza di porsi alcuni interrogativi sulla questione, quali ad esempio la possibilità di modificare le caratteristiche di personalità tipiche del TYPE A per ridurre le probabilità di malattia coronarica.

Queste domande erano il fulcro della prova clinica condotta da Friedman ed altri. (1984) - progetto coronarico ricorrente di prevenzione (RCPP).

Questi autori hanno provato a mettere in atto in un gruppo di controllo delle nuove abitudini di vita ed è risultato dalle interviste strutturate che questi pazienti misuravano dei cambiamenti e delle riduzioni del TYPE A. Oltretutto, i pazienti che aderiscono a questo intervento psicologico hanno meno probabilità di una ricaduta.

Fra i pazienti con una malattia coronarica delicata, l'intervento inoltre ha ridotto l'incidenza delle morti coronariche (Powell e Thoresen 1988). Tutti gli interventi di riduzione del TYPE A hanno avuto successo nel ridurre le ricorrenze di eventi cardiaci. Per esempio Blumenthal et al. (1997) hanno visto che un intervento sulla gestione dello stress ha ridotto la ricorrenza di episodi ischemici.

Nonostante questi dati inconfutabili a partire dagli anni 70 si è notato un sempre maggior disinteresse nei confronti del costrutto TYPE A, ci si era piuttosto focalizzati sullo studio di un suo elemento, cioè l'ostilità. Numerosi studi si dedicarono soprattutto allo studio di nuove componenti come l'ansia e la depressione, nuovi fattori di rischio del CHD (Januzzi et al. 2000). Studi che si sono concentrati sulla loro utilità predittiva. Sicuramente tra tutti i lavori svolti sullo studio del costrutto non potrà essere dimenticato quello di Friedman and Rosenman. Infatti, malgrado lo scetticismo della Comunità scientifica, il TYPE A ha svolto un ruolo centrale nello sviluppo veloce di più vasti campi della psicologia della salute e della medicina del comportamento. Inoltre ha posto attenzione ai fattori psicologici nella cura clinica dei pazienti con CHD.

Molti problemi di salute oggi, tuttavia, sono causati dai disturbi cronici, quale CHD, che non può essere spiegato da un modello monocausale classico (Cunningham, 1981; Depue and Monroe, 1986).

Per quanto riguarda il CHD, la prova indica che 50 per cento di nuovi casi non possono essere identificati in base ai fattori di rischio standard come ipertensione e fumo. (Krantz, Schneiderman, Chesney, McCann, Reading, Roskies, Stoney and Williams, 1989).

La ricerca psicosociale su CHD ha ricevuto lo slancio da questa incapacità di spiegare la varianza nell'incidenza di CHD.

Fra le molte controversie sui fattori di rischio, i fattori psicosociali sono di importanza fondamentale.

Inizialmente, la ricerca ha messo a fuoco sul modello di comportamento TYPE A (vedere per esempio Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus e Wurm, 1975), una costruzione che ha richiamato l'attenzione sui fattori di rischio psicosociali per lo sviluppo di CHD.

Vari studi hanno dimostrato che ostilità (Miller, Smith, Turner, Guijarro e Hallet, 1996) e la rabbia (Chesney e Rosenman, 1985) possono fungere da agenti cardiotossici potenziali, ma dagli studi non emerge quale dei due aspetti intervenga di più, quindi è necessario esplicitare il rapporto fra ostilità/rabbia e lo sviluppo di CHD.

La ricerca suggerisce che lo sviluppo di CHD può essere associato anche con le emozioni negative.

L'indagine meta-analitica di Friedman e di Cabina-Kewley (1987) dimostra che associato allo sviluppo del CHD intervengono anche le emozioni negative.

Questi autori hanno trovato che non solo la rabbia, ma anche la depressione e l'ansia possono essere associate con l'incidenza delle malattie croniche, compreso i disordini cardiovascolari.

## **CARATTERISTICA DI PERSONALITA' DI TIPO D**

Le ricerche recenti hanno dimostrato che lo sviluppo di CHD è collegato con i sintomi della depressione (Barefoot and Schroll, 1996).

Lo sviluppo di CHD, tuttavia, non solo è collegato con ostilità/rabbia e sintomatologia depressiva, ma anche con ansia (Haines, Imeson and Meade, 1987; Kawachi, Colditz, Ascherio, Rimm, Giovannucci, Stampfer and Willett, 1994).

La ricerca inoltre suggerisce che disturbi di salute che sono collegati spesso con emozioni angoscianti, quali affaticamento eccessivo (Appels e Mulder, 1988) e problemi di sonno (Wingard e Berkman, 1983), sono associati con l'incidenza di CHD e la mortalità da CHD.

Tuttavia questi modelli di comportamento non possono essere presi fuori dal contesto. La personalità si riferisce alle strutture ed ai processi che regolano l'esperienza e il comportamento. Secondo la configurazione di personalità dell'individuo, lui o lei mettono in atto diverse risposte di comportamento agli eventi stressanti. Di conseguenza, le caratteristiche di personalità possono regolare le relazioni stressanti.

Oltre al ruolo clinicamente importante delle emozioni negative, la ricerca psicologica su CHD inoltre si è concentrata sull'inibizione dell'auto-espressione (Pennebaker & Traue, 1993). Cioè, gli individui che non parlano dei loro traumi personali sono più inclini ad ammalarsi (Pennebaker, 1992).

L'inibizione di lunga durata può causare problemi di salute perché inibire le emozioni richiede sforzo fisiologico ed impedisce i processi conoscitivi che promuovono la salute (Pennebaker, 1992).

Le emozioni inibite in gran parte riflettono l'inibizione sociale, che è un'altra caratteristica di base di personalità che è indipendente dall'affettività negativa (Denollet & De Potter, 1992). Più specificamente, l'inibizione sociale si riferisce alla tendenza ad inibire l'espressione delle emozioni e dei comportamenti nell'interazione sociale (Asendorpf, 1993).

È importante, tuttavia, collegare queste emozioni a un particolare costrutto di personalità. Infatti, le emozioni negative in gran parte riflettono una tipologia di personalità; cioè, "affettività negativa,, (Watson & Pennebaker, 1989) o nevroticismo.

Vari studi suggeriscono che l' "affettività negativa" è una determinante importante del funzionamento emotivo nei pazienti con CHD (Denollet, 1991). In opposizione, la depressione (Schleifer ed altri., 1989), la sofferenza emotiva (Denollet, 1993b) e l'esaurimento vitale (Kop, Appels, Mendes de Leon, & Bär, 1996) sono indipendenti dalla gravità del problema a livello cardiaco. Le caratteristiche di personalità, tuttavia, possono svolgere un ruolo importante in questo contesto. La prova recente suggerisce che le misure di rabbia, di ansia, di depressione e di affaticamento sono correlate sostanzialmente nei pazienti coronarici (e.g., Denollet, 1993b). Inoltre, i sintomi della depressione possono essere col tempo stabili nei pazienti con CHD (Wells, Rogers, Burnam, & camp, 1993). Barefoot and Schroll (1996) descrivono la depressione come uno stato cronico nel paziente CHD e non come un evento psichico episodico.

Per emozioni negative si intende quella tendenza a sperimentare emozioni negative nel corso degli eventi (Watson and Pennebaker, 1989).

L'inibizione sociale è da intendersi come la tendenza ad inibire e sopprimere l'espressione dei propri sentimenti ed emozioni nelle relazioni sociali (Asendorpf, 1993). L'introversione infatti è parallela ad una minor ricerca di supporto sociale e ad una scarsa qualità di relazioni sociali ( Amirkhan, Risinger and Swickert, 1995 Berry and Hansen, 1996).

Quindi, sembra che, oltre all' affettività negativa, l'inibizione sociale sia una caratteristica di personalità nel contesto di CHD.

Pazienti con una cosiddetta personalità TYPE D tendono ad avvertire le emozioni negative ed ad inibire l'auto-espressione. Questo costrutto quindi è caratterizzato dalla soppressione cronica delle emozioni negative. Molto importante è precisare che il TYPE D non è caratterizzato da esperienze di emozioni negative ma piuttosto il provare emozioni negative è una reazione messa in atto in situazioni stressanti (Denollet, Sys, & Brutsaert, 1995).

Al contrario, gli individui che tendono ad avvertire le emozioni negative (alta affettività negativa) ma le esprimono apertamente ad altri (inibizione sociale bassa) hanno meno probabilità di essere depressi (Phillips ed altri. 1990) e sono abbastanza capaci di avvertire le emozioni positive (Watson & Pennebaker, 1989).

Inoltre, gli individui che tendono ad essere riservati e introversi (alta inibizione sociale) ma avvertono le emozioni negative (affettività negativa bassa) possono condurre una vita stabile e di soddisfacente.

Questo studio suggerisce che l'interazione delle emozioni negative croniche e dell'inibizione cronica di auto-espressione, che è tipica per i pazienti con personalità TYPE D, induce a stati di stress che possono avere un effetto negativo sulla prognosi nel contesto di CHD.



# STRUMENTI PSICOLOGICI DELLA RICERCA QUANTITATIVA UTILIZZATI IN LETTERATURA PER LA VALUTAZIONE DEL SOGGETTO CARDIOPATICO

## LA RICERCA QUANTITATIVA

La ricerca scientifica è un processo creativo di scoperta che si sviluppa secondo un itinerario prefissato e secondo procedure prestabilite che si sono consolidate all'interno della comunità scientifica. Questo significa che esiste un atto della scoperta che sfugge alle analisi logiche, ma allo stesso tempo la ricerca empirica deve essere pubblica, controllabile e ripetibile per poter essere definita scientifica ( Corbetta P., 2003). Per questo esiste un percorso "tipico" della ricerca sociale che parte dalla teoria, attraversa le fasi di raccolta e analisi dei dati e ritorna alla teoria. Più precisamente, si possono individuare cinque fasi e cinque processi che le legano. La prima fase è quella della teoria, la seconda quella delle ipotesi, legate tra di loro attraverso il processo della deduzione. La teoria è generale mentre l'ipotesi ne rappresenta un'articolazione specifica. La terza fase è quella della raccolta dei dati, a cui si arriva attraverso il processo di operativizzazione, cioè la trasformazione delle ipotesi in affermazioni empiricamente osservabili. L'operativizzazione porta alla definizione del disegno della ricerca, cioè di un piano di lavoro che stabilisce le varie fasi dell'osservazione empirica ( Corbetta P., 2003). La quarta fase è quella dell'analisi dei dati, preceduta dall'organizzazione dei dati rilevati. Di solito questa fase nella ricerca quantitativa consiste nella creazione di una matrice di dati. La quinta fase è quella della rappresentazione dei risultati, a cui si arriva tramite un processo di interpretazione delle analisi statistiche condotte nella fase precedente. Infine il ricercatore ritorna alla teoria iniziale tramite un processo di induzione, che confronta i risultati ottenuti con la teoria precedente.

Per elaborare un'ipotesi si parte da una teoria, cioè un insieme di preposizioni tra loro organicamente collegate che si pongono a un elevato livello di astrazione e generalizzazione rispetto alla realtà empirica, le quali sono derivate da regolarità empiriche e dalle quali possono essere derivate delle previsioni empiriche. Si tratta di un tentativo di spiegare un fenomeno sociale e deve essere verificata ( Corbetta P., 2003).

Una teoria deve essere organizzata in ipotesi specifiche. L'ipotesi implica una relazione tra due o più concetti, si colloca a un livello inferiore di astrazione e generalità rispetto alla teoria, e ne permette una traduzione in termini empiricamente controllabili.

La validità di una teoria dipende dalla sua traduzione in ipotesi empiricamente verificabili, perché se una teoria è troppo vaga per dar luogo ad ipotesi, non può essere verificata nella realtà. Il criterio della controllabilità empirica è il criterio stesso della scientificità (Corbetta P., 2003).

È importante la differenza tra generalizzazioni empiriche e teorie: le prime sono proposizioni isolate che riassumono uniformità relazionali osservate tra due o più variabili, mentre le seconde nascono quando queste proposizioni sono raccolte e sussunte in un sistema concettuale che si colloca ad un livello superiore di astrazione (ad esempio, permette di avanzare ipotesi in campi diversi e remoti da quelli originari).

Talvolta la pratica della ricerca si sviluppa con ordini diversi rispetto a quello canonico: è possibile che le ipotesi vengano sviluppate dopo aver raccolto i dati, e con questi confrontati a posteriori. Oppure si ricorre alla teoria dopo aver analizzato i dati, per spiegare un fatto anomalo o un risultato inaspettato. Infine, una nuova teoria può essere scoperta nel corso della fase empirica. Talora la rilevazione viene prima della delle ipotesi per ragioni di forza maggiore, nel caso dell'analisi secondaria, quando cioè si applica una seconda analisi a dati raccolti da altri ricercatori in tempi precedenti (Corbetta P., 2003).

Nel suo significato più ampio, il termine concetto si riferisce al contenuto semantico (significato) dei segni linguistici e delle immagini mentali. Proprio per questa sua generalità, il concetto può includere ogni specie di segno o di procedura semantica, astratto, concreto, universale, individuale, ecc.

Essendo l'ipotesi una interconnessione tra concetti, emerge il fatto che i concetti sono i "mattoni della teoria", e attraverso la loro operativizzazione si realizza la traduzione empirica di una teoria. Il concetto è il legame tra la teoria e il mondo empirico osservabile.

I concetti possono riferirsi ad astrazioni impossibili da verificare empiricamente (potere, felicità, ecc), oppure a entità concrete (oggetti, persone, ecc). Ma se i concetti formano una teoria, come si può verificarla empiricamente? Bisogna passare dai concetti astratti alla loro applicazione come proprietà degli specifici oggetti studiati (chiamati unità di

analisi ). Una proprietà misurabile di una unità di analisi si chiama variabile (Corbetta P., 2003).

Per esempio, il peso è un concetto, ma il peso di un oggetto è la sua proprietà. Il peso dell'oggetto misurato con la bilancia è una variabile. Oppure, il livello culturale è un concetto astratto, ma se applicato a un individuo diventa una proprietà, e se è misurabile una variabile ( Corbetta P., 2003).

In definitiva, una variabile è una proprietà di una unità di analisi a cui sono assegnati valori diversi.

L'unità di analisi rappresenta l'oggetto sociale al quale afferiscono, nella ricerca empirica, le proprietà studiate. Esse devono essere determinate con precisione nel momento in cui si vuole sottoporre a controllo empirico una teoria mediante una specifica ricerca di tipo quantitativo, in quanto sono un elemento importante del disegno della ricerca (il programma di lavoro empirico). Le unità di analisi possono essere concretamente rappresentate dall' individuo (la più comune), dall' aggregato di individui (di solito basate sulla territorialità), dal gruppo-organizzazione-istituzione (quando l'unità di rilevamento è rappresentata dal collettivo stesso), dagli eventi sociali (quando gli eventi stessi sono le unità di analisi) e dalle rappresentazioni simboliche – prodotto culturale (quanto l'unità di analisi consiste da messaggi di comunicazione di massa di ogni genere).

L'unità di analisi è singolare ed astratta, mentre chiamiamo casi gli esemplari specifici di quella data unità di analisi che vengono studiati, sui quali si rilevano i dati. Essi sono gli oggetti specifici della ricerca empirica ( Corbetta P., 2003).

Una variabile è un concetto operativizzato, o meglio la proprietà operativizzata di un oggetto, in quanto il concetto, per poter essere operativizzato, ha dovuto essere applicato ad un oggetto diventandone proprietà.

Un concetto può essere operativizzato in modi diversi. Le variabili possono variare tra diverse modalità; il caso limite è quello in cui risulta invariante nello specifico sottoinsieme degli oggetti studiati, nel qual caso prende il nome di costante. Le variabili possono variare nel tempo, su uno stesso caso (studio longitudinale o diacronico) oppure fra i casi , nello stesso tempo (studio trasversale o sincronico). Nelle scienze sociali il secondo metodo è il più utilizzato ( Corbetta P., 2003).

Le variabili possono essere classificate secondo la loro manipolabilità, la posizione nella relazione causa/effetto, l'osservabilità, il carattere individuale o collettivo e il trattamento dei loro valori.

La prima distinzione è quella tra variabili manipolabili e non manipolabili. Le variabili manipolabili sono quelle che possono essere modificate dal ricercatore, viceversa quelle non manipolabili non possono essere controllate (Corbetta P., 2003). La maggior parte delle variabili sociali non sono manipolabili, anche se esistono dei casi in cui il ricercatore può controllarle.

La seconda distinzione è quella tra variabili dipendenti e variabili indipendenti. In una relazione asimmetrica tra due variabili, quando cioè una variabile influenza un'altra, la variabile indipendente è ciò che influenza (la causa), mentre la variabile dipendente è ciò che è influenzato (l'effetto). Nel caso in cui le variabili indipendenti siano più di una abbiamo una relazione multivariata (Corbetta P., 2003).

La terza distinzione è quella tra variabili latenti e variabili osservate. La distinzione si basa sulla osservabilità, ossia sulla possibilità di rilevazione empirica. Le prime sono variabili non direttamente osservabili in quanto rappresentano concetti molto generali o complessi, mentre le seconde sono facilmente rilevabili. In ogni caso, entrambe possono essere operativizzate, per cui anche nel caso delle variabili latenti c'è una sostanziale differenza con i concetti (Corbetta P., 2003).

L'ultima distinzione è quella tra variabili individuali e variabili collettive. Le variabili individuali sono specifiche di ogni individuo, mentre quelle collettive sono proprie di un gruppo sociale. Le variabili collettive si suddividono a loro volta in variabili aggregate, dove la proprietà del collettivo deriva dalle proprietà dei singoli componenti del gruppo, e variabili globali, quando le caratteristiche esclusive del gruppo non derivano da proprietà dei membri che lo compongono (Corbetta P., 2003).

Le variabili sono assolutamente fondamentali nella ricerca empirica, anche se a ogni definizione operativa è lasciata all'arbitrio del ricercatore, che deve solo esplicitare e giustificare le sue scelte. Per questo una definizione operativa non è mai perfettamente adeguata ed esiste sempre uno scarto tra variabile e concetto. Un altro pericolo che porta l'operativizzazione è quello della reificazione, cioè di identificare la definizione operativa di un concetto (necessariamente arbitraria e impoverita) con il concetto stesso.

Tuttavia, con tutti i suoi limiti, la definizione operativa è necessaria per fondare scientificamente e oggettivamente la ricerca sociale.

Un'altra classificazione molto importante è quella tra che riguarda le operazioni logico-matematiche che possono essere effettuate sulle variabili. A questo proposito abbiamo variabili nominali, ordinali e cardinali (Corbetta P., 2003).

Le variabili nominali sono tali quando la proprietà da registrare assume stati discreti non ordinabili, cioè finiti e delimitati che non hanno alcun ordine o gerarchia tra di essi. Gli stati di una proprietà così descritta si chiamano categorie, le categorie operativizzate (cioè gli stati della variabile) modalità e i simboli assegnati alle modalità valori. La procedura di operativizzazione che permette di passare dalla proprietà alla variabile è la classificazione. Nel caso in cui ci siano solo due modalità si parla di variabili dicotomiche (Corbetta P., 2003).

Le variabili ordinali sono tali quando la proprietà da registrare assume stati discreti ordinabili. In questo caso è possibile stabilire non solo relazioni di eguaglianza e disuguaglianza, ma anche relazioni d'ordine. In questo caso la procedura di operativizzazione è l'ordinamento, che tiene conto dell'ordinabilità degli stati della proprietà. Quindi l'attribuzione dei valori alle singole modalità dovrà utilizzare un criterio che prelevi l'ordine degli stati. Tipicamente si utilizzano i numeri naturali, che comunque non godono delle loro proprietà cardinali (cioè la distanza che corre tra le varie modalità non può essere confrontata con le altre). Le variabili possono essere ordinali perché derivano da proprietà originariamente costituite da stati discreti oppure perché derivano da proprietà continue che sono state registrate su una sequenza sono ordinale perché non si dispone di una unità di misura (Corbetta P., 2003).

Le variabili cardinali sono tali perché i numeri che ne identificano le modalità non sono delle semplici etichette, ma hanno un pieno significato numerico (hanno cioè proprietà sia ordinali che cardinali). Tra le modalità delle variabili di questo tipo, oltre a stabilire relazioni di eguaglianza e diversità e d'ordine, si possono effettuare operazioni di somma e sottrazione tra i valori e tutte le altre operazioni statistiche (Corbetta P., 2003).

Si possono ottenere variabili cardinali attraverso due processi: la misurazione (quando la proprietà da misurare è continua e si possiede una unità di misura prestabilita che permetta di confrontare la grandezza da misurare con una grandezza di riferimento) e il

conteggio (quando la proprietà da registrare è discreta ed esiste una unità di conto, cioè una unità elementare che è contenuta un certo numero di volte nelle proprietà dell'oggetto).

Nelle scienze sociali molte variabili cardinali derivano operazioni condotte su altre variabili cardinali (Corbetta P., 2003).

Le variabili quasi-cardinali sono un sottoinsieme delle variabili cardinali. Le proprietà più caratteristiche delle scienze sociali possono essere tutte immaginate come proprietà continue, che però non riescono a passare dalla condizione di proprietà continua a quella di variabile cardinale per la difficoltà di applicare una unità di misura agli atteggiamenti umani (Corbetta P., 2003). Un tentativo di superare questo limite è dato dalla tecnica delle scale, che cerca di avvicinarsi a misurazioni in senso proprio, cioè a variabili in cui la distanza tra due valori sia nota. Le variabili prodotte da questa tecnica sono dette quasi-cardinali .

L'errore nella ricerca sociale può essere distinto in tre parti: errore di selezione, errore di osservazione ed errore di trattamento dati . La procedura di campionamento produce un errore del primo tipo, che a sua volta può essere distinto in ulteriori tre componenti: errore di copertura, errore di campionamento ed errore di trattamento dati . Finora ci siamo occupati del solo errore di campionamento; tratteremo ora anche gli altri (Corbetta P., 2003).

Nel caso in cui si conosce la lista della popolazione, è possibile procedere con campionamenti probabilistici.

Questo accade di solito quando l'oggetto di studio è l'intera popolazione (anche nazionale), perché esistono anagrafi e liste elettorali che forniscono l'elenco completo della popolazione.

Il problema si pone per i sottoinsiemi della popolazione, perché di solito non si è in possesso di una lista completa della popolazione ( Corbetta P., 2003).

Quando invece l'unità di analisi non è un individuo ma un collettivo, la situazione è migliore perché in genere un aggregato di individui esiste in forma istituzionalizzata e registrata.

Se non c'è la possibilità di conoscere la lista della popolazione bisogna rinunciare a tecniche di campionamento probabilistico, perché in questi casi non è possibile assegnare a tutte le unità della popolazione una certa probabilità di estrazione.

Ma non è sufficiente che le liste esistano, bisogna anche che siano aggiornate, complete ed esenti da duplicazioni.

Il problema della completezza è il più grave; in questo caso il ricercatore può ridefinire la popolazione, trascurare gli esclusi oppure procedere ad un'integrazione del campione ( Corbetta P., 2003).

Se consideriamo il caso di una ricerca monovariata (quando si stimano le variabili ad una ad una) la dimensione del campione può essere adeguata, ma se nella stessa ricerca studiamo le relazioni tra le variabili (analisi bivariata o multivariata) l'errore cresce subito fino a livelli inaccettabili.

La dimensione ideale del campione dipende dalla distribuzione delle variabili studiate e dal tipo di analisi che si intende fare. In generale l'ampiezza del campione dovrà essere tanto maggiore quanto più il fenomeno da studiare è minoritario.

L'errore di non-risposta consiste nel fatto che i soggetti selezionati dal campionamento non sono contattabili o si rifiutano di rispondere.

Il problema del mancato contatto con i soggetti può essere causato dalla difficoltà di raggiungerli oppure dalla loro irreperibilità; in ogni caso si tratta di problemi fastidiosi ma risolvibili ( Corbetta P., 2003).

Molto più grave è il problema dei rifiuti a rispondere, in quanto spesso coloro che non vogliono rispondere sono diversi dagli altri e quindi non rappresentano una selezione casuale del campione originario.

In questo modo si compromette la validità del campione stesso, che sovrarappresenterà alcune categorie di persone a scapito di altre. La percentuale di mancate risposte in Italia varia dal 20% al 50%, a seconda della diversa forma di contatto utilizzata (ad esempio di solito le interviste faccia a faccia hanno un tasso di risposta superiore a quelle telefoniche).

Una soluzione per rimediare alle mancate risposte può essere quella di sostituire i soggetti con altri scelti a caso, ma questa tecnica spesso non è efficace perché i sostituti assomigliano più ai rispondenti che non ai non rispondenti ( Corbetta P., 2003).

Per contrastare efficacemente il problema delle mancate risposte ci sono due metodi: il primo è quello di tornare il più possibile dalla persone che non rispondono per incontrarle o convincerle; il secondo consiste nella ponderazione, cioè nell'attribuire

alle persone non raggiunte dall'intervista le risposte medie date dal gruppo sociale al quale esse appartengono ( Corbetta P., 2003).

Quando il disegno probabilistico non può essere impostato si ricorre sin dall'inizio ai campioni non probabilistici .

Campionamento per quote: si divide la popolazione in strati rilevanti e il ricercatore sceglie a sua discrezione i soggetti all'interno degli strati rispettando la proporzione (non c'è casualità).

I limiti di questa procedura consistono nel fatto che il ricercatore cerchi i soggetti più facilmente raggiungibili, enfatizzando in questo modo l'errore di non-risposta.

Disegno fattoriale: il disegno fattoriale si colloca a mezza strada tra una tecnica di campionamento e un esperimento ( Corbetta P., 2003).

Il suo scopo è quello di cogliere le relazioni che vigono all'interno della popolazione; per far questo i gruppi che si creano dalle combinazioni delle variabili (es.: istruzione, età e genere) hanno tutti dimensione uguale e non proporzionale alla popolazione. Il disegno fattoriale non arreca alcun vantaggio allo studio della relazione tra variabile dipendente e indipendente.

Campionamento a scelta ragionata: in questo caso le unità campionarie non sono scelte in maniera probabilistica, ma sulla base di alcune loro caratteristiche ( Corbetta P., 2003).

Campionamento bilanciato: è una forma di campionamento ragionato, nel quale si selezionano le unità di modo che la media del campione, per determinate variabili, sia prossima alla media della popolazione (deve trattarsi quindi di variabili delle quali sia nota la distribuzione nella popolazione). Esso viene usato soprattutto in caso di campioni molto piccoli.

Campionamento a valanga: è caratterizzato da fasi successive: prima si intervistano le persone che hanno le giuste caratteristiche, da queste si ricevono indicazioni per rintracciare altre persone con le stesse caratteristiche, e così via. Per questo è particolarmente utile in caso di popolazioni clandestine ( Corbetta P., 2003).

Campionamento telefonico: la particolarità di questo campionamento consiste nel fatto che la selezione è fatta automaticamente tramite computer, a partire da elenchi telefonici oppure da numeri generati direttamente dal computer ( random digit dialing). Questa

tecnica presenta il vantaggio che il computer registra i motivi dei mancati contatti e gestisce l'esclusione del numero o la ripetizione della chiamata.

Questo tipo di campionamento presenta il difetto che chi vive da solo ha maggiore possibilità di essere estratto di chi vive in una famiglia numerosa.

Campionamento di convenienza: l'unico criterio di questa tecnica è che si scelgono le persone più facilmente accessibili; naturalmente va il più possibile evitato ( Corbetta P., 2003).

L'errore di rilevazione rappresenta lo scarto tra il concetto teorico e la variabile empirica. L'errore di rilevazione viene di solito suddiviso in errore sistematico ed errore accidentale.

L'errore sistematico è un errore costante, che si presenta in tutte i singoli casi di rilevazione e tende a sovrastimare o sottostimare il valore vero.

L'errore accidentale è invece un errore variabile, che varia da rilevazione a rilevazione, per cui si tratta di un'oscillazione che, ripetuta su tutti i soggetti, tende a zero ( Corbetta P., 2003).

L'errore sistematico è la parte di errore comune a tutte le applicazioni di una determinata rilevazione; l'errore accidentale è la parte di errore specifica di ogni singola rilevazione.

Gli errori possono verificarsi sia nella fase teorica, o di indicazione (in cui si scelgono gli indicatori), che in quella empirica, o di operativizzazione (in cui si rilevano gli indicatori stessi).

L'errore nella fase di indicazione è sempre sistematico, perché l'indicatore non è del tutto adatto al concetto e quindi si ha un difetto nel rapporto di indicazione ( Corbetta P., 2003).

L'errore nella fase di operativizzazione può esser sia sistematico sia accidentale, in quanto esistono tre fasi nell'operativizzazione ( selezione delle unità studiate, rilevazione dei dati o osservazione e trattamento dei dati) in ognuna delle quali si possono compiere degli errori.

Gli errori di selezione sono quelli dovuti al fatto che si operi solo su un campione di soggetti e non sull'intera popolazione ( Corbetta P., 2003).

Essi sono: l'errore di copertura (dovuta al fatto che la lista della popolazione da cui si estrae il campione non è completa), l'errore di campionamento (il fatto di condurre la

ricerca su una frazione della popolazione) e l' errore di non risposta (quando i soggetti del campione non possono o non vogliono rispondere).

Gli errori di osservazione possono essere addebitati a quattro fonti: errori dovuti all' intervistatore, errori dovuti all' intervistato, errori dovuti allo strumento ed errori dovuti al modo di somministrazione ( Corbetta P., 2003).

Gli errori di trattamento dei dati sono errori di codifica, trascrizione, memorizzazione, elaborazione, ecc. L'unico errore quantificabile è quello di campionamento, per questo spesso viene riportato come errore globale della rilevazione.

L'attendibilità ha a che fare con la riproducibilità del risultato, e segnala il grado con il quale una certa procedura di traduzione di un concetto in variabile produce gli stessi risultati in prove ripetute con lo stesso strumento di rilevazione ( stabilità) oppure con strumenti equivalenti ( equivalenza).

La validità fa invece riferimento al grado con il quale una certa procedura di traduzione di un concetto in variabile effettivamente rileva il concetto che si intende rilevare (Corbetta P., 2003).

In genere si associa l'attendibilità all'errore accidentale e la validità all'errore sistematico.

Per determinare l'attendibilità si utilizza il concetto di equivalenza, deve l'attendibilità è misurata attraverso la correlazione tra due procedure diverse ma molto simili tra loro. Questa tecnica è però utile solo nel caso in cui la procedura di operativizzazione consiste in una batteria di domande ( Corbetta P., 2003).

La validità invece è meno facilmente controllabile, in quanto l'errore di validità in genere nasce dall'errore di indicazione. Per determinare la validità di un indicatore si utilizzano sue procedure di convalida: la validità di contenuto e la validità per criterio. La validità di contenuto indica il fatto che l'indicatore prescelto per un concetto copre effettivamente l'intero dominio di significato del concetto; una convalida di questo tipo può avvenire soltanto su un piano puramente logico (Corbetta P., 2003).

La validità per criterio consiste nella corrispondenza tra l'indicatore e un criterio esterno che per qualche motivo si ritiene correlato con il concetto. Questo criterio può essere rappresentato da un altro indicatore già accettato come valido oppure da un fatto oggettivo.

La validità per criterio è stata distinta in validità predittiva (quando si correla il dato dell'indicatore con un evento successivo ad esso connesso), in validità concomitante (quando l'indicatore è correlato con un altro indicatore rilevato nello stesso momento) e in validità per gruppi noti (quando l'indicatore viene applicato a soggetti dei quali sia nota la posizione sulla proprietà da rilevare).

Esiste infine anche la validità di costrutto, che consiste nella rispondenza di un indicatore alle attese teoriche in termini di relazioni con altre variabili ( Corbetta P., 2003).

## ANSIA

Considerato come una categoria residua fino a qualche anno fa, il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) è entrato a pieno titolo tra le patologie psichiatriche solo recentemente ed è caratterizzato dalla presenza di *ansia persistente ad andamento cronico*.

L'attesa apprensiva (tensione psichica, preoccupazione) con anticipazione pessimistica di eventi disastrosi per sé o per i propri fa miliari rappresenta il sintomo cardine del disturbo, a cui si accompagnano segni di tensione fisica, iperattività neurovegetativa e disturbi cognitivi come scarsa concentrazione e facile distraibilità.

I pazienti affetti da questo disturbo appaiono cronica mente ansiosi ed apprensivi, versano in uno stato di eccessiva preoccupazione per le circostanze quotidiane che comporta una condizione di allarme ed ipervigilanza tale da rendere la vita "impossibile": «Non posso più accendere il televisore, si sentono tante brutte notizie, ho la sensazione che possano capitare anche a me. Mi riesce difficile anche uscire, devo fare uno sforzo notevole per non pensare a mio figlio che è a scuola, potrebbe succedergli qualcosa; sono terrorizzata ogni qualvolta sento la sirena di un'ambulanza, penso che possa essere successo qualcosa di terribile ad un mio familiare».

Il GAD è un disturbo di comune osservazione (le stime per la prevalenza ad un anno variano dal 3 all'8%), soprattutto nella medicina generale; è il disturbo che più frequentemente si associa ad un altro disturbo mentale (è di particolare rilievo la comorbidità con i disturbi dell'umore) e solo un terzo dei pazienti con GAD si rivolge allo specialista.

La componente somatica del disturbo motiva infatti i pazienti a consultare il proprio medico di famiglia, l'internista, il cardiologo, lo pneumologo, il gastroenterologo, e solo

in ultima istanza lo specialista dei disturbi psicologici. Risultano tuttavia relativamente pochi i pazienti che accettano la diagnosi di GAD ed un trattamento appropriato; è più frequente la ricerca di ulteriori e sempre più numerosi consulti specialistici con frequente ricorso a strutture sanitarie.

L'età di esordio, indicata nella fanciullezza e nell'adolescenza, è tuttavia difficile da definire con esattezza in quanto la maggior parte dei pazienti ha la sensazione di "essere stato sempre ansioso", riconoscendosi una parte colare struttura di personalità; non è comunque infrequente l'esordio dopo i 20 anni. Circa il 60% di coloro che soffrono di GAD sono donne.

Il decorso appare tendenzialmente cronico, con andamento fluttuante e fasi alterne di riacutizzazione, soprattutto in concomitanza con eventi stressanti.

Per poter fare diagnosi di GAD il DSM-IV ha proposto alcuni criteri, che possiamo così riassumere:

1. Presenza di ansia e preoccupazione eccessiva (*attesa apprensiva*), per almeno sei mesi consecutivi, riguardo ad una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche). Il paziente è incapace di controllare tale preoccupazione e l'insieme dei sintomi causa un disagio clinicamente significativo con compromissione della funzionalità sociale, lavorativa, familiare, individuale.

2. All'ansia e alla preoccupazione sono associati almeno tre dei seguenti sintomi (nei bambini ne è sufficiente uno):

- irrequietezza, o sentirsi tesi e con i nervi a fior di pelle;
- facile affaticabilità;
- difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
- irritabilità;
- tensione muscolare;
- alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

Per l'ICD-10, che definisce il disturbo come Sindrome ansiosa generalizzata, i sintomi associati sono descritti più dettagliatamente, e per la diagnosi ne sono sufficienti quattro, di cui uno deve rientrare nei primi quattro. Questa precisazione conferma la eterogeneità dei quadri clinici con cui il GAD può manifestarsi e la possibilità che lo stesso possa presentarsi in modo diverso nel corso della vita di un soggetto.

Il momento della diagnosi deve quindi considerare tali variabili e deve essere attento a differenziare il GAD da altre patologie; inoltre, è importante sottolineare ancora una volta la possibilità che al disturbo si associno frequentemente altri quadri clinici il cui riconoscimento consente un trattamento adeguato.

La diagnosi differenziale comprende tutte le condizioni mediche che possono causare ansia. La richiesta di indagini clinico-strumentali (in particolare esami ematochimici generali, comprensivi di test per la funzionalità tiroidea ed un ECG) oltre che aiutare il clinico nella definizione diagnostica, rappresentano elementi rassicuranti per il paziente, soprattutto nella fase iniziale del disturbo. L' intossicazione da caffeina, per l'elevato consumo di questa sostanza attraverso vari prodotti alimentari (caffè, tè, cola, cacao, cioccolato), va sempre considerata.

Inoltre, poiché il GAD è frequentemente associato a quadri depressivi, l' esame clinico deve essere particolarmente attento all'individuazione di tali aspetti. In questi pazienti un umore triste, un vissuto di scoraggiamento (*demoralizzazione*) e di impotenza è quasi sempre presente, è legato alla sofferenza psicologica che il GAD comporta e migliora con la remissione dei sintomi ansiosi. La presenza invece di un vero quadro depressivo, che ha certamente un impatto negativo sulla prognosi, comporta l'adozione di misure terapeutiche specifiche.

Un particolare stato d'ansietà e di preoccupazione, soprattutto con polarizzazione sulle problematiche della vita quotidiana, può essere indicativo di una condizione iniziale di deterioramento cognitivo. Il soggetto anziano può infatti reagire con ansia ai primi segnali di deficit cognitivo in quanto, riscoprendosi meno efficiente e attento, è portato a utilizzare meccanismi compensativi, come l'eccessiva scrupolosità e il ricontrollare più volte quanto realizzato per paura di aver sbagliato. Ciò determina una sensazione di incertezza, anche per compiti banali, con incremento dell'ansia. E' vero anche il contrario: l'ansia, diminuendo la capacità attentiva, può determinare la sensazione di avere "dei vuoti di memoria".

L' anamnesi negativa per precedenti episodi ansiosi, l'esordio tardivo dei disturbi, l'assenza di eventi stressanti, la presenza di una buona struttura di personalità, depone per un quadro organico e indirizza il clinico verso la richiesta di esami specifici (TAC encefalo, RMN, test neuropsicologici).

Infine, l'intima relazione del GAD con alcune caratteristiche di personalità (insicurezza, scarsa autostima, docilità, labilità emotiva, rigidità ... ) pone alcuni interrogativi che ci portano a riflettere su alcune modalità comporta mentali di frequente osservazione che posso no esprimere uno stato d'ansia latente il cui riconsci mento può aiutare a migliorare lo stile di vita di questi soggetti.

### **STATE TRATE ANXIETY INVENTORY (STAI)**

Spielberger individua due tipi di ansia, misurabili attraverso Lo State- Trait Anxiety Inventory; l'*Ansia di Stato* è una condizione d'ansia transitoria associata ad uno stimolo, la cui intensità e durata è variabile. L'*Ansia di Tratto* in maniera diversa è una disposizione permanente del modo di funzionamento individuale, che è caratterizzata da una sproporzione del comportamento o delle attribuzioni nelle situazioni stressanti.

Questa teoria si riferisce ad una più generale teoria cognitiva delle emozioni, la quale si basa su tre principi:

- 1 La valutazione cognitiva degli stimoli esterni può innescare una reazione d'ansia.
- 2 La durata della reazione d'ansia di stato è in funzione dell'entità dello stimolo percepito come una minaccia e della sua durata.
- 3 Ansia di stato e ansia di tratto sono legate da una relazione funzionale: l'aumento della prima in situazioni percepite minacciose è maggiormente diffusa negli individui con elevata ansia di tratto.

Studi più recenti hanno posto l'accento su due aspetti in particolare dell'ansia: essa è una dimensione personologica multidimensionale e bisogna riferirla a determinati contesti a fine di trarne spiegazioni più appropriate.

Secondo Borkovec e Sarason è costituita dalla dimensione dell'*emotionality*, dell'attivazione emozionale, che agisce sulle risposte fisiologiche e comportamentali e della dimensione del *worry*, della preoccupazione, caratterizzata dalla presenza, nell'individuo con alta ansia di tratto, da attività concettuali orientate ad ipotizzare catastrofi. Può essere considerata come una fonte di deformazione sistematica informativa.

Spielberger ha poi introdotto queste due dimensioni come scale di misurazione nel Test Anxiety Inventory.

Martensen poi, nel suo Competitive State Anxiety Inventory ha introdotto una terza scala: quella della self-confidence, della fiducia in se stessi, poiché sembra che le persone con una maggiore ansia di stato in situazioni competitive avrebbero una minore fiducia in se stesse.

Endler col suo modello interazionista considera anche il tipo di minaccia nella situazione e individua inoltre quattro dimensioni dell'ansia: - la valutazione sociale, - il pericolo fisico,

- l'ambiguità della situazione, - la routine, che sono utilizzate nell'Anxiety Trait Profile per tracciare un profilo della persona ansiosa.

Lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) è un questionario di autovalutazione per la misura dell'ansia. Il questionario è composto da due forme, Y1 e Y2, ciascuna comprendenti 20 items. La forma Y1 (ansia di stato) valuta l'ansia al momento della somministrazione del questionario; mentre la forma Y2 (ansia di tratto) valuta come il soggetto si sente normalmente.

## DECADIMENTO COGNITIVO, STATO EMOZIONALE

Sulla base di recenti stime il decadimento cognitivo e la demenza sono destinati a raddoppiare nei prossimi 30 anni fino a divenire una delle priorità sanitarie mondiali.

In questo ambito l'identificazione dei fattori di rischio che potrebbero essere oggetto di interventi preventivi è una delle strade che studiosi e ricercatori di tutto il mondo stanno esplorando con sempre maggiore attenzione. Il compito è difficile perché negli ultimi anni lo scenario è rapidamente mutato.

Se fino a qualche tempo fa, ad esempio, era comunemente accettata una separazione netta tra meccanismi fisiopatogenetici responsabili delle forme neurodegenerative e vascolari di demenza, è oggi invece sempre più chiaro che una chiara distinzione è di fatto impossibile. In particolare molti studi concordano nell'affermare che le due forme più frequenti di demenza, la demenza di Alzheimer (DA) e la demenza vascolare (DV) abbiano fattori di rischio comuni.

La malattia cerebrovascolare e la DA sono comuni nei soggetti anziani e spesso concomitanti. Sebbene la malattia cerebrovascolare possa essere la principale causa di demenza in un paziente anziano, essa può anche rappresentare una condizione aggiuntiva in grado di esaurire le capacità compensatorie di un tessuto cerebrale già

compromesso dai danni neurodegenerativi della malattia di Alzheimer; in altri casi manifestazioni minime, ma concomitanti, di entrambe le condizioni (malattia cerebrovascolare e danni neurodegenerativi della malattia di Alzheimer) possono determinare demenza che altrimenti, senza un meccanismo di tipo additivo, non sarebbe clinicamente evidente.

L'ipertensione arteriosa (IA) è certamente uno dei fattori di rischio più noti di malattia cerebrovascolare.

Il meccanismo attraverso il quale essa è in grado di determinare danni a livello cerebrovascolare è sostanzialmente duplice: da un lato può determinare lesioni vascolari macroscopiche, quali infarti o emorragie cerebrali, ma dall'altro può contribuire anche allo sviluppo di lesioni vascolari microscopiche, attraverso l'ispessimento delle pareti delle arteriole e dell'endotelio.

Tipicamente queste ultime lesioni si localizzano a livello delle regioni cerebrali profonde, tra cui i gangli della base, il talamo, ed il cervelletto.

Recenti studi hanno poi dimostrato che la malattia cerebrovascolare e le condizioni ad essa associate sono in grado di stimolare anche la formazione di lesioni neurodegenerative tipiche della demenza di Alzheimer (DA), quali grovigli neurofibrillari e placche.

Hofman, ad esempio, dimostrò che l'ispessimento aterosclerotico e/o la formazione di placche a livello delle pareti delle arterie carotidi in soggetti ipertesi anziani aumenta di circa 2 volte il rischio di sviluppare DA.

Precedentemente Aronson aveva osservato una correlazione significativa tra coronaropatia e DA. Inoltre l'espressione clinica di malattia tipica della DA può essere amplificata dalla malattia cerebrovascolare.

Famoso a questo proposito è il "Nun Study" in cui gli autori osservarono che, a parità di gravità di lesioni neurodegenerative riscontrate all'esame autoptico, le performances cognitive in vita dei soggetti considerati erano significativamente peggiori laddove coesistevano anche lesioni infartuali cerebrali.

Numerosi studi trasversali hanno affrontato la relazione tra funzioni cognitive e IA, ma con risultati spesso discordanti. Infatti, mentre in alcuni studi fu osservata una correlazione negativa tra pressione arteriosa sistolica (PAS), pressione arteriosa

diastolica (PAD), o PAS e PAD e decadimento cognitivo, in altri studi non fu riscontrata alcuna correlazione o addirittura una correlazione inversa.

In parte la variabilità dei risultati è da imputarsi ai differenti metodi di selezione della popolazione e agli strumenti di valutazione neuropsicologica.

Deve anche essere ricordato che gli studi trasversali, non essendo in grado di stabilire una relazione temporale tra le variabili per le quali si cerca l'associazione, non consentono per propria natura di definire in modo conclusivo un rapporto causa-effetto.

Infine non può essere esclusa la possibilità che trattamenti farmacologici di varia natura e posologia abbiano influenzato i risultati.

Una chiave interpretativa più unitaria nella complessa relazione tra funzioni cognitive e IA ci viene fornita dagli studi longitudinali di lunga durata, essendo questi privi dei molti limiti degli studi trasversali.

Uno dei primi fu basato sui dati della coorte di Framingham.

In questo studio i soggetti reclutati avevano un'età compresa tra i 55 e gli 88 anni; tutti erano ipertesi nonostante molti di essi (88%), al termine dello studio, risulteranno non aver assunto trattamento farmacologico per IA. Il disegno prevedeva periodiche visite di controllo (5 nell'arco di un periodo di 8 anni), mentre la valutazione delle funzioni cognitive veniva effettuata a distanza di 15-20 anni dall'arruolamento.

Lo studio dimostrò che non solo il riscontro di valori elevati di PAS e PAD alla baseline, ma anche la persistenza di valori di PA elevati nelle visite di followup aumentavano in modo significativo il rischio di decadimento cognitivo.

Risultati simili furono osservati anche nell'Honolulu-Asia Aging Study, in cui valori di PAS > 160 mmHg o di PAD > 90 mmHg risultarono predittivi di declino cognitivo (in particolare di DA) ad un follow-up effettuato circa 25 anni dopo, e nel Western Collaborative studi in cui Swan dimostrò che la presenza di IA si associava a peggiori performances nei test di memoria verbale.

In un altro studio Swan dimostrò anche che valori elevati di PAS in età adulta si associavano non solo a peggiori performances cognitive (velocità psicomotoria e fluency verbale), ma anche ad un maggior grado di atrofia cerebrale ed iperintensità della sostanza bianca alla risonanza magnetica.

Recentemente anche un lavoro di Korf, sempre facente parte dell'Honolulu Asia Aging Study ha confermato una stretta relazione tra valori pressori in età adulta e atrofia cerebrale.

Di notevole importanza è il contributo fornito dallo studio condotto da Skoog et al. alcuni anni fa a Göteborg.

Si proponeva di analizzare la relazione tra valori di PA e demenza in una popolazione di soggetti anziani (70 anni di media) senza decadimento cognitivo.

Mediante osservazioni ad intervalli regolari, per un periodo complessivo di 15 anni, gli autori poterono dimostrare che valori elevati di PAS e PAD alla baseline si associavano ad un rischio significativo di sviluppare demenza a 79-85 anni e che negli anni immediatamente precedenti la comparsa di demenza i valori di PA tendevano paradossalmente a ridursi. Il fenomeno era più evidente tra chi, all'interno di coloro che ammalavano di demenza, avrebbe sviluppato DA. I risultati di questo studio aprirono un vivace dibattito in ambito scientifico.

Una delle interpretazioni proposte fu che la riduzione dei valori pressori dovesse essere messa in relazione ad una riduzione dell'attività fisica che si verificava in questi soggetti nelle fasi precedenti la comparsa di demenza.

Alternativamente vi fu chi interpretò il fenomeno come il risultato di processi neurodegenerativi interessanti le aree corticali deputate ai meccanismi di regolazione pressoria, suggerendo pertanto che il danno cerebrale preceda la comparsa di ipotensione e non, viceversa, che i bassi valori di PA precedano e quindi inducano la comparsa di declino cognitivo.

Va tuttavia precisato che i risultati del presente studio e di studi successivi che confermarono quelli di Skoog non consentono di escludere aprioristicamente ed in modo definitivo che meccanismi di tipo ipoperfusorio cerebrale dovuti a cause di varia natura possano essere coinvolti nel meccanismo fisiopatogenetico che induce declino cognitivo.

Mentre gli studi del paragrafo precedente hanno descritto condizioni nelle quali il decadimento cognitivo si verifica a partire da una condizione di IA, in questo paragrafo verrà preso in considerazione il rapporto tra decadimento cognitivo e bassi valori pressori.

Gli studi EPESE (Established Populations for the Epidemiological Study of the Elderly) e HDPF (Hypertension Detection and Follow-up Program) reclutarono più di 2.000 soggetti con età compresa tra i 65 ed i 102 anni sottoponendoli a test di screening per la valutazione dello stato mentale (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) e ad un test di memoria (East Boston Memory Test) sia alla baseline che a 3 e 6 anni. La pressione arteriosa venne invece misurata soltanto una volta alla baseline.

Lo studio dimostrò che la relazione tra PA e declino cognitivo non è di tipo lineare (ad un incremento dei valori pressori non corrispondeva cioè un proporzionale declino delle performances cognitive), bensì è a forma di “U”; in altri termini sulla base di questi dati gli autori poterono concludere che sia valori superiori che inferiori rispetto a quelli individuati come normali (130-139 mm Hg per la PAS e 70-79 mmHg per la PAD) si associavano ad un maggior numero di errori nei test e dunque ad un maggior rischio di decadimento cognitivo.

Sostanzialmente concordanti con questi risultati sono quelli di altri studi, tra i quali vale la pena di segnalare il Bronx Aging Study (488 volontari con età > 75 anni, cognitivamente integri, seguiti con un follow-up medio di 6,7 anni) e lo studio di Guo et al. (1.810 soggetti con età compresa tra i 75 e 100 anni) che confermavano un rischio più elevato di decadimento cognitivo doppio in soggetti con bassi valori di PAD.

Non tutti i soggetti affetti da IA sviluppano invariabilmente decadimento cognitivo o demenza e, come è stato già accennato, possono essere necessari un numero di anni estremamente variabile perché il fenomeno si renda evidente.

Ciò ha suggerito che anche altri meccanismi, non necessariamente dipendenti dai valori assoluti di PA possano essere coinvolti nel determinismo del decadimento cognitivo.

Negli ultimi anni è stata messa a punto una metodica, nota come monitoraggio non invasivo della pressione arteriosa nelle 24 ore, che consente di predire in modo più affidabile di quanto non sia possibile con le misurazioni tradizionali mediante sfigmomanometro l'insorgenza di danni d'organo secondari ad IA.

Questi studi hanno anche dimostrato che esistono sostanzialmente due tipi di variabilità pressoria nelle 24 ore: la variabilità cosiddetta “circadiana”, che identifica la fluttuazione dei valori pressori nell'arco delle 24 ore, e la variabilità cosiddetta “infradiana” che invece identifica le fluttuazione dei valori pressori nell'arco di spazi temporali più brevi, solitamente orari.

Un numero crescente di evidenze scientifiche ha dimostrato che alterazioni di questi due tipi di variabilità si associano all'insorgenza di danni d'organo, quali ipertrofia ventricolare sx, stroke, lesioni cerebrovascolari silenti, retinopatia.

In particolare sia il mancato (no dipping e/o reverse dipping) che un eccessivo decremento (extreme dipping) dei valori pressori notturni sono associati ad una maggior severità di lesioni cerebrovascolari in soggetti anziani ipertesi.

Recentemente è anche stato dimostrato che un aumentata variabilità pressoria infradiana in soggetti senza decadimento cognitivo si associa a danni biologici cerebrali ed in particolare ad un maggior grado di atrofia della corteccia.

Ciò nonostante ancora pochi lavori scientifici hanno sino ad oggi cercato di chiarire se a seguito dei danni cerebrali indotti da un'alterazione della variabilità pressoria (circadiana o infradiana) si determini una riduzione delle performances cognitive o demenza.

Di seguito sono riportati i risultati dei principali studi che hanno affrontato questo tema.

In uno studio longitudinale (20 anni follow-up) condotto in Svezia su 999 anziani ultrasettantenni di sesso maschile, Kilander e colleghi riscontrarono un'associazione tra assenza di dipping notturno (alterazione della variabilità circadiana definita come calo < 10% dei valori pressori notturni rispetto ai valori diurni) e basse performances cognitive, misurate con il MMSE ed il *trail making test*.

In un altro studio su 99 soggetti residenti in nursing home o ricoverati in ospedale geriatrico, Ohya trovò risultati sostanzialmente simili, osservando un'associazione inversa tra valori di MMSE ed assenza di dipping notturno.

Al contrario altri studi non trovarono una relazione, o trovarono una correlazione tra decadimento cognitivo ed alterazione della variabilità infradiana ma non circadiana.

Numerosi fattori tra i quali i criteri di selezione della popolazione, il tempo di esposizione al rischio (IA) e differenti livelli di comorbilità possono spiegare la discrepanza dei risultati.

Pochissimi studi hanno valutato se un'alterazione della variabilità pressoria infradiana si associa a declino cognitivo.

Uno di questi, recentemente pubblicato sugli Archives of Internal Medicine, ha arruolato 34 pazienti con declino cognitivo lieve (non dementi) affetti da ipertensione

arteriosa di lunga durata in trattamento antipertensivo. I pazienti furono tutti sottoposti a monitoraggio non invasivo pressorio delle 24-h.

Quando nell'analisi statistica i pazienti furono suddivisi in 3 gruppi sulla base del MMSE score (1° gruppo con MMSE compreso tra 22 e 24/30; 2° gruppo con MMSE compreso tra 25 e 27/30; 3° gruppo con MMSE > 28/30), gli autori poterono osservare che un aumento della variabilità pressoria infradiana (misurata come somma delle deviazioni standard di tutti i valori di PAS e PAD nelle 24 ore) era associata a punteggi inferiori di MMSE.

Dati preliminari di Birkenhäger e collaboratori, riferiti a 446 soggetti arruolati nel Syst-Eur, sono totalmente in linea con i risultati del precedente studio.

Anche in quest'occasione i pazienti furono sottoposti a misurazioni tradizionali con sfigmomanometro della PA ed a monitoraggio non invasivo della PA delle 24 ore.

La variabilità pressoria fu misurata sia come deviazione standard dalle misure di PA ottenute con sfigmomanometro nel corso di 3 visite consecutive che come somma delle deviazioni standard di tutte le misurazioni pressorie sistoliche e diastoliche ottenute con monitoraggio non invasivo nelle 24 ore.

Sia nell'analisi univariata che in quella multivariata, un incremento della variabilità pressoria, misurata con entrambi i modi, si associava ad incremento del rischio di demenza.

Anche in questo caso, come per lo studio di Goteborg, è possibile ipotizzare che un danno dei meccanismi di regolazione pressoria possa precedere la comparsa di decadimento cognitivo.

La disregolazione pressoria potrebbe essere il risultato di lesioni corticali nelle aree prefrontali in grado a loro volta di indurre alterazioni di tipo neurodegenerativo attraverso meccanismi di lipoidiossi ed ispessimento delle pareti arteriolari.

Sono tuttavia necessari ulteriori studi per confermare quest'ipotesi.

Altri studi hanno valutato la variabilità pressoria in modi differenti.

Nell'Honolulu-Asia Aging Study la variabilità fu calcolata come instabilità dei valori pressori nel tempo.

La PA fu rilevata alla baseline e in misurazioni successive ottenute tra il 1965 ed il 1993 con metodiche tradizionali (sfigmomanometro).

Anche in questo caso (575 soggetti reclutati con età media di 82 anni alla fine dell'osservazione) gli autori notarono una stretta correlazione tra variabilità dei valori di PAS (rilevata attraverso misurazioni ripetute nel tempo) e performances cognitive.

È interessante infine osservare che anche una disregolazione posturale può essere associata a peggiori performances cognitive.

In una popolazione di 334 soggetti anziani viventi al proprio domicilio, Matsubayashi e colleghi hanno infatti dimostrato che una disregolazione della pressione posturale (misurata come differenza dei valori pressori  $> 0 <$  di 20 mm Hg nel passaggio dalla posizione supina a quella eretta) correlava con peggiori performances al MMSE ed a altri test di valutazione delle abilità visuo-spaziali.

L'efficacia del trattamento antipertensivo in termini di prevenzione di decadimento cognitivo è un argomento estremamente interessante per gli studiosi che continua ad arricchirsi di nuove acquisizioni.

Prendendo spunto principalmente dai risultati degli studi che dimostravano un'efficacia della terapia antipertensiva nella prevenzione dello stroke, numerosi altri studi si prefissero di verificare se la terapia antipertensiva avesse un effetto anche sul decadimento cognitivo.

L'Epidemiology of Vascular Aging Study, recentemente conclusosi, durò 4 anni e reclutò 167 soggetti ipertesi (di cui 81 in trattamento antipertensivo) con età compresa tra i 59 ed i 74 anni.

Al termine dello studio, gli autori osservarono un'associazione negativa tra livelli di PAS e funzioni cognitive (misurate con il Mini Mental State Examination, MMSE), con un rischio relativo di declino cognitivo circa quattro volte maggiore nei soggetti non trattati farmacologicamente.

Precedentemente Guo e colleghi (nell'ambito del Kungsholmen project) avevano trovato risultati simili, suggerendo un potenziale effetto preventivo dei diuretici sul decadimento cognitivo ma riconoscendo che i risultati dello studio potevano risentire di vizi metodologici, quali la mancanza di accurate informazioni sulla durata del trattamento antipertensivo e sulla concomitanza di malattie cardiovascolari (stroke e cardiopatia ischemica).

Alcuni studi epidemiologici di ampie dimensioni sono stati condotti specificamente con lo scopo di esplorare un potenziale effetto preventivo del trattamento antipertensivo sul declino cognitivo.

Lo SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Project) fu uno di questi.

Una decina di anni orsono i risultati di questo trial fecero molto scalpore, perché smentivano l'ipotesi di un effetto benefico della terapia antipertensiva ed anzi supportavano l'idea che fosse dannoso abbassare la pressione arteriosa oltre una certa soglia. In realtà lo studio soffriva di numerosi vizi metodologici, sia in termini di progettazione che di analisi, così da rendere poco attendibili i risultati.

Il MRC (Medical Research Council), altro grande trial di intervento, dimostrò l'infondatezza di questi timori.

Lo studio reclutò più di 4.000 soggetti anziani con ipertensione sisto- diastolica, randomizzandoli a trattamento farmacologico con diuretico, beta-bloccante o placebo per un periodo di 54 mesi.

Al termine del follow-up gli autori non evidenziarono differenze significative nelle performances cognitive tra i soggetti che avevano ricevuto il trattamento antipertensivo ed i controlli, ma fu comunque possibile dimostrare una efficacia certa della terapia nel ridurre gli eventi cardiovascolari.

Più recentemente lo studio Syst-Eur reclutò oltre 2400 soggetti anziani con ipertensione sistolica isolata (PAS  $\geq$  160 mmHg, PAD  $\leq$  90 mmHg) effettuando valutazioni relative allo stato cognitivo ed al trattamento antipertensivo per un periodo di 2 anni (il trial è stato terminato prematuramente per una chiara superiorità del trattamento antipertensivo vs placebo nel prevenire eventi cerebrovascolari acuti).

Al termine del follow-up fu possibile stimare una riduzione del rischio di demenza pari al 50% nei soggetti trattati farmacologicamente (da 7,7 a 3,8 per 1.000 osservazioni-paziente anno).

Infine lo studio PROGRESS (Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study), studio randomizzato, doppio-cieco, controllato verso placebo, reclutò oltre 6.000 soggetti con anamnesi positiva per stroke o attacco ischemico transitorio (TIA).

La misura di outcome principale fu la comparsa di demenza (utilizzando i criteri del DSM-IV) e/o decadimento cognitivo (declino di 3 punti o più al MMSE).

Dopo un follow-up di 3,9 anni in media, fu riscontrata demenza in 193 (6,3%) dei 3.051 soggetti randomizzati a trattamento farmacologico ed in 217 (7,1%) dei 3.054 randomizzati a placebo con una riduzione del rischio relativo pari al 12% a favore del primo gruppo.

Il declino cognitivo si verificò nel 9,1% del gruppo trattato e nell'11% nel gruppo placebo con una riduzione del rischio relativo del 19%, mentre il rischio di decadimento cognitivo o demenza dovuti a eventi cerebrovascolari (stroke o TIA) venivano ridotti rispettivamente del 34% e del 45%.

Seppur con qualche riserva (lo studio fu criticato perché non fu rilevato un effetto protettivo della terapia nei soggetti che avevano sviluppato decadimento cognitivo non dovuto ad eventi cerebrovascolari), il PROGRESS confermò i benefici del trattamento antipertensivo.

Sulla base di questi dati si può concludere che il trattamento antipertensivo svolge un effetto protettivo nei confronti del decadimento cognitivo e della demenza.

Per tale motivo esso deve essere consigliato soprattutto in età adulta allo scopo di prevenire non soltanto eventi cerebrovascolari o cardiovascolari, ma anche per il decadimento cognitivo e la demenza. Restano tuttavia aperti una serie di problemi.

Innanzitutto non è chiaro fino a quale età debba essere trattata l'ipertensione se è vero che le evidenze scientifiche di cui disponiamo si riferiscono soltanto a soggetti con età inferiore agli 80 anni.

Inoltre non conosciamo i target pressori di riferimento. In questo senso ha fatto molto discutere uno studio di Qiu et al. che hanno dimostrato che il rischio di DA osservato in associazione a valori molto bassi di PAD (66 mmHg) è tale soltanto in chi effettua un concomitante trattamento antipertensivo.

Infine, non è ancora possibile, allo stato attuale, chiarito se l'effetto della terapia antipertensiva nella prevenzione delle demenze vascolare e neurodegenerativa sia un effetto diretto o mediato dalla prevenzione degli eventi cerebrovascolari. L'argomento è estremamente affascinante e si arricchisce costantemente di nuove acquisizioni; ad esempio, ulteriori chiarimenti sono attesi dai risultati dello SCOPE trial (Study on Cognition and Prognosis in the Elderly) attualmente in corso.

La prevenzione del decadimento cognitivo e della demenza rappresenta una delle grandi sfide della medicina contemporanea.

L'ipertensione arteriosa, che fino a pochi anni orsono era ritenuta un fattore di rischio soltanto per la DV, è invece oggi salita alla ribalta come fattore di rischio anche per la DA che, come è noto, rappresenta la forma di demenza di gran lunga prevalente negli ultrasessantenni, arrivando ad interessare circa 20 milioni di individui nel mondo e più di 600.000 in Italia.

Ciò apre per il futuro nuove prospettive sia per quanto concerne la comprensione dei meccanismi etiopatogenetici nell'associazione tra IA e demenza, sia per quanto concerne i possibili interventi di cura e prevenzione. Siamo soltanto all'inizio di un percorso lungo e tortuoso che è però anche estremamente affascinante ed avvincente.

I grandi studi longitudinali che hanno dibattuto i temi dell'associazione tra IA in età adulta e demenza, i trials progettati per verificare se la terapia antipertensiva sia efficace nella prevenzione del decadimento cognitivo, così come gli studi che stanno nascendo per testare una possibile associazione tra variabilità pressoria e demenza costituiscono oggi le prime acquisizioni su cui fondare la ricerca degli anni futuri. È una sfida difficile ma non impossibile.

### **COGNITIVE BEHAVIOURAL ASSESSMENT forma ospedaliera, (CBA-H)**

Le Scale CBA sono test di autovalutazione e autodescrizione soggettiva, che esplorano cognizioni e mirano all'approfondimento puntuale e allo studio analitico del singolo paziente.

Esse vengono utilizzate nell'ambito di un approccio complessivo multidimensionale: sia attraverso batterie di test strutturate gerarchicamente per approfondimenti successivi (Scale primarie e Scale secondarie) sia attraverso l'integrazione dei dati acquisiti con informazioni e misurazioni provenienti da diversi piani, come quelli dell'osservazione diretta, della registrazione del comportamento manifesto, dell'analisi delle risposte psicofisiologiche. Viene ampiamente illustrato anche CBA forma Hospital, sviluppato al fine di consentire una più agile valutazione psicodiagnostica in presenza di molteplici patologie e problematiche ospedaliere. Infine, con CBA-SPORT, rivolto ad atleti professionisti e sportivi che praticano un'attività dilettantistica e amatoriale, l'indagine viene estesa ai processi di autorappresentazione.

La CBA-2.0 ha avuto una ragguardevole diffusione in ambito ospedaliero. La batteria, in tale ambito, è particolarmente apprezzata in quanto offre la possibilità di distinguere

stati emozionali e modificazioni comportamentali connesse all'impatto con la recente ospedalizzazione (o riconoscimento di malattia) rispetto a preesistenti caratteristiche del soggetto e a modalità emozionali e comportamentali meno transitorie e meno situazionali (A.M. Zotti, G. Ambroso *et al.*, 1989; O. Bettinardi, A.M. Zotti, 1995).

La forma H (*H=Hospital*) è stata sviluppata al fine di potenziare ulteriormente questa possibilità e al fine di consentire l'utilizzo della batteria con molteplici patologie e problematiche ospedaliere, che però esigono modalità più agili, auto motivanti e contestualizzate.

La forma H risulta più breve e semplice della forma originale CBA-2.0, è composta di 147 item brevi e semplici, il sistema di risposta è del tipo VERO/FALSO per tutte le sezioni del test.

Le domande sono organizzate in 4 schede:

1. è riferita al momento attuale (ad es. ricovero) e indaga lo stato emotivo, reazioni d'ansia e di depressione, paure attinenti la salute, apprensioni nei confronti del personale sanitario, preoccupazioni connesse a scarsa informazione;
2. esamina, in riferimento ai mesi immediatamente precedenti, lo stato emotivo, (eventuali) disturbi psicofisiologici, percezioni e manifestazioni di stress, eventi e modalità comportamentali significative;
3. si riferisce a un più ampio arco di vita e analizza caratteristiche tendenzialmente stabili, tra le quali introversione/estroversione, stabilità/instabilità emozionale, tratti d'ansia, stile interpersonale, ostilità e rigidità sociale, irritabilità e impazienza, coinvolgimento con il lavoro;
4. raccoglie informazioni più di carattere biografico, come elementi di supporto sociale, relazioni affettive e sessuali, lutti ed eventi stressanti, soddisfazione e tipologia lavorativa, abitudini alimentari, sonno, attività fisica e sedentarietà, uso di alcolici, abitudine al fumo.

Dallo scoring delle risposte si ricavano cinquanta variabili circa che a loro volta producono pattern critici, utili per l'interpretazione del protocollo e per la definizione degli eventuali approfondimenti.

## **MINI MENTAL STATE EXAMINATION**

Mini-Mental State Examination (MMSE) è un test di screening ideato per rilevare il deterioramento cognitivo, valutarne quantitativamente la severità e documentarne le modificazioni nel tempo.

E' costituito da 12 item tramite i quali vengono esplorate, con 22 prove in parte verbali e in parte di performance, 7 funzioni cognitive:

- **ORIENTAMENTO TEMPORALE;**
- **ORIENTAMENTO SPAZIALE;**
- **MEMORIA IMMEDIATA** (registrazione di tre parole);
- **ATTENZIONE E CALCOLO** (serie di "7", scansione di parola al contrario);
- **MEMORIA DI RICHIAMO** (rievocazione delle tre parole);
- **LINGUAGGIO** (denominazione, ripetizione, comprensione e esecuzione di comandi orali e scritti, capacità di scrivere una frase);
- **PRASSIA VISUOCOSTRUTTIVA** (copia di pentagoni).

Il MMSE è una scala largamente diffusa in ambito clinico, è utilizzabile da medici o da altro personale dopo breve addestramento ed è di rapido impiego; la sua somministrazione richiede un tempo variabile da 5 a 15 minuti e tale brevità lo rende meno impegnativo per le risorse attentive del soggetto, rispetto ad una batteria completa di test neuropsicologici, così da poter essere utilizzato anche nelle fasi avanzate della demenza.

I punteggi ai test comunque, non permettono da soli di stabilire una diagnosi di demenza né di determinarne l'eziologia; pertanto il MMSE dovrebbe essere utilizzato come strumento in grado di suggerire, in caso di punteggi bassi, il ricorso a ulteriori approfondimenti. Inoltre, non consentendo una valutazione completa delle funzioni cognitive, non è sufficientemente sensibile alle fasi iniziali della demenza (specificità del 96% e sensibilità del 63%) ovvero tende a sottostimare tali casi.

Il contenuto del MMSE è altamente verbale, mancando item sufficienti per misurare adeguatamente le capacità visuospatiali e/o visuocostruttive. Perciò la sua utilità nel cogliere alcuni tipi di danni cognitivi, come quelli causati da lesioni focali particolarmente dell'emisfero destro, è incerta.

Il punteggio totale, dato dalla somma delle risposte corrette che il soggetto ha ottenuto in ciascun item, può andare da un minimo di 0 (massimo deficit cognitivo) ad un massimo di 30 (assenza di deficit cognitivo).

Il punteggio soglia ai fini della diagnosi di disturbi dell'efficienza intellettiva è 23 e la maggior parte delle persone anziane non dementi ottiene punteggi superiori a tale soglia. In un ampio studio di revisione del MMSE sono stati proposti tre cut –score:

- 24 – 30 ASSENZA DI DECADIMENTO COGNITIVO;
- 18 – 23 DECADIMENTO COGNITIVO da LIEVE a MODERATO;
- 0 – 17 DECADIMENTO COGNITIVO GRAVE;

pari rispettivamente a: 80 – 100%; 60 – 80%; 0 – 60% delle capacità cognitive integre. Studi longitudinali, che hanno utilizzato intervalli test-retest variabili da un mese a tre anni, mostrano che i punteggi al MMSE di soggetti dementi, la maggior parte dei quali affetti da Malattia di Alzheimer, declinano in modo significativo nel tempo, presentando un tasso di decremento annuo medio che varia generalmente tra 1.8 e 4.2 punti, espressione di elevata variabilità interindividuale. Questo dato è un utile indice del decorso della malattia e dell'eventuale risposta al trattamento.

Fattori come l'età, il grado di scolarità e il livello culturale del soggetto, contribuiscono significativamente alle variazioni dei punteggi attesi nella popolazione normale. Sono disponibili a questo scopo, correzioni validate per età e scolarità su un campione casuale di persone anziane della popolazione italiana.

## DEPRESSIONE, DISFORIA

La depressione è un'esperienza affettiva universale, connaturata all'essere umano (si è arrivati ad affermare: finché non si è provato ad essere depressi non si è davvero uomo). Rappresenta una delle modalità affettive con cui l'uomo si relaziona col mondo e permette all'uomo di superare le frustrazioni, le delusioni e le perdite. Ogni cambiamento, in quanto tale, è perdita di qualche cosa di noto e avventura dell'ignoto e quindi comporta sentimenti di depressione per la perdita e di ansia per l'ignoto. Vivere significa affrontare continuamente cambiamenti e quindi è sempre presente il rischio di passare dalla depressione fisiologica alla depressione patologica.

La depressione ondeggia tra normalità e patologia: può essere infatti lutto (normale reazione alla perdita di una persona cara oppure una grave frustrazione) o malattia (si differenzia dal lutto soprattutto per durata, per quantità e per sproporzione rispetto alla causa scatenante). Il lutto permette, con il suo lavoro, di sciogliere il legame con la persona (o ideale) persa, che diventa un dolce ricordo e permette il recupero di nuovi rapporti affettivi e di nuovi investimenti nella realtà.

Il lavoro del lutto coincide con una depressione, in cui l'oggetto d'amore perduto è tenuto in vita dentro di noi, ma il principio di realtà prende il sopravvento e si è di nuovo capaci di guardare avanti. Quando però i sintomi depressivi non hanno un evento scatenante o persistono per troppo tempo, c'è perdita di autostima, il senso del tempo e dello spazio cambia e c'è la percezione dell'impossibilità di uscire dalla situazione, allora si entra nella patologia.

La malattia è conosciuta fin dall'antichità e fin dall'antichità è descritta come un'anomalia rispetto alla normalità: un insieme di comportamenti o modulazioni affettive che ora definiremmo depressione.

Forse la prima descrizione di depressione è quella che Omero fa di Bellerofonte nell'Iliade: ...ma quando viene in odio agli Dei, Bellerofonte solo e consunto di tristezza errava pel campo acheio l'infelice e l'orme dei viventi fuggia con l'abbandono degli Dei si spegne il coraggio e la forza di vivere ed è il vuoto assoluto, la tristezza divorante in cui l'eroe si dibatte e si logora.

Gli artisti prima e meglio degli altri sono riusciti a cogliere ed a rappresentare le sofferenze e le inquietudini dell'uomo e le loro descrizioni sono state esemplificative della depressione.

- Plutarco, descrivendo il Re Antioco, innamorato della giovane matrigna: ...ogni minimo malessere è ingrandito dagli spettri pensosi della sua ansietà, guarda se stesso come un uomo che gli Dei odiano, il medico o l'amico consolatore vengono allontanati, siede fuori dalla porta avvolto in stracci. Di tanto in tanto si trascina nello sporco e confessa questo o quel peccato. Vegli o dorma è inseguito dagli spettri della sua angoscia, sveglio non fa uso della ragione, addormentato non ha tregua delle sue paure. In nessun luogo trova scampo dai terrori immaginari.
- Seneca, nel De Tranquillitate Animi rispondendo a Quinto Sereno: Il male che ci tormenta non è nel luogo in cui ci troviamo, ma è in noi stessi. Noi siamo senza forze per sopportare una qualsiasi contrarietà, incapaci di tollerare il dolore, impotenti a gioire delle cose piacevoli, sempre scontenti di noi stessi.
- Petrarca, nel Secretum: ...tutto è aspro, cupo, orrendo: la disperazione trasforma il giorno in notte d'inferno e costringe a nutrirci di lacrime e di dolore con un non so che di una voluttà tanto che a malincuore se ne distoglie.

Si citano anche l'opera di Durer, la Melanconia che esemplifica il dolore paralizzante del depresso e Il Grido di Munch che comunica la squassante angoscia del depresso.

Nei secoli si è parlato di melanconia poi di depressione endogena o maggiore, di depressione reattiva o disturbo distimico o nevrosi depressiva, di depressione cronica, di depressione mascherata, di depressione senile, di depressione organica ed infine di depressione atipica, di valenze ciclotimiche o bipolari.

La malinconia o depressione endogena o maggiore (Freud): Profondo e doloroso scoramento, un venir meno all'interesse per il mondo esterno, perdita delle capacità di amare, inibizione di fronte a qualsiasi attività, avvilitamento del sentimento di sé che si esprime in autorimprovero o auto ingiurie e culmina in un grandioso senso di colpa con l'attesa delirante di una punizione.

Depressione reattiva (Breuler): attenuatasi la dolorosa disperazione sulla propria disgrazia, riasciugate le lacrime, quando il peggio sembra superato, lo sventurato si ritrova come impietrito, non ha più gli interessi di prima, niente più lo può rallegrare e avvicinare, i familiari gli sono indifferenti la vita ha perduto ogni attrazione, le percezioni hanno perso rilievo e plasticità.

Depressione cronica o depressione residua Permangono con minor gravità i sintomi della fase acuta soprattutto il ritiro sociale, l'apatia, la scontentezza, il pessimismo.

Il paziente non riesce a superare la perdita dell'oggetto, che continua a cercare ed a rimpiangere, rimproverando di continuo le persone con le quali entra in relazione, di non essere all'altezza dell'oggetto perduto o non raggiunto.

Depressione mascherata: Prevale il disturbo somatico sui sintomi psichici.

Depressione senile: Possono essere presenti inquinamenti paranoidei, ipocondria marcata, a volte confusione. Alcuni quadri devono essere differenziati dalla demenza.

Depressione organica: E' quella secondaria all'assunzione di alcuni farmaci (ad esempio roserpina) di allucinogeni o ad alcune patologie (malattie infettive, calcinoma del pancreas, ipotiroidismo).

Si ritiene ora che non si debba parlare di malattie diverse e separate, ma di un continuum tra una forma e l'altra che varia a seconda della struttura di personalità, dei casi della vita, delle vicende personali e relazionali vissute nell'infanzia o, con un altro approccio, della qualità e quantità del deficit dei neuro-trasmettitori.

La chiave della depressione è la perdita di un affetto. Il depresso sente se stesso, la propria vita, la realtà circostante secondo una trasformazione peggiorativa che colora tutto di qualità spiacevoli e dolorose. L'esistenza del depresso si svuota di significato e di interesse, è vissuta nella solitudine, la morte è vista come liberatrice. Cambia il modo di essere nel mondo, soprattutto nei parametri del tempo e dello spazio. C'è la paralisi del divenire, il peso del passato si dilata, pochi atti del passato connotano tutta la storia personale e si caricano di negatività, il passato non ha più esperienze piacevoli, la nostalgia è dolorosa, il futuro inaccessibile, sbarrato, non c'è più progettualità, il presente si contrae, diventa imm modificabile.

Lo spazio è ristretto, angusto, chiuso, immobile, vuoto, gli oggetti diventano irraggiungibili: mi sento lontano dentro.

La definizione scientifica oggi generalmente accettata è quella fornita dall'"American Psychiatric Association nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: il DSM IV dell'Episodio Depressivo Maggiore.

Episodio Depressivo maggiore: 5 o più dei seguenti sintomi devono essere presenti durante lo stesso periodo di due settimane e rappresentare un cambiamento rispetto alla funzionalità precedente; almeno uno dei sintomi deve essere l'umore depresso o la perdita di interesse o di piacere.

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come indicato sia da un'osservazione soggettiva (sentirsi tristi o vuoti), sia osservato da altri (apparire piangente) N.B.: In bambini o adolescenti può essere osservata irritabilità.
- Marcata perdita di interesse o di piacere in tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come indicato sia da un'osservazione soggettiva, sia osservato da altri).
- Significativa perdita di peso (quando non a dieta) o aumento di peso (per esempio un cambiamento di più del 5% di peso corporeo in un mese), o diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno N.B.: In bambini considerare anche il mancato aumento ponderale atteso.
- Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno.
- Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile da altri, non sensazioni meramente soggettive di incapacità di rimanere fermo o di essere rallentati).
- Perdita di energia o stanchezza quasi ogni giorno.
- Sentimenti di mancanza di valore o di colpa eccessiva o inappropriata (che può essere delusionale) quasi ogni giorno (non meramente auto-punitivi o sul fatto di essere malati).
- Diminuita capacità di riflettere e concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (sia sensazioni soggettive, sia osservabili da altri).
- Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrenti ideazioni di suicidio senza un piano specifico o tentativi di suicidio o piani specifici di suicidio.
  1. I sintomi non devono rientrare nei criteri definiti per un episodio misto.
  2. I sintomi causano un disagio clinicamente significativo o senso di inferiorità nella vita sociale, nel lavoro e in altre aree importanti.
  3. I sintomi non devono essere dovuti a effetti psicologici di una sostanza (ad esempio un medicamento, una droga) o a una condizione patologica generale (per esempio ipertiroidismo).
  4. I sintomi non sono considerati per un lutto, ad esempio la perdita di una persona cara, i sintomi persistono per un periodo più lungo di due mesi o sono caratterizzati da una marcata incapacità funzionale, preoccupazione

morbosa con senso di mancanza di valore, ideazione suicida, sintomi psicotici o ritardi psicomotori.

Come si vede nella definizione del DSM IV, i sintomi psichici, psicomotori e psicosomatici che in misura maggiore o minore sono presenti nella depressione sono:

- Psichici: tristezza, disperazione, indifferenza, non provare sensazioni, vuoto interno, apatia indecisione, inibizione, diminuita capacità attentiva e mnemonica, pessimismo, idea di morte, idee di rovina, auto-svalutazione, indegnità, senso di colpa.
- Psicomotori: rallentamento, ipomimia irrequietezza.
- Psicosomatici: insonnia e ipersonnia, senso di tensione, diminuzione di forze, vertigini, ipotensione, dispnea, stipsi, colite, perdita di appetito, perdita di peso, senso di freddo, cardiopalmo, dolori diffusi.

Chiarire la definizione di depressione è presupposto indispensabile per una sua diagnosi.

Oltre la diagnosi si desidera sottolineare tuttavia che il momento diagnostico non può essere quello conclusivo nel rapporto con il paziente.

Al di là della diagnosi, che aiuta il medico ad una corretta prescrizione del farmaco o della terapia psichiatrica, è indispensabile che si crei una buona relazione tra il medico ed il paziente : non bisogna mai prescindere dalla relazione che permette di capire il senso e la profondità della sofferenza.

Il medico dovrà riuscire ad accettare di soffrire con il paziente , a condividere quel senso di vuoto e quella paralizzante aggressività che in maniera diversa sono sempre presenti nella relazione con il depresso. Compito del medico sarà anche informare i familiari che il depresso non ha un deficit di volontà, non soffre perché vuole soffrire, non lavora perché non vuole lavorare, ma perché non riesce a non soffrire e non ce la fa proprio a lavorare. Non basta la pacca sulla spalla ed il richiamo a reagire ed a confrontarsi con le proprie responsabilità: questo atteggiamento, serve a volte solo ulteriormente a colpevolizzarlo.

Il depresso va rispettato, tanto profondamente quanto profonda è la sua sofferenza; va a volte ripreso anche con fermezza e richiamato alla realtà delle cose, ma sempre con l'intenzione di aiutarlo a curarsi, con la piena consapevolezza che oggi è pienamente possibile, grazie ai farmaci e a consolidati approcci psicoterapici, guarire o migliorare o quanto meno, recuperare una migliore qualità di vita.

Uno scrittore contemporaneo Paulo Coelho, che ha vissuto tre anni in un manicomio, ci trasmette come a volte l'esperienza depressiva, anche quella più cupa e più folle, può comunque essere un'occasione maturativa e rappresentare un tunnel buio, cupo e doloroso che si apre in una grande prateria di libertà e di speranza. In Veronica decido di morire, Veronica attraverso relazioni significative, dalla consapevolezza della morte arriva sorprendentemente alla consapevolezza della vita, fino alla consapevolezza della capacità di vivere ogni giorno come un miracolo, come una entusiasmante scoperta, contraddicendo Ungaretti quando recita la morte si sconta vivendo.

### **BECK DEPRESSION INVENTORY, (BDI)**

La prima pubblicazione del BDI risale al 1967 ed è presentata nel volume di Aaron Beck intitolato *Depression: Causes and treatment*. La seconda versione risale invece al 1979 ed è contenuta nel volume *Cognitive therapy of depression*.

La prima traduzione italiana del test risale al 1978 ed è stata curata da Scillico. L'origine del test nasce dall'esigenza di realizzare uno strumento volto a misurare l'intensità della depressione. Secondo l'autore la depressione è determinata da un modo di pensare viziato da una generale propensione a interpretare gli eventi in modo negativo. Le modificazioni del tono dell'umore sono quindi secondarie a quelle che Beck definisce "distorsioni cognitive".Quest'ultime sono qui di seguito brevemente descritte:

- L'inferenza arbitraria è una conclusione tratta in assenza di prove sufficienti.
- L'estrapolazione selettiva è una conclusione tratta in base a uno solo degli elementi che contribuiscono a determinare una situazione.
- L'ipergeneralizzazione è una conclusione tratta in base ad un unico evento.
- L'amplificazione e la minimizzazione portano il soggetto depresso a valutare in modo esagerato la propria prestazione.

Gli schemi negativi e le distorsioni cognitive portano a quella che Beck definisce "triade negativa", una visione negativa di sé del mondo e del futuro.

A partire da queste elaborazioni teoriche l'autore arriva a definire un raggruppamento nosografico della sindrome depressiva. Tale raggruppamento è formato da 21 aree d'indagine, che corrispondono rispettivamente ai 21 item di cui si compone il BDI.

Gli aspetti indagati dal test sono: tristezza, pessimismo, senso di fallimento, insoddisfazione, senso di colpa, aspettativa di punizione, delusione verso sé stessi, autoaccusa, idee suicide, pianto, irritabilità, indecisione, dubbio, ritiro sociale, svalutazione della propria immagine corporea, calo dell'efficienza lavorativa, disturbo del sonno, faticabilità, calo dell'appetito, calo ponderale, preoccupazioni somatiche, calo della libido.

Gli item compresi tra la domanda numero uno e la domanda numero tredici confluiscono nella subscale cognitivo-affettiva, i restanti item sono invece raggruppati nella subscale dei sintomi somatici e prestazionali.

Il paziente ha la possibilità di scegliere tra quattro risposte alternative secondo gradi di gravità crescente. Questa soluzione è resa necessaria dallo scopo del test che abbiamo detto essere quello di misurare l'intensità della depressione esperita dal paziente con particolare riferimento all'ultima settimana.

Il calcolo del punteggio richiede l'esecuzione di una semplice addizione, in quanto non è necessaria la standardizzazione dei valori grezzi.

Il punteggio complessivo del test è un indice di stato in quanto al soggetto si chiede, nel dare le risposte, di fare riferimento a come si è sentito nell'ultima settimana.

Per questa sua caratteristica, il BDI risulta particolarmente utile nel monitoraggio delle variazioni dell'intensità della depressione nel tempo. A seguito della pubblicazione del DSM IV è stata redatta una seconda versione del BDI dove molti item sono stati modificati o cambiati del tutto. Inoltre il punteggio di allarme clinico non corrisponde più al valore sedici ma a diciassette. Il BDI-II (Beck, 1996) presenta una elevata corrispondenza con la versione precedente, e rispetto a questa risulta ancora più sensibile, in quanto i valori di riferimento sono meglio discriminativi.

## **DS 14, DENOLLET, SYS, & BRUTSAERT**

Nonostante negli ultimi anni si sia verificata una notevole diminuzione di morbilità e mortalità, grazie anche al miglioramento nella diagnostica e nella cura, le malattie cardiovascolari rimangono la causa principale di morte nelle popolazioni occidentali.

Si è dimostrato che fattori psicosociali, come, ad esempio, la depressione, giocano un ruolo negativo nella prognosi delle malattie cardiovascolari; tuttavia, i fattori legati alla personalità, a causa dei risultati a volte contraddittori delle ricerche sul Tipo A (Type A behaviour pattern), sono stati trascurati.

Questa rassegna sulla personalità di Tipo D mette in luce l'importanza dell'inclusione dei fattori di personalità nella ricerca e nella pratica clinica, poichè la personalità può essere un importante fattore esplicativo di differenze individuali in molteplici esiti clinici.

La personalità di Tipo D è una combinazione di 2 dimensioni: affettività negativa (tendenza a esperire emozioni negative nel tempo e in diverse situazioni) e inibizione sociale (tendenza a inibire emozioni e comportamenti nelle interazioni sociali). La personalità di Tipo D è stata associata a un aumento di depressione, spossatezza cronica, insoddisfacente qualità della vita connessa alla salute e aumentato rischio di morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari, indipendentemente da altri fattori di rischio biomedici.

La personalità di Tipo D è misurabile con la *Scala DS-14 (Denollett)* costituita da 14 item, uno strumento conciso, valido e standardizzato che richiede poco tempo a pazienti e operatori. La DS14 è stata recentemente validata anche in pazienti cardiopatici italiani, è costituito da 14 item e si divide in due sottoscale:

- Affettività negativa (AN)
- Inibizione sociale (IS)

Un punteggio maggiore o uguale a 10 in entrambe le scale caratterizza i soggetti con una personalità di tipo D.

Il DS 14 ha dimostrato un'adeguata validità interna (alfa di Cronbach =0,88 per AN e 0,86 per IS) e una buona riproducibilità (test-retest  $r=0,72$  per AN e 0,82 per IS).

Nei primi studi però la misurazione del costrutto è stata eseguita con due questionari già esistenti, lo STAI di Spielberg e la scala dell'inibizione sociale appartenente all'Heart patients psychological questionnaire.

Numerose ricerche hanno esaminato il ruolo dei fattori psicosociali, (comportamento di Tipo A, caratteristiche dell'attività lavorativa, supporto sociale) ed emozionali, come ansia e depressione, nell'eziologia delle coronaropatie, evidenziando il ruolo prognosticamente sfavorevole del basso tono dell'umore e dell'ansia sia nella popolazione sana che tra i pazienti.

In particolare secondo alcuni autori, la depressione post-IMA o post-intervento cardiocirurgico costituisce proprio un fattore che aumenta il rischio di recidive per eventi cardiovascolari mentre altre ricerche indicano che la depressione influenza soprattutto l'incidenza del primo evento cardiovascolare.

Roose e Seidman nell'evidenziare come sia ben documentata l'associazione tra depressione, cardiopatia ischemica e mortalità cardiovascolare sottolineano le diverse dimensioni di tale associazione:

- gli individui affetti da depressione sviluppano cardiopatie ischemiche sintomatiche e fatali in percentuale maggiore rispetto ad individui non depressi;
- i pazienti depressi hanno una probabilità maggiore di morte improvvisa per eventi cardiovascolari;
- la depressione post IMA è associata con un aumento della mortalità cardiaca.

Kubzansky e Kawachi, valutando la relazione tra emozioni negative, come ansia e depressione, e cardiopatia, sostengono che l'ansia sia fortemente coinvolta nell'inizio della patologia, la depressione sia associata in maniera coerente alla mortalità post IMA, mentre sia da considerarsi controverso il ruolo della depressione quale fattore scatenante delle malattie cardiovascolari.

Altri autori indicano un effetto predittivo dell'ansia e della depressione sulla mortalità nei cardiopatici; la depressione risulterebbe associata ad una mortalità più elevata mentre l'ansia ad una mortalità inferiore, anche se i pazienti ansiosi, affetti da grave patologia cardiaca, risulterebbero più a rischio di recidive.

In ambito riabilitativo, come dimostrano Lane, Carrol e Lip, è cruciale l'identificazione di livelli di disagio clinicamente significativi, per rivolgere ai pazienti che li manifestano interventi educazionali e psicoterapeutici in aggiunta alla riabilitazione cardiaca convenzionale.

Attivando queste precauzioni, si è verificata una riduzione stimata del 46% degli eventi cardiaci non fatali e una riduzione del 41% della mortalità entro due anni.

Appare evidente quindi, così come indicato dalle Linee Guida per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e dalle recenti Linee Guida Nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari, la necessità dell'utilizzo di un assessment psicologico che permetta di individuare i cardiopatici con alti livelli d'ansia e depressione da avviare ad interventi più personalizzati che si integrino con i più diffusi programmi educazionali di gruppo finalizzati ad una prevenzione secondaria sempre più efficace.

Tra i pazienti affetti da una patologia respiratoria, ansia, depressione e distress psicologico sono condizioni riscontrate in situazioni di varia gravità con percentuali di incidenza valutabili fra il 10 e 40%, ma sono ancora poco diagnosticate e spesso non sottoposte a adeguato trattamento.

Risulta anche che a soffrirne siano più le donne, nelle quali la depressione è fortemente associata alla dispnea e che alti livelli di ansia e depressione hanno un impatto negativo sulla qualità della vita.

Alcuni autori hanno verificato che, a marcare in modo drammatico la qualità della vita, incidono anche l'età e la severità della malattia e che le problematiche psicosociali aumentano il rischio di riospedalizzazione per riacutizzazioni.

Il tono dell'umore, insieme con la conoscenza ed accettazione della malattia, l'autoefficacia percepita e l'interazione fra medico e paziente, determina il grado di aderenza ai trattamenti, fattore importante nella gestione a lungo termine della cronicità dei disturbi respiratori.

La rilevazione dell'ansia e della depressione è spesso presente in studi sull'approccio riabilitativo a pazienti con bronco pneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) come metodo per valutarne l'efficacia.

I risultati riportati in letteratura dimostrano un'effettiva riduzione di questi problemi a seguito di programmi multicomponentiali: l'incremento del benessere psicologico, in particolare, è direttamente collegato al ripristino della capacità funzionale fisica e alla percezione soggettiva del controllo sulla malattia. Alcuni studi sull'efficacia degli interventi psicologici, prevalentemente di tipo cognitivo-comportamentale, hanno dimostrato una riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi nei pazienti trattati.

Nelle *reviews* di Rose e coll. e di Brenes sul trattamento dell'ansia e del disturbo d'ansia con attacchi di panico (DAP) si ribadisce che i risultati sono promettenti, ma nello

stesso tempo si sottolinea la carenza di ricerche metodologicamente adeguate, in quanto quelle esistenti sono troppo generiche nella descrizione dell'intervento e con follow-up a breve termine.

In generale, comunque, gli studi presenti in letteratura confermano che l'ansia e il basso tono dell'umore possono facilitare il mantenimento di stili di vita non salutari come l'abitudine al fumo, il consumo di alcool, la sedentarietà e una dieta non bilanciata che, a loro volta, facilitano le recidive e possono ostacolare la compliance alle prescrizioni terapeutiche.

Scopo del presente studio è presentare i punteggi normativi di riferimento relativi ad un questionario mirato alla rilevazione di indicatori concernenti l'ansia e la depressione utilizzato in una popolazione di soggetti in riabilitazione cardiovascolare o respiratoria.

Un secondo scopo è osservare le variazioni di tali indicatori tra l'inizio e il termine del programma riabilitativo.

### **SCHEDA AD-R, QD-STAI-X3**

La *Scheda AD-R*, appositamente costruita per pazienti in regime di riabilitazione (acronimo di Ansia- Depressione in Riabilitazione), nella sua parte metrica si compone di due questionari ovvero una versione ridotta del Questionario Depressione (QD) e dello STAI-X3 per la valutazione dell'ansia, a sua volta una versione ridotta dello STAI-X1. Nella sua forma ridotta, il QD è composto da 15 item (QD-15); ogni item è costituito da un'affermazione che può riferirsi a perdita di interesse per attività piacevoli, umore depresso, pianto, difficoltà di concentrazione, idee pessimistiche, senso di noia, stanchezza e affaticabilità, perdita di appetito, disturbo del sonno, pensieri di inutilità della vita e di suicidio.

A questi item il paziente è invitato a rispondere, mediante risposta dicotomica (sì/no) facendo riferimento alla condizione attuale in cui si trova. Il punteggio finale ha una gamma da 0 a 15.

Lo STAI-X3 è composto da 10 item e permette di valutare l'ansia che il paziente afferma di provare nel momento di compilazione del questionario, cioè l'ansia di stato. Al soggetto è richiesto di scegliere, per ogni item e tra quattro possibilità di risposta, quella che meglio descrive come si sente proprio in quel momento. Le possibilità di

risposta sono: “per nulla”, “un poco”, “abbastanza” e “moltissimo”. Il punteggio finale ha una gamma da 10 a 40.

La Scheda AD-R, al paziente in grado di leggere e scrivere, richiede pochi minuti (4-5) per una completa compilazione.

## AGGRESSIVITA', OSTILITA'

Gli studi psicologici clinico-dinamici sull'aggressività trattano l'argomento attraverso un atteggiamento ermeneutico e facendo uso dell'interpretazione. In questo caso la tradizione è più portata ad indagare le cause interne-psicologiche che spingono all'azione aggressiva e che prescindono dal contesto.

Si noterà poi come in psicologia gli autori che hanno affrontato in modo più o meno approfondito l'aggressività siano tanti. Questo sembra dovuto a due aspetti della tradizione psicologica di ricerca clinico-dinamica sull'aggressività: il primo aspetto è filosofico, dal momento in cui si ritiene l'aggressività innata e naturale (innatismo-naturalismo) e poi perché si ritiene che l'aggressività denoti al male (morale); Il secondo, che giustifica tanto interesse, è interno alla psicologia dinamica. Dal momento che l'aggressività ha assunto da subito valore di istinto-pulsione (Freud, 1905, 1920, 1929) ed elemento costituente la personalità, ogni autore di questo campo, trattando di personalità o di aggressività, ha dovuto fare i conti con riferimenti meta-psicologici, allargando di conseguenza le varie argomentazioni e letteratura.

Sigmund Freud fu tra i primi ad occuparsi in modo articolato di aggressività e da subito la postula come dimensione pulsionale-motivazionale inconscia, orientata alla distruzione e contrapposta alla spinta generativo-conservatrice della libido.

Questo punto di partenza freudiano pone l'aggressività come un istinto connaturato nell'uomo, presente nella sua personalità e motivante, che obbligherà gli autori che si occuperanno di aggressività a dover sempre fare i conti con la questione motivazione e con un relativo modello della mente.

Freud, in modo confuso ed incompleto, ipotizza che l'aggressività-distruttività sia istintuale-originaria, che sia un comportamento reattivo, ovvero una risposta alla frustrazione, nel senso di un'incapacità dell'io di mediare rispetto ai bisogni intrasistemici della mente.

Ma il padre della psicoanalisi lascia molti spazi di ambiguità su questo argomento, nonostante gli sforzi e nonostante i suggerimenti che ebbe all'epoca dai suoi adepti (Migone, 1995, 2003).

Contemporaneamente a Freud, sul tema si espresse Alfred Adler (Adler, 1907, 1912), attraverso i suoi Studi Sull'inferiorità d'Organo (Adler, 1907), egli sostiene che l'aggressività viene agita per compensare un sentimento di inferiorità sentito dalla persona. Questo presuppone che l'aggressività sia l'effetto di un brutto rapporto con l'ambiente e che l'aggressività sia una strategia estrema dell'individuo, finalizzata alla realizzazione di se stesso.

In questo pensiero adleriano è fondamentale il sentimento di odio e rancore, che abbassa il sentimento sociale e relazionale, permettendo così l'agito aggressivo di rivendicazione rispetto ad un senso di inferiorità sentito.

Sempre nello stesso periodo, un'altro importante contributo arriva da Anna Freud (A. Freud, 1936, 1949a, 1949b, 1972), che individua un meccanismo di difesa dalle esperienze aggressive subite, che prende il nome di l'Identificazione con l'Aggressore (A. Freud, 1936) e presente in modo evidente nel bambino che ha subito aggressività, ma possibile anche nell'adulto ed individuabile nei comportamenti sociali (si pensi alla dinamica del capro espiatorio).

Attraverso l'identificazione con l'aggressore (difesa impregnata di paranoia) il soggetto si difende da un atto aggressivo riproducendolo in forma simbolica (esempio, con il gioco nel caso del bambino), o attraverso l'agito, permettendo così una reiterazione del trauma subito, capace nel tempo di renderlo accettabile alla coscienza.

La figlia di Freud non introduce variazioni rispetto alle teorizzazioni paterne sull'aggressività, ma scopre un comportamento di difesa contro forme di aggressività vissute come esperienze traumatiche.

Di peso diverso e di più ampia portata è invece il contributo dato alla psicologia da Melanie Klein (Klein, 1932, 1957), la quale attribuisce all'aggressività una dimensione istintuale-originaria, già presente alla nascita e coinvolta da subito nella generazione di strutture psichiche come l'io infantile e il super-io.

Per lei l'aggressività ha una dimensione fantasmatica, che si origina dalla matrice del trauma della nascita (Freud, 1920; Rank, 1924), che da subito conduce il bambino ad avere fantasie di distruttività verso sé e verso l'esterno di sé. In questa posizione il

bambino si presenta come già dotato di spinte distruttive, ostili ed angosianti, che lo spingono continuamente a ricercare esperienze relazionali con oggetti che gli permettano di contenere o di non eccedere nelle fantasie aggressive-distruttive.

Diversamente, non potendo sviluppare specie in età neonatale esperienze relazionali capaci di contenere le fantasie aggressive-distruttive, e dovendo proteggersi da queste, il bimbo e - poi l'adulto - saranno portati a proiettare l'aggressività e la distruttività verso l'esterno di sé: sono gli altri ad essere aggressivi e distruttivi, pertanto minaccianti. Tutto questo, secondo la Klein (Klein, 1932, 1948, 1952), può essere la causa prima che spiega perché alcune persone commettono crimini violenti.

Altri autori che hanno arricchito le conoscenze sull'aggressività furono poi Wilhelm Reich (Reich, 1933) e Otto Fenichel (Fenichel, 1945).

Il primo, nel suo lavoro *Analisi del Carattere* (Reich, 1933), ancora per una volta colloca l'aggressività come una sorta di reazione alla frustrazione, causata molto spesso dalle condizioni sociali che limitano l'individuo stesso. In questa visione, pertanto, non esiste una pulsione di morte, ma solo una libido in eccesso non adeguatamente scaricata, frustrata, e quindi agita per mezzo di azioni aggressive.

Anche per Otto Fenichel, nel suo lavoro *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi* (Fenichel, 1945), l'aggressività non è primaria (pulsionale), ma è finalizzata alla ricerca di autostima e alla soddisfazione di bisogni e desideri, dal momento che altri comportamenti adottati in passato si sono mostrati inefficaci, o dal momento che la persona, a causa di una specifica storia evolutiva, non possiede altri "strumenti comportamentali" che non siano quelli aggressivi.

Diverso è invece il pensiero di René Arpad Spitz (Spitz, 1958) in merito all'aggressività e al suo ruolo nello sviluppo strutturale dell'individuo.

Per l'autore l'aggressività svolge un ruolo fondamentale nella costruzione dell'oggetto e nella relazione con esso, poiché, partendo dal ritenere l'aggressività una pulsione, insieme alla libido, in una sorta di "intreccio fusionale" (Spitz, 1958), essa sarà essenziale allo sviluppo armonico dell'individuo.

Attraverso questa dinamica evolutiva si genererà, l'oggetto libidico (Spitz, 1953) e la cooperazione tra pulsione aggressiva e quella libidica, permetterà un "rapporto oggettuale" sano.

In tutto questo, secondo Spitz, partecipa il sentimento di diniego, che funge da collante al comportamento aggressivo e che matura nel bambino attraverso la possibilità di dire No e quindi attraverso la possibilità di organizzare la propria aggressività, evitando la scarica disorganizzata.

Per quanto riguarda gli studi più recenti sull'aggressività da parte della Psicoanalisi Ortodossa, troviamo il lavoro di Heinz Hartmann (Hartmann, 1937, 1964), che parla di pulsione aggressiva alla pari di una libidica, che partecipano allo sviluppo della personalità.

Per l'autore la possibilità di agire o meno in modo aggressivo dipende dalle capacità dell'io di neutralizzare le spinte aggressive attraverso l'altra forza pulsionale della libido, inquadrando così l'aggressività all'interno di una teoria bipulsionale, come da ultima teorizzazione freudiana.

Di tutt'altro parere rispetto ad Hartmann è invece Erich Fromm (Fromm, 1970, 1973), autore più orientato verso la Psicologia Culturale di matrice Psicoanalitica, che fa del suo lavoro una critica alla società e che ribadisce il peso dei valori sociali nella generazione di istanze aggressive.

Per arrivare a questi assunti, Fromm parte dal distinguere due tipi di aggressività, completamente diverse. La prima di tipo filogenetico e necessaria alla sopravvivenza della specie e quindi adattiva, come attaccare e fuggire.

La seconda di tipo ed origine maligna - "aggressività maligna" (Fromm, 1973), specifica e quasi esclusiva nella specie umana ed assunta dall'autore come patologia del carattere, poiché distruttiva e disadattiva.

Ancora da una prospettiva diversa, distante da Hartmann e dalla Psicoanalisi Ortodossa ed anche da Fromm, è il pensiero e la complessa teorizzazione di Heinz Kohut (Kohut, 1971, 1972, 1977), padre del movimento della Psicologia del Sé, che tratta l'aggressività a partire dal paradigma psicoanalitico del Narcisismo.

Secondo questo autore la distruttività umana, per mezzo dell'aggressività, si sviluppa in seconda istanza ed attraverso fallimenti relazionali precoci, dove il bambino non incontra adeguate soddisfazioni a livello empatico, e non vive adeguati e buoni "rispecchiamenti" empatici con la madre.

Questo impedirà al bambino di integrare adeguatamente fantasie narcisistiche di grandiosità ed onnipotenza, che così libere ed agite nella limitatezza della "realtà", sono

destinate ad essere frustrate e a generare “rabbia narcisistica” (Kohut, 1977), che verrà espressa per mezzo dell’aggressività e finalizzata alla distruttività.

Pertanto in Kohut troviamo l’aggressività come espressione di una ferita narcisistica e questa aggressività sarà tanto più violenta quanto più vi è un investimento sul proprio narciso.

Per Kohut il narcisismo è una parte sovra-ordinata ed organizzativa, detta anche sé, che - diversamente da Freud - non corrisponde sempre ad una condizione patologica, ma che può ammalarsi se l’investimento su questa sovra-struttura è “grandioso” (Kohut, 1972).

Da una prospettiva kleiniana parte invece il pensiero di Franco Fornari (Fornari, 1964, 1970), che parla di aggressività soprattutto parlando di guerra, definendola un “delitto individuale, fantasticato individualmente e consumato collettivamente” (Fornari, 1964).

Le teorie della Klein dalle quali Fornari parte sono quella sulla posizione “schizzo-paranoide e successiva depressiva” e sostiene che l’aggressività e la guerra, come forma organizzata della stessa, si generano dallo sviluppo paranoico (che può esserci anche a livello collettivo), nella quale condizione non si è in grado di riconoscere se stessi come fonte di male, come costituiti da parti negative: elaborazione paranoica del lutto. Questo condurrebbe ad “estromettere” sul nemico tali parti distruttive e così attivare ed orientare azioni volte alla eliminazione: la distruzione dell’altro permetterebbe (ma è una illusione) l’eliminazione del male, rifiutato come parte di se stessi.

Fornari definisce, anche in una visione più sociologica, come questa dinamica paranoica generi un sovra- pensiero difensivo che, attraverso razionalizzazioni, costruisce intorno al nemico attributi culturalmente detestabili, che ci fanno sentire in diritto di aggredirlo e nel contempo salvare la nostra idea di persone buone.

Un altro interessante contributo alla conoscenza dell’aggressività arriva da Felicity de Zulueta, che tratta l’argomento dal punto di vista del trauma (de Zulueta, 1993).

Nel lavoro *Dal Dolore alla Violenza* (de Zulueta, 1993) egli contrasta la posizione istintivistica sull’aggressività, ribadendo la natura e il valore socio-culturale della stessa. L’aggressività si sviluppa dalle relazioni interpersonali ed in modo particolare da quelle carenti di affettività.

Zulueta parte dalle concezioni kleiniane sull’attaccamento e dalle posizioni di Kohut sullo sviluppo e la realizzazione del sé, per giungere a definire come l’aggressività sia

un comportamento di risposta a rotture traumatiche di attaccamento (abbandono; maltrattamento; rifiuto...).

Queste toglierebbero la dimensione della sicurezza affettiva a favore di una reazione di paura espressa per mezzo dell'aggressività. Così il soggetto, attraverso il trauma della rottura dell'attaccamento ed attraverso l'impossibilità di costruire un sé buono, integro e positivo, si trasforma da vittima ad aggressore.

Sempre ponendo attenzione alla dimensione soggettiva del sé, un altro autore che si occupa di aggressività Stephen A. Mitchell (Mitchell, 1995,1997), è in disaccordo con la posizione che definisce l'aggressività come una pulsione, ma è convinto comunque della sua profondità, centralità ed universalità.

Mitchell sostiene che l'aggressività è stata utilizzata sia per spiegare la distruttività, sia per spiegare l'assertività, intesa come auto-affermazione, mentre egli sostiene la necessità di separare i due aspetti.

L'assertività è un comportamento di gioia, di impegno e vitale; mentre l'aggressività di cui l'autore si occupa è quella caratterizzata da distruttività, minaccia e vendetta.

L'aggressività è funzionale all'eliminazione di situazioni spiacevoli, pertanto Mitchell (Mitchell, 1993, 1995) la inquadra fra le risposte attivate di fronte a sentimenti spiacevoli e di persecuzione, che possono derivare anche dal mondo interiore, specie se, per una particolare storia evolutiva, il soggetto vive un sé dis-integro.

In questa dinamica assume un ruolo rilevante la rabbia (Mitchell, 1995), quella paralizzante ed imperativa, già presente nel bambino, che - se non integrata con il resto delle parti di sé nell'esperienza interna ed esterna - genera derealizzazione (il "...non so cosa mi è successo!"). Pertanto il sé è visto come un'unità unica ma anche fragile, dove l'aggressività intesa come minaccia primordiale, diviene un elemento organizzatore dello stesso sé, che interviene in modo finalizzato a ristabilire equilibri, là dove l'individuo percepisce minaccia.

Per questa sua articolata posizione, l'autore sostiene che la dimensione patologica si raggiunge quando l'aggressività diventa uno dei pochi organizzatori di un sé che si sente e si avverte sempre minacciato e minaccioso.

Un altro contributo arriva anche dal filone di studi della infant research, grazie al lavoro di Joseph Lichtenberg (Lichtenberg, 1983, 1989).

Egli parla di aggressività partendo dallo studio delle motivazioni e da un sistema motivazionale da lui messo a punto, nel quale individua il un bisogno di reagire avversativamente attraverso l'antagonismo o il ritiro (Lichtenberg, 1989). Questo bisogno aiuterebbe fin dall'infanzia ad utilizzare in modo adattivo la rabbia e a rispondere in modo aggressivo agli stimoli pericolosi.

Per Lichtenberg i sentimenti alla base di questo sistema motivazionale sono la rabbia e la paura, che sfociano poi in antagonismo e ritiro; ma l'aspetto più interessante del suo pensiero è che l'autore postula questo bisogno come al servizio di tutti gli altri bisogni, la dove su altre spinte motivazionali si dovessero presentare situazioni di sofferenza.

Pertanto il bisogno di reagire avversativamente con antagonismo o ritiro serve a scaricare eccessi tensionali o per soddisfare meglio i bisogni di altri sistemi motivazionali, mentre non esisterebbe secondo l'autore una pulsione aggressiva autonoma fine a se stessa come pensata da Freud.

Di grande interesse è anche il lavoro svolto di Donald W. Winnicott, il quale, partendo dagli studi di Melanie Kline arriva a dare un notevole contributo a tutta la Psicologia delle Relazioni Oggettuali, grazie agli approfondimenti svolti sul rapporto persona - "oggetto" (Winnicott, 1941, 1971).

Il suo contributo alla conoscenza dell'aggressività parte proprio dallo studio del rapporto che si ha con gli oggetti che incontriamo nella nostra esperienza e "dell'uso" che ne facciamo.

In una sua affermazione, che racchiude lo spirito che dà all'aggressività, sostiene che omicidio e suicidio sono la stessa cosa (Winnicott, 1967) e che i rischi di eccesso di aggressività per una società dipendono direttamente da quanto essa è rimossa negli individui; ovvero dall'impossibilità di riconoscerla e poterla agire con i sentimenti appropriati.

L'aggressività è qui vista come una funzione mentale parziale, che precede la costituzione di una personalità e che serve al neonato per esprimere amore, amore aggressivo (Winnicott, 1941, 1971), possibile anche perché il neonato non riesce a preoccuparsi degli effetti delle sue azioni.

Attraverso il passaggio e la maturazione del sentimento di preoccupazione (cosa genero nell'altro attraverso la mia aggressività) e attraverso l'elaborazione della rabbia

(derivante dalle frustrazioni di una normale esperienza), il bambino si difenderà scindendo il suo amore aggressivo in due parti distinte e separate: l'amore e l'odio.

Questa scissione perdurerà ed aiuterà a consolidare gli aspetti amorosi dentro di sé e a riconoscere e a tenere fuori di sé quelli aggressivi e di odio.

Qui l'aggressività è ritenuta una parte della pulsione dell'es, quella della sua componente distruttiva (ma non intenzionale) che, attraverso un sviluppo basato sulla relazione con l'ambiente capace di integrare ed organizzare l'io, verrà trasformata in un'aggressività riconosciuta e gestibile.

Il soggetto proverà rabbia ed odio, ma temendo le conseguenze dei suoi stessi sentimenti sarà portato a gestire tutto questo.

Se le cose invece andassero diversamente, cioè vi fosse una cattiva esperienza con il mondo esterno, l'individuo sviluppa un maggior bisogno di vivere nel Non Me anziché nel Me (Winnicott, 1965), dando adito all'attivazione di comportamenti aggressivi, che per sussistere necessitano di essere provocati. (siccome lui mi vuole fare male allora io l'aggreisco).

Pertanto, in questo impianto teorico abbastanza articolato, l'aggressività è innata e precede la fase integrativa e costituente la personalità ed il carattere partecipando allo sviluppo complessivo della mente.

Fondamentale però diviene anche il contesto ambientale, che qui ha un ruolo ben specifico rispetto all'aggressività, poiché deve dare la possibilità di vivere esperienze sufficientemente frustranti, capaci cioè di far riconoscere la rabbia e l'odio e di integrarle nello stesso tempo con le altre parti di sé. Quindi un ambiente né troppo protettivo, né eccessivamente frustrante.

Altrettanto articolata è poi la teoria sviluppata da Otto Kernberg (Kernberg, 1982, 1992), il quale ha il pregio di aver rivisitato la teoria delle pulsioni tenendo insieme le teorie degli affetti con quella delle relazioni oggettuali.

Egli ha sviluppato a fondo le dinamiche dell'aggressività e propone una concezione dell'aggressività innatista e pulsionale-affettiva nello stesso tempo.

Per l'autore l'aggressività è presente negli affetti, ovvero nella primordiale capacità di distinguere ciò che ci piace (nutrirsi, riscaldarsi...) da ciò che non ci piace (sentire fame, sentire dolore fisico...). Attraverso le prime esperienze con il mondo e grazie ad altre

due proprietà innate, fantasticare e memorizzare, sviluppiamo inconsciamente una pulsione di vita e una pulsione di morte.

L'aggressività è l'espressione della pulsione di morte (Kernberg, 1992).

Entrambe le pulsioni partecipano allo sviluppo di una rappresentazione di sé e dell'oggetto e successivamente questa sottostruttura si consoliderà in una struttura tripartita (es, io e super-io).

Nel suo lavoro Kernberg non svela un'aggressività o una dinamica aggressiva particolarmente nuova rispetto agli autori che lo hanno preceduto, però ha il merito di riuscire a tenere insieme apparenti sincrasie presenti tra due impianti teorici che tentano di spiegare le stesse cose: la teoria delle pulsioni e la teoria delle relazioni oggettuali. Questo avviene principalmente attraverso la possibilità di collocare la matrice dell'aggressività negli affetti già intrauterini, ovvero nell'innata capacità di poter soffrire (ed anche godere...) e dalla relativa primordiale esperienza che possiamo fare di questa nostra capacità, che solo così potrà strutturarsi in pulsione.

Si è visto che l'aggressività è una attività che attiva il soma trasformandolo dal punto di vista neurovegetativo ed endocrino, attraverso il rapporto del soma con l'ambiente e per mezzo delle capacità associative elementari, ampiamente presenti nell'apprendimento animale.

Da questo punto di vista, l'aggressività risulta fortemente ancorata al soma e alla dimensione istintuale e la sua espressione è vista come attività necessaria a scaricare l'energia accumulata dal dolore.

Questa attività ha un'organizzazione relativa allo stato del momento e quindi può non tenere conto di un sistema istintuale sovra-ordinato, nel quale alcuni istinti primeggiano rispetto ad altri. In questo senso, l'aggressività è vista come un comportamento che può prevalere rispetto ad altri più conservativi, come nutrirsi o riprodursi, e così spiegare in parte come mai è possibile osservare un'aggressività "contro natura" (come ad esempio l'uccisione della prole o il suicidio).

Un'altro contributo arriva dagli studi sul rinforzo, nel quale diviene evidente il rapporto tra comportamento aggressivo e risultato, in una logica pragmatica, dal momento in cui si apprende che un comportamento aggressivo "paga" (ovvero genera un ritorno positivo), attivando un accomodamento in noi, il cui esito è uno script comportamentale potenzialmente agibile nel contesto.

Così l'aggressività non è solo scarica neuro-fisiologica stimolata dall'ambiente, ma anche comportamento socio-indotto o inibito sulla base dei modelli sociali proposti.

In questo modo entra in scena un'aggressività bipartita, la cui visione complessiva rimane comunque di tipo darwiniano: da un lato un'aggressività naturale pre-programmata negli istinti ed attivata ai soli fini della sopravvivenza; dall'altro un'aggressività sociale pre-programmata dall'esperienza ed attivata ai soli fini economici - nel senso di facilitare il raggiungimento degli scopi basata sull'opportunità e sulla gratificazione.

Rimanendo sul paradigma dell'aggressività come scarica di una eccitazione corporea, aggiungono informazioni quegli studi che la vedono come reazione ad una condizione frustrante.

Tale filone di ricerca sostiene che l'aggressività è un mezzo di sfogo, che parte da un disequilibrio interno, matura da una mente desiderante ed implicitamente bisognosa, e scarica aggressività quando queste sue istanze non sono ben coordinate e soddisfatte. Qui sono importanti due punti: da un lato questo sfogo aggressivo può avvenire “a distanza” rispetto al momento o al soggetto causa di frustrazione: ciò significa che si può essere aggressivi anche con chi o con cose che con la nostra frustrazione fonte di aggressività non c'entrano nulla.

Dall'altro lato, questo filone di studi sottolinea poi come sia centrale la necessità di scaricare, al punto che questa può attivarsi anche in modo implicito, non palesemente evidente, aprendo al tema di quanto e cosa c'è di aggressivo nell'agito: un esempio è il pacifismo come comportamento aggressivo.

Sempre sul crinale soggetto-contesto, aggiunge contributi anche lo studio dell'aggressività all'interno della dimensione gruppale.

Partendo sempre dal considerare l'aggressività come comportamento di scarica della tensione, le fonti di accumulo di questa sono individuate nell'esercizio dei ruoli gruppali - quanto un ruolo prevede situazioni frustranti o prescrive comportamenti aggressivi - e sono individuate nel clima del gruppo e nella sua capacità espressiva; ovvero, l'aggressività dipenderebbe da una serie di norme e regole più o meno implicite, che generano sia la tendenza aggressiva, ma anche le modalità per poterla esprimerla sia dentro al gruppo che fuori.

Su questa linea socio-relazionale dell'aggressività si inseriscono anche i risultati ottenuti dagli studi sull'obbedienza, nei quali si evidenzia la possibilità-capacità dell'individuo di assoggettarsi al contesto e perdere l'identità e la forza necessari ad inibire e respingere richieste di comportamenti aggressivi. Emerge in questo caso un'aggressività implicitamente pensata come naturale nell'individuo e fortemente modulata dal contesto sociale, che può attivarla o disattivarla attraverso meccanismi socio-culturali che facilitano la deresponsabilizzazione dell'individuo.

La società e il contesto assumono per questo forte valenza di controllo sul comportamento aggressivo dell'individuo, che da questa indagine emerge come debole sul controllo delle proprie azioni, laddove gli si offre un contesto che lo solleva e lo esonera dai processi di autocolpevolizzazione.

Sempre alla società viene poi attribuita la responsabilità di comunicare "stringhe di comportamento", che suggeriscono l'efficacia sociale e personale di comportamenti aggressivi che, attraverso la capacità di apprendimento involontario e attraverso la capacità di apprendimento per imitazione, favoriscono l'attivazione di tali comportamenti fin dall'infanzia.

In questa visione l'individuo non agisce aggressivamente per frustrazione o per scaricare un surplus energetico, ma agisce aggressivamente per aderenza ad una logica pragmatica che vede l'aggressività premiata ed efficace su più livelli socio-culturali e personali.

Parallelamente a queste posizioni, l'aggressività viene anche pensata come istanza energetico-istintuale dell'individuo e coinvolta nei processi generativo-evolutivi della mente.

In questo modo l'individuo è depositario congenito e naturale dell'aggressività e dei suoi risvolti come la violenza e la distruttività, e questo a prescindere dal contesto sociale, che assume più un ruolo di luogo nel quale l'aggressività può essere trasformata e/o annullata, più che generata.

In questa logica l'aggressività rappresenta l'emblema per rispondere su un piano empirico all'arcaica domanda sulla presenza nell'uomo del bene e del male, della gioia e della paura (l'eros e il thanatos...) e sulle conseguenti possibilità della mente di ammalarsi dietro l'influenza di un'aggressività "mal evoluta".

Qui la logica si ribalta, da un'aggressività elicitata e funzione di una cultura e di una società, ad un'aggressività ontogenetica e insieme filogenetica, che partecipa allo sviluppo della mente e che può assumere configurazioni mentali molto differenti, lungo un continuum tra salute e malattia.

In questa ultima posizione di pensiero, quando si parla di aggressività, va dunque tenuto conto che essa è un elemento organizzatore e costituente la personalità; che è precoce; che è riparatoria-difensiva rispetto a mancanze strutturali di personalità o economiche; che ha un elaborato dinamismo nel quale compaiono affetti e sentimenti (la rabbia, l'odio, l'invidia, l'irritazione...).

Tenendo conto di questi assunti di base, in pratica la tradizione clinico-dinamica contribuisce alla conoscenza dell'aggressività nell'ambito della sua centralità e del suo movimento nello sviluppo del bambino e nell'ambito dell'uso che ne fa l'adulto per difendersi, per sfogare, per compensare una identità mal riuscita, per equilibrare una disorganizzazione affettiva-cognitiva; come agito possibile di una mente che non è capace di pensare come effetto di un conflitto dinamico intrapsichico (tra es, io e super-io), come istanza dominante del carattere, organizzatrice di pensieri ed azioni; o come motivazione sovrastrutturata ad altre che sono subordinate all'aggressività.

I macro contributi della ricerca psicologica dicono che l'aggressività è un tratto esistenziale ineliminabile, naturale, un elemento della complessa dinamica trasformativa della vita, che è presente da subito, appena la stessa vita si appalesa.

Si scopre che già il neonato "fa i conti" con affetti aggressivi (ad esempio: i morsi della fame...) e che l'adulto utilizza l'aggressività almeno per tre grandi ragioni: come istinto naturale per sopravvivere biologicamente ad una minaccia (attacco e/o fuga dal pericolo); come motivazione autorealizzante; come espressione di un disagio o di una malattia mentale (come sintomo), il tutto in una oscillazione ontogenetica tra comportamento adattivo e comportamento opportunistico.

In questa cornice è incluso anche l'ambiente inteso come società e cultura, nei suoi differenti livelli, ognuno dei quali entra in gioco con le dinamiche aggressive soggettive. Per cui la società e la cultura, nell'ambito del livello della relazione interpersonale tra adulto e bambino nel regolare una aggressività da accomodare; il livello del gruppo come entità che può regolare l'aggressività propria e dei suoi membri; il livello comunitario, che regola con norme e leggi l'uso dell'aggressività; fino ad un

livello macro-sociale e collettivo, che regola un'aggressività massificata per mezzo della guerra.

Per concludere, riteniamo utile indicare in quali ambiti oggi si stanno muovendo la ricerca e l'interesse della psicologia per quanto riguarda l'aggressività. Come già detto, l'aggressività attrae l'attenzione di molti autori e di molte discipline e l'argomentazione su questo tema si sviluppa poderosamente e continuamente, come avviene per i temi del bene e del male, della pace e della guerra, della conservazione e del cambiamento...

In psicologia, attualmente, l'aggressività è studiata all'interno di vari filoni, che in vario modo la contestualizzano o la attraversano. In ogni caso sono ad oggi (ancora) rilevanti gli studi psicologici su aggressività e mass media-comunicazione (essendo aumentati i media) ed in particolare riferiti alle esperienze web.

Un altro filone di studi sull'aggressività, più sociologico ed anch'esso con una certa tradizione, è quello dei gruppi, a partire dall'aggressività in famiglia, dell'aggressività messa in atto nelle relazioni intergruppo e intragruppo, e dall'aggressività messa in atto nei contesti di folla...

Un terzo filone è poi quello dell'età evolutiva (anch'essa con la sua tradizione), dove l'aggressività è studiata nel rapporto bambino-genitore-adulto, nel rapporto tra bambino e suoi affetti aggressivi e come comportamento manifesto sia nel rapporto con l'adulto, sia - fatto abbastanza nuovo - nei confronti dei propri coetanei, specie tra pre-adolescenti (Un altro filone ancora riguarda lo studio psicologico dell'aggressività intra-ruolo e inter-ruoli e fra generi, in cui spiccano i lavori che studiano il rapporto tra aggressività e ruoli di comando o subordinati, l'aggressività subita dalle femmine da parte dei maschi, l'aggressività fra ruoli familiari, l'aggressività agita contro esseri animati (ad esempio verso gli animali domestici...)).

Vi è poi un altro filone della psicologia che si occupa di aggressività ed è quello clinico-psicopatologico. In questo si tende a collocare l'aggressività nella patologia mentale, si è molto interessati ad interpretare i casi di aggressività, molti studi si collocano a confine tra psicologia e criminologia e ci si interessa di configurazioni diagnostiche, nelle quali l'aggressività e la violenza prevale, trattandole come paradigmi per sviluppare meta-psicologia (cioè modelli di funzionamento mentale). Un ulteriore filone di studi di psicologia dell'aggressività è quello che la colloca nella

dimensione sessuale e in questo ambito spiccano gli studi sulle perversioni, sul costume libertino, sul consumo di sesso violento.

Ancora, vi è tutto l'ambito della psicologia della politica, che studia gli effetti che la politica può ottenere dall'aggressività; e qui hanno prevalenza gli studi dell'aggressività applicata in ambito bellico, gli studi degli effetti aggressivi o violenti di una legge (il senso di costrizione di una regola; le pene possibili a fronte di reati; gli ambienti di detenzione...), fino agli studi sull'efficacia persuasiva dell'aggressività.

Per finire, va detto che questa suddivisione dei macro filoni della psicologia che si occupano di aggressività qui presentata è arbitraria e non esaustiva (ma crediamo che questo sia anche una conseguenza della natura dell'oggetto aggressività) e che spesso lungo questi studi è possibile riscontrare che aggressività, violenza e distruttività vengano confusi o usati come sinonimi, il che a volte non aiuta la comprensione.

### **BUSS DURKEE HOSTILITY INVENTORY - BDHI (BUSS E DURKEE, 1957)**

Il **Buss Durkee Hostility Inventory - BDHI (Buss e Durkee, 1957)** è, probabilmente, uno dei questionari più conosciuti e più ampiamente utilizzati per la valutazione dell'aggressività.

Lo strumento indaga non solo il tipo di aggressività, ma anche la modalità con cui viene manifestata, secondo l'ottica comportamentista. Gli atteggiamenti ed i comportamenti considerati, sono specifici e le situazioni che li provocano "universali" e gli item vengono espressi in modo tale da evitare che il dover ammettere un comportamento socialmente indesiderabile possa bloccare l'individuo. Lo strumento può essere impiegato per valutare tanto il comportamento attuale, quanto caratteristiche di tratto, e può valutare sia le valenze aggressive espresse sul piano comportamentale, sia quelle ostili non agite sul piano

comportamentale. Gli item, dicotomi (Vero/Falso), definiscono sette tipi di condotte aggressive (Aggressività Diretta, Indiretta e Aggressività Verbale, Irritabilità, Negativismo, Risentimento e Sospettosità), la Colpa, l'Aggressività totale ed un Indice di inibizione/ disinibizione dell'aggressività, che è il risultato del rapporto fra aggressività totale e colpa.

## **QUESTIONARIO PER LA TIPIZZAZIONE DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO - QTA (CASTROGIOVANNI ET AL., 1982)**

Castrogiovanni e collaboratori hanno curato la traduzione e la validazione italiana dello strumento (noto in Italia col nome di **Questionario per la Tipizzazione del comportamento Aggressivo - QTA (Castrogiovanni et al., 1982)**). Sulla base del concetto psicodinamico dell'ostilità come entità unitaria diretta all'interno (intrapunitiva) o all'esterno (extrapunitiva), è stato messo a punto **l'Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ (Caine et al., 1967)**. Gli item, tutti derivati dall'MMPI, vanno a costituire 5 scale, tre extrapunitive (psicopatica, paranoide e isteroide) e due intrapunitive, (colpa e autocritica). La capacità delle 5 scale di differenziare diverse categorie diagnostiche, è una solida prova della validità e dell'attendibilità dell'HDHQ. Tutte le sottoscale correlano tra loro suggerendo la possibile esistenza di un generico fattore di ostilità.

## **NOVACO ANGER AROUSAL SCALE - NAAS (NOVACO, 1975)**

La *Novaco Anger Arousal Scale - NAAS (Novaco, 1975)* è una scala composta da 80 item che descrivono situazioni potenzialmente capaci di provocare ansia ed il soggetto è chiamato a dire, per ciascuna di esse, in che misura egli ritiene che ciascuna situazione possa essere per lui provocante o lo porti ad arrabbiarsi. Poiché l'applicazione di una scala siffatta richiedeva molto tempo, ne è stata successivamente proposta una versione ridotta, di 30 item.

## **SCALA DI LAGOS (LAGOS ET AL., 1977)**

La *Scala di Lagos (Lagos et al., 1977)* propone 4 categorie di comportamenti violenti: verso le persone, verso gli oggetti, tentativi di violenza verso le persone ed aggressività verbale contro le persone. Per ogni categoria, la valutazione si articola su tre livelli di comportamento di violenza crescente:

- nessuna violenza;
- comportamenti che provocano paura (aggressioni verbali, tentativi di attacchi, aggressioni verso oggetti);
- violenze verso le persone.

### **BROWN-GOODWIN QUESTIONNAIRE - BGQ (BROWN ET AL., 1979 E 1992)**

Informazioni sul comportamento aggressivo a lungo termine (partendo, addirittura, dall'infanzia), vengono fornite dal *Brown-Goodwin Questionnaire - BGQ (Brown et al., 1979 e 1992)*. Mediante l'anamnesi medica e psichiatrica e l'osservazione del paziente, il BGQ definisce 9 categorie legate alla storia del comportamento aggressivo individuale. Ognuna delle 9 categorie è valutata su una scala da 0 (non occorrenza) a 4 (eventi multipli). La scala, che presenta elevata validità, sembra utile nella valutazione di caratteristiche aggressive di tratto piuttosto che di stato.

### **QUESTIONARIO IRRITABILITÀ-RUMINAZIONE/DISSIPAZIONE - QI-R (CAPRARA ET AL., 1991)**

Il *Questionario Irritabilità-Ruminazione/Dissipazione - QI-R (Caprara et al., 1991)* è la sintesi di due scale, la *Scala di Irritabilità* e la *Scala di Ruminazione/Dissipazione*, per la valutazione specifica di queste due condotte aggressive.

La *Scala di Irritabilità* (Caprara, 1983) nasce da un tentativo di validazione sulla popolazione italiana del BDHI (Buss e Durkee, 1957). Misura la disposizione dell'individuo a reagire impulsivamente, polemicamente, offensivamente, alla minima provocazione ed alla minima contrarietà. Essa mira, quindi, a cogliere soprattutto la componente impulsiva della condotta aggressiva (ad es., "se sono irritato/a, non ammetto discussioni"; "a volte mi viene da gridare e dare pugni e calci per sfogarmi"; "ci vuole poco perché mi salti la mosca al naso"). Diversi studi (Caprara et al., 1984; 1985a) ne hanno confermato la validità per la valutazione di quelle forme di aggressività indicate come "impulsive", caratterizzate sia dall'elevata eccitazione, sia dallo scarso controllo cognitivo sulla condotta e sulle sue conseguenze.

La *Scala di Ruminazione/Dissipazione* (Caprara et al., 1985a) misura la propensione dell'individuo a superare con maggiore o minore rapidità i sentimenti di rancore ed i desideri di ritorsione connessi alle offese subite (o che l'individuo crede di aver subito). Essa mira soprattutto a cogliere le componenti connesse all'elaborazione cognitiva che sottende la condotta aggressiva (ad es., "ricorderò sempre le ingiustizie subite"; "solo dopo anni non riesco a provare più rancore"; "quando mi fanno un torto me la lego al dito"; "ricordo i torti subiti anche dopo anni"). La scala si propone, quindi, come una

valutazione della prospettiva temporale delle condotte aggressive. Studi successivi ne hanno confermato la validità per la valutazione di quelle forme di aggressività nelle quali risulta dominante il ruolo della memoria, dell'intenzionalità, dei processi di valutazione, attribuzione e decisione, cioè di tutte le componenti connesse con l'elaborazione cognitiva (Caprara et al., 1985b; 1985c).

Il QI-R è costituito, come abbiamo detto, dalle due scale originali in versione ridotta. Per mantenere sotto controllo, per "contenere", se non proprio per evitare, i fenomeni dovuti al "response set" (risposte in serie), la tendenza, cioè, ad uniformare la propria modalità di risposta, che si manifesta quando si opera con questionari che vertono su dimensioni molto omogenee, sono stati inseriti in ciascuna scala 5 item di controllo.

La Scala di Irritabilità ridotta è costituita da 15 voci delle quali 10 effettive e 5 di controllo. I 5 item di controllo sono: "non sono capace di mettere nessuno al suo posto, neanche quando sarebbe necessario", "non credo che esistano mai buone ragioni per ricorrere alla violenza", "raramente reagisco picchiando, anche quando qualcuno mi picchia per primo", "non mi piace fare scherzi di mano", "generalmente, se qualcuno mi manca di rispetto, sono portato/a a lasciar correre".

La Scala di Ruminazione/Dissipazione ridotta è costituita anch'essa da 15 voci delle quali 10 effettive e 5 di controllo. I 5 item di controllo sono: "trovo facilità nell'instaurare buoni rapporti con gli altri", "mi capita di mangiarmi le unghie", "mi importa relativamente dei giudizi degli altri", "mi piace la gente che sa stare allo scherzo", "mi piace la gente spensierata". Ogni item viene valutato su una scala a 7 punti. Le alternative di risposta ed i relativi punteggi sono: "completamente VERO per me" = 7; "in buona misura VERO per me" = 6; "in una certa misura VERO per me" = 5; "in una certa misura FALSO per me" = 3; "in buona misura FALSO per me" = 2; "completamente FALSO per me" = 1.

Le Scale di Irritabilità e di Ruminazione/Dissipazione possono essere utilizzate in vari ambiti. Il loro impiego nel settore della ricerca è confermato da numerosi studi (Caprara e Pastorelli, 1989). Possono essere usate come strumenti di misura per la valutazione di determinanti della condotta aggressiva. Tali scale, per quanto non esauriscano la complessa fenomenologia aggressiva, ne colgono alcuni aspetti e cioè la tendenza a reagire impulsivamente e quella a nutrire sentimenti di rancore e di ritorsione.

La Scala di Irritabilità risulta predittiva della condotta aggressiva in numerose situazioni sperimentali riconducibili al paradigma di Buss e correlata in diversi studi con varie dimensioni come l'Assalto, l'Aggressività Indiretta, l'Irritabilità, il Negativismo, l'Aggressività Verbale, l'Ansia Manifesta e quella Occulta (Caprara & Pastorelli, 1989). Anche la Scala di Ruminazione risulta predittiva della condotta aggressiva in situazioni sperimentali in cui, ad esempio, il soggetto viene offeso e in seguito gli è data la possibilità di rivalersi sul provocatore. La scala è risultata correlata con vari strumenti per la valutazione delle condotte aggressive e con il numero di arresti per crimini diretti contro le persone e contro la proprietà.

### **OVERT AGGRESSION SCALE - OAS (YUDOFSKY ET AL., 1986)**

Un questionario di indubbia utilità nella documentazione e nella misurazione di specifici aspetti del comportamento aggressivo è l'*Overt Aggression Scale - OAS* (Yudofsky et al., 1986). È una scala basata sull'osservazione del soggetto durante un episodio aggressivo: l'osservatore, oltre a registrare i diversi comportamenti, deve prendere nota degli interventi effettuati in risposta all'episodio aggressivo. Se, tuttavia, il comportamento aggressivo ha delle fluttuazioni o se, come spesso accade, tende a diluirsi nel tempo, può essere difficile trovare le giuste risposte alla scala. Il personale paramedico che dovrebbe compilare l'OAS, inoltre, potrebbe non essere in grado di farlo nel corso dell'episodio. La scala si articola in quattro sezioni: Aggressività Verbale, Aggressività Fisica contro Oggetti, Aggressività Fisica Autodiretta e Aggressività Fisica Eterodiretta; ogni sezione comprende 4 voci ognuna valutata in base alla gravità (mai; qualche volta; spesso; di solito; sempre).

Dell'OAS sono state sviluppate numerose versioni modificate.

### **MODIFIED OAS - MOAS (KAY, 1988)**

La *Modified OAS - MOAS* (Kay, 1988) fornisce una valutazione settimanale dell'aggressività, piuttosto che descrivere l'incidente critico di per sé. La MOAS parte da una lista di controllo comportamentale per arrivare ad un sistema di stima in 5 punti che rappresenta crescenti livelli di gravità. Include forme importanti di aggressività, come il tentato suicidio e l'intimidazione. Fornisce, inoltre, un punteggio totale che riflette la gravità globale dell'aggressività.

### **RETROSPECTIVE OVERT AGGRESSION SCALE - ROAS (SORGI ET AL.,1991)**

A differenza della OAS, non registra gli interventi effettuati. Un altro strumento di valutazione ricavato dalla OAS è la *Retrospective Overt Aggression Scale - ROAS* (Sorgi et al.,1991), uno strumento di eterovalutazione diretto a parenti o conoscenti del paziente ed allo staff che valuta il paziente.

La ROAS è stata modificata sulla base della *Nurse's Observation Scale for Inpatient Evaluation - NOSIE* (Honigfeld et al., 1966); le 16 classi o tipi di comportamento aggressivo sono state trasformate in una scala a 16 voci. La frequenza del verificarsi delle condizioni descritte da queste voci è valutata su una scala a 5 punti (da 0 a 4). Vengono registrate, inoltre, informazioni sul numero di volte (variabili da 0 a più di 10 volte) che si verifica un determinato comportamento aggressivo. La ROAS è strutturata per essere usata retrospettivamente ed impiegata come misura dell'aggressività, sia rispetto all'individuazione di determinate condotte aggressive, sia rispetto alla frequenza e gravità dei comportamenti aggressivi verificatisi nella settimana precedente e fornisce informazioni che consentono di comprendere meglio i tratti di aggressività, di prevedere il comportamento aggressivo e di sviluppare modalità efficaci di trattamento.

### **STAFF OAS - SOAS (PALMSTIERNA E WISTEDT, 1987)**

La *Staff OAS - SOAS (Palmstierna e Wistedt, 1987)* valuta il grado e la frequenza dei comportamenti violenti e degli assalti in pazienti psichiatrici e psicogeriatrici. Sviluppata, come l'OAS, per un uso da parte dello staff ospedaliero, differisce da quella perché, invece che una lista di item, è un continuum a 4 punteggi articolato in 3 categorie (media, scopo e risultato) lungo il quale lo staff classifica tutti gli atti di aggressività. Il punteggio totale delle tre categorie definisce la gravità totale dell'evento aggressivo ed è a sua volta diviso in tre livelli: medio (2-5), moderato (6-8), e grave (9-12). La SOAS fornisce anche l'indice di "frequenza di aggressività individuale" che è determinato calcolando il numero totale di eventi aggressivi diviso il numero dei giorni di osservazione.

### **SOCIAL DYSFUNCTION AND AGGRESSION SCALE - SDAS (WISTEDT ET AL., 1990)**

La *Social Dysfunction and Aggression Scale - SDAS (Wistedt et al., 1990)* è una scala di osservazione per l'aggressività simile alla scala di Hamilton per la depressione (HAM-D). Si compone di 11 item graduati da 0 a 4 (0 = assente, 1 = dubbio o molto lieve, 2 = da medio a moderato, 3 = grave, 4 = molto grave), 9 dei quali riguardano l'aggressività eterodiretta e 2 quella autodiretta. Gli stessi Autori fanno riferimento ad una precedente *Global Aggression Scale - GAS*, una scala composta da 11 item che esplorano il disadattamento sociale e l'aggressività su di un'ampia scala a 11 intervalli, dove 0 = assenza di aggressività, 2-4 = aggressività media, 5-7 = aggressività moderata e 8-10 = aggressività grave. Successivamente la GAS è stata integrata da due brevi scale (3 item) che esplorano l'aggressività eterodiretta (*Three-items Outward Aggression Scale - TOAS*) e quella autodiretta (*Three-items Inward Aggression Scale - TIAS*), attraverso il comportamento, il linguaggio e gli aspetti secondari dell'aggressività.

## **COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI (COHEN-MANSFIELD E BILLING, 1986; COHEN- MANSFIELD, 1988)**

Il *Cohen-Mansfield Agitation Inventory - CMAI* (Cohen-Mansfield e Billing, 1986; Cohen- Mansfield, 1988) è stato originariamente proposto per la valutazione dell'agitazione dei pazienti anziani ricoverati. È composto da 29 item, valutati su di una scala a 7 punti (da "mai" a "diverse volte all'ora"), che vanno a costituire tre fattori, il comportamento aggressivo (ferire, percuotere, stratonare), il comportamento fisicamente non aggressivo (camminare avanti e indietro, manierismi ripetitivi, tentativi di allontanarsi) ed il comportamento verbalmente agitato (lamentele, urla, richieste costanti di attenzione). Da questa scala ne è stata ricavata una abbreviata di 14 item valutati su di una scala a 5 punti. L'uso del punteggio totale è sconsigliato essendo preferibile utilizzare i punteggi nei fattori. Il periodo preso in considerazione è rappresentato dalle ultime due settimane. La caratteristica principale del CMAI è il fatto di prendere in considerazione i comportamenti osservabili, escludendo ogni interpretazione degli stati emozionali ed ogni riferimento causale. Lo strumento si è dimostrato molto affidabile in questa popolazione.

## **AGGRESSION INVENTORY - AI (GLADUE, 1991)**

L'*Aggression Inventory - AI* (Gladue, 1991) è uno strumento di autovalutazione che si propone di valutare il comportamento aggressivo in quanto caratteristica (o tratto) del soggetto.

È composto da 30 item valutati su di una scala a 5 punti (da "1 = per niente, affatto" a "5 = è proprio così"). L'AI si articola in quattro subscale:

- Aggressività fisica (PA), composta da 4 item;
- Aggressività verbale (VA), composta da 7 item;
- Impulsività/Impazienza (II), composta da 7 item,
- Evitamento (Avoid), composta da 2 item.

I punteggi dei maschi e delle femmine devono essere considerati separatamente a causa delle possibili differenze, tra i due sessi, di molti aspetti dell'aggressività (la scala ha dimostrato, all'analisi fattoriale una validità di gruppo differenziandosi significativamente gli uomini dalle donne in tutte e tre le subscale ed in 24 dei 36 item).

L'*Aggression Questionnaire - AQ* (Buss e Perry, 1992) può essere considerato un completamento del BDHI che Buss aveva messo a punto oltre trent'anni prima assieme a Durkee (Buss e Durkee, 1957). Composto da 29 item, indaga quattro aspetti dell'aggressività, quella fisica (PA, 9 item), quella verbale (VA, 5 item), la rabbia (A, 7 item) e l'ostilità (H, 8 item). Lo strumento consente di valutare, non solo quanto un individuo è aggressivo, grazie al punteggio totale, ma anche, attraverso le subscale, come questa aggressività si manifesta. Il punteggio totale può variare da 29 a 145, quello delle subscale è espresso dalla somma dei punteggi degli item che le compongono. Anche con l'AQ le differenze fra sessi risultano rilevanti.

### **LIFE HISTORY OF AGGRESSION - LHA (COCCARO ET AL., 1997)**

La *Life History of Aggression - LHA* (Coccaro et al., 1997) fornisce tre sottopunteggi:

- *Aggressività*, di 5 item, che quantifica le manifestazioni aperte di aggressività;
- *Comportamento Antisociale/Conseguenze*, di 4 item, che valuta il numero di volte che il soggetto esperisce conseguenze sociali significative legate ai comportamenti aggressivi e/o il numero di volte in cui ha messo in atto comportamenti antisociali;
- *Aggressività Autodiretta*, di 2 item, che quantifica i comportamenti aggressivi autodiretti.

Per aumentare la variabilità intersoggettiva, gli item della LHA sono valutati secondo una scala a 5 punti basata sul numero totale di eventi dall'età di 13 anni (0 = nessun evento; 1 = 1 evento; 2 = 2 o 3 eventi; 3 = 4 o 9 eventi; 4 = 10 o più eventi; 5 = più eventi di quanti possano essere contati). Il punteggio totale della LHA è calcolato sommando i tre sottopunteggi.

### **BARRATT IMPULSIVENESS SCALE, VERSION 11 - BIS-11 (BARRATT E STANFORD, 1995)**

A questi strumenti possiamo aggiungere anche la *Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 - BIS-11* (Barratt e Stanford, 1995), uno strumento che, valutando "l'agire senza pensare", come può essere definita l'impulsività, può essere considerato come indice indiretto dell'aggressività la quale è caratterizzata generalmente dalla riduzione o dalla perdita del controllo degli impulsi. È una scala di autovalutazione, di rapida e facile

compilazione, ampiamente usata sia per valutare il ruolo dell'impulsività nel contesto della psicopatologia, sia per lo studio dell'impulsività nei soggetti non psichiatrici.

## RABBIA

L'aggressività e la rabbia (intesa come reazione alla frustrazione) sono emozioni che di frequente vengono fraintese e scoraggiate sia nei bambini sia negli adulti; da ciò ne può derivare la loro trasformazione in rancore o violenza.

Le parole aggressività, rabbia e violenza spesso sono impiegate come sinonimi, per spiegare comportamenti di prevaricazione, giudicati negativamente e condannati. Questa equivalenza di significati è dovuta anche al fatto che, non di rado, la persona non distingue chiaramente queste emozioni dentro di sé, ma le vive come un'unica manifestazione affettiva. Difatti, in alcune situazioni, l'aggressività può tramutarsi in rabbia e la rabbia in violenza e quando nella persona queste trasformazioni diventano sequenze automatiche e inconsapevoli, anche le sensazioni si confondono e perdono il loro significato originario.

Il termine aggressività deriva dal latino "*ad-gredior*", che letteralmente significa "*andare verso*". Nel suo significato originario, rappresenta un moto verso qualcosa o qualcuno. Pertanto la sua funzione è quella di muovere l'individuo verso una meta, un oggetto o un'altra persona. Alla base di ogni "*movimento verso*", c'è dunque un'esigenza o un desiderio da appagare

D'altra parte, la capacità di affrontare l'ambiente circostante è essenziale anche per formare l'identità e la sicurezza interiore, in quanto il nucleo portante della nostra personalità, si costituisce già nei primi anni di vita nello scambio con l'ambiente ed il senso profondo di sicurezza si rafforza nel saper chiedere e prendere ciò di cui si ha bisogno.

Il neonato ed il bambino esprimono apertamente l'aggressività e la rabbia. Si pensi, ad esempio, al pianto insistente ed accorato del neonato che richiama l'attenzione della mamma quando ha fame, desiderio di essere abbracciato o di prendere un gioco.

Spesso l'aggressività viene confusa con la prevaricazione, cioè con il prendere per competere ed ottenere più dell'altro, prendere per mostrare piuttosto che per soddisfare bisogni profondi. La mancata espressione dell'aggressività, può condurre alla rabbia e la repressione di quest'ultima al rancore (ovvero una combinazione di rabbia inespressa e di paura), che può sfociare nella violenza (cioè nell'azione tesa ad offendere e danneggiare qualcosa o qualcuno).

Le emozioni possono essere o non essere espresse con un'ampia gamma di modalità: ad un estremo c'è l'espressione diretta (per esempio, il bambino che afferra un gioco con forza e decisione e se lo porta alla bocca), all'altro c'è la rimozione, ovvero il blocco e la scomparsa di un dato comportamento o atteggiamento, indipendentemente dalla situazione relazionale (ad esempio, il bambino che non prende mai, ma aspetta passivamente che l'adulto gli dia ciò che desidera). Nel mezzo ci sono le varie possibilità di espressione diretta (ad esempio, "Sono arrabbiato, dispiaciuto, deluso con te, perché...") o indiretta (ad esempio, "Sono arrabbiato con te per un motivo preciso e mi lamento che sto male, invece di esprimere la mia rabbia apertamente, perché ho paura di perdere il tuo affetto") dell'emozione.

Tra le principali cause di insorgenza della rabbia, vi è il mancato riconoscimento dei bisogni. Infatti, rifacendosi ancora una volta ad un'esperienza di vita del neonato, il piccolo piange e si dimena se non riceve il latte nei suoi tempi di tolleranza (che aumentano con il passare dei giorni e dei mesi), oppure si può pensare alla reazione del bambino quando gli viene sottratto un giocattolo o impedito di fare qualcosa a cui tiene. Inoltre la rabbia, quando impedita nell'espressione, trattenuta ed accumulata, finisce con l'esprimersi in contesti diversi da quelli in cui è insorta, o verso la persona che non è all'origine della frustrazione. In questi casi diventa "*negativa*", nel senso che non è più finalizzata a costruire qualcosa, ma è rivolta "*contro*", costituendo a volte il primo gradino della distruttività e della violenza. La reazione violenta è un atteggiamento che nulla ha a che vedere con l'entrare in relazione con l'esterno in modo assertivo e costruttivo. Piuttosto, è un'aggressione rivolta a persone o cose, distruttiva e pericolosa. In conclusione, è opportuno specificare quando l'espressione dell'aggressività e della rabbia (cioè dell'aggressività forte), siano "*azioni verso*", che spronano la persona ad affrontare gli ostacoli e gli impedimenti, per distinguerle e differenziarle dal rancore e dalla violenza.

## MULTIDIMENSIONAL ANGER INVENTORY - MAI (SIEGEL, 1986)

Creato allo scopo di definire la natura multidimensionale della collera, il *Multidimensional Anger Inventory - MAI (Siegel, 1986)* include item che riflettono particolari "dimensioni" della rabbia, come la frequenza, la durata, l'intensità, la modalità di espressione, l'atteggiamento ostile, il range delle situazioni scatenanti la reazione collerica. La dimensione "modalità di espressione" della rabbia contiene, a sua volta, forme diverse di collera: una definita "interna" ed una "esterna", l'aspetto "colpa", il "litigio" o "alterco" (cioè la discussione con rabbia). Il MAI è composto da 38 item, in parte originali ed in parte ripresi e adattati da strumenti preesistenti.

Le dimensioni della rabbia sono:

- *frequenza* (ad es.: "tendo ad arrabbiarmi più frequentemente degli altri"; "mi sorprendo di quanto spesso mi arrabbio");
- *durata* (ad es.: "quando mi arrabbio, resto arrabbiato per ore");
- *intensità* (ad es.: "alcune persone sembrano arrabbiarsi più di me nelle stesse circostanze"; "a volte mi sento più arrabbiato di quanto dovrei");
- *modalità di espressione*, suddivisa in 4 sottodimensioni:
  - a) *rabbia interna* (ad es.: "covo rancore senza dirlo a nessuno");
  - b) *rabbia esterna* (ad es.: "quando sono arrabbiato con qualcuno glielo lascio capire");
  - c) *ripensamento* o "*rimuginazione*" (ad es.: "anche dopo avere espresso la mia rabbia ho delle difficoltà a dimenticare");
  - d) *colpa* (ad es.: "mi sento in colpa ad esprimere la mia rabbia");
- *atteggiamento ostile* (ad es.: "la gente parla di me alle mie spalle"; "la gente mi può dare fastidio solo standomi intorno"; "sto in guardia con le persone che sono più amichevoli di quanto mi aspettassi");
- range di *situazioni scatenanti*, che corrisponde all'item 38, articolato a sua volta in 9 voci: (ad es.: mi arrabbio quando... "...qualcuno mi abbandona", ..."la gente è sleale", ..."qualcosa blocca i miei piani", eccetera); due voci sono correlate con un'altra dimensione della collera, l'*atteggiamento ostile* e cioè "mi arrabbio quando devo prendere ordini da qualcuno meno capace di me" e "mi arrabbio quando devo lavorare con persone incompetenti".

A ciascuna delle 38 affermazioni è attribuito un punteggio crescente (da "decisamente falso" = 1 fino a "molto vero" = 5) in base a quanto tale affermazione è descrittiva del soggetto cui il MAI è somministrato.

### **STATE-TRAIT ANGER EXPRESSION INVENTORY - STAXI (SPIELBERGER, 1988)**

Lo *State-Trait Anger Expression Inventory - STAXI* (Spielberger, 1988) è una scala di autovalutazione che fornisce misure sintetiche, rappresentative dell'esperienza e dell'espressione della rabbia.

È stato sviluppato da Spielberger con due scopi principali:

- 1 - disporre di un metodo per valutare le componenti della rabbia, che potesse essere usato nella diagnosi particolareggiata di personalità normali e non normali;
- 2 - disporre di uno strumento per misurarne le varie componenti, dato che la rabbia figura spesso tra le caratteristiche personologiche dei soggetti con disturbi quali l'ipertensione, l'infarto, il cancro.

Nel concetto di esperienza di rabbia, come misurata dallo STAXI, sono comprese due principali componenti: la rabbia di stato e di tratto.

La rabbia di stato è definita come uno stato emotivo caratterizzato da sentimenti soggettivi di diversa intensità, che vanno da un moderato senso di fastidio o d'irritazione ad uno stato di furia e di rabbia, generalmente accompagnato da tensione muscolare e da attivazione del sistema nervoso autonomo. L'intensità varia in funzione di come si percepisce, per esempio, un'ingiustizia subita, o una minaccia, o un attacco da parte di altri, ed in funzione del grado di frustrazione che interviene per non aver raggiunto lo scopo verso cui si era diretti.

La rabbia di tratto è, invece, la disposizione a percepire un gran numero di situazioni come fastidiose o frustranti, e la tendenza a rispondere a tali situazioni con più frequenti manifestazioni della rabbia di stato.

Gli individui con alto grado di rabbia di tratto hanno esperienza di rabbia di stato più spesso e con maggiore intensità rispetto agli individui con basso grado di rabbia di tratto.

Il concetto di espressione della rabbia comprende tre componenti principali:

- l'espressione della rabbia verso altre persone o oggetti dell'ambiente (Rabbia-Out);

- la rabbia rivolta all'interno, cioè la rabbia trattenuta o soppressa (Rabbia-In);
- le differenze individuali con cui si tenta di controllare la propria espressione della rabbia (Controllo della Rabbia).

Nelle sezioni della scala che esplorano la rabbia tratto, il soggetto è invitato ad indicare come si sente "generalmente", in quelle che valutano l'ansia di stato deve dire, invece, come si sente "nel momento attuale" .

Lo STAXI è composto da 44 item, che formano sei scale e due subscale:

- *Rabbia di Stato (S-Rabbia)*: 10 item che misurano l'intensità dei sentimenti di rabbia in un dato momento;
- *Rabbia di Tratto (T-Rabbia)*: 10 item che misurano le differenze individuali nell'essere disposti a provare rabbia; si articola in 2 subscale:
  - *Temperamento portato alla rabbia (T-Rabbia/T)*: 4 item che misurano una predisposizione generale a provare o ad esprimere sentimenti di rabbia senza una specifica ragione;
  - *Reazione di rabbia (T-Rabbia/R)*: 4 item che misurano le differenze individuali nell'essere portati ad esprimere rabbia quando si viene criticati o minacciati ingiustamente dagli altri;
- *Rabbia rivolta all'interno: Rabbia-In (AX/In)*: una scala di espressione della rabbia composta da 8 item che misurano la frequenza con cui i sentimenti di rabbia sono trattenuti o soppressi;
- *Rabbia rivolta all'esterno: Rabbia-Out (AX/Out)*: una scala di 8 item che misurano la frequenza con cui un individuo esprime rabbia verso altre persone o verso gli oggetti dell'ambiente;
- *Controllo della rabbia (AX/Con)*: una scala di 8 item che misurano la frequenza con cui un individuo tenta di controllare l'espressione della propria rabbia;
- *Espressione della rabbia (AX/EX)*: una scala ricavata dai 24 item delle scale AX/In, AX/Out, e AX/Con che fornisce un indice generale della frequenza con cui la rabbia viene espressa, senza tener conto di come venga espletata.

Nel rispondere ad ognuno dei 44 item, gli individui classificano i propri sentimenti di rabbia su scale a 4 punti che valutano sia l'intensità che la frequenza con cui se ne fa esperienza, vengono espressi, nascosti, e controllati (Comunian, 1992).

Lo STAXI è stato ampiamente testato ed ha mostrato ottime caratteristiche psicometriche.

### **QUESTIONARIO PER GLI ATTACCHI DI RABBIA - QAR (FAVA, 1991)**

Il *Questionario per gli Attacchi di Rabbia - QAR (Fava, 1991)* è uno strumento di autovalutazione che indaga sulla presenza o assenza, nei mesi precedenti la valutazione, di attacchi di rabbia, definiti come inappropriati alla situazione, accompagnati da irritabilità, da sensazione di perdere il controllo, e da sintomi neurovegetativi, come tachicardia, sudorazione e vampate di calore. La presenza di attacchi di rabbia è definita dalla presenza, nei 6 mesi precedenti, dei quattro criteri seguenti: irritabilità, iperreattività, attacchi di rabbia (di cui uno almeno nell'ultimo mese) e presenza di almeno 4 sintomi neurovegetativi.

### **BRIEF AGITATION RATING SCALE - BARS (FINKEL ET AL., 1993)**

La *Brief Agitation Rating Scale - BARS (Finkel et al., 1993)* è una scala di 10 item ricavata dalla CMAI, come versione più breve e di più rapida somministrazione. Ogni item è definito e misurato su di una scala da 1 a 7 e si riferisce al comportamento nelle due settimane precedenti al ricovero (o alla valutazione); dalla scala si ricavano gli stessi fattori della CMAI (aggressività verbale, aggressività fisica, comportamenti agitati non aggressivi).

### **MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY, (MMPI-2) Cook Medley Hostility Scale**

La prima pubblicazione del test avviene nel 1942 ed è curata dall'Ospedale dell'Università del Minnesota, da cui prende il nome. Gli autori di questa prima edizione sono lo psicologo Starke R. Hathaway e il neuropsichiatra J. C. McKinley.

L'MMPI nasce dall'esigenza dei due autori di avere a disposizione un test pratico ed efficace per elaborare diagnosi psichiatriche e per determinare la gravità del disturbo psicopatologico.

Per la costruzione del test i due autori hanno utilizzato un tipo di valutazione empirica: hanno prima elaborato circa mille affermazioni che poi, in un secondo momento, hanno presentato ad alcuni pazienti (ipocondriaci, depressi, isterici, paranoici, etc.)

dell'Ospedale dell'Università del Minnesota e a soggetti appartenenti alla popolazione generale (visitatori, parenti o amici dei pazienti). Delle affermazioni iniziali sono stati selezionate quelle che erano in grado di discriminare il gruppo dei "normali" dal gruppo dei "patologici".

La prima versione del test consta di 566 affermazioni (denominate *item*) che compongono 4 scale di validità e 10 scale di base. Dopo quasi cinquant'anni di studi e ricerche durante i quali sono sviluppate molte decine di scale supplementari, nel 1989 viene presentata la nuova versione del test, denominata MMPI-2. Tale versione viene ulteriormente rivista nel 2001.

L'MMPI-2 è composto da 567 *item* a cui il candidato deve rispondere *vero* o *falso* a seconda se l'affermazione sia per lui *prevalentemente vera* o *prevalentemente falsa*. Il tempo impiegato mediamente per rispondere agli *item* va dai 60 ai 90 minuti. Questa seconda versione è arricchita con 3 nuove scale di validità, 6 scale cliniche supplementari e 15 scale di contenuto. È stata inoltre preparata sia una versione ridotta del test (composta da 370 *item*) che una versione specifica per la valutazione degli adolescenti (denominata MMPI-A) di età compresa tra i 14 e i 18 anni. Questa forma del test è composta da 478 *item* e include le stesse 13 scale sia dell'MMPI che dell'MMPI-2.

La versione italiana dell'MMPI-2 è stata curata da Paolo Pancheri e Saulo Sirigatti ed è stata rilasciata dalle Organizzazioni Speciali nel 1995. Il campione utilizzato per la standardizzazione italiana – avvenuta sempre nel 1995 – è stato di 1375 soggetti (403 maschi e 972 femmine).

Le scale di validità hanno lo scopo di valutare in quale misura il candidato ha compilato il questionario con sincerità e accuratezza:

- **L:** la scala L (*Lie*, Menzogna) è riferita ad alcune domande i cui comportamenti illustrati per la quasi totalità delle persone sono veri o falsi; la situazione rappresentata è difficilmente reale, ma ideale. Per essere giudicati più positivamente, si preferisce quindi falsificare la risposta.
- **F:** la scala F (*Frequency*, Frequenza) indica la possibilità di esagerazione dei sintomi, che può essere dovuta a risposte casuali, simulazioni di malattia o desiderio di anticonformismo. Inoltre indica il momento da cui si inizia a dare risposte senza attenzione alle domande o per stanchezza o per scarso interesse.

- **K:** la scala K (*Correction*, Correzione) indica un atteggiamento di difesa nei confronti del questionario oppure una tendenza al non far trasparire alcuni problemi.
- **Fb:** la scala Fb (*Frequency back*, Frequenza posteriore) indica il mantenimento dell'attenzione durante la compilazione.
- **VRIN:** la scala VRIN (*Variable Response Inconsistency*, Variabile di incoerenza nella risposta) valuta la tendenza all'aver dato risposte non coerenti per dare un'immagine di sé non credibile.
- **TRIN:** la scala TRIN (*True Response Inconsistency*, Incoerenza nelle risposte "vero") valuta analoghe tendenze come la VRIN.
- **?:** la scala ? (*Cannot say*, Risposte mancate) indica gli *item* cui non si è risposto ed è considerata una scala impropria.

Le scale di base hanno lo scopo di valutare le dimensioni più significative della personalità del candidato:

- **Hs:** la scala Hs (*Hypocondrias*, Ipocondria) indica la presenza di problemi fisici caratteristici degli ipocondriaci.
- **D:** la scala D (*Depression*, Depressione) indica la presenza di sintomi di tipo depressivo.
- **Hy:** la scala Hy (*Hysteria*, Isteria di conversione) indica la tendenza a somatizzare alcune emozioni e disagi di tipo psichico.
- **Pd:** la scala Pd (*Psychopathic Deviate*, Deviazione psicopatica) indica la carenza di controllo sulle risposte emotive e la capacità di introiettare le regole sociali.
- **Mf:** la scala Mf (*Masculinity-Feminility*, Mascolinità-femminilità) indica l'insieme di tutti quegli aspetti (interessi, atteggiamento, etc.) tendenzialmente maschilini o femminili.
- **Pa:** la scala Pa (*Paranoia*, Paranoia) indica sintomi di tipo paranoide (ideazioni deliranti, manie di grandezza, etc.)
- **Pt:** la scala Pt (*Psychastenia*, Psicastenia) indica i rituali fobici e i comportamenti di tipo ossessivo-compulsivo fino ad un'ideazione delirante.
- **Sc:** la scala Sc (*Schizophrenia*, Schizofrenia) indica esperienze di tipo insolito tipiche degli schizofrenici.
- **Ma:** la scala Ma (*Hypomania*, Mania) indica stati ipomaniacali (idee di grandezza, alto livello di attività, etc.).

- **Si:** la scala Si (*Social Introversion*, Introversione sociale) indica le difficoltà che il soggetto riscontra nei rapporti con gli altri.

Le scale supplementari approfondiscono temi propri alle scale di base:

- **A:** la scala A (Ansia) indica il livello di stress o di disagio provato dal candidato.
- **R:** la scala R (Repressione) indica il livello di sottomissione e di convenzionalità.
- **Es:** la scala Es (Forza dell'Io) indica la capacità del soggetto di trarre vantaggio dal trattamento psicoterapico.
- **MAC-R:** la scala MAC-R (Alcolismo di MacAndrew corretta) indica la presenza di problemi legati all'alcolismo e, più in generale, alla tossicodipendenza.
- **O-H:** la scala O-H (Ostilità ipercontrollata) indica la capacità di gestione della frustrazione.
- **Do:** la scala Do (Leadership) indica la tendenza ad assumere ruoli di controllo nelle relazioni sociali.
- **Re:** la scala Re (Responsabilità sociale) indica la percezione del candidato di responsabilità sociale.
- **Mt:** la scala Mt (Disadattamento scolastico) indica il livello di adattamento emotivo degli studenti.
- **Gm:** la scala Gm (Ruolo maschile) indica la percezione del ruolo sessuale.
- **Gf:** la scala Gf (Ruolo femminile) indica la percezione del ruolo sessuale.
- **Pk:** la scala Pk (Stress post-traumatico di Keane) indica la presenza di un disturbo da stress post-traumatico.
- **Ps:** la scala Ps (Stress post-traumatico) indica la presenza di un disturbo da stress post-traumatico.
- **MDS:** la scala MDS (Disagio coniugale) indica la presenza di contrasti di rilievo nella relazione di coppia.
- **APS:** la scala APS (Tossicodipendenza potenziale) indica la potenzialità di sviluppare dipendenza da sostanze.
- **AAS:** la scala AAS (Tossicodipendenza ammessa) indica, appunto, l'ammissione di tossicodipendenza.

Le scale di contenuto approfondiscono diverse variabili della personalità:

- **Anx:** la scala Anx (*Anxiety*, Ansia) indica la presenza di sintomi ansiosi (somatizzazioni, difficoltà del sonno, problemi di concentrazione, etc.).
- **Frs:** la scala Frs (*Fears*, Paure) indica la presenza di fobie.
- **Obs:** la scala Obs (*Obsessiveness*, Ossessività) indica la presenza di comportamenti ossessivi.
- **Dep:** la scala Dep (*Depression*, Depressione) indica la presenza di pensieri depressivi.
- **Hea:** la scala Hea (*Health Concerns*, Salute) indica la presenza di un'eccessiva preoccupazione per la propria salute fisica.
- **Biz:** la scala Biz (*Bizarre Mentation*, Ideazione bizzarra) indica i processi di pensiero di tipo psicotico.
- **Ang:** la scala Ang (*Anger*, Rabbia) indica problemi di controllo della rabbia.
- **Cyn:** la scala Cyn (*Cynism*, Cinismo) rileva le convinzioni misantropiche del candidato.
- **Asp:** la scala Asp (*Antisocial Practices*, Comportamento antisociale) indica soggetti che in passato hanno avuto comportamenti antisociali.
- **Tpa:** la scala Tpa (*Type A*, Tipo A) indica i soggetti di tipo A (ipermotivati, centrati sul lavoro, irritabili).
- **Lse:** la scala Lse (*Low Self-Esteem*, Bassa autostima) indica i soggetti con una bassa opinione di sé.
- **Sod:** la scala Sod (*Social Discomfort*, Disagio sociale) misura il disagio a stare in gruppo.
- **Fam:** la scala Fam (*Family Problems*, Problemi familiari) segnala la presenza di conflitti familiari.
- **Wrk:** la scala Wrk (*Work Interference*, Problemi lavorativi) segnala la presenza di conflitti sul lavoro.
- **Trt:** la scala Trt (*Negative Treatment Indicators*, Indicatori di difficoltà di trattamento) indica gli atteggiamenti negativi del soggetto verso i trattamenti di salute mentale.

## **M.P.V.H.: QUESTIONARIO MEDICO PSICOLOGICO PER PAZIENTI CARDIOPATICI**

Inoltre per la valutazione del paziente cardiopatico, soprattutto nella fase di regime di riabilitazione, in letteratura è riportato l'utilizzo di alcuni strumenti specifici che indagano diverse variabili, quali l'umore, il benessere globale percepito, l'inibizione sociale, l'invalidità percepita.

L'M.P.V.H. , nella versione inglese chiamato "Heart patients psychological questionnaire" (HPPQ) è stato sviluppato a partire da uno studio olandese sul benessere, sulla disabilità, sull'inibizione sociale e sull'umore (Visser, Koudstaal, Van Houten, Deckers et al., 2001)

Lo strumento si suddivide in 4 sottoscale: scala W del benessere soggettivo; scala O dell'umore; scala I dell'invalidità e vulnerabilità percepita; scala S dell'inibizione sociale.

Gli item sono 52, casualizzati in formato di risposta a 3 posizioni: 1= sì; 2= non so; 3= no.

Lo strumento è stato validato in Olanda su un campione di 1649 pazienti cardiopatici, un punteggio alto nella scala del benessere indica uno stato di buona salute percepita mentre un alto punteggio nelle scale dell'invalidità, dell'umore e dell'inibizione sociale indicano uno stato di peggioramento nella condizione di supporto sociale percepito, nel tono dell'umore e nel grado di invalidità percepita a causa della malattia.



# LO SGUARDO DELLA PSICOLOGIA POSITIVA: FATTORI DI PROTEZIONE PSICOSOCIALI COINVOLTI NELL'EZIOPATOGENESI DELLA MALATTIA CORONARICA

Negli ultimi anni la ricerca in ambito psicologico si è sempre più interessata alle varie forme del vivere bene; nelle maggiori riviste scientifiche infatti si possono trovare numerosi lavori volti allo studio del benessere e delle risorse individuali (per esempio *l'American Psychologist*, 2005; *Ricerche di Psicologia*, special issue, 2004). Vivere in modo ottimale, raggiungere il benessere e la felicità, sta diventando quindi obiettivo di ricerca non solo aspirazione di ciascuno individuo.

La Psicologia Positiva si occupa principalmente di studiare le condizioni e i processi che contribuiscono al *Flourishing*, o “stato ottimale” del funzionamento delle persone, dei gruppi e delle istituzioni (Gable e Haidt, 2005). Questo approccio tuttavia ha una lunga storia: dai lavori di Allport (1958) per le caratteristiche positive presenti in ciascun individuo, alle ricerche di Maslow (1968) sulla salute delle persone, fino agli studi più recenti di Cowan (2000) sulla resilienza in bambini e adolescenti.

Sin dalla fine del secolo scorso, la psicologia si è occupata prevalentemente di comprendere, analizzare e classificare i comportamenti atipici e patologici degli individui. Obiettivo principale era quello di costruire una psicologia in grado di capire, trattare e “curare”, secondo un’accezione tipicamente medicalizzata, la sofferenza psicologica. Ma, questo “modello patologico” è davvero l’unico possibile? È necessario attraversare il malessere per promuovere “lo star bene?” L’attività scientifica e la pratica clinica degli ultimi due decenni sembrano suggerire modelli alternativi.

Alla fine degli anni Ottanta prese avvio negli Stati Uniti una corrente di pensiero interessata in modo specifico ai temi della felicità, dell’ottimismo, al grado di soddisfazione della propria vita ed al benessere.

L’intento non era quello di studiare tali aspetti dall’esterno, quali conseguenze di condizioni sociali, economiche e politiche, ma capire questi processi dall’interno, partendo dalle risorse personali che ogni individuo possiede.

Quella della Psicologia Positiva (Seligman,1990) può essere considerata una vera e propria rivoluzione che ha condotto un profondo rinnovamento dei temi e dei paradigmi di ricerca nei vari settori della psicologia.

Ad una psicologia del passato interessata prevalentemente al disturbo, alla malattia e ai disordini mentali si affianca una psicologia focalizzata allo star bene, alla realizzazione di sé, delle proprie aspettative e alla ottimizzazione delle risorse personali.

Ma di che cosa si occupa effettivamente la Psicologia Positiva? Sheldon e King (2001), affermano: *“la Psicologia Positiva non è niente di più che lo studio scientifico delle forze e delle virtù degli essere umani[...], considerando la persona media e cercando di individuarvi cosa funzioni e cosa sia possibile migliorare.”* Da questa definizione è possibile affermare che l’interesse in quest’ ambito si pone l’obiettivo di individuare competenze, risorse ed abilità in ciascuno per promuoverne, in termini positivi, le potenzialità senza trascurare la patologia o la disfunzione, né tanto meno negare la sofferenza o il disagio dei singoli.

Quello che si propone di fare è piuttosto ricercare una via alternativa che mira a capire e a favorire lo sviluppo delle risorse soggettive per gestire al meglio l’esistenza. L’obiettivo è quello di riconoscere e ampliare le competenze, concentrandosi sui punti di forza di ogni persona.

Per definire i punti salienti che caratterizzano questo nuovo approccio si possono così riassumere (Gilliam & Seligman, 1999; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002):

1. la percezione del vissuto soggettivo in termini positivi nel tempo: presente, passato e futuro;
2. l’analisi delle caratteristiche umane positive, in termini di punti di forza e virtù;
3. il funzionamento positivo in contesti più allargati come la famiglia, la comunità e le istituzioni.

La Psicologia Positiva, sul piano individuale valorizza le esperienze soggettive: benessere, appagamento e soddisfazione in prospettiva passata, speranza e ottimismo in prospettiva futura, autoaccettazione e autoefficacia in prospettiva presente; inoltre si focalizza sui tratti positivi individuali: abilità interpersonali, il coraggio, la perseveranza, l’orientamento al futuro, la spiritualità, la saggezza.

A livello di gruppo evidenzia le virtù civiche e le istituzioni che spingono l'individuo ad essere un buon cittadino: la responsabilità, l'educazione, la tolleranza, l'altruismo.

Il vasto e sfaccettato movimento della Psicologia Positiva ha fornito contributi innovativi a livello teorico e applicativo; essa sottolinea il ruolo fondamentale delle risorse e potenzialità individuali che le ricerche precedenti, volte ad individuare deficit e patologie, non mettevano in luce.

Ciò porta ad un profondo capovolgimento di prospettiva: si privilegiano interventi finalizzati alla promozione delle abilità e competenze personali che già si possiedono e che possono essere trasformati in reali punti di forza.

L'originalità di tale approccio risiede anche nell'assunzione di un ruolo attivo nel promuovere e sviluppare le proprie risorse personali.

Ciò che è alla base di questo modello è il concetto di prevenzione. La Psicologia Positiva studia i modelli teorici e i meccanismi che favoriscono il benessere soggettivo e la felicità cercando specifiche procedure atte ad accrescere la qualità della vita a partire da condizioni di normalità.

Nell'ambito delle scienze mediche e sociali l'ultimo decennio è stato caratterizzato da una crescente attenzione allo studio del benessere e della qualità della vita. Inizialmente questi temi erano analizzati a partire dagli indicatori oggettivi della salute fisica, insieme ad altri indicatori relativi a condizioni abitative, reddito e ruoli sociali.

Numerosi studi hanno tuttavia dimostrato che gli indicatori oggettivi non sono sufficienti a fornire una valutazione adeguata del benessere e della soddisfazione di un individuo e che qualità della vita e benessere sono concetti relativi.

In ambito psicologico, lo studio del benessere soggettivo ha dato origine al vasto e sfaccettato movimento della psicologia positiva il quale ha enfatizzato il ruolo fondamentale delle risorse e delle potenzialità dell'individuo.

Ciò rappresenta un autentico capovolgimento di prospettiva nella progettazione di interventi di riabilitazione; vengono infatti privilegiate attività volte alla mobilitazione delle risorse della persona, piuttosto che alla riduzione o compensazione delle sue limitazioni.

Muovendo dalle premesse di Seligman e Csikszentmihalyi, che mirano ad ampliare l'ambito della ricerca degli psicologi dallo studio della malattia o delle debolezze umane

all'analisi dei punti di forza, abilità e risorse degli individui, si delineano due prospettive: quella edonica e quella autautonoma (Ryan, Deci, 2001).

La prima interpreta il benessere principalmente nella sua dimensione affettiva e di soddisfazione di vita (Diener, 2000); la seconda invece lo analizza in termini di attualizzazione delle potenzialità individuali, costruzione dei significati e perseguimento di obiettivi condivisi al fine del "bene comune" (Delle Fave, 2007).

Tanto le premesse teoriche quanto i contributi empirici scaturiti dalla ricerca in psicologia positiva sono sostanzialmente in linea con il modello biopsicosociale e l'approccio della medicina centrata sul paziente proposti dalla psicologia della salute. Migliorare la vita tanto degli individui quanto della società è un desiderio comune, spesso declinato da studiosi di differenti discipline nei termini di cura e prevenzione di esiti comportamentali disfunzionali e problematici.

Ciò, se in alcune situazioni deve ritenersi un approccio necessario e prioritario, non garantisce la creazione delle precondizioni fondamentali per la promozione di uno stile di vita desiderabile e soddisfacente.

La psicologia, a partire dalla Seconda Guerra mondiale, è diventata per lo più una scienza legata alla sofferenza. Essa si è concentrata in prevalenza sul riparare i danni, riferendosi ad un modello di funzionamento degli esseri umani basato sulla malattia.

I suoi obiettivi principali erano:

- curare le patologie mentali;
- rendere la vita degli individui più produttive e soddisfacenti;
- identificare e coltivare i talenti.

I primi tentativi di focalizzarsi su alcuni aspetti della psicologia positiva sono stati effettuati da Terman nel 1939, con i suoi studi sul dono, la gratuità e la felicità coniugale (Terman e coll., 1938), gli scritti di Watson (1928) sulle cure genitoriali efficaci, i lavori di Jung (1933) sulla ricerca e la scoperta del senso della vita.

Altri due eventi contribuirono al mutamento della psicologia, al termine della Seconda Guerra mondiale: la fondazione della Veteran's Administration nel 1946 e del National Institute of Mental Health nel 1947, che contribuirono a dare credito scientifico agli studi e alle ricerche sulla psicopatologia.

Se, da una parte, questo produsse notevoli progressi nella diagnosi e nella cura delle malattie mentali (si divenne in grado di curare o, almeno, di alleviare circa 14 disordini,

prima non trattabili), dall'altra, però, si dimenticò quasi completamente il terzo obiettivo della psicologia: l'identificazione e la coltivazione dei talenti.

La necessità di fondare la psicologia positiva si cominciò ad avvertire durante la Seconda Guerra mondiale, quando Seligman e coll. notarono che molte persone, in precedenza fiduciose e di successo, diventarono sfiduciate e depresse, dopo che la Guerra aveva sottratto loro i sostegni sociali, il lavoro, il denaro e lo status. Al contrario, invece, nonostante tutto ciò, alcune persone riuscirono a mantenere la loro integrità e la loro serenità. Da questa constatazione sorse spontaneo l'interrogativo: da quali forze erano guidati questi individui?

A giudizio di Seligman, le risposte di Freud e di Jung non erano soddisfacenti. Neppure gli psicologi umanisti, Maslow, Rogers, May, sembravano essere in grado di dare risposte scientifiche, basate empiricamente al quesito, nonostante il rinnovato accento sul Sé che essi ponevano.

Seligman ritenne, a quel punto, che i tempi erano maturi per fondare la psicologia positiva.

Lo scopo principale della psicologia positiva è quello di spostare il focus solo dal "riparare" ciò che non funziona al costruire anche le qualità positive.

Essa si propone di studiare la forza e la virtù che ha a che fare con il lavoro, l'educazione, l'introspezione, l'amore, la crescita, il gioco. Per fare ciò, si propone di adattare ciò che di meglio offre il metodo scientifico all'unicità dei comportamenti umani.

La psicologia positiva, sul piano soggettivo, valorizza le esperienze soggettive: benessere, appagamento e soddisfazione in prospettiva passata, speranza e ottimismo in prospettiva futura, flusso e velocità in prospettiva presente.

A livello individuale si focalizza sui tratti positivi individuali: la capacità di amare e di lavorare, il coraggio, le abilità interpersonali, la sensibilità estetica, la perseveranza, la capacità di perdonare, l'originalità, l'orientamento al futuro, la spiritualità, il talento, la saggezza.

A livello di gruppo si focalizza sulle virtù civiche e le istituzioni che spingono l'individuo ad essere un buon cittadino: la responsabilità, l'educazione, l'altruismo, la civiltà, la moderazione, la tolleranza e il lavoro etico.

Ciò che è alla base di questo approccio è il concetto di prevenzione. Partendo dalla constatazione che il modello basato sulla malattia, che consisteva nel lavorare solo sui punti deboli, non era efficace in tal senso, si imponeva sempre più la necessità di una scienza basata sulla forza e sulla resilienza. Gli individui non dovevano più essere considerati passivi, ma esseri attivi, in grado di scegliere, di assumersi rischi e responsabilità. Questo avrebbe permesso agli individui di imparare a condurre stili di vita più sani a livello psicofisico e di ri-orientare la psicologia verso un maggiore perseguimento del terzo obiettivo: rendere più forti e produttive le persone sane e consentire la messa in atto delle potenzialità umane più elevate.

I paradigmi di riferimento della maggior parte degli studi e delle ricerche si possono ricondurre, da una parte, all'edonismo (Kahneman et al., 1999), in base al quale il benessere consiste nel piacere o nella felicità, dall'altra all'eudaimonia (Waterman, 1993), secondo il quale il benessere è qualcosa più della felicità. Rappresenta la realizzazione delle potenzialità umane e della propria natura.

Queste tradizioni si fondano su visioni differenti della natura umana e di ciò che si ritiene costituisca una buona società.

Si possono individuare le basi della tradizione edonista nell'antica Grecia, in cui Aristippo esortava a sperimentare il massimo piacere possibile e sosteneva che la felicità e la qualità della vita fossero il risultato della somma dei singoli momenti edonici. Hobbes proseguì sostenendo che la felicità era l'esito del soddisfacimento degli appetiti umani e De Sade che l'obiettivo ultimo della vita era perseguire il piacere. L'utilitarismo, con Bentham, riteneva che massimizzare il piacere individuale poteva portare vantaggio all'intera società.

Gli psicologi hanno riunito tali filosofie, parlando di piaceri del corpo e della mente e definendo il benessere come felicità soggettiva, legata alle esperienze di piacere versus dispiacere comprendenti tutte le valutazioni degli elementi positivi e negativi di vita.

La felicità diventa, quindi, non solo semplice edonismo fisico, ma il risultato del raggiungimento degli obiettivi o la loro valutazione in vari contesti.

La psicologia edonistica studia ciò che rende piacevoli e spiacevoli le esperienze e la vita (Kahneman et al. 1999). In questa prospettiva, il ben-essere e l'edonismo si equivalgono.

Esistono strumenti di misurazione del benessere soggettivo, anche se, attualmente, vi è un dibattito acceso sulla loro capacità di definire il benessere psicologico. In generale, essi partono dal presupposto teorico che il benessere è in funzione del tentativo di raggiungere (e del raggiungimento) di quegli obiettivi che un individuo ritiene significativi per se stesso, qualunque essi siano. Vi sono, inoltre, riferimenti alle teorie comportamentali della ricompensa e della punizione (Shizgal, 1999) e a quelle relative alle aspettative cognitive su tali risultati (Peterson, 1999).

In ogni caso, le aspettative, i valori e gli obiettivi sono altamente idiosincratici e culturalmente specifici e ben si adattano al contesto post moderno, estremamente relativistico.

Anche questa tradizione ha origini antiche. Aristotele denigrava il soddisfacimento dei piaceri in sé e per sé, mentre riteneva che la felicità si basasse sull'espressione della virtù, cioè nel fare ciò che si ritiene importante.

Erich Fromm (1981) è tra gli psicologici che porta avanti tale concezione e sostiene che il ben-essere è il risultato della realizzazione di quei bisogni che conducono allo sviluppo della natura umana.

L'eudaimonia considera ben distinti il ben-essere e la felicità in sé e per sé, perché solo il soddisfacimento di alcuni desideri è in grado di promuovere il benessere.

Ad esempio, Waterman (1993) ritiene che è possibile raggiungere l'eudaimonia vivendo secondo il proprio vero sé, svolgendo attività congruenti con la propria natura e in grado di impegnare e coinvolgere in modo olistico. In questo senso egli parla di espressività personale (Personal Expressiveness, PE).

Ryff e Singer (1998, 2000) sostengono che il ben-essere costituisce il tentativo di raggiungere la perfezione, con la realizzazione delle proprie potenzialità. Essi parlano di "benessere psicologico" (PWB), che si differenzia dal "benessere soggettivo" (SWB), perché si tratta di un costrutto multidimensionale, in grado di implementare alcuni sistemi fisiologici, che comprende diversi aspetti relativi all'autorealizzazione:

- autonomia;
- crescita personale;
- auto-accettazione;
- scopo di vita;
- padronanza;

- buoni legami sociali.

Altre prospettive, come la teoria dell'autodeterminazione (Ryan e Deci, 2000), individua tre bisogni psicologici di base:

- autonomia;

- competenza;

- relazioni sociali il cui soddisfacimento è essenziale per la crescita psicologica, l'integrità, il ben-essere, la vitalità e la congruenza con se stessi.

Tale teoria si focalizza sulle condizioni e i fattori che facilitano o minacciano il benessere in vari contesti e periodi.

In tale prospettiva, il benessere è un costrutto che viene analizzato a livello intra e interpersonale, con un'influenza reciproca tra tali livelli.

Anche in questo caso, il benessere soggettivo (SWB) non conduce necessariamente al benessere eudaimonico.

Nonostante questa suddivisione tra la prospettiva edonistica e quella eudaimonica, sembra essere più produttivo considerare il ben-essere come un concetto multidimensionale che include sia aspetti edonici, sia eudaimonici. Misurazioni molteplici, che si ispirano ad entrambe le correnti, sembrano essere in grado di cogliere in modo più approfondito e puntuale i fattori che caratterizzano il ben-essere.

Gli studi e le ricerche principali nel campo della psicologia positiva si possono raggruppare in tre aree principali:

- le esperienze positive: a questo gruppo appartengono i contributi di Daniel Kahneman (1999) sulla qualità edonistica delle esperienze, quelli di Diener (2000) sul benessere soggettivo, quelli di Massimini e Delle Fave (2000) sulle esperienze ottimali, di Peterson (2000) sull'ottimismo, di Myers (2000) sulla felicità, di Ryan e Deci (2000) sull'autodeterminazione, di Taylor et al (2000) e di Salovey et al. (2000) sulla relazione tra le emozioni positive e la salute fisica;

- la personalità positiva: tutte le ricerche appartenenti a questo gruppo si focalizzano su tre caratteristiche principali dell'individuo: la capacità di organizzarsi, l'essere autodiretto e in grado di adattarsi. I tratti di personalità che maggiormente contribuiscono alla psicologia positiva sono: il ben-essere soggettivo, l'ottimismo, la felicità e l'autodeterminazione.

Nello specifico, appartengono a questo gruppo le ricerche di Ryan e Deci (2000)

sull'autodeterminazione, quelle di Baltes e Staudinger (2000) sulla saggezza, di Vaillant (2000) sulle difese mature (altruismo, sublimazione, soppressione, umorismo, anticipazione), di Lubinski e Benbow (2000), di Simonton (2000), Winner (2000), Larson.

- le comunità e le istituzioni positive: si tratta di un gruppo che interseca i precedenti e si basa sul presupposto che le persone e le loro esperienze si verificano in un contesto sociale. Fanno parte: i lavori di Buss (2000), Massimini e Dalle Fave (2000) sul contesto evolutivo che forgia le esperienze positive, di Myers (2000) che descrive i contributi delle relazioni sociali sulla felicità, di Schwartz (2000) sulla necessità di norme culturali per sgravare gli individui dal peso delle scelte, di Larson (2000) sull'importanza dello svolgimento di attività di volontariato per lo sviluppo dei giovani pieni di risorse, di Winner (2000) sugli effetti delle famiglie sullo sviluppo dei talenti.

Pare che l'ottimismo comporti effetti positivi sullo stato di salute psicofisica. Sembra che tali effetti siano mediati principalmente a livello cognitivo e inducano i soggetti a mettere in pratica abitudini e comportamenti benefici e a crearsi una rete di supporto sociale (Taylor, 2000).

Pare, inoltre, che, in generale, le emozioni positive abbiano effetti sia preventivi, sia terapeutici, potenziando il sistema immunitario e motivando a mettere in atto comportamenti sani (Salovey et al., 2000).

Le sfide che la psicologia positiva e, in generale, la scienza, si troveranno a dover affrontare nei prossimi decenni, secondo Seligman, saranno:

- il calcolo del livello di benessere, che non va inteso come una mera somma dei singoli momenti di felicità;
- lo sviluppo delle positività, dato che, ciò che rende felice una persona in una determinata fase della sua vita non è necessariamente ciò che la rende felice anche in seguito;
- le neuroscienze e l'ereditabilità: ancora conosciamo poco circa la localizzazione cerebrale, la neurochimica, gli aspetti di ereditabilità e la loro interazione con l'ambiente dei tratti positivi;
- gioia versus piacere: è necessario distinguere le esperienze positive piacevoli da quelle che danno gioia.

Il piacere è una sensazione positiva che deriva dal soddisfacimento dei bisogni omeostatici (ad es.: fame, sete).

La gioia si riferisce ad una sensazione positiva quando andiamo oltre l'omeostasi, quando si fa qualcosa che mette alla prova i propri

limiti, che favorisce la crescita personale e che porta ad una felicità a lungo termine;

- il benessere collettivo: riguarda il conflitto potenziale tra il proprio benessere e quello collettivo. A volte, può capitare che alcune azioni che ci portano benessere a livello personale possono sottrarlo a livello collettivo (ad es.: scorazzare in un quartiere residenziale con una motocicletta rumorosa ad alta velocità);

- l'autenticità: è necessario chiarire se i tratti positivi siano derivati, compensatori, inautentici, se, al contrario, siano i tratti negativi a derivare da quelli positivi, o se siano sistemi separati;

- il tamponare: la psicologia positiva può trovare applicazione sia nella terapia, sia nella prevenzione, nella costruzione dei tratti e delle esperienze positive. Resta ancora da stabilire come fare;

- descrittiva o prescrittiva: ci si interroga sulla questione se la psicologia positiva sia una scienza descrittiva, cioè costruisca delle matrici empiriche che descrivono determinati elementi, comportamenti, ecc., senza fornire giudizi di valore, né di desiderabilità, oppure se, al contrario, sia prescrittiva;

- il realismo: è necessario indagare approfonditamente quali siano le relazioni tra i tratti positivi, le esperienze positive e l'essere realisti. Si suppone che una persona possa essere felice se è in grado di confrontarsi realisticamente con la vita e di lavorare produttivamente per migliorare le condizioni della sua esistenza.

## OTTIMISMO

Non tutte le persone guardano al futuro e alla vita nello stesso modo. Esistono ad esempio persone che tendono a guardare la vita con preoccupazione e ansia, focalizzando la loro attenzione più sulle difficoltà incontrate o da affrontare durante la giornata, piuttosto che sulle gioie da assaporare o sui successi ottenuti; viceversa, ce ne sono altre che tendono a considerare la vita con serenità ed entusiasmo e sanno affrontare le difficoltà con spirito combattivo, come momenti di opportunità e crescita, più che come insidie e ostacoli insormontabili.

Queste ultime, in particolare, sanno essere costanti nel perseguire gli obiettivi, al di là degli ostacoli incontrati e degli errori commessi, e sono capaci di puntare più sulla speranza di successo che sulla paura del fallimento.

In genere qualificiamo le prime come persone pessimiste, le seconde come ottimiste.

Nell'ambito della psicologia molte ricerche hanno cercato di capire se e come questi due diversi modi di guardare la vita possano avere delle ripercussioni sulla salute, il successo nell'ambito lavorativo, e nella vita in genere, e in definitiva il benessere psicofisico delle persone.

Svariati studi hanno messo in luce come i pessimisti si arrendano più facilmente di fronte alle difficoltà, abbiano meno successo nel lavoro, cadano più spesso in depressione e si ammalinino più facilmente.

Al contrario si è visto come persone ottimiste rendano meglio nello studio, nel lavoro e nello sport. Inoltre sembra che gli ottimisti siano più abili nei test attitudinali e tendano ad essere scelti più spesso dei pessimisti quando concorrono a cariche politiche o dirigenziali. Infine si è rilevato come le persone ottimiste godano di uno stato di salute eccezionalmente buono: infatti sembra che il loro sistema immunitario sia più efficiente per cui si ammaliano di meno, invecchiano meglio, in quanto risentono meno dei consueti malanni fisici della mezza età, e quindi vivono più a lungo.

Da quanto si è detto appaiono immediatamente evidenti i vantaggi dell'essere ottimisti. Tuttavia, a questo punto, è quasi d'obbligo porsi alcune domande: innanzitutto, perché alcune persone sono ottimiste e altre sono pessimiste? E ancora, nel momento in cui ci si dovesse scoprire pessimisti, dobbiamo ipotizzare di essere destinati a rimanerle tutta la vita o possiamo sperare di poter diventare ottimisti? Queste domande sono molto complesse, tuttavia è possibile cercare di dar loro una risposta sulla base di quanto

Martin Seligman, un autorevole studioso del settore, ha messo in luce nel corso dei suoi studi decennali.

Innanzitutto, questo autore sostiene che alla base di queste due modalità di guardare la vita ci siano due elementi: da un lato la sensazione di poter esercitare o meno un controllo sugli eventi, dall'altro il modo con cui ci spieghiamo ciò che ci accade. In questo senso, le persone che si vivono come impotenti, ossia le persone convinte che qualsiasi cosa possano fare non servirà per raggiungere quanto vogliono, saranno con maggiore probabilità più pessimiste delle persone che, al contrario, credono di poter modificare circostanze ed eventi così da raggiungere obiettivi e successi ipotizzati. Tuttavia la percezione di sentirsi impotenti o meno, capaci di controllare ciò che ci accade o meno, non origina dal nulla, ma si costruisce a seconda del modo in cui ciascuno si spiega gli eventi negativi o positivi con cui ha a che fare nella vita. Seligman, a questo proposito, ritiene che ciascuna persona abbia un proprio stile esplicativo, cioè una propria modalità di interpretare le cause degli eventi.

Tale modalità, a suo avviso, origina dalla visione che ciascuno ha del proprio posto nel mondo, dal percepirsi come persona degna di valore e meritevole oppure indegna e immeritevole. Nel primo caso avremo facilmente a che fare con una persona ottimista, nel secondo con una pessimista.

Nello specifico lo stile esplicativo è caratterizzato da tre dimensioni cruciali: la permanenza, la pervasività e la personalizzazione.

La *permanenza* riguarda il tempo e quel modo di spiegarsi gli eventi secondo cui le cause dei propri successi o fallimenti perdurano nel tempo e non sono modificabili. Da questo punto di vista, le persone pessimiste sono portate a credere con facilità che la causa dei loro fallimenti sia da ricercarsi in aspetti negativi della loro persona o nella mancanza di abilità che non riusciranno mai ad avere.

A partire da questi presupposti è facile capire come questi individui giungano ad arrendersi più facilmente di altri di fronte alle difficoltà.

Al contrario le persone ottimiste, quelle che persistono nel cercare di raggiungere un obiettivo anche in presenza di errori o fallimenti, sono quelle che da un lato, credono di avere abilità e qualità personali che le porteranno prima o poi a raggiungere il risultato sperato e che, dall'altro, identificano come causa dei loro successi qualità e abilità che appartengono loro.

La *pervasività* riguarda invece lo spazio. Si tratta in particolare, dello spiegarsi gli eventi in modo specifico . Ad esempio, alcune persone riescono a mettere tra parentesi i loro problemi e ad andare avanti anche quando subiscono un'avversità in un campo importante della loro vita, ad esempio il lavoro o un legame affettivo.

Altre invece tendono a fare di tutto una catastrofe, così che quando un aspetto della loro vita fallisce, tutto va in rovina.

Queste ultime, qualificabili come persone pessimiste, tendono a dare spiegazioni universali ai loro fallimenti: in tal modo quando sperimentano un insuccesso in un'area della loro vita si arrendono anche su ogni altra cosa; viceversa, le persone ottimiste, quelle che sanno dare spiegazioni specifiche, sebbene possano anche diventare impotenti nel campo in cui hanno sperimentato un insuccesso, sanno comunque mantenersi attive e risolte in altri ambiti della vita.

Anche avere o non avere speranza è connesso a questi due diversi modi di spiegarsi gli eventi: infatti è più facile riuscire a sperare quando si trovano cause temporanee e specifiche alle avversità .

Da questo punto di vista, spiegarsi gli eventi con cause temporanee limita l'impotenza nel tempo e spiegarsi gli eventi usando cause specifiche limita l'impotenza alla situazione d'origine, impedendole così di dilagare in tutti i campi dell'esistenza.

Un ultimo aspetto dello stile esplicativo è quello della *personalizzazione* . Da questo punto di vista, quando si manifestano degli eventi negativi, possiamo accusare noi stessi o fattori esterni a noi per averli provocati .

Le persone che si autoaccusano quando falliscono hanno come conseguenza una diminuzione dell'autostima. Pensano di essere senza valore, prive di talento e spiacevoli; con più facilità saranno pessimiste. Viceversa le persone che attribuiscono gli eventi negativi a fattori esterni, a patto che lo facciano con cognizione di causa e senza perdere di vista le proprie responsabilità, non perdono l'autostima e tenderanno ad essere più ottimiste. In questo senso, mentre la pervasività e la permanenza riguardano le cose che si fanno, la personalizzazione riguarda come ci si percepisce .

Come si è visto, a partire da questa prospettiva, le origini dell'ottimismo e del pessimismo sono da far risalire ad un particolare modo di interpretare le cause degli eventi che ci accadono: in questo senso gli ottimisti da un lato, tendono ad interpretare gli insuccessi come occasionali, circoscritti e impersonali; dall'altro tendono ad

interpretare i successi come personali, cioè dovuti alle loro qualità, generali e permanenti. I pessimisti fanno esattamente l'opposto.

Da questo punto di vista, possiamo anche dire che ottimisti o pessimisti non si nasce, ma lo si diventa. In effetti, secondo Seligman, l'ottimismo può essere appreso e quindi, con sollievo di tutti i pessimisti, anch'essi possono sperare di diventare un giorno ottimisti... a patto che imparino una serie di abilità.

Si tratta di abilità che consentono alla persona di passare da uno stile esplicativo pessimista ad uno ottimista attraverso il dialogare con se stessa quando deve affrontare una sconfitta.

Come è possibile? Ci sono diverse strategie che possono essere utilizzate.

Innanzitutto occorre riconoscere che, per spiegarsi un determinato evento negativo, si sta utilizzando uno stile esplicativo pessimista. Dopo aver raggiunto tale consapevolezza, è possibile adottare due strategie per trattare la credenza o spiegazione pessimista.

- La prima è molto semplice: consiste nel distrarsi, nel focalizzare la propria attenzione su pensieri diversi da quelli legati alla propria credenza, cercando per quanto possibile di interrompere i pensieri negativi. In questo senso può essere utile, in presenza di pensieri pessimisti, visualizzare nella propria mente l'immagine di un grosso STOP rosso che contrasti i pensieri negativi.
- La seconda strategia al contrario, sebbene sia un po' più difficile, è probabilmente più produttiva a lungo termine: consiste nel cercare di mettere in discussione le proprie credenze pessimiste. In questo caso la prima operazione da compiere è quella di prendere le distanze dalle credenze qualificandole appunto come credenze quindi come assunti che possono corrispondere o meno alla realtà. Per fare un esempio, solo perché si ha paura di non essere adatti ad un determinato impiego, non è detto che sia effettivamente così. In questo senso è opportuno innanzitutto, prendere le distanze da questa credenza, sospendendo il giudizio; in secondo luogo è necessario mettere tale credenza in discussione, così da stabilire se essa sia vera o meno. Per fare ciò si possono seguire le 4 modalità indicate:

1. Raccogliere prove che dimostrino la fondatezza o meno della credenza;

2. Raccogliere spiegazioni alternative alla credenza. Ad esempio un insuccesso può essere spiegato in molti modi, non necessariamente con la credenza pessimista che abbiamo in mente;
3. Evitare di catastrofizzare. Anche se ci si dovesse accorgere che i fatti non sono sempre dalla nostra parte è importante, come si suol dire, non fare di tuttata l'erba un fascio! e quindi circoscrivere l'insuccesso o la credenza ad un determinato ambito;
4. Imparare dagli errori. In questo senso è importante saper imparare dall'esperienza e quindi utilizzare gli errori commessi come suggerimenti che possano esserci d'aiuto a migliorare la prestazione in futuro.

## SPERANZA

La speranza è in primo luogo voglia di vivere che scaturisce dal piacere di esistere anche in presenza di ambiguità e incertezze, anche uando nel presente manca il benessere, anche quando la vita fa sperimentare dolore, malattie, perdite.

La speranza è potenza reattiva e proattiva nonostante afflizioni, sofferenze, e consapevolezza dei propri limiti. (D. Short, C. C. Casula, 2002)

Speranza- da *elpis*, *elpizo*, supporre, che contiene la radice *vel*, *volupta*, voglia, piacere- è una disposizione dello spirito che porta a credere alla realizzazione di quanto ci si augura, è un'espressione del piacere di vivere per il semplice fatto di esistere, è un profondo amore per la vita, una virtù necessaria per riconoscere e dominare la sofferenza dello stato presente e per intravedere una via d'uscita.

La teoria della speranza sviluppata da Snyder e dai suoi colleghi (Snyder, 1994; Snyder et al., 1991) ha ricevuto considerevole attenzione nelle due decadi scorse.

All'interno di questa teoria, la speranza è definita come pensiero "goal-directed" nel quale la persona si percepisce in grado di pensare alle strategie per raggiungere gli obiettivi desiderati e la consapevolezza di poterli raggiungere.

Gli obiettivi possono essere "approach-oriented in nature" (cioè, qualche cosa di positivo che vorremmo accadesse), o "preventative in nature" (cioè, qualche cosa di negativo che vorremmo non accadesse). Gli obiettivi possono variare in base alla difficoltà per raggiungerli, anche obiettivi apparentemente "impossibili" da raggiungere possono essere raggiunti con la progettazione e gli sforzi. Di conseguenza, Snyder sottolinea l'importanza di non giudicare negativamente obiettivi che appaiono essere

basati su “false speranze” (Snyder, Rand, King, Feldman, & Taylor, in press). Pensare all’agire è la componente motivazionale della teoria della speranza. Tale pensiero è particolarmente importante nel mantenimento della motivazione alla confrontando strategie adatte e possibili impedimenti.

La teoria della speranza è connessa ai ruoli degli impedimenti, degli stressor e delle emozioni. Incontrare gli ostacoli che impediscono il raggiungimento di un obiettivo significa per le persone valutare tali circostanze come agenti altamente stressanti. Secondo i postulati della teoria della speranza, le emozioni positive risultano dalla percezione del successo ottenuto nel raggiungimento di un obiettivo.

Per contro, le emozioni negative sorgono tipicamente per la mancata percezione di successo, sommata all’assenza di importanti impedimenti esterni. Quindi, le percezioni per quanto riguarda il successo del raggiungimento di un obiettivo determinano le emozioni positive e negative successive (vedi Snyder, Sympson et al., 1996). Ancora, queste emozioni servono da rinforzo nelle risposte. (Snyder, Sympson, Michael, & Cheavens, 2000).

La persona inizia l’azione per il raggiungimento dell’obiettivo desiderato, se l’inseguimento di questo obiettivo sembra andare bene in questa fase, il ciclo di risposte coinvolge le emozioni positive che rinforzano il processo di inseguimento dell’obiettivo.

Come tali, queste emozioni positive sostengono la motivazione. Se la persona non sta agendo adeguatamente al raggiungimento dell’obiettivo, potrebbero presentarsi le emozioni negative e le ruminazioni self-critical, quindi potrebbe essere inficiato il processo di inseguimento dell’obiettivo. Si noti che Snyder ed i colleghi adottano un concetto funzionale delle emozioni.

Su questo punto, Levenson (1994) ha scritto, " Emotions serve to establish our position vis-a.-vis our environment, pulling us toward certain people, objects, actions, and ideas, and pushing us away from others".

L’aggiunta più recente a questa teoria della speranza coinvolge gli eventi di sorpresa: tali sorprese possono essere negative o positive, le sorprese tipicamente producono rapidamente emozioni a causa del loro contrasto puro (positivo o negativo) rispetto agli eventi continui. Tali emozioni basate sulla sorpresa agiscono immediatamente sulla motivazione (cioè, agency).

Questa agency allora è " attached" ad un obiettivo ed alle strategie che convengono alla situazione (per esempio, correre velocemente ad aiutare il bambino che ha avuto un incidente). In breve, si può notare come la teoria della speranza si basi sia su meccanismi emozionali carichi di risposte che di reazioni che modulano il comportamento della persona circa il raggiungimento dell'obiettivo dato. Quindi, la teoria della speranza è un sistema correlato di "goaldirected" e come tale, i pensieri e le emozioni funzionano congiuntamente nella teoria della speranza per aiutare la persona a perseguire gli obiettivi di cruciale importanza nella vita quotidiana.

## AUTOEFFICACIA

Diviene allora importante identificare e promuovere le determinanti dell'adattamento psicosociale e del benessere. In tal senso appare necessario considerare la centrale rilevanza della qualità dei rapporti che l'individuo instaura con gli altri, dal momento che la propria rete sociale rappresenta generalmente una risorsa fondamentale (Bandura, 2002). Conseguentemente hanno acquisito sempre maggiore popolarità costrutti quali il capitale sociale (Fukuyama, 2001) e in particolare quello che ne può essere considerata la principale componente cognitiva: la fiducia (Coleman, 1988; Putnam, 1993; 1995; 2000; Newton, 1997; 2001; Uslaner, 2005; 2000; Rahn, Transue, 1998).

Il riferimento fondamentale è la Teoria Socialcognitiva (Bandura, 1986, 1997), nell'ambito della quale l'individuo non è considerato esclusivamente come un essere reattivo, in grado di fornire risposte in conseguenza di stimoli esterni. Piuttosto alla mente umana si riconoscono capacità generative, creative e proattive e si parla, in tal senso, di *human agency*, riferendosi alla capacità delle persone di far accadere determinati eventi in conseguenza delle proprie azioni e di esercitare una forma di controllo tanto sul contesto che sulla propria vita.

Tra i meccanismi attraverso cui agisce la *human agency*, il più importante e pervasivo è rappresentato dalle convinzioni di autoefficacia, ovvero "le convinzioni che le persone hanno nelle proprie capacità di esercitare un qualche grado di controllo sul loro funzionamento e su eventi ambientali" (Bandura, 2001, p.10). Possono essere considerate come elemento fondante della motivazione umana, del benessere e della realizzazione personale (Bandura, 2006).

Sono ritenute il predittore più prossimo del comportamento, poiché esercitano un'influenza diretta tanto sulle decisioni quanto sui piani di azione delle persone, dal momento che chiunque, prima di intraprendere qualsiasi attività difficile o minimamente sfidante, tende a riflettere su se stesso, valutando se le proprie capacità siano o meno all'altezza del compito e decidendo conseguentemente se affrontarlo (Bandura, 1997, 2006).

Sono stati proposti differenti modelli volti a indagare le interrelazioni strutturali e processuali identificabili tra aspetti affettivi e interpersonali e gli effetti che esse hanno sulla condotta umana (Caprara e Cervone, 2000), tuttavia in questo contributo si farà riferimento alla teorizzazione di Caprara (2002) fondata sull'influenza delle convinzioni di efficacia percepita nella regolazione degli stati affettivi e delle relazioni interpersonali sul funzionamento psicosociale dell'individuo.

In particolare, tale modello assegna priorità alla capacità dell'individuo di regolare le proprie emozioni (ovvero alle convinzioni di autoefficacia emotiva), rispetto alla capacità individuale di instaurare, gestire e mantenere efficacemente relazioni sociali e interpersonali (ovvero alle convinzioni di autoefficacia interpersonale).

Nello specifico, l'autoefficacia emotiva, che fa riferimento alla capacità di controllare le emozioni negative e di esprimere quelle positive, tende a predisporre l'individuo a relazionarsi positivamente con il proprio contesto di riferimento.

Infatti, tanto più una persona si percepirà capace di regolare il proprio mondo emozionale più sarà in grado di rapportarsi efficacemente con l'ambiente circostante.

La capacità di concertare l'azione di entrambe queste serie di convinzioni esercita un'influenza determinante rispetto alle esperienze ed al funzionamento individuale nei diversi ambiti di vita.

L'ipotesi di assegnare rilevanza prioritaria all'autoefficacia emotiva deriva dall'analisi di numerosi contributi della letteratura che attestano come la regolazione affettiva influenzi l'adattamento psicosociale dell'individuo e, conseguentemente, il successo nelle relazioni interpersonali (Larsen, 2000; Mayer e Salovey, 1997; Saarni, 1999). Proprio a quest'ultime viene comunque attribuito importanza fondamentale nel modello proposto da Caprara e anche tale valutazione si fonda sull'analisi dei contributi della letteratura psicologica che, invariabilmente, ne attestano la rilevanza per il benessere fisico ed emotivo dell'individuo durante tutta la vita (Barnes e Sternberg, 1997;

Bersheid, 1995; Caprara e Cervone, 2000; CoeLubach, 2001; Hendrick e Hendrick, 1997; Hinde, 1997; Myers, 1999; Reis e Patrick, 1996; Seeman, 2001; Sternberg e Hojjat, 1997; Taylor, Dickerson, e Klein, 2002), oltre che per favorire la costituzione di un'adeguata rete sociale che consenta di ricevere supporto, qualora necessario, di ampliare il proprio capitale sociale potendo fare affidamento su relazioni di "buona qualità" (Caprara, 2002).

Il modello teorico di Caprara è stato testato empiricamente in diversi ambiti dell'esperienza e del comportamento individuale e le percezioni di autoefficacia emotiva e interpersonale hanno dimostrato di esercitare una forte influenza sul comportamento prosociale (Bandura *et al.*, 2003; Caprara, Steca, 2007), sul funzionamento e sulla soddisfazione familiare (Caprara, Steca, 2006), sulla timidezza (Caprara *et al.*, 2003), sulla depressione (Bandura *et al.*, 2003), sul bilancio edonico e il pensiero positivo (Caprara, Steca, 2005, 2006; Caprara *et al.*, 2006).

In particolare, le convinzioni di autoefficacia emotive influenzano sia la qualità delle amicizie sia il Pensiero Positivo direttamente e indirettamente attraverso la mediazione dell'autoefficacia sociale.

A loro volta la qualità delle relazioni e il Pensiero Positivo influenzano la fiducia riposta negli altri.

Pertanto a una maggiore capacità di esprimere le proprie emozioni positive e di regolare quelle negative si associano una migliore qualità percepita delle proprie relazioni amicali e una maggiore capacità di "guardare al mondo" da una prospettiva positiva e ciò anche in virtù di una maggiore capacità di gestire le proprie relazioni sociali.

D'altra parte il poter contare su una rete sociale solida congiuntamente con la disposizione a cogliere il lato positivo della propria vita, del proprio futuro e di se stessi porta a una maggiore fiducia verso gli altri.

Tutto ciò risulta essere parimenti valido per gli uomini e per le donne.

In conclusione, numerosi studi confermano l'importante ruolo che le convinzioni di autoefficacia emotiva e interpersonale svolgono rispetto alla promozione del benessere degli individui e di relazioni interpersonali positive.

## PROBLEM SOLVING

Il Problem Solving e' un'attivita' che riguarda la risoluzione dei problemi in vari campi. Esso e' applicato non solo in aree come la matematica o l'informatica, ma in tutte le aree in cui ci si trovi a dover risolvere problemi di qualsiasi tipo, siano essi di natura didattica o pratica, che di natura psicologica, come la gestione di situazioni difficili, problemi di comunicazione, gestione dello stress ecc.

In base all'ambito di utilizzo, vi sono strumenti diversi di Problem Solving che aiutano ad inquadrare al meglio il problema, analizzarlo e risolverlo.

Possono esservi strumenti che meglio si adattano alle organizzazioni, altri agli insegnanti, al coaching, nella psicoterapia, nella crescita personale, anche se esiste una base comune a tutti i processi di Problem Solving.

Le persone affrontano tipicamente le controversie del quotidiano, situazioni problematiche che non sono in grado di risolvere, sfrozi personali importanti e delle situazioni in continuo cambiamento.

Un problema persistente all'interno della ricerca sul problem solving applicata è stato quello di operazionalizzare le capacità, le competenze di problem solving (Kendall & Fischler, 1984).

Di conseguenza, le misurazioni della capacità di problem solving è sempre stata generalmente suddivisa in due categorie: self-report (a) o d'osservazione (b).(D' Zurilla, 1986).

I metodi d'osservazione sono utili per la valutazione delle performance o la valutazione dei prodotti della strategia del problem solving.

Le persone rispondono ai problemi personali in diversi modi. Alcuni utilizzano tutte le proprie risorse per fare fronte ai loro problemi, mentre altre si accorgono di mancanze importanti per la risoluzione dei loro problemi significativi.

Molte ricerche suggeriscono che il modo in cui le persone valutano il loro stile per la risoluzione di problemi sia direttamente collegato non solo con il modo in cui fanno fronte ai loro problemi ma anche con i limiti che incontrano risolvendoli, come anche con la loro struttura di personalità.(Heppner; Baker, 1997; Heppner, bottaio, Mulholland, & Wei, 2001; & di Heppner; Lee, 2002).

Per esempio, si consideri Pauline, che stava lavorando per una grande ditta ad alta tecnologia come segretaria del direttore. La sua azienda è stata ridotta di dimensioni in brevissimo tempo e con pochissimi avvertimenti.

Naturalmente, era molto delusa, ma anche sicura di poter trovare un'altra occupazione, forse persino una posizione migliore che sarebbe stata più gratificante.

Infatti, dopo alcuni giorni Pauline riuscì a leggere questo episodio come un'occasione per raggiungere un cambiamento di carriera.

Per contro, si consideri Tom, trasferito in una nuova città a seguito di un trasferimento lavorativo di sua moglie.

Tom, che aveva lavorato come ragioniere, era molto intimorito dall'idea di dover cercare una nuova posizione. Tale paura fece sì che Tom abbia fatto domanda per occupazioni ben sotto il suo livello di esperienza nella speranza che qualcuno lo assumesse ritenendolo competente.

Per Tom la mancanza di fiducia nelle sue capacità e competenze per trovare una nuova occupazione ha impedito di fare progressi nella sua carriera.

Questi piani d'azione non solo evidenziano come la gente risponde ai problemi personali in modi diversi ma anche come l'autovalutazione di sé e delle proprie competenze, abilità (per esempio, la fiducia per la risoluzione di problemi) siano coinvolte nelle successive situazioni di fronteggiamento agli eventi di vita.

Oggi il Problem Solving viene insegnato e applicato con successo in vari ambiti, ad esempio, in azienda e nel counselling come metodo di lavoro per migliorare la capacità di risolvere i problemi.

Anche se gli strumenti di Problem Solving si differenziano a seconda delle diverse aree di applicazione, i principi di base rimangono gli stessi.

Si potrebbe obiettare che risolvere problemi e inventare soluzioni siano attività quotidiane di tutti. Alcuni danno perfino l'impressione di riuscire a cavarsela in qualsiasi circostanza.

Capita però che certi problemi siano particolarmente complessi, oppure che le conoscenze e le esperienze passate sedimentino in noi presupposti sbagliati, pregiudizi che ci ostacolano nella ricerca della soluzione.

In tutti questi casi diventa utile applicare un metodo che ci aiuti a inquadrare correttamente i problemi e a trovare soluzioni creative e realistiche, riducendo al minimo stress, contrasti, stallo o pericolo di rinuncia.

Un problema esiste quando c'è un ostacolo al raggiungimento di un obiettivo.

Il problema, dunque, non corrisponde all'ostacolo, ma a una condizione in cui, a causa della presenza di ostacoli o impedimenti, siamo costretti a individuare nuove azioni, chiamate soluzioni, per raggiungere i nostri obiettivi.

In presenza di un ostacolo non possiamo raggiungere i nostri obiettivi procedendo secondo le conoscenze o le esperienze precedenti. Dunque, per arrivare alla soluzione, è necessario un cambiamento nel nostro modo di vedere e sentire le cose o nei nostri comportamenti, che ci consenta di raggiungere gli obiettivi.

Il Problem Solving ci aiuta a individuare di quale cambiamento abbiamo bisogno e a metterlo in atto.

Non sempre il cambiamento richiesto dalla situazione corrisponde alla rimozione dell'impedimento. Esistono infatti diversi modi per affrontare un ostacolo:

- rimuoverlo

Per alcuni problemi la soluzione più semplice, se praticabile, è rimuovere l'ostacolo in quanto rappresenta un peso inutile. Ad esempio, ci togliamo il maglione se abbiamo troppo caldo, ci documentiamo se dobbiamo tenere una lezione su un argomento che non conosciamo approfonditamente.

- aggirarlo

In altri casi, è più proficuo non tenere conto dell'ostacolo, praticando altre strade. Ad esempio, se il nostro lavoro non ci fa guadagnare abbastanza, cerchiamo un altro lavoro o dei lavoretti saltuari per arrotondare.

- utilizzarlo

Alcuni ostacoli non possono essere eliminati o aggirati ma, se osservati da un'altra prospettiva, possono addirittura diventare una risorsa: una piccola azienda che non è in grado di espandersi può decidere di puntare sulla qualità del suo prodotto.

Il processo di Problem Solving si suddivide in quattro fasi, che si articolano in vari passaggi intrecciati fra loro.

FASE 1: Identifichiamo il problema e il nostro obiettivo:

- Definizione dell'obiettivo.
- Analisi degli ostacoli.

FASE 2: Generiamo le possibili soluzioni:

- Generazione delle idee (brain storming).
- Trasformazione delle idee in soluzioni.

FASE 3: Scegliamo, valutiamo e pianifichiamo la soluzione:

- Valutazione di efficacia, fattibilità e conseguenze.
- Scelta della soluzione
- Pianificazione (cosa, quando, come e con quali risorse)

FASE 4: Mettiamo in pratica:

- Esecuzione del piano.
- Valutazione dei risultati.

Le quattro fasi sono consequenziali: seguirle nella loro progressione ci consente di impostare correttamente il problema e di chiarire alcuni atteggiamenti o aspetti che ci confondono, impedendoci di trovare delle soluzioni.

Non pensiamo però che il Problem Solving sia un processo interamente razionale e lineare, come una specie di “catena di montaggio del pensiero”. Al contrario lo scopo del Problem Solving è aiutarci a integrare le nostre risorse, sia quelle logiche e critiche, sia quelle creative indispensabili per arrivare alla soluzione.

In particolare la creatività e l'intuizione sono il cuore della seconda fase: dopo aver identificato i nostri obiettivi e i reali ostacoli al loro raggiungimento, dobbiamo lasciare la mente libera di creare idee, immagini, collegamenti, prendendo nota di tutto ciò che ci passa per la testa senza criticarlo o analizzarlo (brain storming). Solo dopo ci preoccuperemo di come le idee potranno essere effettivamente realizzate e di tutti i possibili limiti e problemi del progetto.

## LOCUS OF CONTROL

In termini psicologici ci si riferisce alle credenze di una persona circa il controllo degli eventi della propria vita utilizzando il concetto di locus of control , espressione che è traducibile in "luogo del controllo". (Phares, 1976)

In particolare, coloro che credono di poter agire un controllo sugli eventi della propria vita e che sentono che con i loro sforzi, impegno, capacità possono determinare quanto accade loro, sono definite persone con un locus of control interno , viceversa persone che percepiscono di non aver alcun controllo sulla propria situazione di vita e che credono che gli eventi siano determinati da forze esterne come la fortuna, la sorte, l'influenza di altre persone significative e potenti sono definite persone con un locus of control esterno .

In realtà non esiste una distinzione così netta tra gli individui (Dubois,1987).

Alcuni credono di poter avere un certo effetto sul corso degli eventi, mentre altri credono di avere scarse capacità di influenzare le situazioni. Rotter (1966) ha descritto il locus of control come segue:

*“When a reinforcement is perceived by the subject as following some action of his own but not being entirely contingent upon his action, then, in our culture, it is typically perceived as the result of luck, chance, fate, as under the control of powerful others, or as unpredictable because of the great complexity of the forces surrounding him. When an individual interprets the event in this way, we have labeled this a belief in external control [emphasis added]. If the person perceives that the event is contingent upon his own behavior or his own relatively permanent characteristics, we have termed this a belief in internal control.”*(Rotter, 1966)

In effetti, seppur sia presente in ciascuno una tendenza per un locus of control interno o esterno, sono molto rari i casi in cui queste due tendenze sono espresse in modo estremo; in questo senso, non sempre le persone con una tendenza per un locus of control esterno sottostimano le loro possibilità di controllare gli eventi della vita e non sempre persone con una tendenza per un locus of control interno pensano di poter controllare tutti gli eventi che accadono loro: molto dipende anche dalle circostanze, dalle aspettative e dall'evento che l'individuo deve affrontare.

Ad ogni modo, pensare di poter controllare gli eventi o ritenere che non si possa esercitare alcun tipo di controllo portano a mettere in atto atteggiamenti e

comportamenti diversi e più o meno funzionali al benessere dell'individuo. Nel primo caso, l'atteggiamento del singolo di fronte agli eventi della vita sarà poco arrendevole e molto determinato nel cercare di raggiungere obiettivi e mete che egli percepisce cadere sotto il suo controllo; l'individuo si sentirà maggiormente responsabile delle sue azioni e avrà maggiori possibilità di successo.

Nel secondo caso, l'atteggiamento sarà più passivo rispetto agli accadimenti dell'esistenza e l'individuo sarà presumibilmente più orientato ad accettare gli eventi anche quando potrebbe intervenire efficacemente nel modificarli.

Non solo, ma da un punto di vista delle relazioni interpersonali, alcuni autori sostengono che sia maggiormente adattivo possedere un locus of control interno piuttosto che esterno. Infatti si è visto come la percezione di essere prevalentemente controllati da persone potenti si accompagna spesso ad un sentimento di sfiducia negli altri, mentre, al contrario, un comportamento di attenzione e soccorso nei confronti degli altri sembra sia caratteristico degli individui con un locus of control interno.

Per quanto riguarda il benessere psicofisico e le reazioni allo stress, si è visto che laddove è presente la percezione di controllo, o di potenziale controllo degli eventi, è più facile far fronte allo stress in modo adeguato e adottare uno stile di pensiero che influenza non solo il buon funzionamento dell'organismo, ma anche l'adozione di comportamenti preventivi rispetto alle principali cause di malattia. In questo senso non sempre ci si ammala per una questione di pura fatalità.

Anche se molti studi mettono in luce come credere di poter controllare gli eventi della propria vita sia funzionale ad un migliore adattamento del soggetto al proprio ambiente, non si deve trascurare il fatto che anche un orientamento opposto, in alcune circostanze, possa avere una qualche utilità.

Pensiamo ad esempio alle situazioni di insuccesso inaspettato: in questi casi, la capacità di attribuire le colpe a fonti esterne, e non esclusivamente a se stessi, può essere un mezzo che, a breve termine, permette di attenuare l'impatto con l'esperienza negativa. In ogni caso è importante sottolineare che questo tipo di difesa è funzionale se presa a piccole dosi: infatti, se venisse utilizzata costantemente, potrebbe condurre ad una sorta di abitudine, in virtù della quale il soggetto potrebbe rimanere in una situazione di passività, piuttosto che mettere in atto soluzioni comportamentali in grado di modificare la situazione negativa che si trova ad affrontare.

Pensiamo a quelle situazioni in cui l'individuo non può oggettivamente intervenire per mutare e migliorare il corso degli eventi : in questi casi accettare la situazione così come si presenta e farsene una ragione, pensando anche che sia colpa del destino o di persone potenti, è funzionale al benessere dell'individuo: infatti, in questo modo la persona smette di arrovellarsi cercando di cambiare una situazione che non può essere modificata, e può impiegare le sue energie per attrezzarsi nell'affrontarla nei migliore dei modi.

E' importante ribadire:

- non esistono soggetti che hanno esclusivamente un locus of control esterno e soggetti che hanno esclusivamente un locus of control interno.
- un sistema di credenze equilibrato ed adattivo, cioè funzionale al benessere dell'individuo, deve poter comprendere, oltre agli aspetti più adattivi dell'internalità, anche aspetti propri di un orientamento più esterno.

Il *locus of control* (LoC) è una variabile psicologica che indica il grado di percezione rispetto al controllo del proprio destino e gli eventi.(Rotter, 1975).

Vedere il futuro come "autodeterminabile" da parte dell'impresa, e comprendere l'esigenza di attivarsi senza attendere il fato, dipende sostanzialmente dal posizionamento del *locus of control* aziendale. Le ricerche sul tema ne dimostrano la centralità per il raggiungimento della competitività e impongono un ruolo primario del LoC nel metodo.

Un LoC "esterno" attribuisce prevalentemente al destino o agli "altri" il controllo di quanto accade. Un LoC "interno" vede invece il soggetto molto più indirizzato a considerare il destino come un effetto delle proprie azioni e quindi una variabile "intervenibile".

In altre parole, il *locus of control* rappresenta l'atteggiamento mentale con cui noi sentiamo di essere in grado di determinare le nostre azioni, e i relativi risultati, rispetto al controllo esercitato dal caso e dalle circostanze esterne. Alcuni sintomi di *locus of control* esterno sono(Lefcourt, 1991; Marks, 1998; Strickland, 1989):

- sentire gli eventi come imprevedibili;
- dipendere continuamente dagli altri (es.: chiedendo continuamente "come si fa...") anziché attivarsi nel problem-solving e nell'autonoma ricerca di soluzioni;

- ritenere che le variabili esterne da controllare siano eccessive e opprimenti rispetto alle proprie capacità;
- lo sviluppo di un senso di impotenza rispetto agli eventi;
- l'attribuzione di risultati negativi sempre e comunque al destino o agli altri
- la rapida perdita di motivazione, a fronte di ostacoli e difficoltà.

Sintomi della presenza di un *locus of control* interno sono invece (Lefcourt, 1991; Marks, 1998; Strickland, 1989):

- la ricerca attiva di strumenti, conoscenze e skills che permettono di meglio affrontare le situazioni e i problemi;
- ritenere che ciascun problema possa essere risolto o perlomeno analizzato, che ciascun obiettivo sia raggiungibile (con le risorse adeguate), senza darsi per vinti, e debbano sempre essere ricercate e tentate soluzioni;
- credere nei propri potenziali, attivarsi per aumentarli e svilupparli; essere convinti e perseverare, non temere la fatica, non arrendersi.
- la "visione" delle possibili alternative di un corso di azione finalizzato al raggiungimento di un obiettivo e il tentativo di determinare le probabilità di successo di ciascun corso di azione (approccio strategico alle linee di azione).

Il LoC può assumere connotazioni estreme, oppure gradi intermedi. La posizione lungo il continuum varia infatti in funzione della personalità e delle culture aziendali. In particolare, il "rinforzo" dei comportamenti e atteggiamenti sviluppa oppure inibisce la possibilità di assumere una visione del mondo propositiva, basata su un LoC interno.

Un rinforzo positivo ad un'assunzione di responsabilità (ad esempio prendere una scelta difficile ed esserne premiati, affrontare una dura sfida dimostrando carattere) porterà al rafforzamento del LoC interno.

Rinforzi negativi (ad esempio una cultura familiare ostile al lavoro autonomo, ai rischi e all'imprenditorialità, e favorevole al "lavoro sicuro", un clima aziendale troppo accondiscendente verso gli errori o addirittura irresponsabile) porteranno invece a rafforzare il LoC esterno.

L'azienda alla ricerca della competitività deve quindi introdurre sistemi di rinforzo (premio) per favorire l'assunzione di responsabilità, stimolare con incentivi (remunerazione e benefit) l'incremento della componente manageriale del lavoro, promuovere la gestione per obiettivi.

Il LoC si lega anche alla competitività personale. Diversi studi hanno dimostrato che le esperienze temporali dei soggetti con LoC esterno sono significativamente più spiacevoli, confuse e inefficienti, rispetto ai soggetti con LoC interno.

## HARDINESS

L'hardiness indica l'invulnerabilità allo stress: chi ne possiede in minima quantità, risulta più esposto allo stress ed è più facilmente suscettibile.

L'hardiness si radica nei processi di etichettamento ("labelling") delle situazioni: alcune di esse vengono percepite come stressanti prima di essere vissute come tali e quando si presentano, il modo di affrontarle risulta condizionato dal precedente pregiudizio negativo.

L'hardiness è composta da tre elementi: impegno/alienazione, controllo e sensazione di sfida/minaccia, che si sviluppano nell'infanzia, ma sono modificabili dalle esperienze successive.

L'impegno consiste nell'affrontare un compito con naturalezza e con uno spirito positivo e risente dell'atteggiamento tenuto dai genitori nei confronti delle prime goffe, ma fondamentali esperienze infantili dei figli: il bambino crescerà motivato a mettersi in gioco nelle situazioni se le figure di accudimento incoraggiano i suoi sforzi e approvano i primi risultati. In assenza di supporto empatico ("scaffolding"), il bambino assume precocemente un atteggiamento rinunciatario: preferirà astenersi dall'intervenire, scettico sull'esito delle sue azioni e sull'opportunità stessa di reagire, giudicherà tutti gli stimoli come privi di attrattiva e si arrenderà, sconfitto, prima di aver lottato.

Il controllo consiste nella ricognizione degli elementi esterni e delle risorse interne per affrontarli e si acquisisce anch'esso nell'infanzia, se il bambino è posto di fronte a compiti difficili, ma realistici.

La sensazione di minaccia o, al contrario, di sfida, proveniente da situazioni o eventi, affonda nei meccanismi di attribuzione di significato e chiama in causa l'intera personalità, il modo complessivo di rapportarsi alle cose.

L'ottimismo completa il quadro degli elementi costituenti l'hardiness, si sviluppa a seguito del prevalere di esperienze positive durante l'infanzia.

Consiste nel rendere contingenti eventuali fallimenti, circoscrivendoli alla situazione in cui si sono verificati, senza generalizzare, cioè: senza dedurre, dopo un insuccesso, la

propria incapacità totale, estendendola agli altri ambiti della vita, senza convincersi dell'inutilità di coltivare interessi, senza perdere l'entusiasmo per i propri progetti.

Hardiness, in età adulta, viene designata come variabile caratteriale denotativa il concetto di 'robustezza psicologica' anche se questa traduzione in lingua italiana non esaurisce l'ampia gamma di sfumature incluse nel concetto, fra le quali si possono elencare: la resistenza, la dedizione al compito, il controllo, la disponibilità di fronte alla sfida.

Certamente la variabile 'hardiness' è inversamente proporzionale al tasso di 'nevroticismo' del soggetto.

Inoltre il controllo (monitoring) è indice di una strategia di Coping centrata sul problema, in contrapposizione alle strategie di Coping centrate sulle emozioni che si esprimono nel cosiddetto 'blunting' letteralmente 'smussamento', ovvero depotenziamento delle componenti emotive.

Secondo la ricerca di Solomon, Mikulincer e Arad (1991) soggetti con alto monitoring e basso tasso di blunting sono caratterizzati da un decorso della sindrome di PTSD clinicamente meno grave.

La hardiness è comunque un tratto di personalità misurabile mediante la Hardiness Scale, questionario composto da 50 items.

Questo tratto si rivela a sua volta costituito da tre coppie di dimensioni personologiche bipolari:

- 1) Impegno – Alienazione
- 2) Controllo – Impotenza
- 3) Sfida - Minaccia (Kobasa S.C., Maddi S. R., Kahn S. 1982)

Queste dimensioni vanno certamente lette non in chiave statica bensì dinamica ovvero suscettibili di oscillazioni e variabilità in una direzione come nella sua opposta, ma comunque potenziabili in funzione delle necessità richieste per il fronteggiamento dello stress.

Inoltre la variabile hardiness è il presupposto di un'altra caratteristica personologica la 'Resilience' ovvero la capacità di recupero psicobiologico ed ambientale dopo un grave trauma (Flach 1990) che fa sì che alcuni soggetti escano da un'esperienza traumatica psicologicamente rafforzati.

Quali sono quindi le peculiarità del soggetto ricco di hardiness e destinato ad una buona resilience ?

Dallo stesso studio di Flach prima citato, nel quale l'autore ha correlato le due variabili hardiness e resilience con i "5 Grandi Fattori della personalità" (Big 5: Franchezza, Nevroticismo, Coscienziosità, Gradevolezza, Estroversione) (McCrea e Costa 1990), si evince che il fattore 'Franchezza' (a sua volta costituito da: Capacità intuitiva, Capacità di apprendere dall'esperienza, Larghezza di vedute, Creatività, Senso dello humour, Filosofia costruttiva) associato a originalità, interessi artistici, vivacità intellettuale e senso dell'estetica, costituisce quel mix di caratteristiche protettive nei confronti della sindrome di Ptsd.

Humour: svolge certamente il ruolo di 'moderatore' dello stress, meccanismo difensivo che nella pronta ed intuitiva percezione dei paradossi che la realtà (anche quella del trauma) propone, riesce a far ottenere quel distacco emotivo finalizzato al superamento della crisi.

Come si può dedurre dal lavoro di Moran e Massam (1997) l'humour costituisce un'importante risorsa sia per le vittime del trauma che, e forse ancora di più, per le squadre di soccorritori (medici, infermieri, vigili del fuoco ecc.) che per professione sono sottoposti continuamente a situazioni estreme.

Anche l'ottimismo del quale abbiamo già parlato, in quanto tratto della personalità, può essere misurato mediante questionari (Carver, 1991).

Inoltre costituisce un tratto correlabile ai fattori Coscienziosità, Gradevolezza ed Estroversione che, come abbiamo già visto, insieme a Franchezza e Nevroticismo costituiscono i cosiddetti Big 5 ovvero i cinque grandi fattori base della personalità.

## SUPPORTO SOCIALE

Fin dall'antichità, si è cercato di comprendere l'Uomo in riferimento al contesto sociale in cui è immerso: l'isolamento veniva considerato una condizione estranea alla sua natura perché chi rifiuta di vivere in comunità, riprendendo Aristotele, "o è un essere inferiore o non è un uomo" (Politica, Libro I, 1253a). Ogni individuo *ha bisogno* di stare con gli altri (Maslow, 1954; Baumeister e Leary, 1995): l'integrazione e la socializzazione gli permettono sopravvivenza e benessere. Secondo l'*impostazione evolucionistica*, gli ominidi hanno imparato fin da subito a convivere con i propri simili, perché ciò garantiva loro protezione dai predatori, accesso alle riserve di cibo e riparo dalle intemperie (Brewel e Caporaël, 1990). Questo collimerebbe anche con la tesi di S. Freud, secondo cui gli individui hanno rinunciato alla libertà libidica, consentita dall'anarchia sociale, in cambio della propria sicurezza (Freud, 1912-13; 1921; 1930).

L'abilità a socializzare non appartiene solo al genere *homo*, ma è una condizione altamente diffusa in natura: siamo una razza incline alla strumentalizzazione e al contatto gratuito con l'Altro perché abbiamo filogeneticamente ereditato tali predisposizioni.

La "famiglia", nel senso di "istituzione biologica" (Donley, 1993), si è infatti costituita circa 180 milioni di anni fa (MacLean, 1982), come conseguenza naturale dello stile di accudimento dei primi mammiferi. Le particolari cure richieste dai cuccioli non si esaurivano al mero "sostentamento biologico", ma contribuivano anche al loro corretto sviluppo psicologico: il periodo di *neotenia*, ossia di permanenza nella famiglia di origine prima della maturità sessuale, si è allungato parallelamente e proporzionalmente alla complessità intellettuale degli organismi, fino al suo culmine nella specie umana (Donley, 1993). Le famose ricerche condotte da Harry Harlow su scimmie *Rhesus* dimostrano come la privazione delle cure affettuose di un adulto (e non del cibo!) nella prima parte di vita provocano severe difficoltà motorie, cognitive e sociali a lungo termine (Harlow, 1958; Harlow e Harlow, 1962).

Berkman e Syme (1979) pubblicano i risultati di un'indagine epidemiologica che desta molto interesse, sono state esaminate 7000 persone, di cui alcuni anni prima erano state rilevate informazioni relative: agli stili di vita, lo stato di salute, le modalità di comportamento interpersonale, ecc..

I ricercatori hanno effettuato un'osservazione longitudinale e protratta nel tempo, sull'estensione delle Reti Sociali Individuali, rilevando per ogni persona: lo stato civile, il numero di amici, parenti e conoscenti, la frequenza di incontri con loro, l'appartenenza ed il ruolo svolto in gruppi e associazioni, ecc.

Dopo nove anni sono stati analizzati anche i dati relativi alla mortalità e alla morbilità, ed è stata notata una correlazione eccezionalmente alta tra questi dati e le variabili inerenti le Reti sociali. In particolare gli individui con scarsi legami hanno evidenziato una frequenza di morte da due a cinque volte più alta delle persone con una Rete sociale più estesa, questa differenza si è rivelata indipendente dalle affermazioni che le persone avevano fatto sul proprio stato di salute, ed anche relativamente indipendente da altri fattori di rischio come l'obesità, il fumo e l'alcolismo. I risultati sono, inoltre, simili e concordi in entrambi i sessi, in tutti i gruppi etnici e gli ambiti socioeconomici coinvolti nella ricerca

Berkman e Syme hanno dedotto che l'estensione delle Reti sociali individuali e il grado di integrazione e contatti sociali hanno delle connessioni significative con lo stato di salute individuale, al punto da influenzare le possibilità di sopravvivenza.

Uno studio di Escobar ed altri (1983), ha dimostrato che un maggior numero di interventi sulla crisi si associa ad una minore sofferenza a seguito di eventi bellici. Wigren (1994) sostiene che l'elaborazione narrativa è cruciale per l'organizzazione psicologica, il modo con il quale una persona esporrà l'accaduto ad altri può variare sulla base di diversi fattori, come l'intimità del rapporto e l'apprensione di chi espone rispetto al giudizio di chi ascolta, ma un'esposizione completa dell'accaduto, accompagnata dalle sensazioni e dalle emozioni del momento è ritenuta necessaria per la risoluzione del trauma.

Pennebaker (1984) ha riscontrato che i soggetti che avevano subito recentemente la perdita del coniuge, per suicidio o per incidente e che ne avevano parlato con amici, presentavano una minore percentuale di malattie rispetto a chi non l'aveva fatto. Ha dimostrato, inoltre, con un altro studio che il parlare di sé è associato ad una migliore funzionalità immunitaria, un minor numero di giorni di assenza dal lavoro, una migliore funzionalità degli enzimi epatici, ed ha concluso che la ricostruzione coerente dell'accaduto, insieme all'espressione delle emozioni negative sono entrambe importanti per ottenere dei benefici;

Sigman(1990) a seguito di un altro studio ha rilevato che anche la sola espressione delle emozioni potrebbe essere vantaggiosa quando viene effettuata mettendo il soggetto a suo agio, dandogli il tempo necessario ed offrendogli il giusto atteggiamento di ascolto attivo.

Sulla base della progressiva evidenza del ruolo protettivo del supporto sociale, si è oggi generalmente d'accordo anche nel ritenere che l'inclusione delle variabili di supporto sociale, nell'ambito dei modelli di adattamento individuali agli eventi traumatici, sia utile nello spiegare come mai alcuni superstiti finiscono per presentare gravi e croniche reazioni post-traumatiche mentre altri no.

La *psicologia dello sviluppo* fornisce tuttora importanti contributi sul tema delle relazioni interpersonali e di come queste favoriscano una crescita sana. La Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1969; 1973; 1980) ne è l'esempio più rappresentativo: esso viene definito "l'apogeo delle relazioni con gli altri durante la prima infanzia"<sup>7</sup>.

L'attaccamento (cfr. 2.1.2) è quindi una "relazione" a tutti gli effetti, sebbene resti una *relazione prototipica* (Bowlby, 1969). Per comprendere questa affermazione, è utile puntualizzare alcuni concetti.

Il coinvolgimento in un legame affettivo richiede certi "requisiti", come la consapevolezza di essere un "soggetto" e di avere a che fare con altrettanti "soggetti" simili, ma separati da sé, la motivazione a comunicare, la memorizzazione degli incontri precedenti, la costruzione delle aspettative, e, soprattutto, l'abilità di "leggere la mente" altrui (Flavell, Miller e Miller, 1993). Per quest'ultima competenza sono richiesti processi cognitivi piuttosto complessi che il bambino conquisterà solo alla soglia della scolarizzazione (Wellman, 1990); invece, un particolare stile di attaccamento è riconoscibile già a partire dall'anno (e. g. Ainsworth, 1967; Ainsworth, 1973).

Paradossalmente, il piccolo riesce a costruire una relazione di attaccamento *prima* di sviluppare tutte le caratteristiche sopra elencate: ciò è possibile grazie al *caregiver* che, interpretando i suoi comportamenti come intenzionali e reagendo alle sue richieste, contribuisce, da un lato, all'accudimento del figlio e, dall'altro, alla continuità del rapporto. Con questo si vuole evidenziare quanto lo stare con l'Altro sia una *questione*

---

<sup>7</sup> Flavell, J. H., Miller, P. H. e Miller, S. A. (1993). *Cognitive Development*. New Jersey: Prentice-Hall (tr. it.: *Psicologia dello sviluppo cognitivo*. Bologna: Il Mulino, 1996, p. 265).

*urgente* e quindi particolarmente importante ai fini dell'adattamento: sarebbe troppo tardi aspettare che il bambino sia abbastanza maturo perché sappia riconoscersi davanti ad uno specchio, o costruire una teoria della mente completa; questi stessi traguardi non verrebbero neppure raggiunti senza appoggiarsi a relazioni affettive precedenti (Rutter e Rutter, 1993).

Ricordiamo inoltre che anche i bambini autistici, nonostante le gravi difficoltà nella condivisione delle esperienze e nell'empatia (Baron-Cohen, 1991) riescono a sviluppare una particolare forma di legame verso i propri genitori (Capps, Sigmand e Mundi, 1994); infine, per quanto la crescita psicologica del *caretaker* possa essere compromessa, l'attaccamento si verifica perfino verso madri abusanti (Carlson e coll., 1989) e depresse (Radke-Yarrow e coll., 1995).

Alcune ricerche hanno dimostrato, invece, che la *sicurezza* nelle relazioni precoci riduce il rischio di psicopatologia (Pianta, Egeland e Sroufe, 1990) e ottimizza la crescita cognitiva e sociale in età successive (Meins, 1997): il risultato non sorprende, dato che un attaccamento sicuro è dovuto alla *fiducia* che l'individuo nutre verso il *partner* e alla *speranza* di un suo intervento qual'ora si presentasse un pericolo.

La *psicologia della salute*, in stretta collaborazione con le scienze bio-mediche e le campagne politico-sociali, ha più volte sottolineato la connessione reciproca tra relazioni sociali e benessere percepito (Majani, 1999; Zani e Cicognani, 2000; Baumeister e Leary, 1995).

“... ogni studio sulla felicità umana rivela che trarre appagamento dalle relazioni sociali è la miglior cosa che possa capitare nella vita”<sup>i</sup>.

Il *supporto* e l'*integrazione sociale*<sup>4</sup> sono i fattori ambientali maggiormente considerati in letteratura: molto brevemente, il primo attutisce le conseguenze negative provocate da situazioni ansiogene frequenti e/o croniche (“*stress buffering*”), mentre il secondo agisce preservando e migliorando il proprio stato di salute, indipendentemente che si verifichino o meno condizioni stressanti (“*main effect*”) (Cohen, 2004, p. 677).

Per “supporto sociale” si intende “l'aiuto e lo scambio di risorse che un soggetto può avere, all'interno delle reti sociali in cui è inserito, da parte di differenti categorie di persone” (Emiliani e Zani, 1998, p. 249). House ne identifica quattro funzioni principali: *emotiva* (empatia, rassicurazione e appoggio psicologico in generale), *strumentale* (aiuto materiale ed economico), *informativa* (la trasmissione delle

conoscenze utili per risolvere il problema) e *di stima* (l'azione diretta dell'apprezzamento e del rispetto per l'altro sull'autostima) (House, 1981). Più recentemente, altri Autori (per una rassegna, si veda Duck, 1990) hanno proposto la dicotomizzazione del supporto sociale in *strumentale* (includendo sia l'aiuto concreto, sia quello informativo e consulenziale) ed *emotivo* (comprensivo anche di quello diretto all'autostima).

Con "integrazione sociale" ci riferiamo invece alla "partecipazione ad un'ampia gamma di relazioni interpersonali" (Cohen, 2004, p. 277).

Ricordiamo che lo *stress*, nonostante resti un'importante difesa naturale dalle minacce ambientali, se eccessivo e prolungato, provoca sfianamento psicofisico (Majani, 1999) e immunodepressione (Cohen, 2004).

Non sempre però le relazioni sociali si rivelano positive: conflitti e cattive influenze possono mettere in serio pericolo la salute mentale e fisica degli individui; il *rifiuto* da parte dei pari e il conseguente *isolamento* rimangono al primo posto per la gravità dei loro effetti (Baumeister e Leary, 1995; Rutter e Rutter, 1993), e non solo tra umani (Baumeister e Leary, 1995; Cohen, 2004).

Lo scopo della scienza delle relazioni è comprendere le dinamiche interpersonali, le loro cause e le loro conseguenze. Tale obiettivo è stato prefissato solo di recente, in quanto la psicologia inizialmente non ha manifestato molto interesse al *network* sociale cui ogni persona fa riferimento. In fondo, la parola "relazione" rientra nel bagaglio linguistico popolare e parecchi studiosi non hanno ritenuto necessari ulteriori approfondimenti su un fenomeno giudicato così "scontato" (Reiss, Collins e Berscheid, 2000). Vogliamo iniziare la nostra analisi partendo proprio dall'origine etimologica di questo concetto, con lo scopo di verificare se sia effettivamente così ovvio.

Il termine "relazione" rinvia a due significati chiave: "*re-ligo*" e "*re-fero*" (Scabini e Iafrate, 2003, p. 49). Il primo rimanda al "legare" nella sua azione concreta e astratta; può perfino acquistare un valore sacro e di lealtà, dato che la sua radice è comune ad altre parole, come "*religio, -onis*" ("scrupolo", "coscienza", "fede"). Il secondo comprende una vasta gamma di significati, dal più immediato "riportare" agli interessanti "ricambiare", "riferire", "attribuire", "rinnovare", "rievocare" (Castiglioni e Mariotti, 1990).

La relazione è quindi un fenomeno che avvicina e mantiene coloro che vi prendono parte, ma è anche qualcosa che prosegue, si rilancia e si recupera, come suggerito dal prefisso “re-” all’inizio di ciascun termine.

Molti studi hanno dimostrato un’ associazione tra supporto sociale e adattamento psicologico (Cohen & Charles J. Holahan, Department of Psychology, University of Texas at Austin).

Il supporto sociale è correlabile alla salute mentale e fisica, alla maggior rapidità di guarigione dalla malattia ed alla maggior capacità di reagire in modo sano agli agenti stressanti (see Burman & Margolin, 1992; House, Landis, & Umberson, 1988; Sarason, Sarason, & Pierce, 1994).

Le risorse sociali possono rafforzare le strategie di Coping e migliorare l’efficacia personale (see Carpenter & Scott, 1992; Thoits, 1986).

L’aspetto negativo delle relazioni sociali è stato descritto come supporto negativo, conflittuale e minato (Vinokur & Van Ryn, 1993). Coyne and Downey (1991) affermano che “perceived support may often best be viewed as the absence of particular kinds of adversity in interpersonal relationships, and these adversities might just as well be seen as strains or chronic stressors” (p. 420). Allo stesso modo, le ricerche sullo stress da supporto sociale, si sono focalizzate sugli stessi contenuti come conflitti e criticità con familiari e amici (see Bolger, DeLongis, Kessler, & Schilling, 1989; Potthoff, Holahan, & Joiner, 1995).

La malattia cardiaca è un agente stressante nella vita del paziente, spesso si manifestano sintomi depressivi nei cardiopatici (Follick et al., 1988; Kaplan, 1988).

Molti studi hanno posto particolare attenzione al ruolo protettivo, nei pazienti cardiaci, del supporto sociale (King, Reis, Porter, & Norsen, 1993; Waltz, Badura, Pfaff, & Schott, 1988) e alle strategie di Coping (Levine et al., 1987; Scheier et al., 1989). Si è dimostrato che le relazioni sociali migliorano l’adattamento.

## COPING E BENESSERE

Il concetto di Coping, che può essere tradotto con “fronteggiamento”, “gestione attiva”, “risposta efficace”, “capacità di risolvere i problemi”, indica l’insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione.

La capacità reattiva dell’individuo ai vari stimoli provenienti dall’ambiente, determina l’influenza che ha questo sull’individuo. Quanto meno siamo capaci di affrontare adeguatamente le situazioni che incontriamo, maggiore sarà la nostra dipendenza da esse.

Il grado di reattività dipende infatti dal coinvolgimento con i fattori esterni e cambierà in relazione al tipo di stimolazione che si riceve: alcuni stimoli ci portano ad essere più svegli, altri non ci colpiscono o non ci interessano affatto.

Tale capacità di reazione di un individuo è molto elastica e variabile e quindi non possiamo affermare che esistano soggetti totalmente passivi e rassegnati, ed altri attivi e anticonformisti. E’ utile sapere, dunque, che tutti abbiamo la possibilità di migliorare la capacità reattiva. Tutti possiamo sviluppare le proprie abilità di Coping.

Il concetto di Coping è stato creato nell’ambito della psicologia negli anni sessanta, dallo scienziato americano Lazarus, professore emerito alla Berkeley University, che lo ha studiato come un processo strettamente collegato allo stress.

La capacità di Coping si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivati dal contatto con i problemi.

Questi due aspetti sono ugualmente importanti ed entrambi possono essere sviluppati : a che servirebbe avere soltanto l’abilità di risolvere concretamente un problema se, al contempo, non fosse presente una buona capacità di gestire le emozioni scatenate? E’ come se, ad esempio, una persona trovasse la soluzione per una sua difficoltà economica ma poi diventasse insonne: il problema concreto è stato risolto, tuttavia lo stato emozionale di ansietà permane. Oppure, la persona riesce ad affrontare serenamente una difficoltà ma è priva di abilità pratiche che le permettano di liberarsi del problema. Di conseguenza, è necessario sviluppare sia l’abilità di gestire in modo pratico il problema, sia l’abilità di gestire le emozioni che ne derivano.

Ne consegue che il Coping è una strategia fondamentale per il raggiungimento del benessere e presuppone un’ attivazione comportamentale dell’individuo, che lo renda

protagonista della situazione e non soggetto passivo. Ma, alla fine, lo stato di benessere è ciò che determinerà una migliore risposta di Coping o, invece, è questa ultima che conduce l'individuo allo stare meglio? Le persone che si sentono equilibrate e felici, avranno maggiori capacità di attivare le proprie strategie? O, al contrario, quelle che hanno risposte efficaci avranno più probabilità di sentirsi bene?

Crediamo che queste siano domande complementari perché tutte e due sono valide: è una specie di reazione a catena nella quale i due sensi di direzione dovrebbero essere sufficientemente sviluppati. Un soggetto con un elevato livello di reattività riesce ad avere un migliore adattamento alla realtà e, dunque, a risolvere più velocemente i problemi. La stessa logica vale nel senso contrario, ossia gli individui che si sentono bene emotivamente e fisicamente, sono più disposti e spinti ad affrontare positivamente le situazioni problematiche: cercano di superarle o di ridurre i possibili svantaggi.

I meccanismi individuali di adattamento si relazionano sia alla capacità di attivare le risorse interne preesistenti, che a quella di adottarne nuove ossia alla possibilità di imparare e allargare il proprio "repertorio di strategie".

In questa direzione si inserisce il concetto di Empowerment, capacità individuale di praticare e rendere operative le proprie risorse individuali, che contribuisce al percorso individuale verso il benessere.

Il Coping e l'Empowerment sono determinati rispettivamente da due fattori: il primo dalle caratteristiche ed il secondo dal contesto sociale. Entrambi i fattori favoriscono l'incremento e la gestione delle risorse personali, promovendo, così, un miglioramento della propria condizione ed un positivo coinvolgimento sociale. Grazie a tale percorso, si arriva a quello che è per noi il concetto di benessere personale, dove l'individuo è partecipe della realtà nella quale vive.

Ecco, quindi, che lo stato di benessere è raggiungibile in realtà attraverso un equilibrio tra le volontà della persona e la possibilità di realizzarle in sintonia con il contesto in cui vive, potenziando, quindi, le sue risorse interne e quelle disponibili nell'ambiente.

Un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo (Lazarus, 1993; Lazarus e Folkman, 1984). Le Strategie di Coping sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante. Tuttavia esse non garantiscono il successo di tale adattamento. Infatti il Coping, se è funzionale alla situazione può mitigare e ridurre la portata

stressogena dell'evento, ma, se è disfunzionale ad essa, può anche amplificarla. Ma cosa si intende per 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.

Il Coping, inoltre, svolge diverse funzioni fondamentali in base alle quali può essere suddiviso in diverse tipologie:

Emotion-focused Coping, che consiste nella regolazione delle reazioni emotive negative conseguenti alla situazione stressante;

Problem-focused Coping, che consiste nel tentativo di modificare o risolvere la situazione che sta minacciando o danneggiando l'individuo (Lazarus, 1991; Lazarus e Folkman, 1984).

Questa distinzione è abbastanza prevalente in letteratura e, sulla base di questa, Lazarus e Folkman nel 1980 (Heinemann, 1995) hanno elaborato un questionario, il Ways of Coping checklist (WCC), suddiviso in due sottoscale che misurano, appunto, l'emotion-focused Coping e il problem-focused Coping. Esso è costituito da 68 affermazioni che rappresentano le diverse modalità che un individuo può o meno utilizzare per far fronte ad un evento stressante. I soggetti devono indicare se usano o meno ognuna delle strategie proposte. Successivamente i due autori hanno rielaborato tale questionario, in quanto diversi studi avevano rilevato l'eccessiva semplicità della formula fattoriale. Così nel 1985 Lazarus e Folkman ne propongono una nuova versione, il Ways of Coping Questionnaire (WCQ), che è costituito da 66 items, ad ognuno dei quali il soggetto deve rispondere in base ad una scala Likert a 4 punti. La valutazione della situazione e la scelta di strategia di Coping dipendono dalle esperienze di situazioni simili, dalle concezioni dell'individuo, dall'ambiente e dall'accesso alle risorse (Lazarus & Folkman, 1984).

Infine, partendo dal lavoro di Lazarus e Folkman, nel 1990 Endler e Parker hanno individuato tre tipologie di Coping predominanti:

Coping centrato sul compito (task Coping): è rappresentato dalla tendenza ad affrontare il problema in maniera diretta, ricercando soluzioni per fronteggiare la crisi

Coping centrato sulle emozioni (emotion Coping): rappresentato da abilità specifiche di regolazione affettiva, che consentono di mantenere una prospettiva positiva di speranza e controllo delle proprie emozioni in una condizione di disagio, oppure di abbandono alle emozioni, come la tendenza a sfogarsi o, ancora, la rassegnazione

Coping centrato sull'evitamento (avoidance Coping): rappresentata dal tentativo dell'individuo di ignorare la minaccia dell'evento stressante o attraverso la ricerca del supporto sociale o impegnandosi in attività che distolgono la sua attenzione dal problema.

Partendo da tale classificazione Endler e Parker hanno costruito e validato uno strumento, oggi, molto utilizzato e che è stato, peraltro, impiegato anche nel presente lavoro di tesi, selezionandone, però, soltanto alcune scale. Si tratta del Coping Inventory for Stressful Situation (CISS, 1990). Esso è composto da 48 items, che indagano le diverse modalità di reagire ad un evento difficile e stressante. Anche se il CISS non è stato creato specificatamente pensando alla malattia come evento stressante, è facilmente applicabile anche a questo contesto, sia per l'adattabilità delle domande sia perché gli items descrivono modalità di reazione osservabili anche nel corso di una malattia. L'impiego di questi strumenti in ambito clinico ha permesso di rilevare che le modalità con cui una persona affronta la sua malattia influenzano significativamente il suo benessere psicofisico. In particolare gli studi sugli stili di Coping nel corso di malattie croniche (Scharloo, Turner, Jensen e Romano, 2000) hanno evidenziato che l'essere attivi, il pensare positivamente e l'esprimere le proprie emozioni correla positivamente con livelli di funzionamento significativamente più alti, con punteggi più positivi nelle misure cliniche della malattia e con migliori livelli di adattamento psicologico. Nell'ambito degli studi sulle strategie di Coping nel corso di malattie croniche, si colloca il lavoro di Brown e Nicassio (1987) sulle modalità di Coping dei pazienti con dolore cronico. Essi propongono una formulazione delle tipologie di Coping alternativa rispetto a quella tradizionale, proposta da Lazarus e Folkman. I due autori, infatti, descrivono due principali strategie di Coping:

strategie attive di Coping: rappresentate dal tentativo del paziente di controllare in qualche modo il proprio dolore (per esempio, facendo gli esercizi consigliati dal terapeuta) oppure dal tentativo di mantenere un buon livello funzionale, nonostante il permanere del dolore stesso

strategie passive di Coping: per cui il paziente lascia il controllo del proprio dolore ad altri o permette che altre aree significative di vita vengano influenzate negativamente dal dolore.

Secondo tale formulazione la differenza fondamentale tra strategie attive e passive si fonda, quindi, sul fatto che il paziente faccia affidamento su risorse interne a sé o esterne nella gestione del proprio dolore. Brown e Nicassio nel 1980 hanno, inoltre, elaborato uno strumento self-report, il Vanderbilt Pain Management Inventory, molto breve e di facile somministrazione, finalizzato ad indagare le dimensioni sopra descritte (strategie di Coping attive e passive). Esso è composto da 18 items, ciascuno dei quali propone una strategia di Coping che il paziente può o meno mettere in atto per far fronte al dolore (ad esempio, nel Coping attivo troviamo la soluzione attiva del problema oppure la distrazione, mentre nel Coping passivo ritroviamo la preghiera o la tendenza al catastrofismo).

Da studi trasversali e longitudinali (Jensen, Turner; Romano e Karoly,1991) è emerso che l'impiego di strategie di Coping attive è associato a livelli più bassi di severità del dolore, di depressione e di disabilità funzionale, rispetto all'impiego di strategie passive. Tuttavia il limite di tale strumento sta nell'eccessiva semplicità, che non consente di analizzare adeguatamente la relazione tra Coping e adattamento, in quanto accomuna sotto la stessa etichetta strategie che sarebbe, invece, importante distinguere, poiché non è detto che tutte le strategie passive siano ugualmente disadattive (Smith e Wallston, 1993). Ancora nell'ambito della ricerca sul dolore cronico è stato successivamente elaborato un altro strumento, il Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (Rosenstiel e Keefe,1983), che comprende una gamma più ampia di strategie di Coping. Anche se è stato inizialmente validato su un campione di pazienti con dolore cronico, esso può essere, tuttavia, applicato e adattato a qualsiasi malattia. Questo strumento è composto da 44 items che valutano sette strategie di Coping: sviare l'attenzione, reinterpretare le sensazioni di dolore, pregare o sperare, essere catastrofici e incrementare il livello di attività.

Infine recentemente Smith e Wallston (1994), attingendo da questionari di Coping generali o specifici per il dolore cronico, hanno costruito un questionario che prevede una gamma ancora più ampia di strategie di Coping. Si tratta del Vanderbilt Multidimensional Pain Coping Inventory.

Esso prende in considerazione nove strategie di Coping:

1. soluzione attiva del problema;
2. distrazione dal problema;
3. uso della religione;
4. minimizzazione del problema;
5. sfogo di emozioni negative;
6. autocolpevolizzazione;
7. isolamento;
8. catastrofismo;
9. pensiero desideroso.

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, in quanto 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).

Si può quindi concludere che l'elemento essenziale per un buon adattamento allo stress, soprattutto nel caso di eventi stressanti duraturi nel tempo, sia la flessibilità nell'uso delle strategie di Coping, la capacità, cioè, di non irrigidirsi su un'unica strategia, ma di riuscire a cambiarla qualora si dimostri inefficace e disadattiva.

Le emozioni sono un prodotto dell'interazione fra l'individuo ed il suo ambiente e si presentano in risposta a stimoli stressanti.

Di conseguenza, i modelli del comportamento connessi alle emozioni negative possono permettere che i ricercatori mettano a punto e sperimentino migliori programmi

d'intervento per attenuare l'influenza delle emozioni negative sui risultati in pazienti cardiaci.

## LA RESILIENZA

Il termine resilienza deriva dal latino *resilio*, iterativo di *salio*, che significa saltare, rimbalzare, per estensione danzare.

Il vocabolo è stato coniato in fisica dei materiali per indicare “la resistenza a una rottura dinamica determinabile con una prova d’urto” (Devoto & Oli, 1971). A partire da questo significato, il termine viene utilizzato metaforicamente in differenti discipline. Nella letteratura psicologica il sostantivo indica la capacità umana di affrontare, superare e uscire rinforzati da esperienze negative (Grotberg, 1995).

La resilienza è, dunque, il processo con cui alcuni individui, famiglie o gruppi, in situazioni di difficoltà, resistono a un evento negativo e mantengono il proprio senso di padronanza, attivando adeguate strategie di  *coping*.

La resilienza non sembra costituire un talento che solo pochi possono possedere: la maggior parte delle persone pare, al contrario, ben equipaggiata, in termini emotivi, per superare le difficoltà. Le traiettorie della crescita psicologica risultano tuttavia molto diversificate e poco prevedibili

(Bonanno, 2005). Non esiste, infatti, un singolo modo di conservare l’equilibrio a seguito di eventi avversi, ma piuttosto una serie di percorsi di resilienza multipli (Luthar, Doernbergher & Zigler, 1993): ciascuno possiede potenzialità diverse di resistenza alla pressione e può essere resiliente o vulnerabile a seconda delle circostanze. Questo sembra quindi un processo piuttosto comune, anche se raggiungibile attraverso una varietà di percorsi.

In un vecchio testo del 1974 Antony parla della *Sindrome del bambino psicologicamente*

*invulnerabile*, facendo riferimento alla mitologia greca (Achille), germanica (Balder) e ad altri miti in cui l’invulnerabilità dell’eroe è legata all’intervento materno che, agendo sull’ambiente, ottiene per il proprio figlio una pseudo invulnerabilità. Esiste poi un secondo gruppo di miti

dell’invincibilità in cui è l’eroe (Ercole) a creare la propria invulnerabilità tramite la fiducia in se stesso, seppur associata alla “*négligence bienveillante de la mère*” (pag.

531). Antony si chiede se esista un'immunità psicologica al rischio e allo stress o se ci sia, molto più semplicemente, una soglia allo stress più elevata per alcuni che per altri e se essa sia permanente o possa diminuire a causa dell'usura del tempo. A queste domande si può aggiungere il quesito se sussistano forme di resilienza/invulnerabilità generiche o specifiche e quale sia il prezzo psicologico, biologico o sociale da pagare in cambio della capacità di sopravvivere alle avversità.

In letteratura non si riscontra un consenso riguardo alla possibile definizione della resilienza: non vi è accordo sul riconoscerla come un tratto piuttosto che come un processo o un risultato (Lecomte, 2002). Secondo il primo filone di ricerca essa può essere definita come un tratto di personalità e rappresenta la capacità individuale di adattarsi a circostanze variabili utilizzando un repertorio non rigido di possibilità comportamentali per giungere alla risoluzione dei problemi (Block & Block, 1980).

Nel secondo caso, invece, il costrutto corrisponde al processo dinamico che permette l'adattamento positivo in risposta ad un'avversità significativa (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

In quest'ultima ipotesi la resilienza si riferisce ad una classe di fenomeni caratterizzati da buoni risultati a dispetto di minacce serie per l'adattamento e lo sviluppo (Masten, 2001).

La mancanza di una precisa delimitazione operativa del costrutto ha portato i ricercatori a identificare diversi *pattern* di fattori determinanti la capacità di resilienza, sui quali però non esiste a tutt'oggi un definitivo consenso.

La resilienza a situazioni avversative appare dunque dipendere da una combinazione, cumulativa e interattiva, di fattori di rischio e fattori protettivi genetici (es. le predisposizioni), personali (es. le interazioni familiari) e ambientali (es. i sistemi di supporto sociale) (Rutter, 1999). In particolare, tra i fattori protettivi vengono considerati: l'intelligenza, le abilità sociali, l'autostima, il locus of control, l'empatia, la speranza, i legami supportivi, lo stile genitoriale, la salute mentale dei propri familiari, l'ampiezza e la qualità della rete sociale, i legami con adulti significativi e i rapporti positivi con le istituzioni (Garmezy, 1993; Werner 1993; Masten & Coatsworth, 1998). La presenza di un fattore di rischio può essere mitigato da uno di protezione e, in modo analogo, un elemento di protezione può allo stesso tempo rappresentarne uno di rischio.

Lösel, Bliesener e Köferl (1989) considerano che le ricerche sulla resilienza siano connesse a modelli di tipo transazionale e, più in generale, all'analisi dell'individuo come "*a productive processor of reality*", non parlando tanto di assoluta o generale invulnerabilità quanto piuttosto di una relativa immunità a circostanze ed eventi stressanti.

Nel loro modello il disturbo e la malattia sono il risultato di un bilanciamento tra fattori di rischio, che comprendono vulnerabilità e stressori e fattori protettivi. Da questo modello consegue che il senso dell'intervento psicosociale ed educativo consista nel rafforzare le risorse individuali dei bambini così come quelle sociali nei vari livelli dei sistemi ecologici.

In linea con questa prospettiva, i modelli mediazionali dello stress analizzati da Gore e Eckenrode (1996) considerano che i fattori stressanti e di rischio abbiano effetti congiunti e che i fattori di protezione possano moderare e/o mediare lo stress senza avere per questo funzione sommatoria.

Un'ulteriore distinzione viene operata tra fattori prossimali e distali: i primi influiscono direttamente sull'individuo, mentre i secondi sono mediati dai primi (Emiliani, 1995).

Recentemente, in letteratura si registra la tendenza a non focalizzarsi semplicemente sui possibili fattori di rischio, ma a rivolgere l'attenzione sulle variabili in grado di sostenere il percorso di sviluppo, mitigare l'impatto di eventi avversi e fronteggiare situazioni stressanti (Waller, 2001). In questo senso, la capacità di resilienza non può essere semplicemente definita come un'azione riparativa: essa origina da una frustrazione, ma può trasformarsi in opportunità, dando origine a cambiamento.

Il termine resilienza non fa inoltre riferimento a una qualità statica, quanto piuttosto a un processo attivo che si dispiega nella relazione dinamica fra la persona e il contesto (sociale, relazionale, istituzionale).

Il soggetto ha un ruolo attivo nel modellare l'ambiente che lo circonda: seleziona e struttura le esperienze, che agiscono, a loro volta, nel senso di promuovere lo sviluppo del sé oppure di inibirlo (Bandura, 1999).

La capacità di resilienza non designa la semplice abilità di resistere agli eventi avversativi, ma definisce una dinamica positiva volta al controllo degli eventi e alla ricostruzione di un percorso di vita positivo (Vanistendael & Lecomte, 2000).

La resilienza non è mai assoluta, totale, acquisita una volta per tutte, ma varia a seconda delle circostanze, della natura del trauma, del contesto e dello stadio di vita; si può esprimere in modo differente secondo le differenti culture (Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik, 2005). Uno stesso evento, a seconda del momento in cui avviene, non avrà gli stessi effetti, poiché la persona, a seconda delle circostanze, è differente.

La resilienza permette di superare le difficoltà, ma non rende invincibili gli individui, né è una caratteristica presente nel corso di tutta la vita (Anaut, 2003): essa dipende da una convergenza di variabili che a volte si verifica e altre volte invece viene a mancare.

Le persone resilienti non sono, quindi, invulnerabili nel senso di risultare completamente immuni alle avversità: piuttosto sono individui che trovano in se stessi, nelle relazioni umane, nei contesti di vita gli elementi e la forza per superare le difficoltà. Solo pochi individui appaiono resilienti in tutte le sfere di vita, mentre per tutti gli altri tale capacità può essere osservata soltanto in specifiche aree (Luthar, 1997). I primi studi sulla resilienza (Anthony, 1974; Garmezy & Rutter, 1983) sono orientati a comprendere il processo mediante il quale i bambini che hanno sperimentato situazioni di difficoltà attivano strategie utili a risolvere positivamente gli eventi stressanti.

Lo studio longitudinale svolto da Werner (1989) sull'isola di Kauai permette di individuare alcune caratteristiche tipiche dei bambini resilienti. Essi appaiono attivi, autonomi, di buon carattere, capaci di stabilire rapporti positivi con gli altri, di prendersi cura dei più deboli e di mettere a frutto le proprie abilità. Questi bambini sembrano inoltre caratterizzati da un buon livello di autostima e dalla convinzione di poter decidere del proprio destino. Dal lavoro emerge anche come i ragazzi, che hanno sperimentato situazioni di deprivazione affettiva, siano capaci di stabilire legami significativi con gli amici e con alcune figure parentali sostitutive in grado di fornire loro cure e sostegno.

I bambini resilienti sanno infatti gestire le crisi, trovando, al di fuori della loro cerchia familiare, relazioni protettive in grado di integrare le carenze vissute all'interno del nucleo (Masten, Best & Garmezy, 1990).

Un secondo livello di analisi è indirizzato a comprendere quali famiglie possano definirsi resilienti.

Quest'area di studi analizza in particolare quei nuclei costretti ad affrontare malattie improvvise (es. infarti, ictus), croniche o invalidanti (es. Alzheimer, diabete) ed eventi critici di altro genere (es. separazione e divorzio).

La resilienza familiare indica l'abilità familiare di rafforzare le competenze utili a risolvere positivamente le sfide della vita. McCubbin e McCubbin (1988) la descrivono come l'insieme delle caratteristiche, delle dimensioni e delle proprietà che permettono alle famiglie di resistere allo stress nell'affrontare il cambiamento e di superare le situazioni di crisi.

In letteratura si sottolinea come le condizioni critiche rafforzino sia il senso di unità familiare sia quello di valore e di competenza.

Ma quali sono gli stili e i percorsi che rendono possibile questo processo? Il Modello Circonflesso del Funzionamento Familiare, sviluppato da Olson, Candyce e Douglas (1989), identifica tre caratteristiche imprescindibili per lo sviluppo di comportamenti adattivi: la coesione, che facilita il senso di appartenenza e il riconoscimento dell'individualità; l'adattabilità, che permette di bilanciare la flessibilità e la stabilità familiare; la comunicazione, che deve essere chiara, aperta e significativa.

McCubbin e Patterson (1983), nel modello ABCX, sottolineano come la percezione, da parte della famiglia, degli stressori originari implichi non solo la loro comprensione, ma anche la consapevolezza delle risorse attivate dal nucleo.

Per essere in grado di rispondere alle sfide, le persone devono saper attribuire significato agli eventi, destrutturandoli e ristrutturandoli secondo il proprio schema cognitivo.

L'evento diviene, in questo modo, comprensibile, giustificabile ed affrontabile mediante la realizzazione di piccoli obiettivi di volta in volta ritenuti attuabili.

Patterson e Garwick (1994) definiscono tre livelli che è necessario prendere in considerazione nello studio del processo di riadattamento familiare ad una situazione difficile: i significati situazionali, l'identità familiare e il punto di vista familiare sul mondo. I significati situazionali corrispondono al modo in cui i membri della famiglia parlano tra loro delle condizioni stressanti.

Le persone elaborano significati nuovi sia rispetto agli eventi problematici sia rispetto alla loro abilità familiare di gestire la fatica.

L'identità familiare si riferisce al modo in cui le famiglie percepiscono se stesse. Questi modi si riflettono nella sua struttura (chi fa parte della famiglia) e nel suo funzionamento (le relazioni che legano i membri uno all'altro).

Il punto di vista della famiglia sul mondo corrisponde, infine, all'interpretazione che i membri del nucleo danno della realtà esterna e agli obiettivi che la famiglia si pone. Occorre tenere presente che quest'ultimo è il più astratto dei tre livelli di significato e che, per molti nuclei familiari, può non essere facile elaborare una visione condivisa del mondo.

L'orientamento che la famiglia mostra nei confronti del mondo ha il suo fondamento nella cultura della quale il nucleo fa parte.

Ad esempio, la dimensione che Patterson (2002) definisce controllo condiviso varia considerevolmente a seconda dei gruppi culturali considerati e, in particolare, in relazione al fatto che essi valorizzino l'importanza dell'autonomia individuale o della fatalità cui gli individui devono soggiacere.

Nel definire la capacità di accettare e superare le sfide propria di un gruppo familiare, Walsh (2002) sottolinea l'importanza di tre fattori:

- 1) i sistemi di credenze che consentono alla famiglia di elaborare un insieme integrato di valori, individuando obiettivi e sogni per il futuro;
- 2) i *pattern* organizzativi che implicano flessibilità, senso di coerenza, capacità di utilizzare risorse sociali ed economiche e di attivare reti di comunità;
- 3) i processi comunicativi che devono essere chiari e consentire la condivisione delle emozioni.

La comunità resiliente viene definita come una collettività in grado di sviluppare azioni per rafforzare la competenza individuale e di gruppo al fine di affrontare e gestire il corso di un cambiamento sociale e/o economico (Castelletti, 2006).

Questa competenza consiste nel rispondere efficacemente alle avversità che sfidano il proprio ambiente fisico e sociale, raggiungendo nel contempo un livello di funzionamento migliore rispetto alla condizione precedente l'evento critico e mostrandosi capace di ritrovare un equilibrio dopo la situazione di crisi. Può inoltre essere definita come l'esito di un processo che non origina esclusivamente nel momento in cui si verifica l'evento critico, ma che dipende anche dalle modalità con cui la comunità si prepara ad affrontare le situazioni avverse (Kendra & Wachtendorf, 2003).

Promuovere la resilienza in una comunità implica valorizzarne le conoscenze, le competenze, i valori, la cultura, in modo tale che questi possano rappresentare una risorsa nel fronteggiare le difficoltà e nell'adattamento alle diverse circostanze (Manyena, 2006).

Lo spostamento è quindi da un'ottica in cui la focalizzazione è sulle carenze, sui bisogni e sulle vulnerabilità della comunità a una visione delle potenzialità creative e delle risorse presenti in essa. A questo proposito, uno dei modelli più completi è quello proposto da Sarig (2001) che considera la compresenza di:

- a) senso di appartenenza alla comunità;
- b) controllo sulle situazioni di crisi;
- c) atteggiamento di sfida agli eventi negativi, riletto come opportunità;
- d) prospettiva ottimistica, in cui le avversità sono considerate come temporanee e come occasione di rinnovamento;
- e) competenze utili ad affrontare e superare le difficoltà;
- f) valori e credenze condivisi che rinforzano l'identità e i legami interni alla comunità nei momenti di crisi;
- g) sostegno sociale, fornito da reti e organizzazioni formali e informali.

Clauss-Ehlers e Lopez-Levy (2002) pongono invece l'accento in modo particolare sulla cultura di comunità.

I valori, le norme, i sistemi di significato costituiscono fattori di resilienza capaci di favorire la consapevolezza, il senso di comunità e quindi la partecipazione alle azioni collettive in caso di eventi critici. Quando le comunità sono resilienti sono in grado di reagire e di modificarsi in rapporto alle pressioni provenienti dall'esterno che ne sollecitano le strutture e le risorse.

Secondo Prati (2006) la complessità degli eventi critici affrontati dalla comunità richiede una lettura in ottica ecologica, dal momento che nella valutazione del livello di resilienza della comunità dovrebbero essere tenuti in considerazione non soltanto i fattori interni alla comunità, ma anche quelli esterni (rapporti con altre 5 entità sociali e politiche).

La valutazione della resilienza sociale di una comunità non può quindi che essere letta in una prospettiva di macro-livello, che consideri come imprescindibili elementi di analisi gli aspetti politici, sociali ed economici che incidono sulla vita della comunità.

Indagare i processi di resilienza analizzando l'interazione e le transazioni tra i diversi livelli coinvolti può costituire un primo passo per costruire una *governance* attiva (Olsson *et al.*, 2004) che consenta di affrontare la continua sfida rappresentata dall'incertezza cui il sistema deve far fronte nel suo percorso evolutivo.

La letteratura sul tema ha centrato l'attenzione sui fattori protettivi e di rischio tipici delle società e della cultura occidentale, enfatizzando quindi da un lato il ruolo degli aspetti individuali e relazionali che caratterizzano l'idea di benessere propria delle popolazioni dei paesi sviluppati (scolarizzazione, forti legami familiari, relazioni di coppia stabili, rispetto delle norme, etc.) e, dall'altro, sottovalutando quegli aspetti sociali e culturali che permettono di comprendere i diversi modi in cui differenti popolazioni in differenti contesti costruiscono comportamenti resilienti (Ungar, 2004).

Questa difficoltà di decentramento culturale fa sì che siano ancora relativamente pochi gli studi che prendono in considerazione i fattori contestuali e ambientali della resilienza. Portando la questione al limite estremo, si potrebbe arrivare a mettere in dubbio la possibilità di utilizzare il concetto stesso di resilienza in Paesi in cui le risorse disponibili sono significativamente diverse da quelle del mondo occidentale.

Le ricerche condotte all'interno dell'IRP (International Resilience Project, 2006) sottolineano l'importanza degli aspetti culturali e contestuali della resilienza, mostrando come di fronte alle stesse avversità culture diverse adottino differenti strategie.

In linea con queste premesse, Ungar (2008) ritiene necessaria una riflessione su alcuni aspetti:

- 1) la resilienza si caratterizza sia per dimensioni aspecifiche sia per aspetti culturalmente e contestualmente determinati;
- 2) i diversi fattori che compongono la resilienza influenzano in modo differente i comportamenti delle persone, a seconda della cultura e dell'ambiente in cui tali comportamenti si verificano;
- 3) i fattori che contribuiscono alla resilienza sono interconnessi in modo peculiare in rapporto alle dimensioni culturali e di contesto;
- 4) il modo in cui le tensioni che si creano tra gli individui e la cultura di appartenenza vengono risolte influenza la specificità della relazione tra i fattori che caratterizzano la resilienza.

Questo potrebbe condurre a ripensare alla centralità attribuita a determinate norme e comportamenti considerati come elementi cardine di un buon adattamento. I percorsi che conducono al benessere possono in realtà essere molti e diversificati, in rapporto al contesto e al tempo in cui essi hanno luogo.

Se è vero infatti che alcuni concetti possono essere considerati aspecifici e quindi presenti in tutte le culture (p.e. autostima, *self-efficacy*, supporto sociale, partecipazione), non si può non considerare che la loro importanza nella definizione della resilienza può variare in rapporto al contesto e al tempo.

Un aspetto come la coesione di comunità, per esempio, non riveste pari importanza nel determinare resilienza nelle comunità in cui essa è un valore fondante e in quelle dove il fatto di condividere un destino comune non risulta aspetto rilevante per l'identità delle persone.

Allo stesso modo è difficile valutare quali fattori possano effettivamente aumentare la resilienza e ci si può chiedere se il fatto di rinforzare alcuni aspetti a scapito di altri che in realtà sono più rilevanti per la cultura in questione non crei, paradossalmente, problemi di adattamento.

Considerare gli aspetti contestuali della resilienza, confrontandoli con quelli connessi ad altre culture e ad altri contesti e valutando l'influenza di ognuno di questi aspetti sul benessere di specifiche popolazioni, consentirebbe quindi di ottenere una migliore comprensione dei processi di salute e di rischio che caratterizzano la nostra e le altre società (Arrington & Wilson, 2000).

La resilienza è un costrutto culturalmente sensibile e richiede quindi premesse e metodologie che consentano di cogliere appieno la ricchezza delle specificità culturali: passo necessario dovrebbe essere quello di scoprire le differenze, piuttosto che disconoscere le peculiarità proprie delle altre culture applicando ad esse concetti e valori in uso nel contesto occidentale.

Va tuttavia rilevato che, nonostante si stia sempre più facendo strada la consapevolezza del ruolo degli aspetti culturali nello sviluppo della resilienza, gli strumenti di misura finora utilizzati non sono adeguati alla rilevazione delle dimensioni di specificità culturale.

E' tuttavia solo indagando le esperienze di stress e quindi la resilienza all'interno di uno specifico contesto che è possibile comprendere realmente le condizioni di rischio e i fattori protettivi che entrano in gioco nell'affrontare situazioni di difficoltà.

## IL PERDONO

Il perdono è divenuto oggetto di interesse da parte della psicologia soltanto in questi ultimi anni. Per lungo tempo le persone hanno praticato e studiato il perdono soprattutto all'interno del contesto religioso e filosofico.

Lo studio scientifico dello stesso, al contrario, è iniziato solamente in questi ultimi anni, una volta aumentati l'interesse, la comunicazione tra le discipline e il dibattito teorico riguardanti questo costrutto (Berry, Worthington, Parrott, O'Connor & Wade, 2001). Il concetto di perdono ha quindi una ricca storia in filosofia e nella tradizione religiosa Giudaico-Cristiana, mentre gli studi psicologici che lo riguardano sono stati molto rari fino a pochi anni fa (McCullough, Sandage & Worthington, 1997).

Soffermandosi a considerare le modalità attraverso cui lo studio del perdono si è sviluppato e consolidato in ambito psicologico è possibile osservare come la maggior parte dei contributi pubblicati sul tema consistano in riflessioni di natura teorica. Fino alla prima metà degli anni Ottanta queste riflessioni venivano prevalentemente condotte da teologi e consulenti spirituali, allo scopo di evidenziare l'utilità dell'applicazione di categorie teologiche alla comprensione e risoluzione del disagio psichico. Il perdono, in questo contesto, era ritenuto uno dei mezzi più efficaci che l'individuo ha a disposizione per superare il risentimento, l'ansia e il senso di colpa derivanti dal peccato e, quindi, un ingrediente necessario per il benessere psichico della persona (Scabini & Rossi, 2000).

A partire dalla metà degli anni Ottanta, è aumentato considerevolmente il numero di scritti teorici pubblicati da psicoterapeuti, psichiatri e consulenti psicologici (Fincham, 2000; Scabini & Rossi, 2000; Worthington, E.L. 1998; Worthington, E.Jr., 1998).

Tali contributi concordano nel giudicare il perdono un valido strumento terapeutico per il trattamento di particolari gruppi di soggetti disturbati (donne che hanno abortito, individui vittime di abusi sessuali, familiari di alcolisti o di disabili, coppie in crisi o separate, malati terminali).

L'ultimo decennio è stato contrassegnato da un numero crescente di ricerche empiriche (Fincham, 2000; McCullough, Exline, & Baumeister 1997; McCullough & al., 1998)

condotte sul perdono, in particolare all'interno delle relazioni intime (*close relationships*). La definizione che spesso viene citata dagli autori che trattano questo argomento è quella del filosofo inglese Joanna North (1987): "Per perdonare, dobbiamo superare il risentimento, non negandoci il diritto di provare quel risentimento, ma sforzandoci di vedere il colpevole con compassione, benevolenza ed amore, pur sapendo che egli ha volontariamente abbandonato il suo diritto su di essi". L'autrice assegna al perdono il ruolo di restaurare le relazioni danneggiate e sottolinea come il cambiamento della disposizione d'animo verso l'offensore sia necessario, ma che tale cambiamento debba esternarsi anche attraverso azioni positive rivolte a colui che ha offeso.

Il perdono può darsi a diversi livelli: quando si verifica tra persone considerate in quanto tali, nella fattispecie tra la vittima ed il responsabile dell'evento offensivo, si parla di perdono interpersonale. Nel caso in cui chi si è reso responsabile di un'offesa decida di perdonare a sé medesimo, si parla di perdono intrapsichico, anche se in questo caso è più opportuno parlare di accettazione di sé. Quando, invece, il perdono viene accordato tra gruppi sociali, ci si riferisce al perdono intergruppi.

Le definizioni di perdono elaborate dalla psicologia si riferiscono prevalentemente al perdono interpersonale.

Worthington (2001) propone la seguente definizione: "il perdono è definito come la sostituzione emotiva delle emozioni negative calde, rabbia e paura, che seguono un torto o un'offesa percepita, o delle emozioni negative fredde, rifiuto del perdono (*unforgiveness*) e indifferenza, che seguono il rimuginio (*ruminatio*) in merito ad una trasgressione, con emozioni positive, come l'amore disinteressato, l'empatia, la compassione, o addirittura l'amore romantico". Il perdono, secondo Worthington, non cancella il torto subito e non cambia la natura della trasgressione, ma modifica l'affetto emotivo connesso alla trasgressione.

McCullough & Worthington (1995) definisce il perdono come: "un insieme di mutamenti psicologici attraverso i quali l'individuo offeso diventa sempre meno motivato a vendicarsi, a rivalersi nei confronti di chi gli ha fatto del male e ad estraniarsi, fisicamente e psicologicamente, da tale persona.

Al contrario, la vittima si sente sempre più motivata a riappacificarsi e ad essere benevola nei confronti dell'offensore, benché il suo comportamento l'abbia ferito.

Il perdono è un complesso fenomeno affettivo, cognitivo e comportamentale, nel quale le emozioni negative e il giudizio verso il colpevole vengono ridotti, non negando il proprio diritto di sperimentarli, ma guardando al colpevole con compassione, benevolenza e amore”.

Rye e Pargament (2002) definiscono il perdono come: “lasciare andare le emozioni negative (l’ostilità), le cognizioni negative (i pensieri di vendetta) e i comportamenti negativi (l’aggressione verbale) in risposta ad una considerevole ingiustizia subita e disporsi in modo compassionevole nei confronti del colpevole”.

Considerate complessivamente, le definizioni appena richiamate ci permettono di riflettere sulle principali caratteristiche del perdono. Innanzitutto, va notato che il perdono è necessariamente vincolato ad un’offesa psicologica, fisica e/o morale (Murphy & Hampton, 1988; Smedes, 1984). Un soggetto, per perdonare, deve prima aver subito una ferita profonda e personale da parte di un conoscente od un estraneo. È anche necessario che la vittima riconosca coscientemente tale offesa e la giudichi intenzionale (Heider, 1958). Qualora la vittima non sia consapevole dell’offesa subita o non la reputi intenzionale, il perdono risulterebbe immotivato ed impraticabile.

Infatti, né colui che è stato offeso avrebbe alcuna ragione di risentirsi per l’accaduto, né il presunto offensore si meriterebbe di venir privato dell’affetto e della fiducia della vittima (Fincham, 2000).

Nel momento in cui percepisce di aver subito un’offesa intenzionale, la vittima reagisce provando rabbia, desiderando di vendicarsi, cercando di evitare il contatto personale e psicologico con l’artefice dell’offesa (McCullough, Exline, & Baumeister, 1997).

Rispetto a tali reazioni iniziali, il perdono assume un ruolo ed un valore catartico: agevola, cioè, l’abbandono dei sentimenti negativi e del risentimento, facilitando così l’affievolirsi del ricordo del male subito.

Per dirsi propriamente tale il perdono deve poi essere un atto intenzionale, in virtù del quale chi è stato ferito rinuncia volontariamente al diritto di risentirsi con il suo offensore. Perdonare non significa semplicemente negare o dimenticare il torto subito, desistere dall’attuare la propria vendetta e comportarsi come se nulla fosse successo. Se così fosse, il perdono favorirebbe il ricrearsi delle stesse condizioni in cui si è generata l’offesa ed agevolerebbe il suo ripetersi.

Si può riconoscere nel perdono un atto di coraggio che “chiede alla vittima di accettare nuovamente nel suo cuore la persona che si è resa responsabile della sua sofferenza. Perdonare, dunque, vuol dire rischiare e mettere in gioco la propria fiducia ed il proprio affetto senza aver la garanzia che ciò sarà contraccambiato in futuro” (North, 1987).

Perdonare è, quindi, una scelta personale incondizionata: è una via che il soggetto può decidere di percorrere indipendentemente sia dalle eventuali reazioni di pentimento e contrizione manifestate dall'artefice dell'offesa (che potrebbe confessare ed ammettere la propria colpa e responsabilità, dare spiegazioni,...) sia dalle pressioni esercitate dall'esterno. Se, da un lato, il comportamento dell'offensore e quanto avviene nell'ambiente circostante possono facilitare il perdono, dall'altro, nessuno dei due rappresenta una condizione necessaria per il suo verificarsi (Fincham, 2000). In questo senso il perdono è un dono gratuito (Enright & Coyle, 1998; Worthington, 1998). “La gratuità è una qualità dell'agire nella quale e per la quale un soggetto dona qualcosa di sé o tutto se stesso all'altro, senza attendersi nulla in cambio. Il dono è veramente gratuito perché chi dona non si chiede se la persona che lo riceve se lo merita o meno. L'assenza di qualunque aspettativa che non sia il *beneficium* dell'altro è ciò che contraddistingue la gratuità” (Scabini & Rossi, 2000). Il dono non si può ridurre ad uno scambio di tipo mercantile, come sottolinea Godbout (1998), poiché esso si caratterizza specificamente per il suo carattere di libertà, ovvero di assenza di obbligo, di contratto, di costrizione (contratto e costrizione hanno la stessa radice etimologica) nei confronti di chi lo offre e, parimenti, assenza di obbligo di restituire per chi lo riceve.

Il dono, dunque, presuppone fiducia negli altri, ovvero nelle relazioni, poiché è la fiducia negli altri che, sola, può assicurare la circolazione del dono. Il perdono è spesso inteso anche quale agente di cambiamento, giacché introduce un nuovo modo di vedere e di vivere gli eventi dolorosi del passato (Hope, 1987), senza per questo sminuirne la gravità. Permette, inoltre, di considerare in termini più positivi chi ci ha offeso, giudicandolo un essere umano fallibile e limitato al pari di chi è stato da lui offeso. Secondo alcuni autori il perdono costituirebbe un cambiamento anche nel senso che determinerebbe una nuova suddivisione del potere all'interno della relazione tra vittima ed offensore. Infatti, in genere, il verificarsi di un'offesa crea una situazione di disequilibrio che provoca il trasferimento del potere da colui che lo deteneva inizialmente e ha inflitto l'offesa alla vittima. Essa diventa così la principale

responsabile del futuro della relazione: sta alla vittima decidere se cercare di ricucire il rapporto perdonando oppure se danneggiarlo ulteriormente mettendo in atto comportamenti di ritorsione o di evitamento nei confronti dell'offensore. Questa decisione può essere influenzata anche dai possibili vantaggi che le deriverebbero dalla situazione venutasi a creare a seguito dell'offesa. Infatti, la vittima potrebbe sfruttare il desiderio dell'offensore di assecondarla e di riparare al danno commesso, così da trarne benefici. Quando la vittima decide di perdonare, rinuncia, al contempo, a questa sua posizione di privilegio e ripristina tra lei e l'artefice dell'offesa una distribuzione del potere più prossima a quella originaria. Così facendo restituisce all'artefice dell'offesa il potere decisionale sulla relazione che aveva in origine.

Il perdono non è solo un processo interiore, ma riguarda anche la relazione con l'offensore. Egli viene inizialmente deumanizzato e identificato con l'atto cattivo che ha compiuto: ciò che l'offensore ha fatto finisce col diventare ciò che l'offensore è. Il processo che conduce al perdono comincia quando la vittima inizia a considerare il responsabile dell'offesa non semplicemente ed unicamente come la creatura malvagia che gli ha fatto del male, ma come una creatura debole e fallibile, un essere umano non del tutto diverso da sé (Smedes, 1997). Questo modo di vedere le cose potrebbe far realizzare alla vittima che lei stessa in passato si è resa responsabile di atti ingiusti e risulta bisognosa di ricevere il perdono (Enright & Coyle, 1998).

La vittima, facendo proprio questo modo di vedere le cose, può divenire maggiormente propensa ad intraprendere il cammino che porta al perdono.

Secondo Enright & The Human Development Study Group (1991), inoltre, il perdono è l'esito di complessi processi cognitivi, emotivi e comportamentali.

Le componenti emotive concernono le diverse reazioni positive o negative provate sia dalla vittima sia dall'artefice dell'offesa. Per esempio, la rabbia, il desiderio di rivalsa, l'empatia e la compassione nutrite dalla vittima nei confronti dell'offensore.

Oppure la vergogna, il senso di colpa od il sollievo di fronte al perdono ricevuto provati dall'offensore. Le componenti cognitive acquistano maggior rilevanza nella vittima, poiché essa è chiamata a rielaborare l'accaduto, valutando l'offesa subita e la sua gravità, individuando le responsabilità al riguardo, facendo un bilancio dei costi e dei benefici che ne sono conseguiti. Questa rielaborazione porterà la vittima ad optare per il perdono oppure, al contrario, a rimuginare (*ruminatio*) ripetutamente sull'offesa, cosa

che fomenterà gli iniziali atteggiamenti vendicativi e/o di evitamento. Da ultime, le componenti comportamentali si manifestano nella vittima con l'esigere delle spiegazioni e l'assumere un comportamento più conciliante, mentre nell'offensore con lo scusarsi ed il domandare perdono, a volte attuando una serie di rituali simbolici.

In termini più generali è, quindi, possibile identificare nel perdono due dimensioni: una intrapsichica ed una interpersonale (Baumeister, Exline, & Sommer, 1998).

La dimensione intrapsichica si riferisce a ciò che avviene nella mente e nel cuore della vittima, quindi agli stati emotivi e cognitivi che chi è stato ferito sviluppa quando decide di reagire positivamente all'offesa subita.

La dimensione interpersonale si focalizza, invece, sui comportamenti tra vittima ed offensore e le azioni sociali che il perdono comporta e sugli atti a tutela della relazione da esso implicati. In questo senso il perdono è considerato come un potente fenomeno pro-sociale, una strategia che facilita il mantenimento e la restaurazione delle relazioni interpersonali, offrendo la possibilità di un nuovo inizio, che non è un semplice ritorno al passato, ma racchiude in sé la consapevolezza di quanto accaduto (Scobie & Scobie, 1998).

Smedes (1997) descrive il perdono come un viaggio la cui destinazione finale è la speranza di riconciliarsi con l'artefice dell'offesa. La rottura, il distacco provocato dall'atto offensivo è l'occasione del viaggio.

La vittima percepisce l'ingiuria subita come un'offesa morale, una violazione del diritto, la consapevolezza di essere stata ferita le rende impossibile continuare a riporre fiducia nell'altro e nel rapporto con lui.

La vittima vorrebbe, anzi, avere la soddisfazione di vedere costui provare un dolore almeno equivalente a quello da lei stessa sperimentato. Può così cominciare il ciclo della vendetta, in cui i ruoli iniziali si invertono: la vittima diventa, a sua volta, artefice di un'offesa. Tale ciclo può essere spezzato da un cambiamento di rotta, che si verifica quando la vittima decide di non vendicarsi del suo offensore, ma di perdonarlo.

Una volta deciso di incamminarsi sulla strada che porta al perdono, secondo Smedes, tre sono le tappe fondamentali per raggiungerlo. In primo luogo la vittima deve poter riscoprire l'umanità di colui che si è reso responsabile dell'offesa, in modo che la sete di vendetta possa essere mitigata.

Il passo successivo consiste nell'abbandonare l'idea di vendicarsi nonostante si abbiano tutte le ragioni per farlo. Infine la vittima deve cambiare i propri sentimenti verso l'offensore, per esempio passando dal rancore alla benevolenza.

Superate queste tappe il viaggio potrebbe terminare con la speranza della riconciliazione.

L'uso del condizionale è d'obbligo perchè perdonare non vuol dire necessariamente riconciliarsi. Il perdono può avvenire senza riconciliazione, ma la riconciliazione non può avvenire senza perdono. In altri termini perdonare è una condizione necessaria, ma non sufficiente affinché la riconciliazione tra vittima ed offensore possa avere luogo (Smedes, 1997).

Oltre a definire la natura del perdono, i clinici ed i ricercatori si sono anche impegnati a descrivere il percorso che porta al perdono e le sue conseguenze a livello personale e relazionale. La metafora del perdono come viaggio, utilizzata da Smedes (1997), porta alla luce, infatti, una fondamentale caratteristica di questo costrutto: quella di non essere un atto puntuale, ma un processo.

Il perdono non è un atto immediato, ma è l'esito di un lungo lavoro psicologico, spesso doloroso. La decisione di perdonare dà inizio a un difficile percorso interiore che implica il superamento dei sentimenti negativi e l'assunzione di un atteggiamento positivo nei confronti di chi ci ha fatto del male (Fincham, 2000).

Il perdono è uno sforzo, una scelta che implica necessariamente un atto di volontà e contemporaneamente un atto creativo, un percorso a spirale attraverso il quale riattraversare i propri ricordi, le proprie matrici psicologiche e relazionali (Napolitani, 1987), è una novità, una rivelazione nel presente della cronologia (Jankelevitch, 1967), che nel momento stesso in cui si svela si ri-vela.

Il perdono è un principio di mobilità e fluidità, a differenza del rancore che è in principio di staticità e rigidità (caratteristiche che accompagnano spesso la sofferenza psichica), ed un processo di umanizzazione, poiché spinge a fare i conti con i propri limiti e la propria vulnerabilità, è un principio di libertà che presenta alcune caratteristiche che è necessario specificare.

Per perdonare ci vuole tempo, a volte molto tempo, perché è un processo lento; più grave è la ferita ricevuta più tempo è necessario per perdonare.

Talvolta trascorrono mesi o anni prima che si riesca a perdonare completamente, anche se il passare del tempo di per sé non garantisce lo sviluppo del processo del perdono. Per perdonare, inoltre, è necessario sviluppare una comprensione, almeno parziale, dei motivi di chi ci ha ferito, ma anche di sé stessi, ovvero delle dimensioni e delle caratteristiche della propria ferita e della relazione con chi ci ha feriti.

Durante questo processo di comprensione è possibile sentirsi vittime della confusione; spesso non è chiaro che cosa sia accaduto esattamente. In ogni offesa c'è qualcuno che ha fatto del male a qualcun altro ma, spesso, attorno a questo semplice nocciolo di sofferenza ingiusta, è aggrovigliata una matassa di torti e di odio quasi impossibile da sbrogliare.

A volte bisogna arrivare al perdono passando attraverso l'intrico dei sentimenti e gli ostacoli dell'incomprensione. Molte volte, inoltre, dopo aver perdonato, rimane un po' di rabbia; non si può, infatti, cancellare il passato, ma solo guarire la sofferenza che esso ha causato. Il perdono guarisce l'odio per chi ha dato vita a quella realtà, ma non modifica i fatti e non ne elimina tutte le conseguenze.

Tuttavia è possibile provare rabbia senza odio. Quando il perdono comincia la sua opera liberatoria il rancore si affievolisce mentre la rabbia resta. Se il rancore non viene alleviato un po' alla volta ci soffoca, la rabbia può, invece, spronarci a evitare che il male si ripeta. Il rancore è un'afflizione che può essere guarita, la rabbia è energia che può essere incanalata.

Il processo che porta al perdono non può mai essere un dovere, non si può essere obbligati a perdonare; non è possibile perdonare se non esercitando la propria libertà di scelta. Per liberare il perdono deve esser accordato liberamente.

Un requisito fondamentale di un perdono libero è il rispetto per chi si perdona, ciò significa permettere a chi si perdona di fare ciò che vuole del nostro perdono, altrimenti il perdono diventa un tentativo di controllo sull'altro, un puro esercizio di potere, in nome, per esempio, di una presunta superiorità morale ("ti perdono perché sono buono"). Il perdono è sincero solo se si rispettano gli altri al punto da consentire loro di assumere la responsabilità di ciò che intendono farne.

Il perdono, spesso, richiede che si possa identificare nell'offensore, convertendo la propria intelligenza, la persona che va al di là della finitezza dell'offesa. Il perdono esige, anche, che si esca dall'immediatezza della ferita inflitta o subita e che si

reintegrino sia l'offensore sia l'offeso in una storia che, da una parte, tenga conto del passato per perdonare, dall'altra si apra alla promessa di un futuro per sperare (Smedes, 2000).

La letteratura psicologica, oltre a definire la natura e il processo del perdono, ha cercato anche di descriverne il percorso, gli stadi evolutivi e le conseguenze che lo stesso comporta a livello personale e relazionale. A questo scopo sono stati sviluppati vari modelli che è possibile raggruppare in tre diverse tipologie:

- *modelli evolutivo-cognitivi*: descrivono l'evoluzione del pensiero ed del ragionamento sul perdono all'interno dell'individuo, in funzione della sua crescita e maturazione nel tempo;
- *modelli processuali*: identificano e definiscono le fasi o stadi che il soggetto offeso attraversa per arrivare a maturare la decisione di perdonare;
- *modelli psico-sociali*: descrivono i principali fattori che, a livello psico-sociale, determinano e/o conseguono la concessione del perdono.

# MODALITA' E STRUMENTI D'INDAGINE DELLA RICERCA QUALITATIVA E DELL'INTERVENTO SULLA SALUTE

L'ambito qualitativo si caratterizza per una forte attenzione sull'aspetto dell'unicità dell'esperienza. I metodi qualitativi nascono dalle ricerche ermeneutiche e fenomenologiche, rifiutano le logiche della ricerca ipotetico deduttiva preferendo logiche induttive.

L'analisi qualitativa si prende carico di tutti gli elementi che non sono di competenza all'analisi quantitativa, favorisce un primo approccio alla ricerca e si attiva in una fase di socializzazione nella quale si ipotizzano gli strumenti. A questo punto le conclusioni che si ottengono vengono riformulate in principi generali e successivamente viene creata una teoria della quale si verifica la coerenza.

La metodologia qualitativa, considera anche l'aspetto della misurazione, poiché quest'ultimo non coincide con la concezione di numero in se, né con l'unità di misura, bensì come uno strumento di specificazione.

Nel 1995 Ilja Maso sosteneva che i metodi qualitativi rifiutano le logiche molto rigide come quella ipotetico-deduttiva.

## L'INTERVISTA

Uno strumento di ricerca tipicamente qualitativo è l'*intervista* che può essere strutturata in diversi modi, la prima tipologia, quella *libera*, ha lo scopo di ottenere dal soggetto delle precise informazioni perciò non è adatta per essere quantificata. Si ha anche l'*intervista dinamica* che non è strutturata e permette all'esaminatore di introdurre un tema e lasciar parlare il soggetto. In questo modo ciò che viene detto acquista un peso specifico. Nell'*intervista strutturata* invece tutte le persone rispondono allo stesso tipo di domande. Nell'*intervista semi strutturata* invece si ha uno schema che definisce i temi principali, ma il loro ordine di trattamento non è prestabilito.

La tecnica è difficile da apprendere perché devono essere tenute in considerazione anche le reazioni di difesa che si attivano nell'intervistato come per esempio fornire risposte tenendo presente la tutela della privacy. La formazione dell'intervistatore è un aspetto importante perché in questo mestiere è cruciale saper instaurare rapporti umani.

## ROLE PLAYING

Una delle tecniche più usata è quella del role playing attraverso un' intervista simulata. La preparazione dell'intervista deve essere effettuata in un certo periodo di tempo, attraverso gli studi dovuti perché l'intervistatore si possa impossessare dei dati necessari. In base al grado di strutturazione emergono i lati più introspettivi dell'intervistatore.

L'intervistatore assume un ruolo sociale che però lo può portare a lasciarsi coinvolgere da fattori emotivi e personali. Perciò è importante che abbia chiaro come svolgere l'indagine e a cosa egli stesso mira, come ad esempio nel caso delle interviste autobiografiche, nelle quali l'obiettivo è conoscere in modo approfondito l'intervistato.

Anche chi viene intervistato deve avere voglia di rispondere alle domande perciò è importante riuscire a persuaderlo per fargli comprendere l'importanza delle sue risposte.

La parte conclusiva che consiste nella schedatura delle risposte non si riduce solamente alla registrazione delle risposte, ma anche nell'annotarsi degli appunti durante il colloquio. L'altra tecnica è quella della riflessione parlata nella quale si tenta di far formulare ad alta voce i pensieri. Tra queste due tecniche d'inchiesta esiste un legame dato dal grado di strutturazione.

L'inchiesta è uno dei mezzi più semplici e più utilizzati all'interno della ricerca in educazione, la sua complessità può partire da una rilevazione di frequenze per giungere all'incrocio tra le variabili o all' utilizzo di più strumenti che interagiscano nel momento dell' analisi.

Questa metodologia necessita di un'indagine approfondita sull'argomento da trattare poiché dalla fase iniziale scaturiscono le prime ipotesi inerenti al campione, agli strumenti e all'analisi dei dati.

La scelta del campione non è un'operazione semplice e il più delle volte ha bisogno di essere negoziata in quanto le variabili da tenere sotto controllo non sono poche né di facile utilizzo da parte dello sperimentatore.

Alcuni tipi di variabili come ad esempio il comportamento di un ragazzo a scuola, non possono essere studiati in laboratorio. Affinché i casi che vengono studiati possano essere sufficienti e dunque generalizzabili, è importante che costituiscano un campione rappresentativo ovvero un modello che riproduca le caratteristiche esatte dell'insieme

dal quale è estrapolato. Inoltre nella scelta del campione devono essere il più possibile evitati criteri soggettivi, perciò sono stati creati tre tipi di campionamento:

- *Casuale*, il sistema più comune è quello di inerire in un contenitore tutti gli elementi ed estrarli a sorte, logicamente durante l'operazione le probabilità dei rimanenti di essere scelti aumenta.
- *Sistematico*, l'estrazione degli elementi può avvenire con un ritmo definito, come ad esempio, uno ogni tre.
- *Stratificato*, in questo caso la popolazione di riferimento viene suddivisa in categorie dalle quali si estrae un numero di casi che rendono il campione non omogeneo.

Uno strumento che viene usato a carattere qualitativo è il test del *chi quadrato* che serve a stabilire se la distribuzione dei dati sia causata da particolari fattori o sia casuale. Il chi quadro analizza se i caratteri qualitativi sono connessi in modo significativo o meno.

Un tipo particolare di test è quello *sociometrico* che consiste nella formulazione di un questionario con il quale si chiede ad ogni membro di un gruppo di scegliere uno o più compagni per effettuare delle attività in modo tale da non lasciare equivoci, inoltre il numero delle domande è proporzionato al numero dei soggetti.

La sua validità è in relazione alle potenzialità dell'impegno dedotte dalle sue componenti. La costruzione di un test è in funzione della messa a fuoco di una nozione preesistente, in ambito scolastico ad esempio, la sua composizione deve basarsi sugli obiettivi generali. La sua validità consiste nel verificare prove che dimostrano ciò che esso deve in effetti misurare.

A seconda di come sono costruiti hanno una funzione diversa:

- *Predittiva*, nella quale i soggetti vengono osservati per un certo periodo di tempo.
- *Diagnostica*, in cui si cerca di evidenziare tutti quegli aspetti che non sono stati compresi dallo studente.
- *Descrittiva*, in cui si descrive uno stato il cui valore è esclusivamente didattico.

Un tipo particolare di inchiesta è la ricerca correlazionale che ha l'obiettivo di descrivere e studiare in modo simultaneo le relazioni tra alcune variabili che vengono prese in esame, ad esempio in ambito scolastico possono essere considerate l'intelligenza, la motivazione e il rendimento degli allievi che in fase iniziale di ricerca

possono assumere un valore minore. In questo tipo di ricerca l'indice che misura il grado d'indipendenza tra i caratteri quantitativi è l'indice di correlazione di Pearson. Inoltre, se la ricerca è di carattere esplorativo vi si può identificare l'aspetto relazionale, più incentrato sul rapporto tra le variabili, o quello predittivo riguardante alcune variabili analizzate in precedenti ricerche e proporre nuovi incroci.

Uno strumento importante è la scala di valutazione che effettua un unico lavoro: la constatazione della presenza o meno di una manifestazione. Vi è anche una tipologia di scala di valutazione, detta Scala di Atteggiamento, che viene adottata per studiare le opinioni dei soggetti come del resto l'altra tecnica che è quella del Differenziale Semantico nella quale si presentano due serie di termini antitetici e si richiede di scegliere quelli che sono più rappresentativi per ricostruire il vissuto e le opinioni dei soggetti, per trarre una sintesi sul loro atteggiamento.

## TECNICHE PROIETTIVE

Tra gli strumenti utili alla sperimentazione vi sono anche le tecniche proiettive che, secondo L.K.Frank, sono metodi di studio della personalità che pongono il soggetto a confronto con una situazione nella quale risponderà secondo il significato che questa assume per lui. Una tecnica proiettiva richiama nel soggetto i suoi processi personali. Un altro tipo di ricerca è quella causale-comparativa usata quando il ricercatore si chiede quali siano le cause che hanno generato una situazione. Questo tipo di ricerca può risultare problematica all'interno dell'ambito educativo poiché le cause possono non essere identificabili. La tipologia di indagine comparativa che si fondava inizialmente su un approccio di tipo storico, è stata abbandonata poiché ha risentito di discipline come le scienze sociali e politiche che hanno contribuito a spostare l'attenzione sull'individuazione di modelli derivanti dall'esperienza. Nell'analisi comparativa si cerca di studiare i dati in modo simultaneo. La ricerca comparativa è un ambito completo ed articolato, lo studioso King vi individua tre fasi:

- *Concettuale*, si attiva una revisione sui termini del problema.
- Centrata sulle *istituzioni*, ovvero sui luoghi nei quali i concetti divengono concreti.
- *Operativa*, vengono considerate le soluzioni possibili ad un problema.

Questa ricerca punta a formulare strategie d'intervento mirate. Vi è un altro tipo di ricerca detta longitudinale o di sviluppo la quale prende in considerazione per un certo periodo un fenomeno, il ricercatore guarda le relazioni tra variabili che causano un fenomeno e ne descrive i cambiamenti nel tempo. Nella ricerca di sviluppo viene considerata una analisi di tipo descrittivo per studiare i cambiamenti dei soggetti nel tempo. In queste tipologie di ricerca si possono creare delle difficoltà per ciò che riguarda il campione che è soggetto a variazioni. Un altro strumento che è una vera e propria metodologia, è la tecnica del Q- Sort, creata da Stephenson nella quale il campione per essere rappresentativo deve essere composto da un minimo di 70 schede a un massimo di 140 e la distribuzione deve essere concentrata in un massimo di 13 classi. Gli items devono essere rappresentativi di un dato sistema caratterizzato da omogeneità, transitività ed equilibrio.

Questo sistema è applicato in tempi diversi per ottenere una migliore valutazione degli atteggiamenti dei soggetti. Attraverso la ricerca sperimentale si giunge alla formulazione di una legge generale che deve comprendere ogni aspetto ad essa inerente. La sperimentazione si costituisce di varie fasi che oscillano numericamente a seconda del tipo di ricerca, su un piano generale si può dire che la prima fase riguarda la motivazione che spinge ad affrontare una ricerca, poi si ha l'individuazione dello scopo, successivamente si cerca di raccogliere i dati che possono essere utili a risolvere il problema, fino ad arrivare alla formulazione delle prime ipotesi.

Una volta fatto questo, viene costruito il piano di lavoro e si inizia il momento operativo nel quale si svolgono le indagini seguite da un'elaborazione qualitativa o statistica dei dati. Tutti questi strumenti hanno un obiettivo comune cioè quello di raggiungere l'oggettività.

Lo studioso F. Leonardi assume invece una posizione contro i metodi qualitativi in quanto sostiene che il giudizio tra più aspetti qualitativi può dare origine solo ad un confronto che evidenzia la loro similarità o la diversità.

Perciò un ricercatore qualitativo che, a suo avviso, voglia fare dei ragionamenti scientifici deve avvalersi di aspetti quantitativi. Dunque non si può parlare di vera opposizione tra i due metodi perché, qualora essa esistesse, i concetti qualitativi sarebbero inutili per il raggiungimento di obiettivi cognitivi.

Negli ultimi anni è aumentato il bisogno degli psicologi e degli psicoterapeuti di giustificare i propri interventi clinici sulla base dell'evidenza della ricerca scientifica. Tale necessità può essere considerata come il frutto di una crescente consapevolezza della validità di più di un quadro di riferimento teorico nell'ambito della cura psicologica. I piani di studio dei corsi di laurea universitari testimoniano un importante cambiamento in questo senso.

Se per esempio si controlla la bibliografia consigliata negli esami dei corsi di laurea in Psicologia dei 'vecchi' ordinamenti e la si confronta con quella dei corsi attuali si nota una maggiore attenzione negli ultimi anni a vere e proprie 'tecniche' dell'intervento psicologico che fanno capo a scuole di pensiero spesso in netto contrasto con la tradizione psicoanalitica europea. Se in passato si potevano in molti ambienti liquidare le 'nuove' tecniche di modificazione del comportamento come superficiali, di corto respiro e basso valore culturale, adesso sono sempre più gli approcci che richiedono un maggior dispendio di tempo e intelletto a dover giustificare, a torto o a ragione, la propria esistenza.

Il secondo importante impulso alla ricerca nasce dagli aspetti istituzionali legati alla pratica della psicologia clinica in ambito sanitario.

Nel lavoro in ambito istituzionale sta diventando necessaria una valutazione anche economica degli interventi di cura e il tempo impiegato dallo psicologo, gli esiti della terapia, il livello di rischio presentato dal paziente prima e dopo l'intervento psicologico stanno diventando voci importanti nei bilanci di gestione del servizio sanitario. In tale contesto la scelta operata dallo psicologo clinico su quale modello di intervento utilizzare (per esempio a breve, medio o lungo termine, in setting individuale o di gruppo) dovrà basarsi da una parte su una considerazione delle risorse disponibili e dall'altra su validi dati di ricerca che abbiano dimostrato l'efficacia relativa dei diversi modelli di intervento su specifiche condizioni psicopatologiche.

Nell'ambito della pianificazione dei servizi è chiaro che non si può pensare ad una crescita della Psicologia Clinica in ambito pubblico sanitario senza che l'efficacia dell'intervento psicologico e i vantaggi di una maggiore presenza di psicologi nei servizi accessibili a livello territoriale (presso i medici di base, i consultori, i servizi di igiene mentale, le scuole) possano essere documentati.

Se si accetta il presupposto che la scelta del tipo di intervento più efficace per un dato paziente dovrebbe essere effettuata in primis sulla base di ciò che la letteratura ha *dimostrato* essere l'intervento più efficace per il tipo di psicopatologia o disagio psichico che egli/ella presenta, diventano ahimè indispensabili una valutazione e una revisione critica della ricerca stessa, della validità e attendibilità dei dati da essa prodotti, e della loro applicabilità al caso in questione. In molti casi ci si trova di fronte ad un compito di difficile soluzione. Si prenda l'esempio di una bambina di sei anni inviata ad un consultorio familiare per problemi di encopresi diurna.

Un'anamnesi familiare rivela i seguenti dati: storia di estrema violenza fra i genitori, divorzio avvenuto quando la bambina aveva due anni, marcati comportamenti antisociali nella bambina a partire dai tre anni, insorgenza di una malattia invalidante nella nonna materna avvenuta all'epoca del divorzio. I temi sui quali si potrebbe centrare una terapia familiare o individuale sono molteplici.

Esistono valide revisioni attuali dei dati di ricerca disponibili sull'efficacia di diversi tipi di terapie psicologiche che riassumono ciò che i principali studi indicano essere le percentuali di 'successo' di terapie psicodinamiche, sistemiche, cognitivo-comportamentali applicate a diverse configurazioni sintomatologiche (si vedano per esempio A. Carr, 2002 e P. Fonagy, 2002). Anche alla luce di tali ottimi lavori tuttavia nel caso sopra menzionato molti dei dati di ricerca disponibili rimangono di difficile utilizzo nella clinica. Come definire per esempio la 'condizione' della bambina? Come un caso di encopresi, di disfunzione nell'ambito delle relazioni familiari o comportamento antisociale? Si pone cioè un problema di confronto tra i casi presentati dalle ricerche sugli esiti della terapia (outcome research) e il caso in esame.

Quanto più i dati riguardano un gruppo numeroso di casi di cui si conoscono pochi aspetti (quali potrebbero essere età sesso e la presenza di encopresi) tanto più difficile diventa utilizzare tali dati come guida nel qui ed ora del caso in esame.

Come l'unicità dell'incontro tra due persone che avviene durante la consultazione psicologica è di difficile codifica, così è difficile pensare che le dinamiche interpersonali al proprio interno siano comprensibili o prevedibili attraverso i metodi di ricerca che hanno caratterizzato la psicologia scientifica a partire dai suoi esordi. Sono ormai diversi anni infatti che i limiti dei metodi quantitativi della ricerca sperimentale, mutuati dalle scienze fisiche e biologiche e rientranti nel quadro di un'epistemologia

positivista vengono discussi e i tradizionali metodi scientifici sempre più riconosciuti come inadeguati alla comprensione di fattori soggettivi, interpersonali e sociali.

Allo stesso tempo è cresciuta l'esigenza di produrre dati di ricerca attendibili che consentano un'analisi olistica dei fattori individuali e relazionali senza dover ricorrere alla scomposizione di complesse realtà psicologiche in costrutti elementari quantificabili ma lontani da quella realtà mutevole e contraddittoria cui essi appartengono (vedi per es. Di Nuovo, 1995)

Esiste la necessità di impegnarsi nella ricerca clinica (nonostante i limiti dell'applicabilità di qualunque dato alla unicità dell'incontro tra due persone) ed di evidenziare l'esistenza di un gruppo di metodi definiti 'qualitativi', che si stanno affermando negli ultimi anni e che secondo chi scrive rispondono meglio alle esigenze degli psicologi e dei servizi per cui essi lavorano.

Per metodo qualitativo si intende un metodo che utilizza procedure di natura qualitativa sia a livello di raccolta che di analisi dei dati.

Le procedure di raccolta dei dati comprendono: Interviste, discussioni di gruppo, osservazioni partecipanti; mentre quelle di analisi consistono in procedure di codifica, categorizzazione e confronto sistematico fra le categorie evidenziate e le loro dimensioni. Tale tipo di ricerca è spesso definita di tipo esplorativo, in contrapposizione alla ricerca scientifica classica mirata alla conferma/disconferma di ipotesi iniziali. Come nota Di Nuovo (1995) la nota distinzione tra approcci idiografici e nomotetici, i primi propri delle scienze ermeneutiche e descrittive che presuppongono l'unicità dell'individuo, i secondi tesi ad individuare delle leggi generali al di là delle differenze individuali, non è di fatto utile a chi voglia confrontarsi con la necessità di intraprendere una ricerca.

Di Nuovo propone per esempio di distinguere fra la ricerca che risponde ad esigenze di intervento sulla realtà e che ha quindi bisogno di comprendere "tutto e subito" e la ricerca che ha come scopo la pura conoscenza.

È chiaro come nel primo caso gli interessi del clinico e del ricercatore convergano, entrambi essendo interessati a comprendere le dinamiche relative a 'questo' soggetto e 'queste' condizioni nella realtà quotidiana – della famiglia, della scuola, del servizio di psicologia.

## GROUNDING THEORY

Uno dei metodi qualitativi più utilizzati e più riconosciuti in ambito accademico è quello denominato *Grounding Theory* (di difficile traduzione, ma che si riferisce ad una teoria ‘radicata’ nei dati). Tale metodo nacque nell’ambito della sociologia dalla collaborazione di Glaser e Strauss che lo ‘scoprirono’ nel corso di uno studio sulla consapevolezza della morte (Glaser e Strauss, 1967). Nel loro pregevole lavoro del 1967, questi autori evidenziarono come in passato la ricerca avvenisse principalmente in un ambito artificialmente separato dalla pratica clinica e dalla realtà di tutti i giorni e come tale artificiosità dipendesse fra l’altro dalla separazione tra le fasi di raccolta e analisi dei dati. Glaser e Strauss per primi riuscirono a dimostrare con successo come teorie sociologiche e psicologiche possano fondarsi su dati di natura qualitativa e come tali dati abbiano un valore intrinseco e non debbano venire intesi unicamente come sostegno a dati quantitativi.

Essi proposero l’intervista semi-strutturata come il metodo più efficace di raccolta dei dati, insieme a metodi osservativi e all’utilizzo di resoconti scritti in forma di diario. Uno degli aspetti fondamentali della raccolta dei dati è che questi siano in fase iniziale il più ‘ricchi’ possibili. A tal fine si dovrebbe secondo Charmaz (2003) oltre che trascrivere i contenuti delle interviste registrate, descrivere gli atteggiamenti e i comportamenti dei partecipanti, annotare le osservazioni del ricercatore durante il colloquio e offrire delle riformulazioni delle principali domande per consentire ai partecipanti ulteriori possibilità di riflessione.

L’analisi dei dati avviene principalmente attraverso un processo definito da Glaser e Strauss come ‘codifica’ (coding). Esso consiste nell’individuare un significato o categoria concettuale nel complesso dei dati che sia il più vicino possibile alle parole degli intervistati. Confrontando sistematicamente le diverse categorie concettuali si è in grado di astrarre un significato più generale, che renda conto delle categorie evidenziate e possa costituire la base di una spiegazione del fenomeno in esame. Tale processo non deve avvenire tramite un percorso induttivo lineare, ma tramite un percorso circolare. La codifica iniziale dei dati iniziali conduce infatti alla formulazione di nuove ipotesi rispetto a quelle iniziali.

Tali ipotesi andranno a costituire la base di nuovi protocolli di intervista e in tal modo le fasi di formulazione delle ipotesi, raccolta e analisi dei dati vengono a coincidere.

È chiaro come in questo processo diventa esplicito l'atto interpretativo del ricercatore, che sebbene in modo rigoroso e sistematico codifica e quindi traduce in categorie ordinali i contenuti dei colloqui effettuati con i partecipanti alla ricerca. Nella presentazione dei dati il ricercatore renderà quindi esplicite la propria posizione professionale, il proprio punto di vista, e le motivazioni che lo hanno spinto ad intraprendere il progetto, per consentire a chi legge la ricerca di comprenderne a pieno il processo.

Mentre la Grounded Theory pone l'accento sulla possibilità di generare delle teorie psicologiche relative al fenomeno oggetto di studio, l'Analisi Interpretativa Fenomenologica si propone come principale scopo quello di comprendere l'esperienza soggettiva relativamente ad un dato evento. Questo metodo, che ha poco meno di dieci anni, ha prodotto infatti risultati importanti in svariati ambiti di difficile investigazione attraverso i tradizionali metodi quantitativi come per esempio qual'è la relazione fra il delirio e le ambizioni personali in pazienti psicotici (Rhodes e Jakes, 2000); che tipo di intervento psicologico si propongono i consulenti genetici (Michie et al., 1999); a quali modelli di malattia si rifanno gli infermieri psichiatrici (Carradice et al. 2002); che cosa significa essere geneticamente figli di un donatore (Turner e Coyle, 2000).

## INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

L'intervista semi-strutturata è il metodo fondamentale di indagine e Smith e Osborn (2003) raccomandano un impiego il più rigoroso possibile di tale strumento. Il grado di strutturazione del protocollo di intervista può variare come anche il tipo di domande, che possono essere aperte o chiuse (che prevedono una risposta sì /no).

Per l'analisi dei contenuti Smith e Osborn (ibid.) raccomandano che il ricercatore legga più volte i protocolli con le trascrizioni delle interviste, annotando somiglianze, differenze, contraddizioni, eco, ed enfasi nelle parole dell'intervistato. Successivamente i temi emergenti da ciascuna intervista andranno annotati a margine e, come per la Grounded Theory, i temi inizialmente individuati dovranno essere il più possibile vicini alle parole dell'intervistato prima di procedere a livelli più alti di astrazione.

Per esempio, in una ricerca sull'esperienza del ricovero psichiatrico l'affermazione: "non so dove mi manderanno [dopo il ricovero], decideranno i dottori e gli infermieri" potrebbe essere interpretata come tema definibile 'impotenza' accompagnato da

eventuali sentimenti di confusione, paura e rabbia. Tale tema può in seconda analisi venire collegato con i vissuti relativi ai farmaci, ai rapporti con i medici, gli infermieri e gli psicologi, la durata del ricovero, etc. L'analisi di più protocolli consentirà di evidenziare una diversità di temi mentre il confronto fra protocolli ne evidenzierà la ricorrenza.

Non si è accennato fino ad ora a quali siano i criteri per la scelta delle persone a cui proporre l'intervista. In tutti i metodi qualitativi non esistono regole fisse per la scelta del 'campione' della ricerca e spesso esso è dettato da necessità pratiche. In genere i numeri sono più bassi rispetto alle ricerche che utilizzano metodi quantitativi, proprio perché i dati per ogni 'soggetto' sono infinitamente più ricchi. Non è raro quindi leggere studi che adottano un campione costituito da dieci o quindici soggetti. Esistono anche tecniche specifiche per scegliere i partecipanti, come quella definita 'maximum variation' in base alla quale si scelgono individui con caratteristiche il più diverse possibili fra loro.

Si è accennato in questo articolo ad alcuni dei metodi di ricerca che possono rispondere meglio dei metodi quantitativi tradizionali alle esigenze degli psicologi impegnati nella clinica. Essi mirano a coniugare il piano dell'unicità e quello della regolarità e si propongono di studiare in modo rigoroso la soggettività e il cambiamento all'interno di un gruppo, famiglia, o paziente. In questo contesto la soggettività del ricercatore diventa non è più una variabile interveniente ma uno degli strumenti della ricerca stessa.

La presentazione che si è fatta qui non rende certamente giustizia dell'insieme dei metodi definiti 'qualitativi' e della loro complessità. Tuttavia risulta importante contribuire a diffondere un interesse per la ricerca come base e complemento della pratica clinica anche per poter rispondere all'esigenza di valutare le psicoterapie e in generale il tipo di servizio offerto a quanti ricercano un aiuto psicologico.

## FOCUS GROUP DISCUSSION

La "Focus Group discussion" permette ai soggetti di esprimere le proprie opinioni a proposito di specifici fenomeni psicosociali attraverso un'intervista in profondità, di gruppo e semi-strutturata. E' uno strumento utilizzabile anche nella ricerca quantitativa ma in quella qualitativa risulta più efficace perché permette di approfondire la comprensione che gli intervistati hanno degli oggetti di ricerca. Tale obiettivo è

raggiungibile grazie allo stile non direttivo della discussione in cui l'intervistatore è un "active member researcher" (Adler, Adler, 1994) , ovvero partecipante-ricercatore, collabora all'attività del gruppo e si assume la responsabilità di dirigerlo senza dividerne credenze e scopi.

La Focus Group discussion rappresenta un contesto comunicativo utile a scoprire i processi attraverso cui i significati vengono costruiti socialmente.

La pianificazione di un Focus Group prevede la composizione di un gruppo che può variare tra 4 e 12 soggetti (Morgan, 1988), prevede una durata media da una a due ore e un ambiente informale che possa agevolare l'interazione.

## LA SCRITTURA ESPRESSIVA

Descrivere le situazioni difficili della propria vita, cercando di chiarire ciò che si pensa e si prova al riguardo, serve non solo a fare chiarezza in se stessi e a "sfogarsi", ma può anche migliorare lo stato generale di salute, favorire l'efficienza personale e modificare in senso positivo gli atteggiamenti e le relazioni interpersonali. James Pennebaker ha inaugurato un filone di studi mirati a chiarire gli effetti della scrittura espressiva e i meccanismi psicologici e psicofisiologici che si attivano traducendo in parole traumi ed esperienze stressanti. Qui vengono descritti i metodi di studio applicati e i risultati conseguiti.

In questo articolo intendo presentare le principali acquisizioni del percorso di ricerca di James Pennebaker, professore di psicologia presso l'Università del Texas, ad Austin. Pennebaker studia da circa vent'anni una problematica che interessa scrittori, pedagogisti, psicologi, linguisti e potenzialmente ognuno di noi: perché scrivere può far bene?

Riflettendo di tanto in tanto per iscritto su situazioni ambigue ed emotivamente coinvolgenti che mi capita di vivere, ho constatato che scrivere mi aiuta in molti sensi; per esempio, mi facilita nella chiarificazione e nella soluzione di problemi di ogni sorta; aumenta le mie capacità cognitive: sono più attento e ricordo meglio; mi fa essere più spontaneo e presente nelle situazioni sociali, più in sintonia con gli altri e disponibile a interagire senza copioni. Inoltre mi aiuta ad accettare serenamente le mie reazioni cognitive ed emozionali alle situazioni sociali.

Si trova traccia di osservazioni analoghe in una quantità sterminata di romanzi, poesie, diari, saggi e manuali e altri testi di tutte le epoche, perlomeno da Platone in poi. E da qualche tempo in Italia la scrittura autobiografica viene proposta come metodo di autoconoscenza, autoterapia, educazione degli adulti e promozione dell'apprendimento (vedi per es., Cambi, 2002; Demetrio, 1996; 2003; Farello e Bianchi, 2001; Progoff, 2000).

Avrebbe senso compilare un elenco dei benefici della scrittura? E che aspetto avrebbe tale elenco? Quali forme di scrittura possono essere benefiche? Come possiamo definire le *forme* della scrittura; in altre parole, esistono delle variabili testuali psicologicamente rilevanti per classificare i testi a seconda degli effetti che si producono nella loro stesura? A chi fa bene scrivere? E come si possono spiegare i vari benefici osservati introspektivamente? Queste domande affascinanti hanno tutte a che fare con la traduzione in parole di un qualche sentire interiore; ma cos'è questo "sentire"? E avrebbe senso sostenere che le parole traducono *quel* sentire o piuttosto il testo è qualcosa di autonomo che si crea nel processo stesso della scrittura? Come si vede da queste prime domande, lo studio dei benefici della scrittura è un ambito di interesse che porta rapidamente al centro di alcuni problemi fondamentali della psicologia, della filosofia della mente e del linguaggio e della linguistica.

James Pennebaker ha studiato sperimentalmente, con acume e creatività, alcuni di questi problemi. In particolare ha analizzato i *benefici quantificabili derivanti dalla stesura di testi autobiografici centrati su esperienze stressanti*. Se oggi la psicologia sperimentale è in grado di dire qualcosa a proposito dei benefici della scrittura e dei processi emozionali, cognitivi, comportamentali e sociali che si attivano con lo scrivere, è in gran parte grazie al lavoro condotto da Pennebaker e colleghi. Infatti l'autore ha cercato una risposta a queste domande trovandosi in pochi anni al centro di un fecondo filone di studi rigorosi, intelligenti e affascinanti.

Lungo questo percorso ha riconosciuto le potenzialità di alcuni nuovi strumenti tecnologici e le ha messe a frutto per studiare, in modo processuale e dinamico, i benefici personali ottenuti grazie alla scrittura e riscontrabili anche nel contesto dei dialoghi e delle interazioni naturali. Così, recentemente, il suo campo di interesse si è esteso all'uso del linguaggio in contesti naturali e alla ricerca delle qualità del linguaggio che possono essere correlate allo stato di salute individuale, ai traumi

personali e collettivi, alla personalità e ad altre variabili studiate da psicologi sociali e della personalità.

Gli studi di Pennebaker sui benefici della scrittura, come spiega lui stesso (Pennebaker, 1997a), cominciano nel 1983 con la tesi di master della sua allieva Sandra Beall. Mentre Pennebaker all'epoca era interessato al rapporto fra scrittura e salute, la Beall era curiosa di conoscere i possibili benefici psicologici derivanti dell'espressione delle emozioni.

Decisero quindi di condurre un esperimento che avrebbe soddisfatto gli interessi di entrambi: avrebbero chiesto a un gruppo di soggetti volontari - studenti universitari - di scrivere o di alcune loro esperienze traumatiche o di argomenti privi di rilevanza personale. Inoltre i soggetti del primo gruppo avrebbero scritto dei loro traumi in uno dei tre modi seguenti:

1. limitandosi a esprimere le loro *emozioni* durante la sessione di scrittura;
2. limitandosi a trattare i traumi nei loro *aspetti fattuali*, concreti;
3. trattando i *fatti* ed esprimendo le *emozioni* provate nell'affrontare i traumi.

Con il permesso dei soggetti, i ricercatori avrebbero valutato il loro stato di salute raccogliendo e confrontando le informazioni sul numero di visite per cure mediche, effettuate presso l'ambulatorio dell'università riservato agli studenti, nei mesi precedenti e successivi all'esperimento.

I volontari vennero reclutati nei corsi introduttivi di psicologia in cambio di crediti. Poiché si trattava del primo studio di questo genere, avvertirono gli studenti che, se avessero partecipato, gli sarebbe potuto succedere di dover trattare per iscritto argomenti estremamente personali.

Inoltre, ogni giorno, per tutta la durata dello studio, fu ricordato loro che potevano ritirarsi in qualsiasi momento, senza perdere i crediti promessi. Dei quarantasei studenti che presero parte all'esperimento non se ne ritirò nessuno. Di fatto, soltanto due persone non si presentarono uno dei quattro giorni di scrittura.

Ognuno si recò in laboratorio da solo, e lì incontrò la Beall. Nell'incontro iniziale, la studentessa spiegò ai volontari che avrebbero dovuto scrivere ininterrottamente per quindici minuti, per quattro giorni consecutivi, da soli all'interno di uno stanzino dello stabile di psicologia. Poiché era essenziale che tutto restasse anonimo e confidenziale, ai partecipanti fu chiesto di segnare sui questionari e sui loro scritti dei numeri di codice

anziché nome e cognome. In effetti, fu detto loro che, se lo desideravano, potevano anche tenersi i loro scritti, senza consegnarli. Dopo avere risposto a tutte le domande, la Beall assegnò casualmente i partecipanti a una delle quattro condizioni di scrittura. In altre parole, ognuno di loro ebbe le stesse probabilità degli altri di dovere trattare per iscritto uno dei quattro argomenti prestabiliti.

Il testo delle consegne utilizzate con chi avrebbe dovuto trattare per iscritto i pensieri e gli stati d'animo relativi a un trauma è il seguente (Pennebaker e Beall, 1986), e negli anni successivi venne poi riutilizzato sostanzialmente uguale in decine di altri esperimenti:

“Voglio che Lei, una volta chiusa la porta dello stanzino in cui verrà accompagnato, scriva continuamente dell'esperienza più sconvolgente o traumatica di tutta la sua vita. Non si preoccupi della grammatica, dell'ortografia e della struttura del periodo. Voglio che nel suo testo Lei esamini i suoi stati d'animo e i suoi pensieri più profondi in merito a tale esperienza. Può scrivere di qualunque argomento. Ma qualunque esso sia, dovrebbe trattarsi di qualcosa che l'ha colpita molto profondamente. L'ideale sarebbe se scegliesse qualcosa di cui non ha parlato con nessuno nei particolari. Ad ogni modo, è essenziale che Lei si lasci andare ed entri in contatto con quelle sue emozioni e con quei suoi pensieri più profondi. In altre parole, scriva che cosa è successo, come allora ha vissuto l'episodio e che cosa prova ora al riguardo. Infine, può scrivere di traumi diversi nel corso di ogni sessione, oppure sempre dello stesso per tutto lo studio. Ad ogni sessione, la scelta del trauma di cui scrivere spetta soltanto a lei.”

Le persone assegnate alla condizione in cui si doveva scrivere soltanto delle emozioni connesse ai traumi ricevettero istruzioni identiche, tranne che per un aspetto: ebbero la consegna specifica di non menzionare il trauma.

Dovevano invece scrivere come si sentirono in quella circostanza traumatica e come si sentivano attualmente. I volontari a cui fu chiesto di concentrarsi sui fatti, invece, dovettero semplicemente descrivere con cura i loro traumi, senza fare riferimento alle loro emozioni.

Infine, ai soggetti di un gruppo di controllo, fu chiesto di scrivere, in ogni sessione, di argomenti superficiali o irrilevanti. Per esempio, descrivere nei particolari cose come la stanza dello studentato in cui i soggetti alloggiavano oppure le scarpe che indossavano.

Il gruppo di controllo servì a valutare quale fosse l'effetto sulla salute del puro e semplice fatto di scrivere nel contesto di un esperimento.

Tutti gli studenti quindi, come si è detto, scrissero per quindici minuti al giorno per quattro giorni consecutivi. L'ultimo giorno, dopo la sessione di scrittura, la Beall e Pennebaker parlarono a lungo con i partecipanti delle loro esperienze e sensazioni riguardo all'esperimento. Infine, quattro mesi dopo, i partecipanti compilarono un questionario che misurava la loro percezione dell'esperimento a distanza di tempo.

Per gli studenti, l'effetto immediato dello studio fu molto più forte di quanto i ricercatori non avrebbero mai immaginato. Molti di loro piansero mentre scrivevano dei loro traumi. Molti riferirono di avere fatto sogni e pensieri continui, durante i quattro giorni dello studio, sugli argomenti trattati per iscritto. La cosa più significativa, tuttavia, furono i testi: uno dopo l'altro, rivelarono gli stati d'animo più profondi e i lati più intimi dei loro autori. In molte storie vennero rivelate gravi tragedie umane.

I ricercatori erano interessati innanzitutto ai cambiamenti di salute fisica avvenuti nel corso dell'anno scolastico. Inoltre volevano scoprire in che modo l'esperimento avesse influito sull'umore dei partecipanti. Poiché dopo ogni periodo di scrittura i soggetti avevano compilato delle checklist, non appena terminò lo studio fu possibile valutare i cambiamenti di umore.

Emerse che, subito dopo avere descritto le loro esperienze traumatiche, i soggetti si sentivano malissimo. Si sentirono molto peggio dopo avere scritto di traumi che non dopo avere scritto di argomenti superficiali. Questi effetti furono più pronunciati nelle persone a cui era stato chiesto di sondare le proprie emozioni mentre descrivevano i loro traumi.

Circa sei mesi più tardi, l'ambulatorio per gli studenti fu in grado di fornire i dati sul numero di visite per cure mediche che ogni studente aveva richiesto nei due mesi e mezzo prima e nei cinque mesi e mezzo dopo l'esperimento. Dopo lo studio, le persone che avevano scritto dei loro sentimenti e pensieri più profondi riguardo a un trauma avevano avuto, rispetto agli altri gruppi, un calo impressionante nel numero di visite per cure mediche. Nei mesi prima dell'esperimento, i soggetti dei diversi gruppi si erano rivolti all'ambulatorio, per le loro malattie, con la stessa frequenza.

Dopo l'esperimento, tuttavia, la persona media che aveva scritto dei suoi pensieri e sentimenti più profondi si era rivolta all'ambulatorio meno di 0,5 volte – un calo del 50% nella frequenza mensile delle visite. Chi aveva scritto soltanto delle emozioni relative a un trauma o degli aspetti concreti dell'episodio o di argomenti superficiali si era rivolto all'ambulatorio mediamente quasi 1,5 volte.

I volontari avevano compilato anche altri questionari quattro mesi dopo l'esperimento; praticamente tutte le informazioni emerse da quei questionari corroborarono i dati forniti dall'ambulatorio. Il fatto di scrivere dei pensieri e dei sentimenti più profondi relativi ai propri traumi aveva indotto un miglioramento dell'umore, un atteggiamento più positivo e una salute fisica migliore.

Questi risultati entusiasmarono Pennebaker che volle verificarne il prima possibile l'attendibilità. Scrivere dei propri traumi influisce davvero sulla salute fisica? O influisce soltanto sulla decisione di rivolgersi all'ambulatorio per gli studenti? O, peggio ancora, i risultati erano dovuti soltanto al caso?

Con la collaborazione della psicologa clinica Janice K. Kiecolt-Glaser e dell'immunologo Ronald Glaser, Pennebaker ebbe presto la conferma che cercava (Pennebaker, Kiecolt-Glaser e Glaser, 1988). Organizzò un esperimento simile al primo studio sulla confessione. Cinquanta studenti scrissero per venti minuti al giorno, per quattro giorni consecutivi. Metà descrisse i pensieri e i sentimenti più profondi riguardo a un trauma. Gli altri venticinque ricevettero la consegna di scrivere di argomenti banali. Ma a differenza del primo studio sulla confessione, questa volta gli studenti subirono tre prelievi di sangue: uno il giorno prima di scrivere, uno dopo l'ultima sessione di scrittura e, un'ultima volta, sei settimane dopo.

Anche questa volta i volontari si aprirono completamente nei loro scritti. Le tragedie rivelate furono analoghe a quelle del primo esperimento. Di nuovo, ogni giorno le persone che scrissero dei loro traumi riferirono di sentirsi più tristi e più turbate rispetto a quelle che scrissero di argomenti superficiali. Le persone che avevano scritto dei pensieri e dei sentimenti più profondi relativi alle loro esperienze traumatiche evidenziarono un funzionamento immunitario più intenso (aumento dei linfociti-T in vitro, in presenza di mitogeni) rispetto a chi aveva trattato argomenti superficiali. Anche se questo effetto risultò più accentuato l'ultimo giorno di scrittura, esso tendenzialmente persistette sei settimane dopo lo studio.

Inoltre, nelle persone che avevano scritto dei propri traumi, le visite per cure mediche presso l'ambulatorio calarono e risultarono inferiori rispetto a quelle di chi aveva scritto di argomenti di poco conto.

# LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO PER LA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA: L'IMPORTANZA DEL MODELLO PLURIDISCIPLINARE

Le linee guida di riferimento di “Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari” hanno documentato il fatto che la riabilitazione cardiaca pluridisciplinare ha ridotto gli episodi di riospedalizzazione, di morte cardiaca improvvisa, dell'esigenza dei farmaci cardiaci ed ha aumentato il tasso delle persone che si inseriscono al lavoro (reparto di salute & di Services umano, 1995). I partecipanti a tali programmi inoltre sono sensibilmente più disponibili alla rete di relazioni psicosociali rispetto ai pazienti che ricevono la cura standard di riabilitazione cardiologia. (Bush, Ziegelstein, Tayback, Richter, Stevens, ed altri, 2001; Ades, 1999).

I programmi di riabilitazione cardiaca pluridisciplinari inoltre includono la famiglia. (Horgan, Bethell, Carson, Davidson, Julian, ed altri; Johnston, Foulkes, Johnston, Pollard, & Gudmundsdottir, 1999).

La riabilitazione dei pazienti con malattia cardiovascolare è definita come “somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o post-acute possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società”.

Questa definizione in primo luogo identifica il soggetto della riabilitazione nel paziente con cardiopatia post-acute o cronica, ed in secondo luogo definisce l'obiettivo dell'intervento: riassumere e conservare una condizione la più vicina possibile allo “stato di salute”, prevenendo effettivamente la progressione della malattia, promuovendo quindi la riduzione degli eventi cardiovascolari (prevenzione secondaria) e favorendo nel contempo il processo di recupero.

La riabilitazione cardiovascolare (RCV), combinando la prescrizione dell'attività fisica con la modificazione del profilo di rischio dei pazienti, ha come fine ultimo quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari e le disabilità conseguenti alla cardiopatia.

Gli obiettivi della RCV sono quindi di ridurre i sintomi legati alla malattia, di migliorare la capacità funzionale, ridurre la disabilità, favorire il reinserimento lavorativo, in altri

termini migliorare la qualità di vita, ma anche definire e ridurre il rischio di nuovi eventi cardiovascolari.

Questi obiettivi si realizzano mediante un globale approccio diagnostico-valutativo e di trattamento, di cui l'esercizio fisico costituisce solo una componente. La complessità e l'intensità di tale approccio devono essere commisurate alle caratteristiche cliniche dei pazienti.

I pazienti ad alto rischio dovrebbero pertanto essere indirizzati alle strutture riabilitative degenziali a più alto livello diagnostico ed organizzativo. I pazienti a medio o basso rischio possono essere efficacemente gestiti presso strutture riabilitative di livello organizzativo intermedio o ambulatoriale.

I programmi riabilitativi si basano sui seguenti punti:

- stima del rischio cardiovascolare globale mediante valutazione clinica ed indagini strumentali anche complesse;
- identificazione di obiettivi specifici per ciascun fattore che influenza il rischio;
- formulazione di un piano di trattamento individuale che includa:
- interventi terapeutici finalizzati a realizzare specifici obiettivi di riduzione di rischio;
- il cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso corporeo, dello stato d'ansia e della depressione) da ottenere soprattutto mediante programmi educazionali strutturati;
- la prescrizione dell'attività fisica;
- intervento di mantenimento a lungo termine per ciascun paziente allo scopo di consolidare i risultati ottenuti, rivalutando nel tempo l'opportunità di modificare il trattamento.

È necessario che molteplici competenze professionali siano coinvolte nella realizzazione dei programmi riabilitativi: cardiologo, terapeuta della riabilitazione, psicologo, dietologo ed altre figure pertinenti.

È documentato che la RCV, intesa in tale senso, ritarda la progressione della malattia, riduce la mortalità, morbilità e frequenza di riospedalizzazioni, previene il deterioramento clinico e la progressione delle disabilità conseguenti alla malattia, migliora allo stesso tempo sensibilmente la qualità di vita dei pazienti cardiopatici ed i costi sociali della malattia.

Il supporto educativo e l'intervento psicologico devono essere considerati parti essenziali di un ciclo riabilitativo. Lo scopo di questi interventi è di facilitare il ritorno ad una vita normale e di incoraggiare i pazienti ad attuare cambiamenti nello stile di vita al fine di prevenire ulteriori episodi.

Il supporto educativo e psicologico è inoltre necessario per affrontare la sofferenza psicologica che comunemente segue la malattia coronarica.

Esiste una forte e consistente evidenza di associazione fra depressione, carenza di supporto sociale, e comparsa/outcome di malattia coronarica.

La prevalenza di depressione nei pazienti dopo IM è del 15-45%. La depressione aumenta di tre o quattro volte il rischio di mortalità cardiaca<sup>38-40,48</sup> ed è altamente predittiva di una ridotta aderenza ai trattamenti raccomandati dopo 3 e 12 mesi.

Meno consistenti invece sono i risultati riguardanti ansia e caratteristiche psicosociali del lavoro.

Una recente revisione sistematica ha concluso che non vi è associazione fra malattia coronarica e "comportamento di tipo A" (caratterizzato da competitività, aggressività ed ostilità) fino a qualche tempo fa considerato un fattore prognostico negativo.

Infine alcuni studi recenti sembrano aver individuato la "personalità di Tipo D" (combinazione di affettività negativa ed inibizione sociale) come una determinante del di stress psicologico e come predittore indipendente di mortalità a lungo termine in pazienti con malattia coronarica<sup>238</sup> e una maggiore prevalenza di stress nei pazienti con infarto.

Anche il modo in cui si costruisce la propria realtà di malattia, le conoscenze erranee e alcune false credenze sul cuore, possono indurre le persone ad adottare comportamenti che influiscono sugli esiti della malattia stessa,

Con tale obiettivo nasce l'indagine conoscitiva ISYDE-Ψ nel 2001, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Linee Guida, all'interno di un progetto di implementazione ed applicabilità delle linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva pubblicate e ne costituisce una prima fase.

È noto che il termine implementazione indica l'introduzione nella pratica corrente delle linee guida utilizzando strategie di intervento appropriate, atte cioè a favorirne l'utilizzo e a rimuovere i fattori di ostacolo al cambiamento

Alcuni fattori sono relativi alle barriere esterne (mancanza di risorse, vincoli organizzativi, mancanza di incentivi, tempi stretti), altri riguardano gli atteggiamenti e il comportamento dei singoli operatori (inerzia, incapacità a cambiare le abitudini consolidate da anni di pratica professionale).

La letteratura indica un buon numero di strategie di intervento efficaci: formazione attraverso visite di facilitazione esterna (outreach visits), interventi multipli di auditing e feedback, processi di consenso locali, marketing ed incontri formativi interattivi.

Anzitutto è necessario comprendere i fattori in grado di influenzare il processo di cambiamento, coinvolgendo il maggior numero possibile di potenziali utilizzatori e beneficiari delle linee guida.

In questa prospettiva il Gruppo di Lavoro della Task Force nel marzo 2004 ha identificato una prima fase di valutazione del contesto per rendere possibile una ipotesi di reale implementazione attraverso programmi di formazione che siano il più possibile interattivi, articolata nei seguenti momenti:

- ideazione e costruzione di un questionario per raccogliere informazioni dettagliate sulle attività di psicologia già presenti nelle strutture riabilitative censite e orientato a rilevare le differenti strategie organizzative, logistiche, di valutazione e d'intervento esistenti fra gli psicologi operanti nell'ambito della riabilitazione cardiologica.
- invio, nel giugno del 2004 via e-mail e posta convenzionale, di una lettera di presentazione con il rationale e gli obiettivi dello studio e del questionario ai responsabili cardiologi e agli psicologi di tutte le strutture di cardiologia riabilitativa già identificate dal censimento ISYDE- 2001.

Dal primo censimento ISYDE-2001 erano state individuate 156 strutture di cui 88 con indicazione del nome di uno psicologo referente.

Alla fine del mese di novembre sono pervenuti 58 degli 88 questionari inviati.

I dati preliminari relativi a queste 58 strutture sono stati presentati al VII Congresso Nazionale del GICR nell'ottobre del 2004.

Nel novembre 2004, alle 88 strutture individuate dal Censimento ISYDE-2001 se ne sono aggiunte altre 19 che nel frattempo avevano intrapreso una attività psicologica strutturata, derivate dall'aggiornamento ISYDE-2004.

A queste strutture è stato inviato il questionario e, contestualmente, si è proceduto a reiterare le richieste di aggiornamento dei dati alle strutture dalle quali non era pervenuta alcuna risposta, attraverso contatti telefonici, e-mail, fax e posta convenzionale.

La raccolta dati si è conclusa il 31 marzo 2005, con la risposta di 68 (63.6%) di 107 strutture.

Quantunque l'analisi complessiva dei dati dell'indagine sia ancora in corso, sono possibili alcune prime considerazioni.

La percentuale delle risposte ottenute si attesta su valori relativamente bassi che rendono certamente complesso il tentativo sia di verificare la conoscenza e l'implementazione delle linee guida, sia di comprendere la tipologia e l'organizzazione del lavoro psicologico che viene attuato in cardiologia riabilitativa.

Come fase successiva e anche alla luce di queste considerazioni la Task Force ha sviluppato una proposta formativa, recentemente approvata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi che patrocina e finanzia l'iniziativa.

Questa proposta ha l'obiettivo di diffondere tra gli psicologi le "Linee Guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva" in quanto documento che definisce i percorsi diagnostici e terapeutici ed illustra in maniera sistematica standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica dell'intervento psicologico in cardiologia riabilitativa.

Un grande numero di lavori originali, pubblicati dai primi anni '70 ad oggi, ed una consistente quantità di metanalisi e revisioni sistematiche di qualità adeguata costituiscono oramai una solida letteratura per valutare in modo *evidence-based* i benefici dell'intervento riabilitativo sui principali outcome clinici.

Certamente persistono difficoltà a giungere comunque a conclusioni definitive: questo sia per i limiti metodologici di molti studi che per la variabilità e degli interventi riabilitativi utilizzati e della popolazione di pazienti trattati.

In effetti sono disponibili in letteratura lavori che hanno valutato interventi molto differenti e casistiche purtroppo spesso inadeguate anche come dimensioni: da quelli, i più numerosi e meno recenti, basati esclusivamente sull'esercizio fisico in pazienti con cardiopatia ischemica a basso rischio, in particolare con esiti di infarto miocardico non complicato con esclusione quasi sistematica dei pazienti più anziani, più gravi o di sesso

femminile, a quelli strutturati prevalentemente su un programma di educazione alla salute e di supporto psico-comportamentale più o meno associato al training fisico, il tutto attraverso una gamma di tipologie, contenuti, intensività e durata di intervento molto vasta.

Inoltre va fin d'ora premesso come molti studi sull'argomento siano "datati", cioè condotti su pazienti non completamente rappresentativi della realtà clinica odierna (ad esempio IMA trattato con trombolisi o postangioplastica acuta o elettiva, o in terapia ottimizzata, comprendente oltre all'aspirina e ai betabloccanti, gli ACE-inibitori e le statine).

Nonostante questi limiti, è comunque possibile giungere a delle conclusioni, sia pure con un differente grado di evidenza scientifica, grazie anche ai risultati emersi dalle principali revisioni della letteratura esistenti in riabilitazione cardiologica e, in particolare da quella curata dallo US Department of Health and Human Services che rappresenta l'asse portante delle linee guida statunitensi avendo esaminato oltre 900 lavori sull'argomento, dei quali più di 400 sono stati accuratamente analizzati.

La totalità degli studi presenti in letteratura consente di affermare che un programma di training fisico migliora in modo consistente e significativo la capacità funzionale in tutti i pazienti cardiopatici, soprattutto in quelli con ridotta tolleranza allo sforzo.

Questo è sicuramente uno degli effetti favorevoli più chiaramente dimostrati dai programmi riabilitativi ed è documentato da un aumento del tempo di esercizio, della capacità lavorativa espressa in chilogrammetri/ minuto o watt, del consumo massimo di ossigeno e della forza e/o resistenza muscolare.

Tali incrementi si accompagnano ad una riduzione dei valori di frequenza cardiaca e di doppio prodotto a carichi sottomassimali comparabili (effetto training) e risultano evidenti nei pazienti:

- con cardiopatia ischemica (angina pectoris, infarto miocardico, esiti di rivascolarizzazione chirurgica o meccanica) sia con funzione ventricolare normale che depressa;
- con scompenso cardiaco cronico clinicamente stabile;
- dopo trapianto cardiaco;
- nei maschi come nelle femmine;
- nei giovani e negli anziani.

Nessun incremento di complicanze cardiovascolari o altri outcome avversi viene riportato in oltre 5000 pazienti analizzati in letteratura.

Un programma di training fisico, prescritto e condotto in modo appropriato, è più efficace nel conseguire questo risultato quando inserito come componente di un intervento riabilitativo multifattoriale in quanto l'abitudine e l'aderenza al programma vengono sostenute e rinforzate con un intervento di educazione sanitaria e di supporto psico-comportamentale.

I vantaggi più consistenti si ottengono, quanto meno nei pazienti con cardiopatia ischemica, con un programma articolato in sedute di durata compresa tra 20 e 40 min, di intensità pari al mantenimento di una frequenza cardiaca allenante pari al 70-85% della massimale, con cadenza almeno trisettimanale, per un minimo di 8-12 settimane nei pazienti con normale funzione ventricolare e per almeno 3-6 mesi in quelli con scompenso cronico stabile o disfunzione ventricolare.

I programmi che comprendono, oltre agli esercizi alla cyclette e/o al treadmill, anche ginnastica a corpo libero sembrano essere più efficaci.

Per quanto riguarda il training di resistenza, tradizionalmente poco utilizzato nei programmi di training fisico per una sua supposta maggior pericolosità, è documentato un significativo incremento della forza e della resistenza muscolare in pazienti coronaropatici stabili senza apportare rischi aggiuntivi.

A questo proposito alcuni lavori hanno evidenziato non solo la loro sicurezza ma anche la minore frequenza di angina, di sottolivellamento ST e di aritmie ventricolari indotte rispetto al training aerobico al medesimo punteggio della scala di Borg per la fatica.

Questo dato sembra essere correlato alla minore frequenza cardiaca e doppio prodotto raggiunti sia al picco che a livelli sottomassimali durante esercizio di resistenza o isometrico.

Dati metanalitici confermano che il training di resistenza ad alta intensità è più efficace nell'ottenere un incremento di forza rispetto a programmi a bassa intensità e mettono in risalto come questo incremento di forza muscolare sia cruciale nel migliorare la performance nelle attività di vita quotidiana, anche in pazienti anziani, con riflessi immediati sulla qualità percepita della vita.

Comunque va sottolineato che nella maggior parte degli studi, tale tipo di attività era integrata in un programma che comprendeva anche sedute di training fisico aerobico di 3 o più mesi.

Infine non esistono dati sufficienti per valutare l'efficacia e la sicurezza del training di resistenza nei pazienti con disfunzione ventricolare (o comunque a rischio medio-elevato) negli anziani e nel sesso femminile.

Il training fisico eseguito durante il programma formale di riabilitazione induce ad una maggiore e più costante attività fisica anche negli anni successivi, anche se il limite metodologico comune a tutti gli studi, costituito da un'informazione in buona parte autoreferenziata dal paziente stesso con questionari o diari, impedisce di formulare globalmente un alto livello di evidenza scientifica.

Per mantenere questo cambiamento di stile di vita è comunque necessario un programma strutturato e continuativo di sostegno sia con sessioni di training periodiche che con supporto psico-comportamentale.

Ciò è particolarmente vero negli anziani e nelle donne, che per abitudine, contesto sociale, senso di inadeguatezza e anche un po' per "pudore", tendono ad abbandonare più rapidamente l'attività fisica consigliata.

Questo dato sottolinea ulteriormente come sia indispensabile, anche nel campo dei risultati più strettamente legati all'attività fisica, che il programma di intervento sia omnicomprensivo.

La percentuale di mantenimento di una sufficiente attività fisica rimane elevata nei mesi successivi al programma formale di intervento, risultando superiore all'80% a 3 mesi e al 60-70% a 6 mesi, ma si riduce però progressivamente al 45-60% ad 1 anno e addirittura al 30-50% a 2-5 anni.

È pertanto indubbio come sia necessario un sistematico incoraggiamento e sostegno, in particolare da parte del cardiologo, per mantenere l'adesione all'attività fisica continua.

L'allenamento fisico isolatamente non è in grado di ridurre il sovrappeso, ma va anche sottolineato che non sono presenti in letteratura studi di riabilitazione cardiologica rivolti specificatamente a pazienti obesi.

La modalità ottimale di trattamento del sovrappeso e dell'obesità richiede un intervento multifattoriale che includa anche un programma di educazione alimentare intensivo e un supporto psico-comportamentale.

Il risultato di una metanalisi di oltre 70 lavori indica inoltre che una riduzione del peso ottenuta con un intervento nutrizionale e comportamentale è di aiuto nel normalizzare anche l'assetto lipidico nei pazienti in sovrappeso.

L'intervento educativo, cognitivo- comportamentale e di *counseling* è efficace sulla sospensione del fumo e nella prevenzione della sua ripresa.

L'effetto di questo intervento riabilitativo è quantificabile in un ulteriore 17-26% di pazienti che sospendono il fumo dopo IMA, che si aggiunge al già spontaneamente elevato numero di sospensioni autonome postevento.

Il modello di intervento più utile sembra essere quello che include la gestione infermieristica delle tecniche comportamentali per smettere di fumare e la verifica biochimica dell'effettivo stato di fumatore o ex-fumatore.

Il training fisico, come singolo intervento, non ha un effetto significativo sull'abolizione dell'abitudine al fumo.

L'intervento globale di riabilitazione cardiologica induce un significativo miglioramento dei valori di colesterolo totale, LDL e HDL e trigliceridi.

Uno degli studi più rappresentativi di intervento multifattoriale, il Lifestyle Heart Trial, propone un programma di training fisico, educazione alimentare, *counseling* anti-fumo, stress management in assenza di intervento farmacologico ipolipemizzante, e documenta una riduzione del colesterolo totale e della frazione LDLrispettivamente del 24 e 37%.

Tale modello sembra essere verosimilmente il più efficace tra tutti quelli presenti in letteratura.

A testimonianza dell'efficacia degli interventi omnicomprensivi, anche una metanalisi condotta per valutare l'impatto addizionale di un intervento psico-sociale nella riabilitazione cardiologica e che ha riguardato 23 trial randomizzati, per complessivi 2024 pazienti del gruppo di intervento, ha documentato, tra gli altri effetti, una significativa riduzione dei livelli di colesterolo.

Va sottolineato comunque che gli studi disponibili sono stati tutti condotti in epoca precedente all'impiego delle statine e non prevedevano, in maggioranza, un intervento farmacologico, ma solo educativo e di *counseling*.

Allo stato delle conoscenze attuali, derivate dai grandi trial di intervento farmacologico in prevenzione secondaria (4S, CARE, LIPID), la terapia con statine, come indicato dalle linee guida<sup>13</sup>, è comunque obbligatoria.

Il training fisico come unico intervento non ha un documentato effetto nel ridurre la pressione arteriosa nei pazienti ipertesi.

Solo un approccio multifattoriale comprendente, oltre all'attività fisica, all'educazione sanitaria e alle modificazioni dello stile di vita, un'idonea terapia farmacologica consente un adeguato controllo dell'ipertensione arteriosa.

Anche le tecniche di rilassamento (stress management, biofeedback) non sembrano avere, come unico intervento, un impatto significativo nel controllo dello stato ipertensivo.

Va però precisato che complessivamente pochi ipertesi sono stati arruolati in programmi di riabilitazione cardiologica, i loro risultati non sono stati analizzati a parte e che, infine, l'effetto degli interventi sullo stile di vita è comunque indistinguibile da quello della terapia farmacologica specifica.

Numerosi lavori hanno documentato che il training fisico, sia da solo che inserito in un programma di intervento più ampio, riduce lo stato di ansia o depressione del paziente cardiopatico, migliorandone lo stato psicologico.

Il risultato è clinicamente rilevante poiché la depressione e l'ansia hanno una prevalenza elevata nel post-IMA, rispettivamente del 33 e 19%<sup>14</sup>, e la depressione maggiore, che rappresenta circa il 50% di tutte le forme presenti dopo IMA o intervento di rivascularizzazione chirurgica, possiede un valore prognostico indipendente quantificabile in un incremento di 5 volte del rischio di morte.

L'effetto positivo del solo programma di training fisico, a prima vista sorprendente, può essere spiegato in parte dalle favorevoli dinamiche psicologiche che si instaurano durante sessioni di training fisico di gruppo, e, in parte, dal *counseling*, in qualche modo spontaneo e spesso inconsapevole del personale che guida e controlla le sedute.

Acìò si aggiunge l'impatto specifico del training fisico che influenza positivamente tutto il corteo sintomatologico tipico della cosiddetta "sindrome da esaurimento" presente in oltre il 50% dei pazienti nelle fasi postacute delle cardiopatie, caratterizzata da senso di incapacità, di stanchezza con facile affaticabilità, ansia, scoraggiamento.

L'esercizio fisico porta ad una migliore visione di sé e della percezione della propria condizione fisica con una maggiore integrazione con l'ambiente.

Infine, anche l'effetto favorevole dell'allenamento sui sintomi specifici della cardiopatia contribuisce a migliorare globalmente il tono dell'umore.

L'intervento di educazione alla salute e di supporto psico-comportamentale, utilizzando prevalentemente lo stress management, le tecniche di rilassamento e il training comportamentale è risultato in grado di migliorare lo stato di benessere psico-sociale, riducendo l'ansia e lo stress: la specifica metanalisi sul problema ha documentato come un intervento di questo tipo su 2024 pazienti trattati e 1156 di controllo, arruolati in 23 studi, ha indotto un significativo miglioramento dello stress nei pazienti trattati, con rilevanti effetti anche sulla mortalità e morbilità a 2 anni.

Va comunque sottolineato come questo tipo di intervento, sia nello specifico outcome come in tutti gli altri, è in grado di dare risultati molto differenti a seconda del modo in cui esso è strutturato.

In effetti i programmi descritti, al di là dei limiti intrinseci degli studi (legati al disegno randomizzato o meno, alla differente patologia cardiaca e numerosità della popolazione) sono molto variabili sia per contesto socio-sanitario in cui sono inseriti che per contenuti, durata, cadenze e personale implicato.

È documentato, ad esempio, in 692 pazienti post-IMA (maschi e femmine) come un colloquio di screening psichiatrico seguito da un contatto telefonico mensile e interventi a domicilio di educazione sanitaria e di sostegno gestiti da *nurses* sia di scarso impatto sullo stato di stress e/o depressione e sulla mortalità totale e cardiaca.

Così non sembra efficace nel ridurre l'ansia o la depressione (né morbilità e mortalità a 1 anno) un intervento strutturato su sole sessioni di psico-terapia una volta alla settimana per 7 settimane.

Risultati migliori sono documentati, viceversa, in studi che prevedevano interventi educativi approfonditi e mirati con personale professionalmente competente (medici, psicologi e personale specificatamente formato), somministrati in modo intensivo e comprendenti anche il training fisico.

Il solo intervento di educazione sanitaria con materiale audiovisivo, manuali ad uso del paziente, questionari, ecc., svincolato da un supporto psico-comportamentale sembra

non essere sufficiente a produrre modificazioni dello stato psico-sociale e cambiamenti di comportamento o di stile di vita.

Questo perché la comunicazione dell'informazione da parte del personale sanitario è inadeguata ad ottenere consapevolezza, collaborazione e aderenza da parte del paziente e dei suoi familiari.

Utilizzando un linguaggio “tecnico-gergale”, ignorando le tecniche di comunicazione verbale e non verbale, non considerando lo stato psicologico e le aspettative del paziente (la cui principale necessità non è la conoscenza della fisiopatologia della malattia ma avere consigli pratici e affidabili su come modificare le abitudini di vita per evitare ricadute e su come conservare la qualità di vita)<sup>18</sup>, e, infine, non esplicitando ruoli e responsabilità reciproche, si ottengono risultati molto deludenti: il 50% dei pazienti dimentica subito le informazioni ricevute, dal 35 al 75% non comprende quanto gli viene detto, il 60% non capisce neppure un'informazione basilare, cioè come assumere correttamente la terapia, dal 20 al 50% non legge il materiale consegnatogli e dal 30 al 78% non lo comprende.

Spesso l'informazione è anche incompleta: per esempio, il come e se riprendere l'attività sessuale non è molto spesso esplicitato con chiarezza.

Tutto ciò, quando

è invece evidente che l'aderenza ai programmi riabilitativi può essere migliorata da una chiara comunicazione e dalla maggiore consapevolezza del paziente e della sua famiglia.

Un ultimo aspetto del benessere psico-sociale e storico end-point dell'intervento riabilitativo è rappresentato dal ritorno al lavoro.

Sebbene trial randomizzati abbiano dimostrato in pazienti con esiti di IMA o di rivascolarizzazione coronarica sottoposti ad un programma di riabilitazione cardiologica una significativamente maggior e più precoce ripresa del lavoro, la documentazione di un effetto sicuramente favorevole non è generalizzabile al di fuori dei singoli lavori e dei paesi in cui sono stati eseguiti, in quanto è ormai conoscenza assodata che il ritorno al lavoro è scarsamente influenzato da fattori sanitari mentre determinanti sono invece i fattori demografici, socio-previdenziali ed economici, oltre alla soddisfazione nello svolgimento delle mansioni, l'ansia sociale e lo stress percepito.

Riguardo proprio a questi due ultimi punti, un intervento psicosociale è comunque utile e potenzialmente produttivo.

Il training fisico riduce l'angina in pazienti con cardiopatia ischemica e l'astenia e la dispnea in quelli con scompenso cardiaco.

Le evidenze elettrocardiografiche, al test da sforzo o all'Holter, e perfusionali del miglioramento dell'ischemia documentate in numerosi trial danno un supporto oggettivo al miglioramento sintomatico nei pazienti coronaropatici.

Nei pazienti con scompenso cardiaco, il training consente, oltre al miglioramento della capacità funzionale, la riduzione dei sintomi in modo addizionale rispetto a quanto è possibile ottenere con l'ottimizzazione della terapia farmacologica.

L'intervento multifattoriale, in particolare lo stress management, è efficace, sia pure con minor evidenza del training fisico, nel ridurre i sintomi.

Il training fisico, come solo intervento di un programma di riabilitazione, non induce regressione o arresto di progressione dell'aterosclerosi coronaria in pazienti cardiopatici ischemici mentre è efficace un programma integrato di allenamento fisico, *counseling* anti-fumo e nutrizionale intensivo.

Il già citato Lifestyle Heart Study ha evidenziato una significativa regressione delle stenosi nell'82% dei pazienti del gruppo di intervento, contro una generale progressione delle lesioni in quelli trattati convenzionalmente.

Tale riduzione, seppur modesta dal punto di vista quantitativo, si accompagnava ad una netta diminuzione degli eventi clinici, testimoniata da una minor frequenza, durata e severità dell'angina.

Questi dati, sempre con follow-up di 1 anno, sono stati confermati in pazienti con angina pectoris anche dal gruppo di Heidelberg che ha evidenziato, con un intervento composto da training fisico intensivo e dieta ipolipidica-ipocolesterolemizzante senza farmaci, una significativa riduzione della progressione e aumento delle regressioni delle stenosi coronariche nel gruppo trattato con una riduzione dei difetti perfusori reversibili alla scintigrafia miocardica da sforzo con tallio-201. Più recentemente lo stesso gruppo ha dimostrato il mantenimento dell'effetto anche dopo 6 anni.

Un risultato analogo è stato osservato anche dal gruppo di Stanford su una casistica assai più ampia di pazienti (300, di entrambi i sessi), con un intervento che però prevedeva, a differenza degli altri citati, anche l'uso di farmaci ipolipemizzanti: a 4

anni, oltre al significativo e prevedibile miglioramento del profilo lipidico, si è osservata una minor progressione delle stenosi coronariche (-47%,  $p < 0.02$ ), accompagnata da una riduzione del 39% ( $p < 0.05$ ) delle ospedalizzazioni per eventi cardiaci. I dati erano ancor più significativi nelle donne.

Numerosi studi osservazionali hanno documentato che il training fisico non ha effetti sullo sviluppo del circolo coronarico collaterale, sulla frazione di eiezione e sulla cinesi segmentaria dei pazienti coronaropatici.

Pur tuttavia il training fisico non induce deterioramento della funzione ventricolare neppure nei pazienti con infarto miocardico anteriore esteso recente o con scompenso cardiaco cronico moderato o severo.

In questi pazienti il training fisico induce viceversa un consistente incremento della capacità funzionale e un miglioramento dei sintomi per gli effetti favorevoli sulla muscolatura scheletrica e per le modificazioni circolatorie periferiche.

Ciò sembra particolarmente vero nei pazienti maschi, relativamente giovani e con eziologia ischemica dello scompenso.

Solo un singolo studio randomizzato è risultato di sufficiente potenza da documentare, in 375 pazienti consecutivi di età  $< 65$  anni, una riduzione significativa della mortalità in pazienti con esiti di infarto miocardico dopo un programma di riabilitazione cardiologica multifattoriale (educazione sanitaria, *counseling* anti-fumo e nutrizionale, supporto psico-sociale e training fisico controllato) e di tipo intensivo (incontri almeno 3 volte al mese per i primi 6 mesi di follow-up).

A 3 anni si è osservata nei trattati una significativa riduzione della mortalità cardiovascolare (18.6 contro il 29.4% del gruppo di controllo,  $p = 0.02$ ), dovuta in gran parte a riduzione della morte improvvisa (5.8 vs 14.4%,  $p < 0.01$ ), e concentrata prevalentemente nei primi 6 mesi di intervento.

Lo stesso gruppo ha documentato la persistenza dell'effetto favorevole a 10 anni, con una mortalità cardiovascolare del 35.1% nel gruppo trattato contro il 47.1% nel gruppo di controllo ( $p = 0.02$ ), e morte improvvisa nel 2.8 contro il 23% ( $p = 0.01$ )<sup>26</sup>.

Questo lavoro sottolinea la criticità di un intervento multifattoriale, intensivo e precoce. A maggior riprova di ciò un trial americano adeguatamente dimensionato (651 pazienti) ma imperniato sul solo intervento di training fisico sia pure prolungato nel tempo, ha

documentato un decremento della mortalità cardiovascolare, che, seppur rilevante (4.6 contro il 7.3% del gruppo di controllo), non è risultato significativo.

Per ovviare all'insufficiente consistenza numerica di popolazione arruolata nei singoli trial per documentare un effetto significativo della riabilitazione cardiologica sulla mortalità e sulla morbilità, sono state compiute tre metanalisi, pubblicate in rapida successione alla fine degli anni '80, che, valutando complessivamente 31 trial comprendenti oltre 4500 pazienti, hanno fornito la stima verosimilmente più affidabile dell'efficacia della riabilitazione cardiologica.

La prima metanalisi è stata quella di Oldridge et al. che, analizzando i dati di 10 studi randomizzati per complessivi 4347 pazienti postinfarto di età < 71 anni, ha dimostrato una riduzione della mortalità totale del 24% (12.9% nel gruppo trattato contro il 16.1% del gruppo di controllo,  $p = 0.004$ , odds ratio-OR 0.63- 0.92), e di quella cardiovascolare del 25% (9.9 contro 12.6%,  $p = 0.006$ , OR 0.62-0.93).

La riduzione del rischio non appariva correlata né alla distanza dall'evento indice, né al tipo di intervento. Gli stessi autori, allargando poi l'analisi ad un totale di 13 trial per complessivi 5976 pazienti, hanno confermato una riduzione della mortalità totale del 22% ( $p = 0.001$ , OR 0.67- 0.91) e di quella cardiovascolare del 22% ( $p = 0.002$ , OR 0.66-0.91).

In entrambe le analisi non si è osservato alcun effetto sul reinfarto non fatale.

La successiva metanalisi di O'Connor et al. ha analizzato i dati di 22 trial (in parte comuni al lavoro di Oldridge et al.) per complessivi 4554 pazienti postinfartuati con un follow-up medio di 3 anni, ottenendo risultati analoghi: riduzione della mortalità totale del 20% (OR 0.66-0.96), di quella cardiovascolare del 22% (OR 0.78-0.96), della morte improvvisa del 37% (OR 0.41-0.97) e del reinfarto fatale del 25% (OR 0.59- 0.95). A 1 e 2 anni il vantaggio è sempre consistente ma statisticamente non significativo. Ad ottenere questa riduzione del rischio di morte ha concorso nel primo anno la riduzione della morte improvvisa e, nel secondo e terzo anno, quella legata al reinfarto e alla mortalità cardiovascolare complessiva.

L'ultima metanalisi comparsa in ordine di tempo è quella di Bobbio che ha selezionato, con una metodologia molto accurata, solo 8 trial randomizzati che soddisfacevano i severi criteri di ammissione previsti dalla sua revisione. Essa ha documentato una riduzione della mortalità totale del 32% ( $p = 0.002$ , OR 0.53- 0.86) e di quella cardiaca

del 38% ( $p < 0.001$ , OR 0.48- 0.82), sempre in assenza di significative variazioni dell'evento reinfarto.

Questi dati complessivamente consentono pertanto di affermare che la riabilitazione cardiologica è efficace nel ridurre la mortalità nei pazienti dopo IMA. La riduzione osservata si avvicina a quella ottenuta nelle stesse popolazioni con interventi farmacologici ritenuti indiscutibili come, per esempio, gli antiaggreganti, i betabloccanti o le statine. Va comunque ulteriormente sottolineato che tali risultati sono stati documentati in pazienti post-IMA, prevalentemente di sesso maschile e di età  $< 70$  anni. È peraltro molto probabile che i benefici della riabilitazione cardiologica possano essere maggiori nei pazienti con altre o più gravi cardiopatie, ma, nonostante gli incoraggianti dati relativi ai pazienti dopo rivascolarizzazione o con scompenso cardiaco, è comunque necessaria cautela nel generalizzare questi risultati.

Per quanto riguarda il peso dei singoli interventi riabilitativi, da un'analisi complessiva<sup>1</sup>, l'efficacia sembra esser maggiore nei trial che prevedevano un intervento multifattoriale (riduzione di mortalità del 26%) rispetto a quelli che utilizzavano come unico intervento il training fisico (riduzione del 15%).

Sempre a questo proposito, due metanalisi di cui una specifica sul valore aggiuntivo di programmi di intervento psico-sociale e una dei programmi di educazione sanitaria hanno dimostrato una riduzione del 41% di mortalità e del 46% di eventi cardiaci non fatali a 2 anni di followup.

Da questo panorama dei dati di efficacia della riabilitazione cardiologica emergono ancora oggi aspetti controversi e spunti di ulteriore approfondimento e ricerca di grande interesse.

Tra i primi vanno sottolineati soprattutto la mancanza di un modello di intervento standardizzato. Se è pur vero che la riabilitazione cardiologica è “un abito confezionato su misura”, e quindi con complessità, intensività e tipologia di intervento di volta in volta modulati sulla base dei problemi del singolo paziente, è certamente altrettanto vero che i suoi singoli componenti debbano essere strutturati in modo adeguato e, in particolar modo, omogeneo.

Questo risultato di standardizzazione sembra essere in parte raggiunto per il solo programma specifico di training fisico, la cui composizione, durata, cadenza e quantità ottimali sono state identificate con sufficiente accuratezza.

Molto più incerta è, come già sottolineato, la strutturazione dell'intervento psico-comportamentale: manca ancora un modello univoco sia per tipologia delle tecniche di educazione sanitaria e di *counseling* da utilizzare che per gli standard professionali richiesti per metterli in atto, oltre che per la metodologia di identificazione dei problemi psico-sociali nei cardiopatici e per i parametri di misura del miglioramento eventualmente indotto dall'intervento.

Proprio in riferimento a ciò, le associazioni cardiologiche italiane hanno proposto, nelle linee guida *ad hoc*, un modello di intervento riabilitativo strutturato, intensivo, continuativo e standardizzato, fortemente orientato all'attività educativa e alla prevenzione secondaria, che il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, in collaborazione con l'area Prevenzione e con l'*endorsement* dell'ANMCO, si appresta ad implementare nella pratica clinica con un trial multicentrico a grande diffusione denominato "Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction" (studio GOSPEL).

Il trial ha tra i suoi obiettivi la valutazione dell'applicabilità nel breve e lungo termine di due modelli di intervento (di cui uno intensivo e continuativo) e dell'efficacia in termini di modificazioni effettive e persistenti delle abitudini scorrette nell'ambito alimentare, del fumo, dell'attività fisica e della gestione dello stress.

Il trial indagherà anche i fattori che influenzano in senso positivo l'aderenza dei pazienti sia ai programmi di intervento che ad uno stile di vita durevolmente indirizzato alla promozione dello stato di salute.

Grande attenzione verrà dedicata all'interazione tra la riabilitazione cardiologica ed i fattori di rischio come il profilo lipidico, la composizione corporea, la sindrome plurimetabolica, la pressione arteriosa, il profilo neuroormonale.

Oltre al problema della standardizzazione dell'intervento, appaiono anche indispensabili studi di outcome sia in pazienti più gravi e/o ad alto rischio cardiovascolare, tradizionalmente esclusi dai programmi di riabilitazione cardiologica mentre potenzialmente potrebbero trarne i maggiori vantaggi, che, soprattutto, in quelli più rappresentativi della realtà clinica odierna, come i pazienti con IMA trattato con trombolisi o rivascolarizzazione meccanica acuta o elettiva, e che assumono le terapie oggi raccomandate.

Proprio in questi ultimi pazienti, a terapie acute e croniche ottimizzate, è solo intuibile, ma tutto da dimostrare, l'effetto favorevole aggiuntivo di differenti programmi di riabilitazione nell'ottica della prevenzione secondaria. Il già citato studio del GICR che prevede di arruolare circa 4000 pazienti post-IMA recente e di seguirli con un followup di 3 anni potrebbe consentire di "pesare" il valore attuale di un moderno intervento riabilitativo in questi pazienti.

Potrà anche dare risposte sull'impatto della riabilitazione cardiologica su particolari sottogruppi di pazienti come le donne e gli anziani, tradizionalmente poco indagati ma oggi preponderanti in termini epidemiologici.

Per quanto riguarda l'altra patologia cardiologia cronica, di crescente rilievo epidemiologico e di recente sostanziale presa in carico da parte delle strutture riabilitative, lo scompenso cardiaco cronico, la validità dell'approccio riabilitativo, perlomeno sulla qualità della vita, appare supportata da dati più recenti e su pazienti realmente rappresentativi. In essi sembrano ormai sufficientemente definite sia le modalità efficaci e sicure del training fisico che il programma educativo e di supporto psico-comportamentale. Peraltro non è ancora noto l'effetto aggiuntivo del programma di intervento rispetto alle terapie di più recente introduzione (per esempio betabloccanti).

Dal punto di vista organizzativo infine, non appare ancora chiara la modalità ottimale di erogazione dell'intervento (ospedaliera, ambulatoriale, territoriale) a seconda della tipologia e complessità di pazienti e ancora non verificata, neppure parzialmente, la fattibilità e l'efficacia dei programmi riabilitativi cardiologici sul territorio e/o domiciliari.

È comunque prioritario identificare i fattori che incrementino la fruibilità dell'intervento riabilitativo: come già ricordato nel nostro paese la riabilitazione cardiologica è praticata solo nel 17% dei pazienti dopo IMA e nel 6% dopo angioplastica coronarica.

La scarsa diffusione di sezioni riabilitative ambulatoriali nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica preclude la fruibilità della riabilitazione cardiologica ai pazienti post-IMA e postangioplastica, in cui proprio il modello ambulatoriale sembra essere il più efficace.

In conclusione, i dati che emergono dalle ricerche e dalle metanalisi sono quanto meno incoraggianti e tali da ribadire la necessità di diffondere la pratica della riabilitazione

globale e da indurre i cardiologi che la praticano ad identificare percorsi assistenziali appropriati e modulati sull'effettiva complessità clinica e di rischio dei pazienti utilizzando metodologie di intervento standardizzate, tali da ottenere effettivamente i vantaggi della riabilitazione cardiologica.

Il trial del GICR dovrebbe conseguire tra gli altri anche il non trascurabile risultato di una maggiore consapevolezza da parte della cardiologia italiana dei benefici della riabilitazione cardiologica e della necessità di un intervento sistematico, in tutti i pazienti cardiopatici, orientato alla prevenzione secondaria e alla qualità di vita.

Dagli ultimi dati disponibili risulta che nel nostro paese, a fronte del 76% dei pazienti dopo bypass aortocoronarico, solo al 17% dei pazienti dopo un IMA viene proposto un programma di riabilitazione cardiologica.

Alcune delle possibili ipotesi di questo atteggiamento sono, da una parte, una visione riduttiva dell'intervento riabilitativo e, dall'altra, riserve sulla sua efficacia sulla qualità della vita e sulla prevenzione secondaria.

Riguardo a quest'ultimo aspetto, oggi la disponibilità di un ampio data base di ricerche e di autorevoli revisioni indipendenti consente un'analisi sufficientemente *evidence-based* dei risultati di un programma di riabilitazione cardiologica.

Appaiono dimostrati miglioramenti consistenti della capacità lavorativa e modificazioni sostanziali dello stile di vita, con adozione di comportamenti orientati alla salute con miglioramento del profilo di rischio complessivo (riduzione del fumo, della sedentarietà, dello stress, miglioramento del profilo lipidico).

È adeguatamente documentato anche il rallentamento della progressione dell'aterosclerosi coronarica con programmi riabilitativi omnicomprensivi e non farmacologici.

L'intervento riabilitativo influenza favorevolmente anche la qualità della vita dei pazienti cardiopatici, con la riduzione dei sintomi e con l'incremento del benessere psico-sociale.

Tre metanalisi, qualitativamente adeguate, hanno documentato una significativa riduzione della mortalità totale e cardiovascolare, legate in buona parte alla riduzione della morte improvvisa e del reinfarto fatale, pari a quella evidenziata dai trattamenti raccomandati nel postinfarto.

Certamente persistono difficoltà a giungere a conclusioni definitive sia per i limiti metodologici di molti studi in riabilitazione cardiologica, che per la variabilità degli interventi e la scarsa rappresentatività dei pazienti rispetto alla realtà clinica attuale.

Ad alcuni di questi limiti vuole rispondere lo studio GOSPEL, proposto dal GICR, che ha tra i suoi obiettivi la valutazione dell'applicabilità e dell'efficacia di un modello di intervento intensivo di riabilitazione cardiologia nel postinfarto.

## **“INDAGINE ESPLORATIVA SUI FATTORI PSICOLOGICI, EMOZIONALI, COMPORTAMENTALI, RELAZIONALI E DI PARTECIPAZIONE SOCIALE IN SOGGETTI CON EVENTO CORONARICO ACUTO.”**

Queste considerazioni hanno spinto l’USC di Cardiologia e l’USSD di Psicologia Clinica, grazie al sostegno non solo economico, dell’Associazione “Cuore Batticuore” ONLUS a verificare l’impatto dell’evento coronarico acuto sull’andamento dei tratti e delle variabili di personalità nel decorso della malattia e valutarne la predittività sugli esiti ad un anno dal ricovero.

Si aggiunga che, nell’U.S.C. di Cardiologia degli Ospedali Riuniti di Bergamo, se in passato l’iter terapeutico e riabilitativo prevedeva lunghi periodi di degenza, oggi il soggetto con sindrome coronarica acuta viene trattenuto in ospedale per un tempo medio di due o tre giorni.

Pur con gli evidenti svantaggi, un lungo periodo di ospedalizzazione si ipotizza potesse rappresentare, per il soggetto in cura, un tempo per comprendere maggiormente l’accaduto, per familiarizzare con i curanti e con altri degenti con storie simili e quindi un tempo per fare domande e avere risposte.

Oggi la positiva riduzione del tempo di ricovero porta con sé l’effetto collaterale di ritrovarsi a ricucire una quotidianità modificata con timori e preoccupazioni difficili, talvolta, da condividere con i propri cari.

Attualmente le condizioni di trattamento successive alla fase di ricovero prevedono itinerari differenziati sulla base delle indicazioni cliniche e di valutazioni sul singolo caso.

Appare importante da un lato raccogliere, oltre a un follow up dei fattori biomedici, anche gli effetti delle diverse tipologie di trattamento sulle variabili psicosociali che possono avere un’influenza significativa sul decorso della patologia e, dall’altro, documentare gli effetti positivi di un affiancamento al trattamento medico di forme appropriate di attenzione e supporto sociale.

La ricerca, approvata dal Comitato di Bioetica dell'Ospedale prevede la compilazione, ad un mese, a tre mesi e ad un anno dall'evento acuto, di una batteria di strumenti di indagine psicologica, di un questionario informativo sul trattamento avviato, sul tipo di riabilitazione seguito e di un ulteriore questionario sull'aderenza alle cure.

Il progetto riportato qui di seguito è ancora in fase di svolgimento, il gruppo di ricerca è composto da più persone che si muovono in diversi ambiti: l'arruolamento dei soggetti, la siglatura dei questionari restituiti, i contatti e le relazioni con l'U.S.C. di Cardiologia, il personale infermieristico, l'Associazione "Cuore Batticuore", l'Università di Bergamo, ed infine una parziale analisi dei dati raccolti fino ad ora che ho utilizzato per descrivere brevemente le maggiori significatività.

## IL PROGETTO DI RICERCA

Proponenti: USSD Psicologia Clinica-USC Cardiologia

Titolo del progetto: "Indagine esplorativa sui fattori psicologici, emozionali, comportamentali, relazionali e di partecipazione sociale in soggetti con evento coronarico acuto."

Motivazione della proposta di progetto e obiettivi:

L'evento coronarico acuto irrompe spesso nella quotidianità destabilizzando un equilibrio ed interrompendo il senso di continuità e familiarità che ogni persona percepisce rispetto a sé, alla propria vita ed alle relazioni interpersonali. La caratterizzazione improvvisa e grave dell'insorgenza dell'evento coronarico acuto comporta ripercussioni importanti nell'assetto emotivo e cognitivo dei soggetti colpiti e, di conseguenza, nella qualità delle relazioni.

Tali cambiamenti inducono spesso la necessità di attivare processi di riadattamento sia nella quotidianità (fronteggiamento dei fattori stressanti esterni) che nei processi psichici interni (comprensione e rielaborazione dell'evento traumatico e delle conseguenti modificazioni).

Negli anni si è modificata l'organizzazione del lavoro presso le Unità di Cardiologia e le modalità attraverso le quali viene accolto e curato il paziente con patologia coronarica. Le nuove tecniche di cura hanno ridotto drasticamente i tempi di ricovero e, spesso, non tutti i pazienti accedono poi nel percorso di riabilitazione.

Il paziente in passato trascorrevva molto più tempo ricoverato presso l'Ospedale, e ciò consentiva una migliore conoscenza dello stesso da parte dell'équipe curante ed un tempo per comprendere maggiormente l'accaduto.

Attualmente i tempi di ricovero per questi pazienti sono brevissimi (circa tre giorni) e le persone si ritrovano velocemente a ricucire una quotidianità in realtà profondamente modificata.

Alla riduzione della durata del ricovero non segue un generalizzato e sistematico follow up su tutti i casi, indipendentemente dal livello di gravità, che consenta un appropriato monitoraggio dei fattori psicosociali implicati nel decorso della malattia e determinanti dalla durata e dalla qualità della vita dei pazienti.

Ciò contrasta con le indicazioni più recenti della letteratura, che evidenzia in modo chiaro il crescente ruolo dei fattori psicosociali nell'eziologia, nel decorso e nella prognosi delle malattie coronariche.

Negli ultimi anni l'accumularsi delle prove suggerisce che i fattori psicosociali sono associati con l'incidenza e la progressione del disturbo cardiaco coronarico (CHD).

Per quanto riguarda questa edizione, c'è stata una tendenza a focalizzarsi su emozioni specifiche quali l'ostilità (e.g., Miller, Smith, Turner, 1996) o la depressione (e.g., Barefoot & Schroll, 1996) e comportamenti come quelli di TYPE A (e.g., Julkunen, Idänpään-Heikkilä, & Saarinen, 1990) o anger-in (e.g., Dimsdale, Pierce & Schoenfield, 1986) con il fine di scoprire i fattori psicosociali patogenetici che possono spiegare questa associazione.

Tuttavia, nonostante una crescente mole di dati, il ruolo dei fattori emozionali nell'evoluzione del CHD è ancora una cosa controversa. L'evidenza mostra, tuttavia, che il fattore emotivo gioca un ruolo chiave nello sviluppo del CHD: lo stress emotivo è associato con i meccanismi patofisiologici e gli eventi cardiaci in pazienti coronarici (i), (ii) il trattamento psicosociale dello stress emotivo può ridurre la mortalità e la morbilità in questi pazienti, e (iii) l'inibizione delle emozioni negative può accelerare il CHD. L'evidenza mostra inoltre questo stress emotivo come un fattore di rischio per il CHD ed evidenzia che è una caratteristica cronica.

In realtà i modelli di reazione emotiva e comportamentale non si presentano al di fuori del contesto.

Perciò, la ricerca psicologica sulla predisposizione al disturbo ha bisogno di prendere una visione abbastanza vasta attraverso l'investigazione dei tratti di base della personalità che persistono nel tempo e attraverso le situazioni. La personalità si riferisce a strutture e processi che sottolineano la regolarità nell'esperienza umana e dei comportamenti. Secondo la configurazione di personalità dell'individuo, è più o meno probabile visualizzare determinate risposte emotive e comportamentali quando si confrontano con eventi stressanti. Di conseguenza, le caratteristiche di personalità possono moderare la relazione stress-salute.

Indipendentemente dallo specifico costrutto teorico di riferimento, la ricerca sembra convergere sulla sussistenza di una relazione causale tra CHD ed alcuni specifici fattori psicosociali.

In particolare, ci sono forti evidenze che i fattori psicosociali, specialmente depressione e supporto sociale, costituiscono fattori eziologici e prognostici indipendenti per le malattie coronariche.

A questi fattori possono esserne aggiunti altri, quali le caratteristiche psicosociali dell'esperienza lavorativa. Più deboli sembrano le evidenze sul valore prognostico dell'ostilità (Harry Hemingway, Michael Marmot, 1999).

La ricerca cerca di riconoscere, alla base dei fattori psicologici e sociali presenti nei soggetti con CHD, elementi comuni che possano delineare più specifici pattern di personalità "Although the psychological variables of depression, anxiety, and defensiveness have been shown to be predictive of CVD occurrence and recurrence, they are very broad constructs and some researcher have attempted to refine and cluster the most critical features into more cardiac-specific personality patterns. One such concept is "vital exhaustion", which combine physical fatigue and depression into one construct and has been found to precede myocardial infarction (MI) (Appels, Siegrist & DeVos, 1997). It is noteworthy that vital exhaustion is not just depression and that it remains as an independent disease predictor even if other psychological risk factors like chronic workload or unreasonable need for control are taken into account (Appels, Siegrist & DeVos, 1997)." (Linden, 2003, pag. 83).

Lungo questa linea, recentemente (Denollet, 1997) si è ipotizzato che le condizioni di CHD siano associate a fattori di personalità caratterizzati da una peculiare fisionomia, definita D-type, e fondata sulla considerazione che l'interazione fra affettività negativa

(la tendenza ad avvertire le emozioni negative) ed inibizione sociale (la tendenza a inibire l'auto-espressione nell'interazione sociale) ha una forza potenzialmente esplicativa nei pazienti coronarici.

Il costrutto della personalità di Tipo D è stato introdotto per designare quei pazienti coronarici che esprimono difficoltà nelle aree delle emozioni negative e dell'auto-espressione. I pazienti di Tipo D tipicamente riportano alti livelli di sintomi depressivi e bassi livelli di supporto sociale. Diverse evidenze empiriche suggeriscono che le difficoltà emotive nei pazienti di Tipo D possono predire endpoints negativi come un incremento del rischio di mortalità a lungo termine.

In particolare Habra et al. sottolineano che “Type D personality is a particularly potent predictor of MI occurrence, and is a better predictor of acute cardiovascular stress reactivity than are many of the traditional risk factors like depression or hostility”.

La ricerca recente mette inoltre in evidenza la stretta e reciproca interazione tra questi fattori psicologici (emozionali, comportamentali e di personalità), le condizioni mediche che caratterizzano il decorso della malattia, le condizioni di benessere e qualità della vita: “for example, fear responses to pacemaker or depression arising in post-infarction patients. Depression in turn contributes to poor compliance with other recommended health behaviour like exercise (Ziegelstein et al. 2000), and poor compliance with medication-taking predicts higher mortality (Irvine et al, 1999) Repetitive themes that cut across various cardiac conditions are that depression, anxiety, poor anger control, social isolation, low socioeconomic status, and psychological defensiveness are likely to be contributor to disease as well as impediments in the healing process (cf. Rutledge et al, 2001; Kubzansky & Kawaky, 2000)”. (Linden, 2003, pag. 83)

In ogni caso, indipendentemente dai diversi costrutti teorici, c'è sostanziale accordo in letteratura sulla necessità che, oltre che valutare i fattori psicosociali specifici, è ugualmente importante valutare l'effetto delle caratteristiche globali e della loro interazione sulla prognosi in pazienti con CHD.

Le sindromi coronariche acute (ACS) sono altamente prevalenti in paesi occidentali. La diagnosi di ACS è associata con un'alta mortalità e porta ad un aumento della morbidità, compresi i danni fisici cronici e le limitazioni funzionali, tutto ciò ha un impatto sulla salute correlata alla qualità della vita (HRQoL).

HRQoL è una misura soggettiva dello stato di benessere che comprende le dimensioni sociali, mentali e fisiche. (B Schweikert, H Hahmann, R Leidl, 2006)

Le misure di qualità della vita hanno ottenuto una crescente attenzione nella recente letteratura. Se per alcuni aspetti possono considerarsi in linea rispetto alle misure dei singoli fattori psicosociali e di personalità, esse per altro possono dare una percezione sintetica del modo in cui esse influenzano la percezione e il grado di soddisfazione del paziente. Oltre agli strumenti standardizzati come il General Health Questionnaire (12 items) particolarmente maneggevoli, ma relativamente poveri di informazione, molto promettente è in questo senso l'applicazione di misure di benessere soggettivo, secondo il costrutto recentemente introdotto da Ryff e Singer (1996).

L'assessment dei fattori psicologici e le misure della qualità della vita e del benessere soggettivo consentono non solo di monitorare il decorso delle malattie coronariche e gli esiti post-infartuali a breve-medio termine, ma costituiscono un insieme di strumenti indispensabili per la valutazione degli esiti di trattamento, in primo luogo dei trattamenti di riabilitazione psicologica, ma anche per i trattamenti standard.

L'importanza di questa prospettiva di ricerca clinica è anche determinata dalla necessità di valutare accuratamente le modalità e le condizioni nelle quali interventi psicologici di riabilitazione e supporto psicosociale possono contribuire al miglioramento della durata e della qualità di vita dei pazienti cardiopatici. Benché si sia spesso rilevato che i dati in proposito risultano controversi e a volte confusivi (Hemingway, Marmot, 1999), più accurati approcci metanalitici hanno recentemente dimostrato (Dusselcorp et al. 1999) un effetto dei trattamenti psicologici, rispetto alle sole cure standard, su una riduzione della mortalità compresa tra il 6 e il 52%, (dipendentemente dalla durata del controllo) e una riduzione fino al 41% di ricorrenza di infarto del miocardio in follow up di medio-lungo termine.

Attualmente la ricerca sembra peraltro concentrarsi su due principali domande:

- quali pazienti beneficiano maggiormente degli interventi riabilitativi?

Sembra infatti che i trattamenti riabilitativi siano prevalentemente calibrati su una popolazione maschile relativamente giovane, mentre sembrano tuttora controversi dati sugli esiti della riabilitazione in funzione gravità della patologia. Ci si chiede quindi se e quali siano le indicazioni elettive per l'invio ad un trattamento riabilitativo e se diversi

profili dei pazienti possano suggerire linee differenziate di riabilitazione. Anche in rapporto a tale interrogativo assume rilevanza una seconda direzione di indagine:

- quale relazione specifica può essere osservata tra i diversi fattori psicologici emozionali, comportamentali, relazionali e di partecipazione sociale?

Si può assumere che l'efficacia della riabilitazione non sia in rapporto solamente con il miglioramento dei singoli fattori psicologici e di management dello stress, ma sia anche funzione del modo in cui questi si accompagnano a due ulteriori fattori fondamentali: l'aderenza alle cure e il supporto sociale. Mentre il primo fattore è stato oggetto di numerose ricerche, minore attenzione è stata data alla relazione tra riabilitazione supporto sociale. Nella presente ricerca si suppone che la partecipazione ad attività associative di gruppo possa costituire in proposito un indicatore differenziale dell'attenzione a tale fattore nei trattamenti riabilitativi.

Descrizione dei requisiti del Servizio/prodotto oggetto di progettazione.

Il progetto si compone di una fase quantitativa e di una fase qualitativa.

Fase quantitativa:

1. Tutti i pazienti ricoverati per infarto acuto, angina instabile o angina stabile al primo evento cardiaco, durante un periodo di dieci mesi dall'avvio della ricerca, presso Le Unità di Cardiologia verranno contattati (massimo 200 persone) e verrà loro proposta la partecipazione alla ricerca. (Modulo raccolta consenso alla ricerca, Procedure di tutela della privacy).
2. Per i soggetti arruolati verrà chiesto, al medico responsabile della dimissione, una valutazione di gravità.
3. Ai pazienti arruolati, a distanza di circa un mese dall'evento acuto, verrà sottoposto un questionario informativo sui dati anagrafici di base, sul trattamento avviato, sulla compliance, insieme ad una batteria di strumenti di indagine psicologica (MPVH; Type D Scale 16; General Health Questionnaire; Scala di Benessere soggettivo; Health locus of control; Multidimensional Scale of Perceived Social Support; Heartland Forgiveness Scale; Adult Dispositional Hope Scale; STAI.)
4. Sulla base delle informazioni raccolte da questionari in occasione della prima rilevazione verranno costituiti quattro gruppi:
  1. Pazienti che non afferiscono ad alcun trattamento riabilitativo cardiologico;

2. Pazienti che afferiscono alla riabilitazione cardiologica della Azienda Ospedaliera;
3. Pazienti che, afferendo alla riabilitazione cardiologica della Azienda Ospedaliera, partecipano attivamente almeno ad una proposta di attività della Associazione Cuore e Batticuore.
4. Pazienti che non afferiscono alla riabilitazione cardiologica della Azienda Ospedaliera, ma partecipano almeno ad una proposta di attività della Associazione Cuore e Batticuore.

A circa tre mesi dall'evento acuto, ai soggetti appartenenti ai quattro gruppi, viene proposto un questionario sul trattamento seguito e la compliance e una seconda batteria di test.

A circa un anno verrà proposta, insieme a un questionario sul trattamento e la compliance, una terza batteria di test ai quattro gruppi.

#### Fase qualitativa

A circa sei mesi verrà randomizzato un gruppo di pazienti (8-10) per ogni sottogruppo a cui verrà proposto di partecipare ad un focus group orientato a raccogliere i vissuti, le rappresentazioni, i cambiamenti di atteggiamento connessi con l'evento cardiaco acuto e i processi di trattamento.

# METODO

## FASE QUANTITATIVA

### SOGGETTI

I pazienti contattati presso l'USC di Cardiologia, per infarto acuto ed angina instabile, a 27 mesi dall'inizio della ricerca sono stati 232 pazienti dei quali 59 non hanno acconsentito e 11 di loro si sono ritirati dopo il primo o il terzo invio.

Ai 173 pazienti che hanno aderito alla ricerca, ad un mese dal ricovero sono stati inviati gli 8 questionari.

Tutti i pazienti sono stati poi contattati telefonicamente per rafforzare l'aderenza e la motivazione alla ricerca. È stata stabilita una formula per il contatto telefonico uguale per tutti.

Dai risultati dei 109 questionari è emerso che i gruppi 2 e 4 sono i più numerosi con rispettivamente 51 e 42 pazienti il gruppo 1 è formato solo da 16 pazienti e il gruppo 3 è inesistente.

Come da progetto l'invio degli stessi questionari a tre mesi è previsto solo per quei pazienti che hanno risposto ai questionari del primo invio. Come da progetto l'invio degli stessi questionari a un anno dal ricovero è previsto solo per quei pazienti che hanno risposto ai questionari del primo e del secondo invio. Ne sono stati restituiti ad oggi 49.

## **STRUMENTI**

Ai soggetti è stata somministrata una batteria composta da questionari di autovalutazione, disponibili e reperibili per il gruppo di ricerca presso l'USSD di Psicologia Clinica degli OO.RR. di Bergamo, finalizzati alla misurazione delle seguenti variabili:

- **Adult Dispositional Hope Scale (Snyder et al. 1991, 1997) SPERANZA**

La prima scala valuta i successi raggiunti nella vita, la seconda il raggiungimento degli obiettivi personali. Il numero di item complessivo è 12 e sono stati casualizzati all'interno di quest'unico questionario con un formato di risposta a 4 posizioni: 1= assolutamente falso; 2= abbastanza falso; 3= abbastanza vero; 4= assolutamente vero.

- **General Health Questionnaire (Goldberg, 1972) BENESSERE GLOBALE**

Questo questionario richiede ai soggetti un'autovalutazione riguardo la gravità dei sintomi del disturbo psicologico conseguenti all'evento.

Gli item selezionati sono 12, casualizzati con un formato di risposta a 4 posizioni: molto meno del solito; come al solito; più del solito; molto più del solito.

- **Heartland Forgiveness Scale (Yamhure Thompson, L., Snyder, C.R., Hoffman, L. Michael, S.T., Rasmussen, H.N., Billings, L.S., et al. (2005).  
CAPACITA' DI PERDONARE**

Questo questionario chiede ai soggetti di esprimere un grado di accordo o disaccordo a dichiarazioni che attribuiscono a fatti negativi esterni, a comportamenti volontari dell'individuo oppure a circostanze casuali la causa della malattia.

E' strutturato da 16 item, divisi in 3 sottoscale (self subscale; other subscale; situation subscale) con un formato di risposta a 7 posizioni: 1= assolutamente falso; 3= quasi sempre falso; 5= quasi sempre vero; 7= assolutamente vero.

- **Locus of Control (Wallston, B.S., Wallston, K.A., Kaplan, G.D. and Maides, S.A., 1976.) CAPACITA' DI ATTRIBUIRE A CAUSE INTERNE O ESTERNE IL PROPRIO STATO DI SALUTE.**

Questo strumento misura l'attitudine del soggetto ad attribuire cause esterne (sottoscala E) o cause interne (sottoscala I) agli eventi della propria vita.

Gli item sono 11.

Il formato di risposta è casualizzato a 5 posizioni: 1= per nulla d'accordo; 3= neutrale; 5= completamente d'accordo.

- **M.P.V.H.: questionario medico psicologico per malati di cuore. BENESSERE, DISFORIA, INVALIDITA', INIBIZIONE SOCIALE.**

Lo strumento si suddivide in 4 sottoscale: scala W del benessere soggettivo; scala O dell'umore; scala I dell'invalidità e vulnerabilità percepita; scala S dell'inibizione sociale.

Gli item sono 52, casualizzati in formato di risposta a 3 posizioni: 1= sì; 2= non so; 3= no.

- **Multidimensional Scale of Perceived Social Support. (Zimet, Dahlem, Farley, 1988). SUPPORTO SOCIALE.**

Gli item si dividono in gruppi relative alla fonte del supporto sociale percepito: famiglia, amici, altri significativi.

Gli item sono 12 ed il formato di risposta è a 7 posizioni: 1= assolutamente in disaccordo; 3= abbastanza in disaccordo; 5= abbastanza d'accordo; 7= assolutamente d'accordo.

- **Type D. (Denollet, Sys, & Brutsaert, 1995) EMOZIONI NEGATIVE, INIBIZIONE SOCIALE.**

Questo questionario si focalizza su emozioni negative ed inibizione sociale, lo strumento viene somministrato per valutare lo sviluppo e la progressione della salute nei malati di cuore.

E' composto da 16 item casualizzati in formato di risposta a 5 posizioni: 0= falso; 1= piuttosto falso; 2= neutrale; 3= piuttosto vero; 4= vero.

- **Stai: State-Trait Anxiety Inventory ANSIA**

Questo strumento chiede ai soggetti di autovalutare il proprio livello d'ansia in risposta a diverse situazioni, è composto da 20 item con formato di risposta a 4 posizioni: per nulla, un po', abbastanza, moltissimo.

- **Questionario del benessere soggettivo. BENESSERE GLOBALE**

In campo clinico, il benessere è stato interpretato come assenza di sintomatologia legata a depressione, ansia ecc. A tal riguardo in vari studi è stato utilizzato il *Symptom Questionnaire* di Kellner che associa quattro scale sintomatologiche (ansia, depressione, somatizzazione ed ostilità) le corrispondenti scale di benessere (rilassamento, contentezza, benessere fisico e buona disposizione). Nell'ambito della psicopatologia, infatti, risulta essere di rilevante importanza la valutazione della remissione e della guarigione da un disturbo affettivo. Un'ampia letteratura documenta la presenza di sintomi residui in pazienti con disturbi ansiosi e depressivi al termine del trattamento farmacologico e/o psicoterapico. Tali sintomi implicano un esito prognostico negativo a lungo termine. Di conseguenza, nella valutazione della guarigione da un disturbo affettivo diventa essenziale non solo la completa remissione sintomatologica, ma anche il ripristino del benessere psicologico e di un funzionamento ottimale dell'individuo). Il rapporto tra benessere e malessere, inoltre, sembra essere molto complesso e, in alcuni *trials* farmacologici, le sottoscale che misuravano il benessere si sono rilevate più sensibili di quelle sintomatologiche nel valutare gli effetti del trattamento.

Emerge quindi l'importanza della creazione e dell'utilizzo di strumenti psicometrici che diano innanzi tutto una valida formulazione concettuale di salute mentale o di benessere psicologico e che ne sappiano fornire una soddisfacente misurazione.

Carol Ryff sostiene che la felicità non è tutto e che la struttura sottostante al benessere è molto più complessa di quanto la letteratura esistente ce la faccia apparire.

Il benessere si presenta come un processo multidimensionale e dinamico che comprende vari e molteplici aspetti. Il modello della Ryff, recentemente introdotto al pubblico italiano, è stato utilizzato per creare un questionario autovalutativo (Psychological Well-Being, PWB) in grado di misurare le sei dimensioni del benessere proposte dall'Autrice:

autoaccettazione, relazioni interpersonali positive, autonomia, controllo ambientale, crescita personale e scopo nella vita. Questo strumento psicometrico è stato validato negli Stati Uniti, ha mostrato buone proprietà psicometriche ed è stato utilizzato in numerose ricerche. In Italia, il PWB è stato somministrato a pazienti con disturbi ansiosi e dell'umore.

Lo scopo di questo studio è di analizzare le proprietà psicometriche del PWB e di validare la sua versione italiana, distribuendolo ad un campione della popolazione italiana.

Profilo di Benessere Psicologico in base al Punteggio

Punteggio alto

Autoaccettazione

Implica il possedere atteggiamenti positivi nei confronti di se stessi. Evidenzia la consapevolezza delle proprie qualità positive e negative. In genere il pensiero della vita che è trascorsa suscita sentimenti positivi

Relazioni positive con gli altri

Le relazioni con gli altri sono basate sulla fiducia e sul calore. Tali persone sono in grado di provare forti sentimenti di empatia, affetto e di creare rapporti all'insegna dell'intimità. Queste qualità danno la possibilità a chi le possiede di riuscire a dare e ricevere il massimo da tali rapporti.

Autonomia

Queste persone sono molto sicure di sé ed indipendenti. Sono in grado di resistere alle pressioni sociali che tenderebbero a farli pensare e agire come la maggior parte delle altre persone. Essi sono in grado di regolare il loro comportamento dall'interno, valutando se stessi attraverso standard personali.

Controllo Ambientale

Tali individui hanno un senso di dominio e di competenza nel controllare l'ambiente circostante. Sono in grado di gestire una vasta gamma di attività e riescono a trarre tutte le opportunità che ciò che li circonda offre. Un'altra qualità da non sottovalutare è il fatto che essi riescono a rendere il più conforme alle loro esigenze l'ambiente circostante.

#### Scopo nella vita

Queste persone hanno delle mete e un senso di direzione nei confronti della loro vita. Attribuiscono un significato importante alla vita passata e presente. Hanno elaborato delle convinzioni che danno un senso alla loro vita.

#### Crescita personale

Tali individui hanno la sensazione di continua crescita e interpretano la loro persona come in continua espansione. Sono aperti alle nuove esperienze e cercano continuamente di realizzare il loro potenziale. Se guardano al futuro si vedono migliorati. Questa predisposizione al cambiamento permette loro di raggiungere una più alta conoscenza di se stessi.

#### Punteggio basso

##### Autoaccettazione

Evidenzia un senso di insoddisfazione nei confronti di se stessi, e di come sono andate le cose nella vita trascorsa. Tali persone vorrebbero essere diverse da come sono in realtà perché ci sono alcuni aspetti della personalità con cui sono in conflitto

##### Relazioni positive con gli altri

Le relazioni con gli altri sono poche e poco affidabili. Per queste persone è molto difficile essere calorosi, aperti e interessati alle vicende altrui. Sono isolati e frustrati dalle relazioni interpersonali. Essi non sono disposti a scendere a compromessi per mantenere legami importanti con gli altri.

##### Autonomia

Queste persone sono molto influenzate nei loro comportamenti dalle aspettative e dai giudizi degli altri. Si basano sui consigli degli altri per prendere ogni tipo di decisione. Il loro modo di agire e pensare è condizionato dalle pressioni sociali.

##### Controllo Ambientale

Tali individui hanno grosse difficoltà a gestire la vita di tutti i giorni. Non sono capaci di cogliere le opportunità che si prospettano loro e sembrano non essere in grado di controllare il mondo che li circonda.

#### Scopo nella vita

Queste persone non attribuiscono alla loro vita nessun particolare significato, hanno pochissime mete ed obiettivi. Vedono la loro vita passata come se non avesse nessun

significato e non hanno nessun tipo di prospettiva circa la loro vita attuale che possa attribuire un significato preciso.

Crescita personale

Tali individui hanno la percezione di essere in una situazione di stallo e hanno perso la spinta a crescere e migliorarsi lungo l'arco del tempo. Si sentono incapaci di sviluppare nuovi comportamenti e sono tendenzialmente annoiati e disinteressati nei confronti della loro vita.

## **MODALITA' DI RIELABORAZIONE DATI**

I dati quantitativi saranno sottoposti a trattamento di statistica descrittiva attraverso un'analisi della varianza fattoriale per misure ripetute ed all'analisi attraverso T-Student.

I prerequisiti importanti per interpretare e capire i dati per un'analisi ANOVA ("analysis of variance") sono: dimestichezza con i concetti di variabile indipendente (od arbitraria, quelle si impostano come set up sulla macchina) e di variabile dipendente (in genere quelle di sola lettura, non impostate come input), conoscenze di base sull'analisi di regressione e la dimestichezza con gli strumenti statistici computerizzati.

Nei progetti di ricerca semi-sperimentali, (con esperimenti seriali, del tipo di quelli utilizzati nello stampaggio ad iniezione) l'analisi della varianza, è un'importante strumento per capire le differenze statistiche medie, fra due popolazioni di dati differenti, comunque, queste popolazioni, siano individuate e discriminate dal ricercatore. Quando siano riscontrabili delle differenze medie fra le due popolazioni, a quel punto è possibile fare dei ragionamenti comparativi più precisi fra i due gruppi. Le differenze statistiche sono stimate appunto con un'analisi ANOVA.

In un'analisi ANOVA la comparazione fra le misure della media e della varianza (od errore casuale) riscontrate nelle due popolazioni, consente di stabilire se la differenza fra le due popolazioni di dati è significativa o meno. Questo strumento statistico serve per comparare due, o più, set di dati per vedere se esistono differenze su due o più variabili<sup>8</sup>.

L'analisi della varianza assume nomi diversi a seconda di quante sono le variabili dipendenti e indipendenti.

Anova ad una via (one-way) quando si ha una sola variabile dipendente e una sola variabile indipendente. Anova fattoriale quando si ha una sola variabile dipendente, ma più variabili indipendenti. Manova (multivariate analysis of variance) quando c'è più di una dipendente e più di una indipendente. Infine, per quanto riguarda il MANOVA (analisi multivariata che correla più variabili dipendenti con più variabili indipendenti), trattandosi di un disegno statistico complesso, occorre ricorrere a risorse di programmazione: SAS.

Infine è stata utilizzata la strategia d'analisi T-Student: la variabile casuale  $t$  di Student è una variabile casuale continua che deve il suo nome allo pseudonimo *Student* usato da William Sealy Gosset, che ideò l'omonimo test, mentre la v.c. stessa venne identificata da Ronald Fisher. In statistica questa equazione è utilizzata per comparare una media semplice con uno specifico valore  $\mu_0$ .

$$t = \frac{\bar{X} - \mu_0}{s/\sqrt{N}}$$

$s$  è la deviazione standard campionaria.  $N$  è la grandezza del campione. I gradi di libertà usati nel test sono  $N - 1$ .

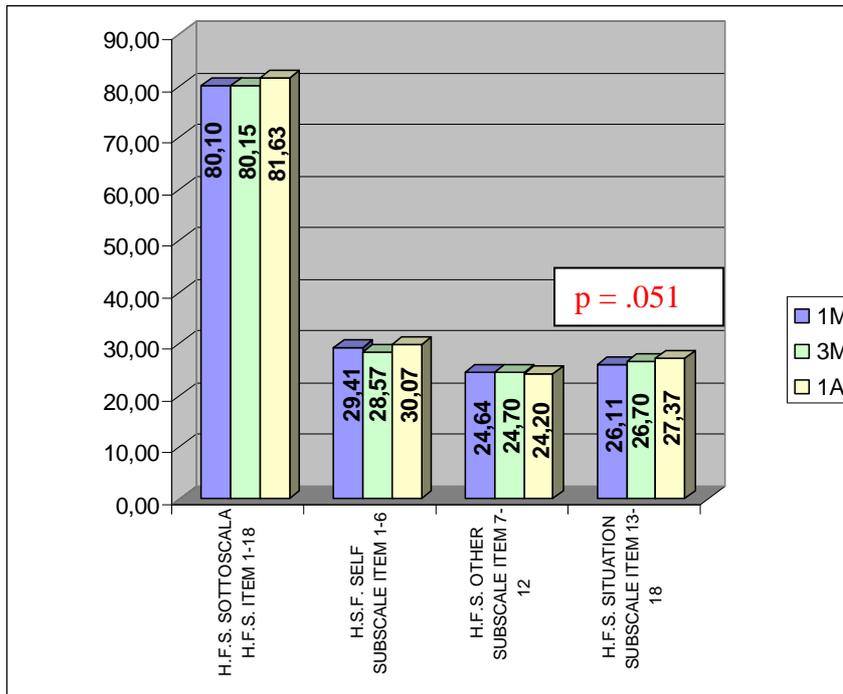
## **RISULTATI**

Riporteremo qui di seguito i grafici e le tabelle statisticamente significative risultate dalle analisi statistiche che la ricerca ha condotto con l'obiettivo di esaminare l'andamento e le modificazioni delle variabili psicosociali:

- nella ripetizione delle misure nel tempo,
- nella differenziazione rispetto all'esito patologico,
- nella differenziazione rispetto alla partecipazione alla riabilitazione cardiologia ospedaliera,
- nella differenziazione rispetto alla partecipazione alle attività dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS,
- nell'interazione tra riabilitazione e Associazione,
- nell'interazione tra riabilitazione, esito patologico e ripetizione,
- nell'interazione tra Associazione, esito patologico e ripetizione.

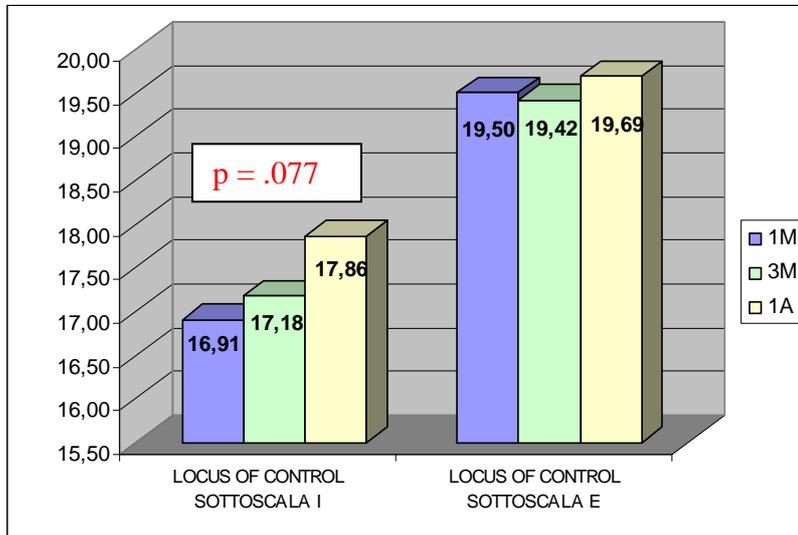
## ANALISI DELLA VARIANZA SU MISURE RIPETUTE

Tab.1 Analisi della varianza per misure ripetute scala SITUATION del H.F.S.



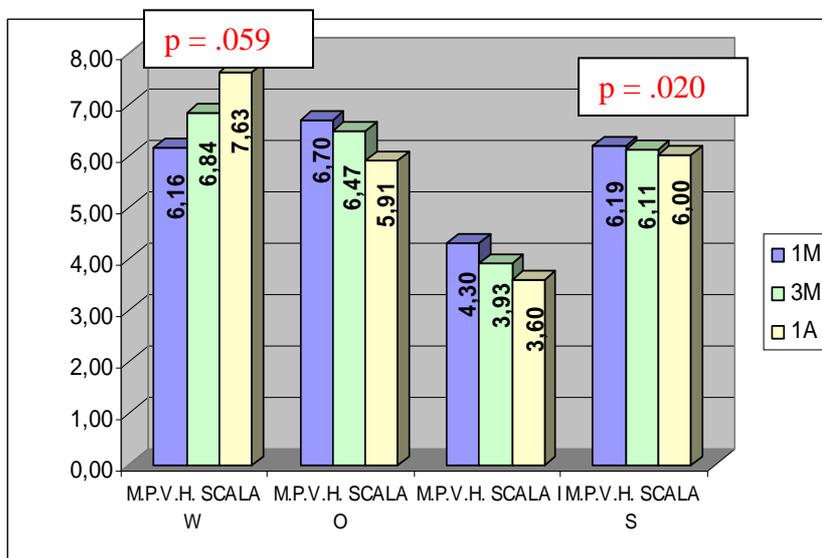
La scala H.F.S. SITUATION è tendenzialmente significativa per un aumento dei valori nelle tre rilevazioni.

**Tab.2 Analisi della varianza per misure ripetute scala scala I del LOCUS OF CONTROL**



La sottoscala I del LOCUS OF CONTROL risulta tendenzialmente significativa per un aumento dei valori nella rilevazione ad un anno dall'evento.

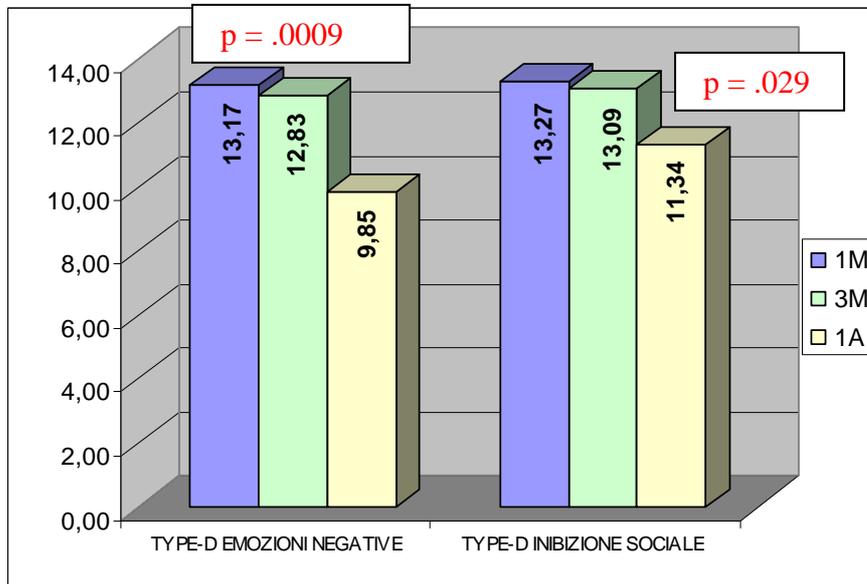
**Tab.3 Analisi della varianza per misure ripetute scala scala S, W del M.P.V.H.**



La sottoscala S dell'MPVH è significativa perché mantiene nelle tre rilevazioni dei valori simili.

Anche la scala W dell'MPVH è tendenzialmente significativa perché nelle tre rilevazioni aumenta l'andamento da un mese ad un anno.

**Tab.4 Analisi della varianza per misure ripetute scala le scale EM NEG e INIB SOC del TYPE-D**



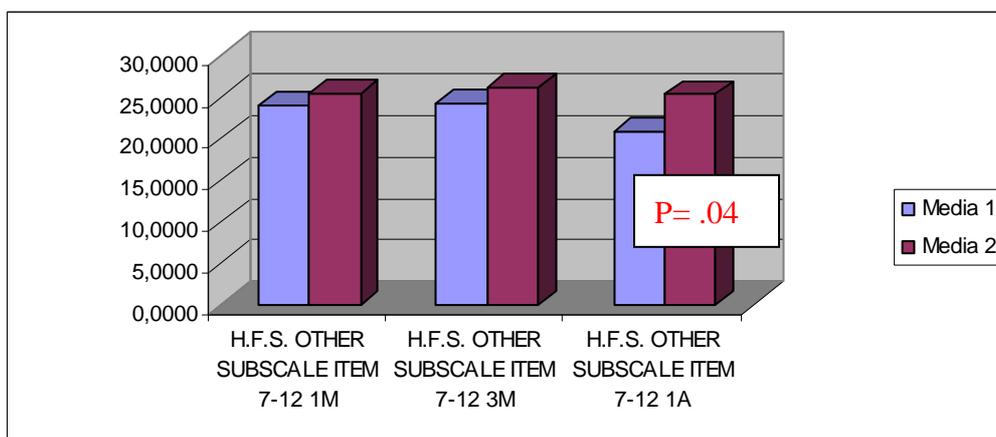
La scala emozioni negative del TYPE-D è significativa perché ad un anno i valori registrano una netta diminuzione rispetto alle prime due rilevazioni.

Anche la scala dell'inibizione sociale registra una significativa diminuzione nella rilevazione ad un anno.

## ANALISI T-STUDENT PER PATOLOGIA

**Tab. 6 Analisi T-Student per H.F.S. scala OTHER**

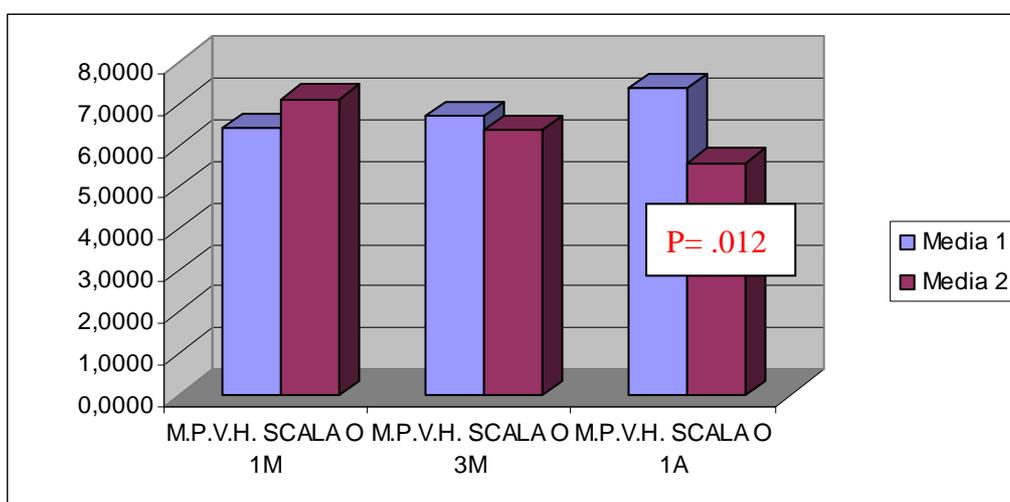
	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
H.F.S. OTHER SUBSCALE ITEM 7-12 1M	24,0667	25,4545	-0,75090	35	0,457730
H.F.S. OTHER SUBSCALE ITEM 7-12 3M	24,2857	26,1364	-1,22358	34	0,229525
H.F.S. OTHER SUBSCALE ITEM 7-12 1A	20,8571	25,3889	-2,11313	23	0,045650



La scala OTHER del H.F.S. risulta statisticamente significativa nella rilevazione ad un anno dall'evento corarico: soggetti con esito patologico sembrano subire un abbassamento nei livelli della scala OTHER che misura la capacità di perdonare gli altri.

**Tab. 7 Analisi T-Student per M.P.V.H. scala O**

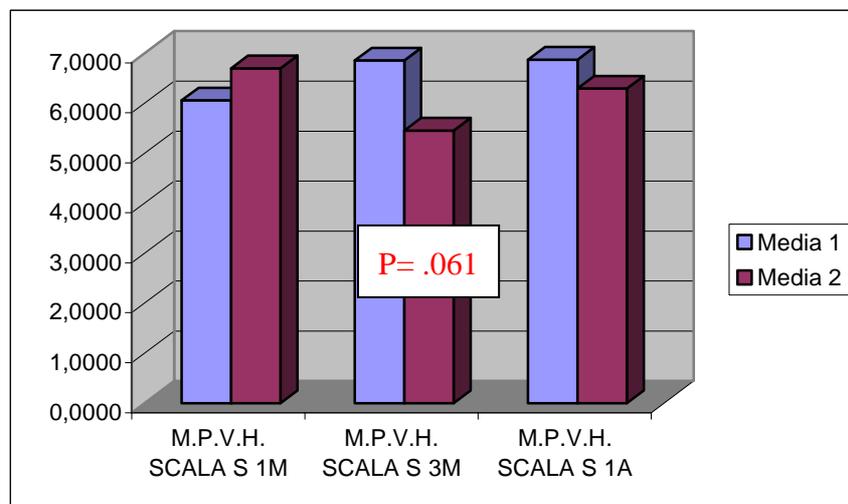
	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
M.P.V.H. SCALA O 1M	6,4118	7,1000	0,84786	35	0,402275
M.P.V.H. SCALA O 3M	6,7143	6,3636	0,33125	34	0,742485
M.P.V.H. SCALA O 1°	7,3750	5,5882	1,60022	23	<b>0,123198</b>



La scala O del M.P.V.H. misura i livelli di disforia e mostra significatività statistica nella rilevazione ad un anno dall'evento coronarico per un abbassamento dei valori da parte dei soggetti che hanno esiti patologici: soggetti con esito patologico ad un anno tendono ad subire un incremento nell'abbassamento del tono dell'umore rispetto ai livelli delle altre rilevazioni ad un mese e tre mesi.

**Tab. 8 Analisi T-Student per M.P.V.H. scala S**

	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
M.P.V.H. SCALA S 1M	6,0588	6,7000	0,76296	35	0,450599
M.P.V.H. SCALA S 3M	6,8571	5,4545	1,93291	34	0,061611
M.P.V.H. SCALA S 1A	6,8750	6,2941	0,77438	23	0,446597

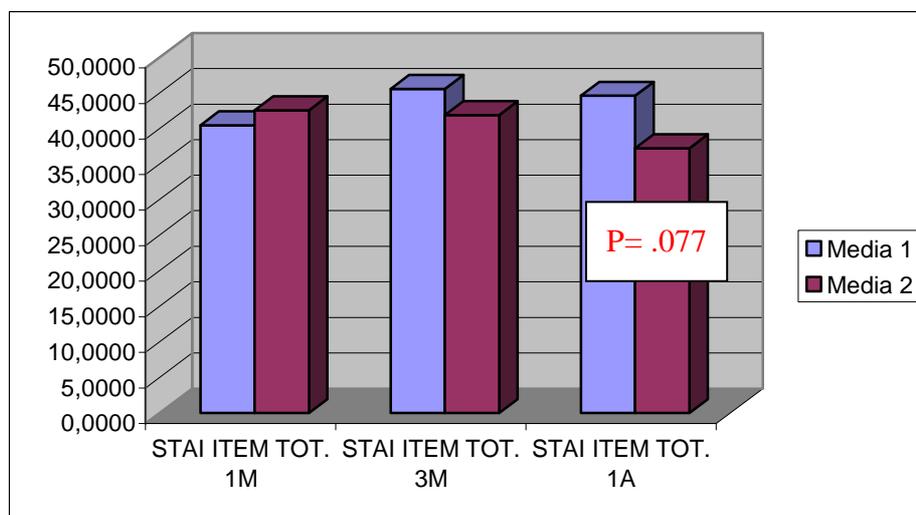


La scala S del M.P.V.H. misura l'inibizione sociale, nella rilevazione a tre mesi dall'evento coronarico sembra infatti che soggetti senza esito patologico abbiano un abbassamento di questi valori.



**Tab. 9 Analisi T-Student per STAI**

	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
STAI ITEM TOT. 1M	40,4706	42,5833	0,54539	39	0,588594
STAI ITEM TOT. 3M	45,5714	41,9048	0,93651	33	0,355814
STAI ITEM TOT. 1A	44,6250	37,2353	1,84604	23	0,077797

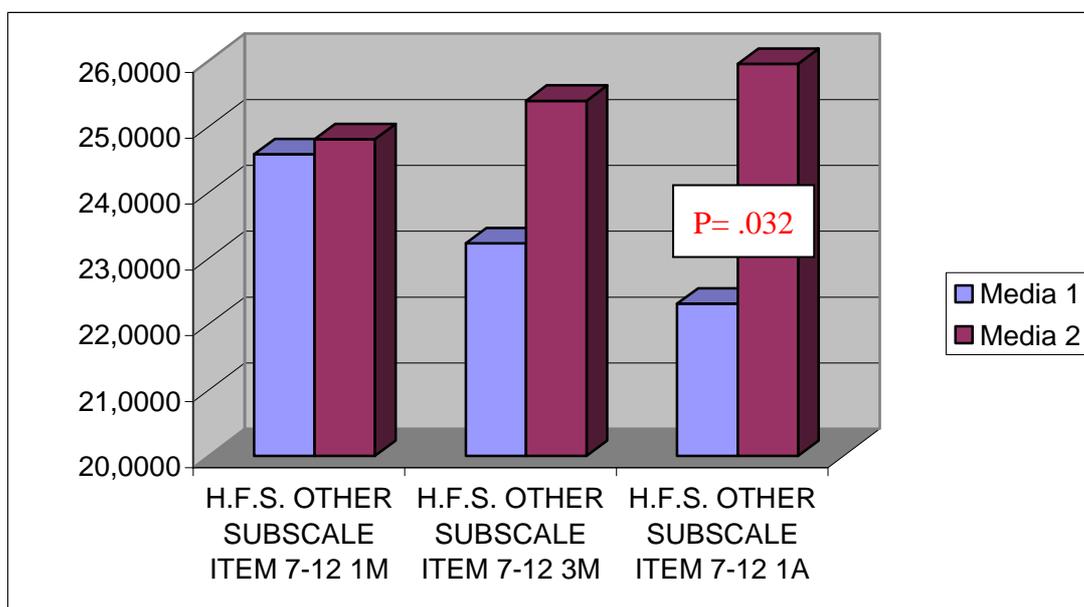


I livelli d'ansia di stato misurati dallo STAI mostrano un andamento significativo nella rilevazione ad un anno: i soggetti che ad un anno hanno esiti patologici sembrano comunque subire un incremento del proprio stato d'ansia.

## ANALISI T-STUDENT PER RIABILITAZIONE

**Tab.10 Analisi T-Student per H.F.S scala OTHER**

	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
H.F.S. OTHER SUBSCALE ITEM 7-12 1M	24,5833	24,8108	-0,16277	59	0,871256
H.F.S. OTHER SUBSCALE ITEM 7-12 3M	23,2273	25,3939	-1,51880	53	0,134755
H.F.S. OTHER SUBSCALE ITEM 7-12 1A	22,3125	25,9524	-2,22265	35	0,032796

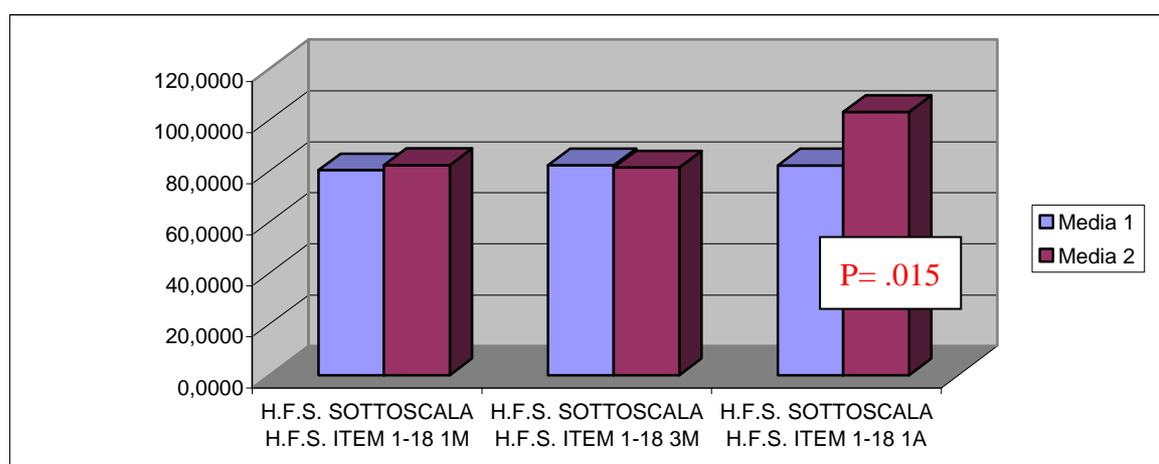


La scala OTHER del H.F.S. misura la capacità del soggetto di perdonare gli altri, nei soggetti che non partecipano alla riabilitazione cardiologia ospedaliera sembra che nella rilevazione ad un anno dall'evento coronarico questa capacità abbia un significativo abbassamento, mentre i valori misurati nelle tre rilevazioni in soggetti che partecipano alla riabilitazione si mantengono stabili nel tempo.

## ANALISI T-STUDENT PER ASSOCIAZIONE

**Tab. 11** Analisi T-Student per la scala TOT del H.F.S.

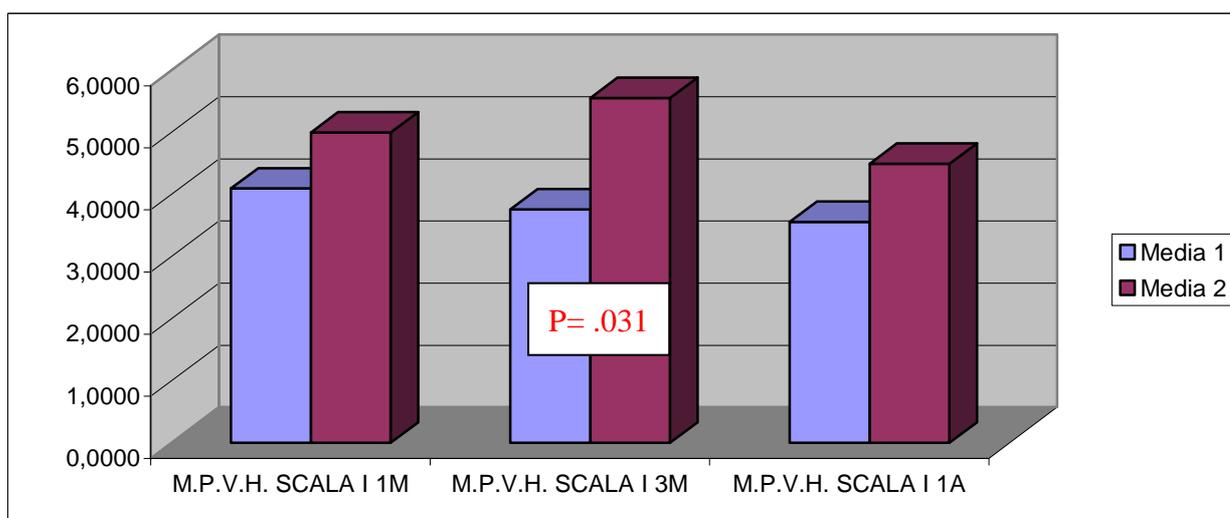
	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
H.F.S. SOTTOSCALA H.F.S. ITEM 1-18 1M	80,3600	82,4000	-0,61237	58	0,542688
H.F.S. SOTTOSCALA H.F.S. ITEM 1-18 3M	82,3556	81,3750	0,19397	51	0,846966
H.F.S. SOTTOSCALA H.F.S. ITEM 1-18 1A	82,2500	103,2000	-2,54988	35	<b>0,015311</b>



La scala TOT del H.F.S. misura la capacità del soggetto di perdonare se stesso, gli altri e le situazioni, la scala si dimostra statisticamente significativa nella rilevazione ad un anno per un aumento dei valori nei soggetti che partecipano alle attività dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS.

**Tab. 12 Analisi T-Student per la scala I del M.P.V.H.**

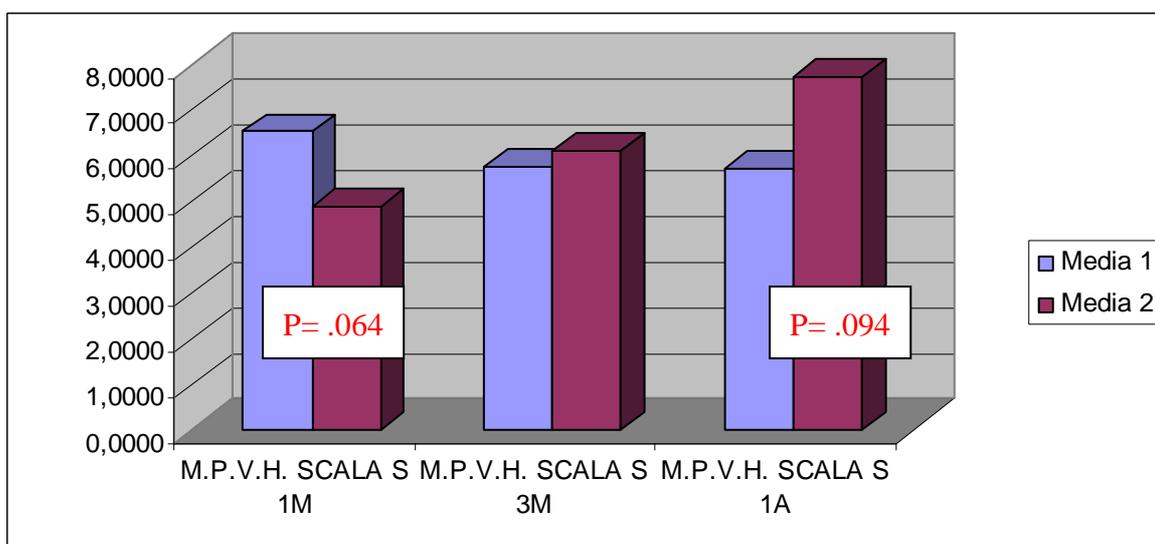
	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
M.P.V.H. SCALA I 1M	4,0962	5,0000	-1,13212	59	0,262166
M.P.V.H. SCALA I 3M	3,7609	5,5556	-2,20372	53	0,031910
M.P.V.H. SCALA I 1A	3,5588	4,5000	-0,91145	36	0,368120



La scala I del M.P.V.H. misura i livelli di invalidità percepita dai soggetti nelle tre rilevazioni, sembra statisticamente significativo il valore della rilevazione a tre mesi dall'evento per un aumento di questi livelli nei soggetti che partecipano all'Associazione. Questa significatività è comunque riscontrabile solo nella rilevazione intermedia, a tre mesi dall'evento coronarico. Tendono a rimanere costanti i valori riscontrabili nella rilevazione ad un mese e ad un anno.

**Tab. 13 Analisi T-Student per la scala S del M.P.V.H.**

	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
M.P.V.H. SCALA S 1M	6,5385	4,8889	1,88728	59	0,064045
M.P.V.H. SCALA S 3M	5,7778	6,1111	-0,38348	52	0,702925
M.P.V.H. SCALA S 1A	5,7353	7,7500	-1,71713	36	0,094548

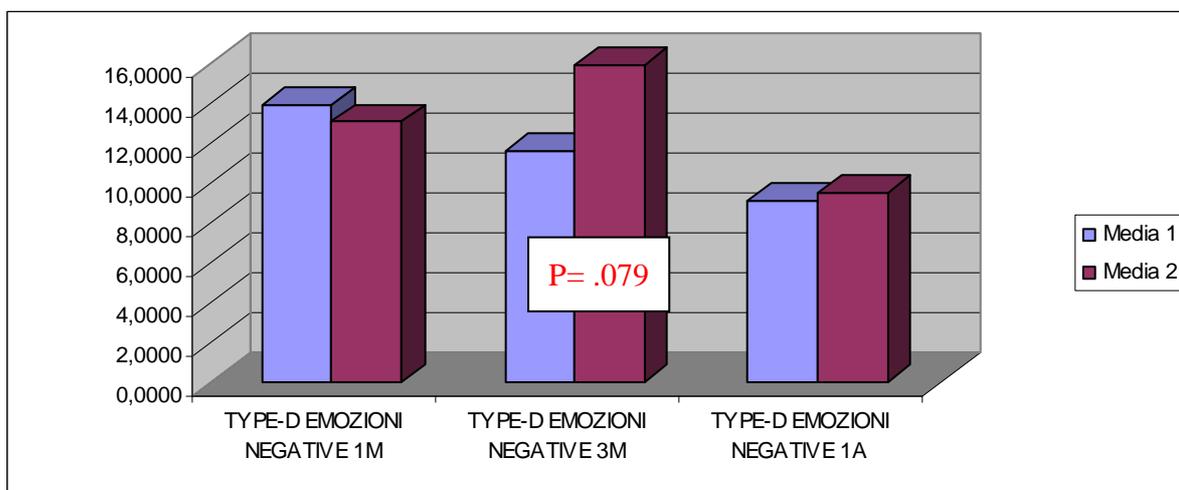


La scala S del M.P.V.H. misura i livelli di l'inibizione sociale nei soggetti che partecipano o non partecipano all'Associazione, la scala mostra significatività statistica nella rilevazione ad un mese e in quella ad un anno.

Ad un mese dall'evento coronarico acuto sembra che i soggetti che partecipano all'Associazione mostrino un abbassamento nei valori di inibizione sociale, tendenza però in contrasto con l'andamento dei valori nella rilevazione ad un anno dall'evento, dove invece, sembra che i soggetti che partecipano all'Associazione subiscano un significativo aumento nei valori di inibizione sociale.

**Tab. 14 Analisi T-Student per la scala EMO NEG del TYPE-D**

	Media 1	Media 2	valore t	gl	p
TYPE-D EMOZIONI NEGATIVE 1M	13,9362	13,1111	0,34732	54	0,729698
TYPE-D EMOZIONI NEGATIVE 3M	11,6279	16,0000	-1,79096	48	0,079607
TYPE-D EMOZIONI NEGATIVE 1A	9,2000	9,6000	-0,13575	33	0,892846

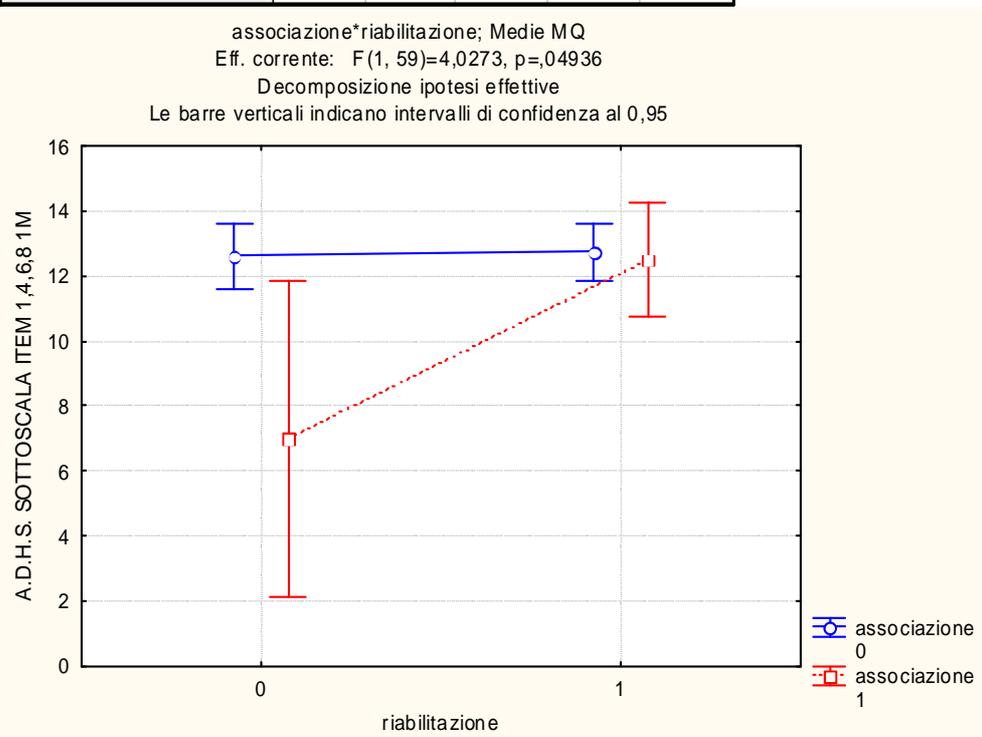


La scala EMO NEG del TYPE-D si dimostra statisticamente significativa nella rilevazione a tre mesi dall'evento coronarico, sembra infatti che soggetti che partecipano all'Associazione presentino un aumento importante nei livelli di affettività negativa.

## ANALISI FATTORIALE UNIVARIATA (ASSOCIAZIONE PER RIABILITAZIONE)

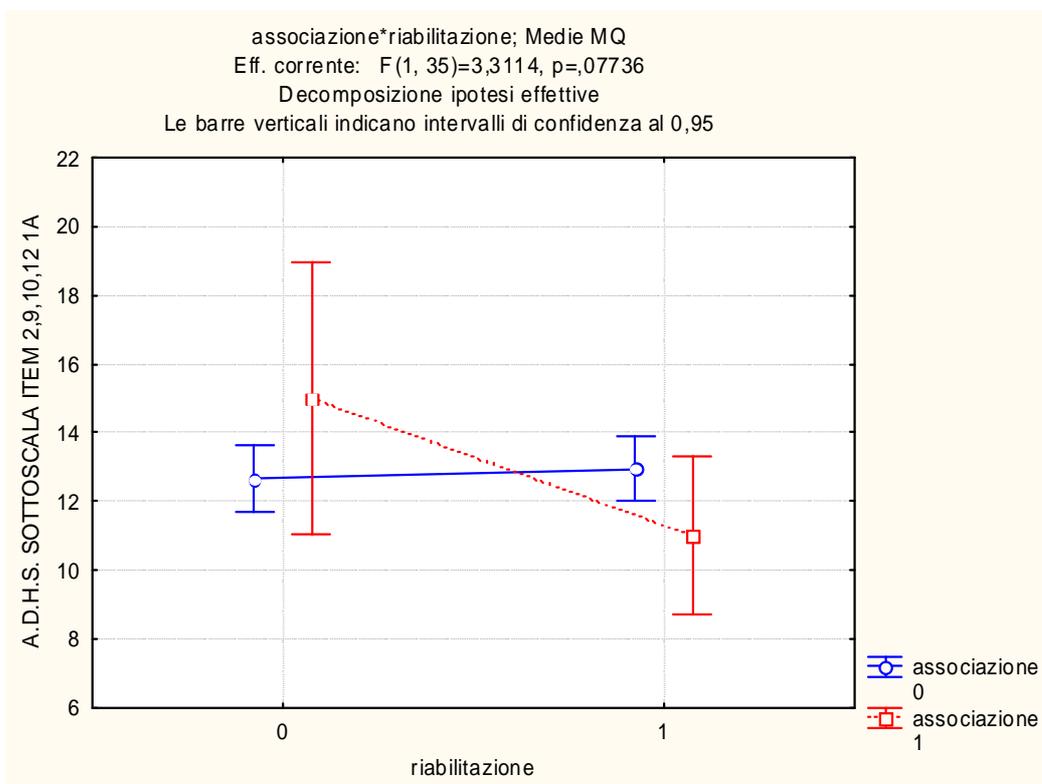
Tab. 15 Analisi univariata per la scala 1 del A.D.H.S. 1mese

Test Univariati di Significatività per A.D.H.S. SOTTOSCALA ITEM 1,4,6,8 1M					
Parametrizzazione sigma-ristretta					
Decomposizione ipotesi effettive					
Effetto	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	1675,2	1	1675,2	281,26	0,0000
associazione	28,50	1	28,50	4,78	0,0326
riabilitazione	26,42	1	26,42	4,43	0,0394
associazione*riabilita	23,98	1	23,98	4,02	0,0493
Errore	351,4	59	5,95		



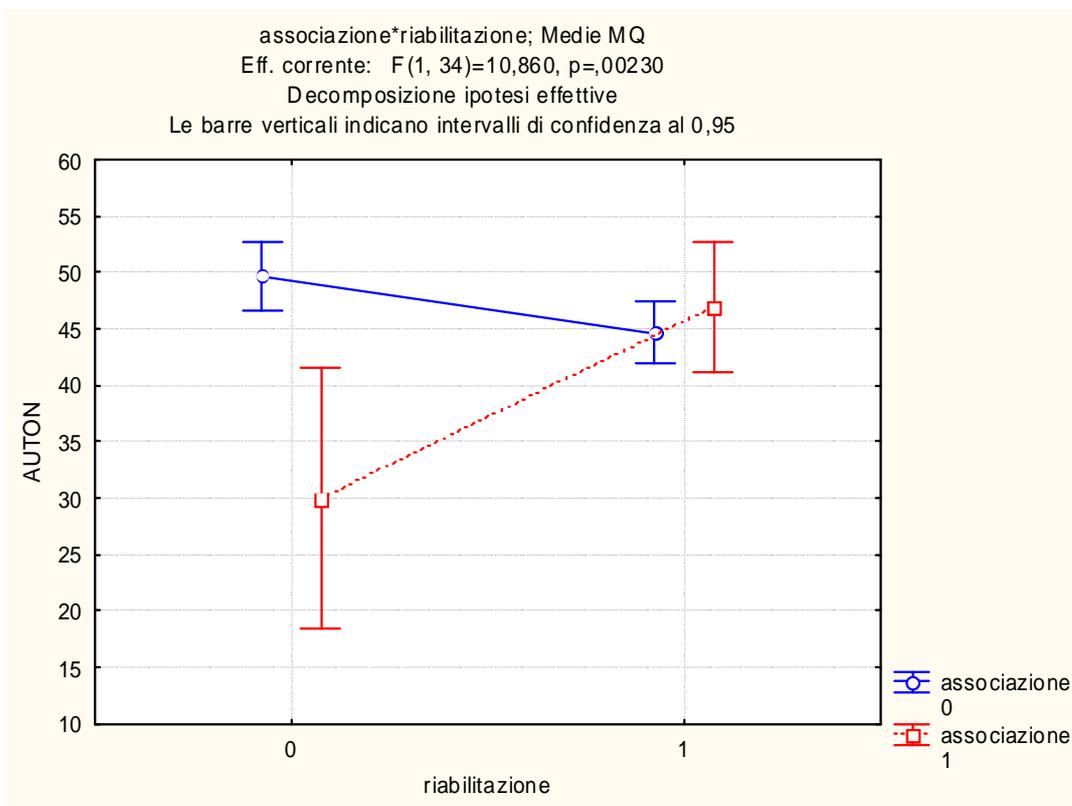
**Tab. 16 Analisi univariata per la scala 2 del A.D.H.S. 1anno.**

Effetto	Test Univariati di Significatività per A.D.H.S. SOTTOSCALA ITEM 2,9,10,12 1A (i)				
	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	1838,5	1	1838,5	477,27	0,0000
associazione	0,11	1	0,11	0,025	0,8636
riabilitazione	9,47	1	9,47	2,45	0,1259
associazione*riabilitaz	12,75	1	12,75	3,31	0,0773
Errore	134,8	35	3,85		



**Tab. 17 Analisi univariata per la scala AUTONOMIA del Questionario del benessere soggettivo. 1 anno**

Effetto	Test Univariati di Significatività per AUTON (rakele_dopo ESITI) Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive				
	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	21409,0	1	21409,0	655,221	0,00000
associazione	220,6	1	220,6	6,752	0,01374
riabilitazione	103,7	1	103,7	3,176	0,08365
associazione*riabilitazio	354,8	1	354,8	10,860	0,00230
Errore	1110,9	34	32,6		



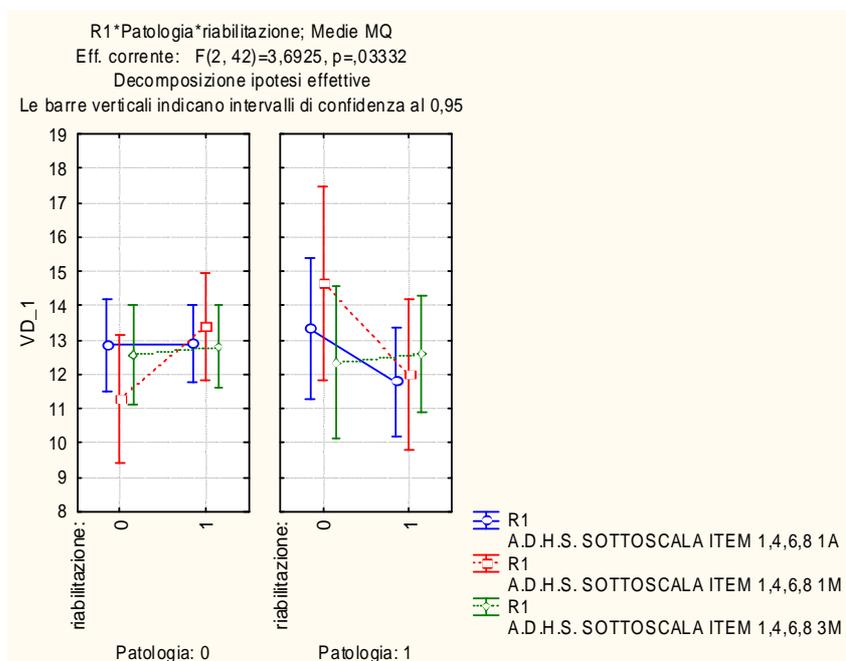
## ANALISI DELLA VARIANZA SU MISURE RIPETUTE (per RIABILITAZIONE).

**Tab. 18** Analisi della varianza su misure ripetute per la scala ITEM 1,4,6,8 del A.D.H.S.

Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rake_dopo ESITI DIFFERENZE)					
Parametrizzazione sigma-ristretta					
Decomposizione ipotesi effettive					
Effetto	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	9993,585	1	9993,585	1305,687	0,000000
Patologia	0,363	1	0,363	0,047	0,829767
riabilitazione	1,029	1	1,029	0,134	0,717594
Patologia*riabilitazione	17,148	1	17,148	2,240	0,149323
Errore	160,732	21	7,654		
R1	0,710	2	0,355	0,169	0,844935
R1*Patologia	5,442	2	2,721	1,296	0,284320
R1*riabilitazione	2,543	2	1,271	0,606	0,550445
R1*Patologia*riabilitazione	15,503	2	7,751	3,692	0,033323
Errore	88,168	42	2,099		

La sottoscala 1 dell'ADULT DISPOSITIONAL HOPE SCALE si dimostra statisticamente significativa nell'interazione tra ripetizione, patologia e riabilitazione.

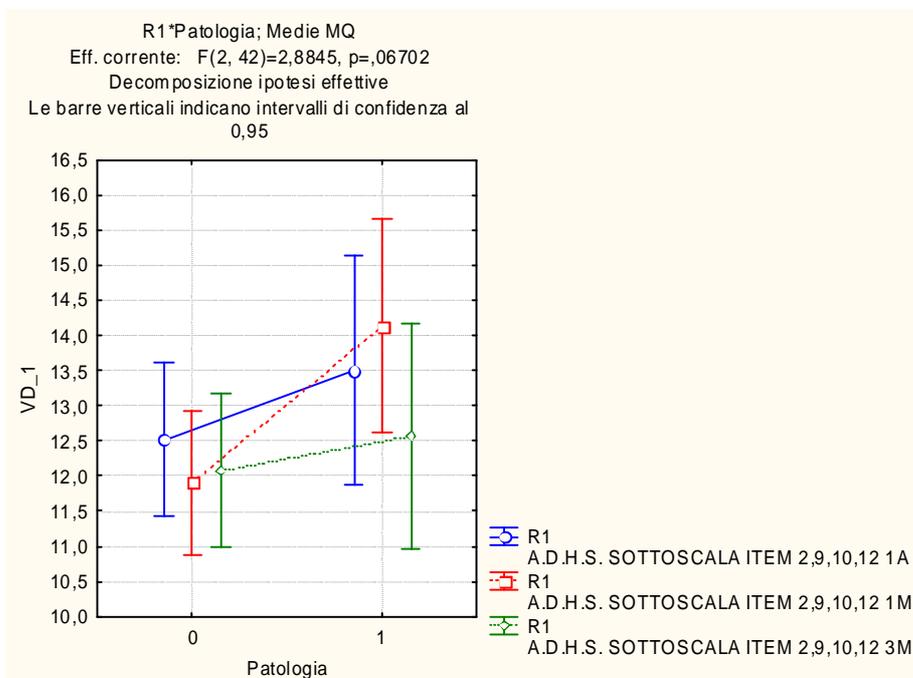
La sottoscala chiede ai soggetti di auto valutarsi rispetto alla propria capacità di raggiungere i successi nelle attività della vita quotidiana.



**Tab. 19 Analisi della varianza su misure ripetute per la SOTTOSCALA ITEM 2,9,10,12 del A.D.H.S.**

Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rakele_dopo ESITI DIFFERENZE) Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive					
Effetto	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	10103,70	1	10103,70	987,2881	0,000000
Patologia	23,61	1	23,61	2,3068	0,143720
riabilitazione	0,60	1	0,60	0,0590	0,810444
Patologia*riabilitazione	1,74	1	1,74	0,1703	0,684062
Errore	214,91	21	10,23		
R1	6,63	2	3,32	2,3322	0,109528
R1*Patologia	8,20	2	4,10	2,8845	0,067016
R1*riabilitazione	1,01	2	0,51	0,3563	0,702385
R1*Patologia*riabilitazione	3,22	2	1,61	1,1328	0,331760
Errore	59,72	42	1,42		

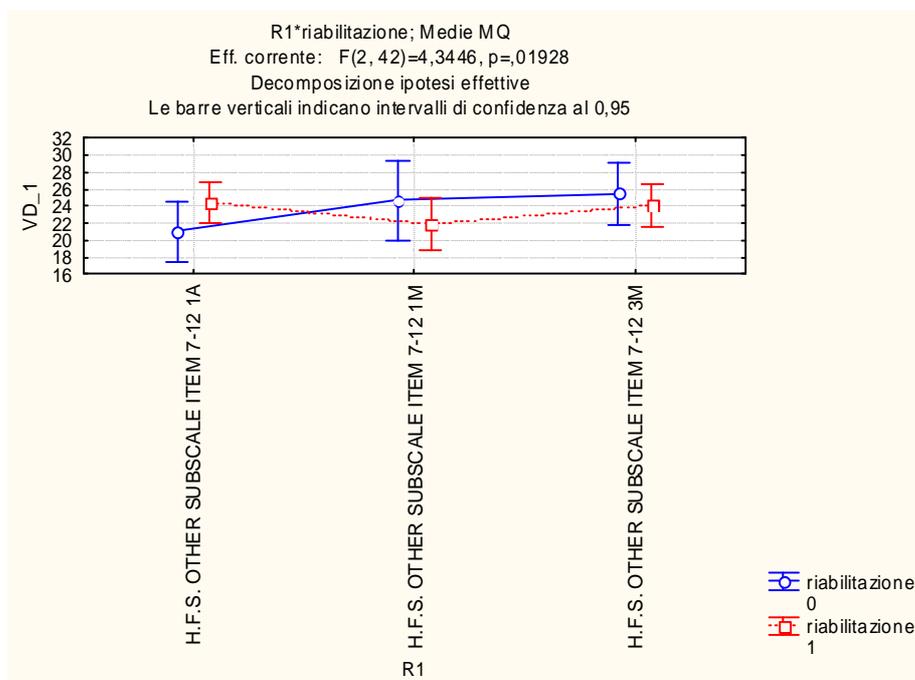
La sottoscala 2 dell'AULT DISPOSITIONAL HOPE SCALE risulta statisticamente tendenzialmente significativa per l'interazione tra ripetizione e patologia, la sottoscala chiede ai soggetti di valutare il successo del raggiungimento dei propri obiettivi personali. Nella rilevazione a tre mesi dall'evento coronarico la scala mostra valori più bassi rispetto alle rilevazioni ad un mese e ad un anno.



**Tab. 20 Analisi della varianza su misure ripetute per la scala OTHER del H.F.S.**

Effetto	Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rakele_dopo ESITI DIFFERENZE), Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive				
	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	28654,28	1	28654,28	620,7479	0,000000
Patologia	147,37	1	147,37	3,1925	0,088421
riabilitazione	1,01	1	1,01	0,0219	0,883834
Patologia*riabilitazione	107,06	1	107,06	2,3194	0,142689
Errore	969,38	21	46,16		
R1	39,57	2	19,78	1,9065	0,161245
R1*Patologia	8,91	2	4,46	0,4295	0,653687
R1*riabilitazione	90,17	2	45,09	4,3446	0,019276
R1*Patologia*riabilitazione	0,86	2	0,43	0,0413	0,959549
Errore	435,86	42	10,38		

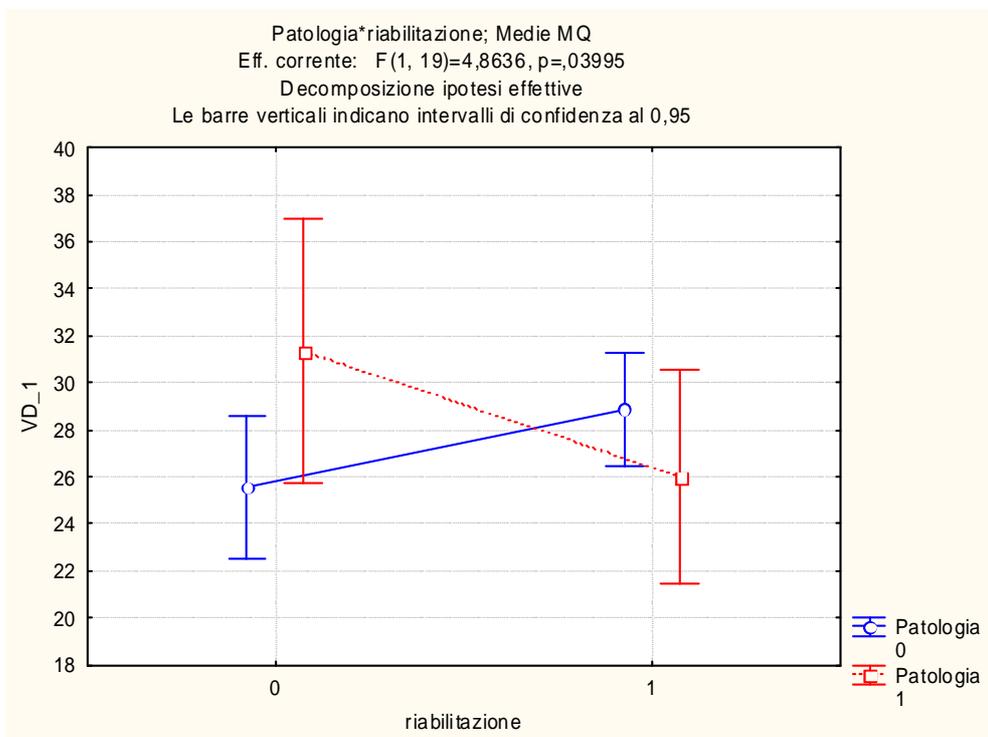
La tendenziale significatività della scala OTHER del H.F.S. è dovuta alla presenza di esito patologico, mentre l'interazione tra ripetizione e riabilitazione mostra significatività statistica. Questa scala misura la tendenza dei soggetti a perdonare “altri” rispetto all'essere causa della propria malattia.



**Tab. 21 Analisi della varianza su misure ripetute per la scala SITUATION del H.F.S.**

Effetto	Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rakele_dopo ESITI DIFFERENZE) Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive				
	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	35129,51	1	35129,51	813,9851	0,000000
Patologia	23,37	1	23,37	0,5415	0,470806
riabilitazione	11,54	1	11,54	0,2674	0,611062
Patologia*riabilitazione	209,90	1	209,90	4,8636	0,039947
Errore	819,99	19	43,16		
R1	43,01	2	21,50	1,3323	0,275917
R1*Patologia	21,73	2	10,87	0,6733	0,516008
R1*riabilitazione	4,13	2	2,06	0,1279	0,880329
R1*Patologia*riabilitazione	23,62	2	11,81	0,7316	0,487793
Errore	613,35	38	16,14		

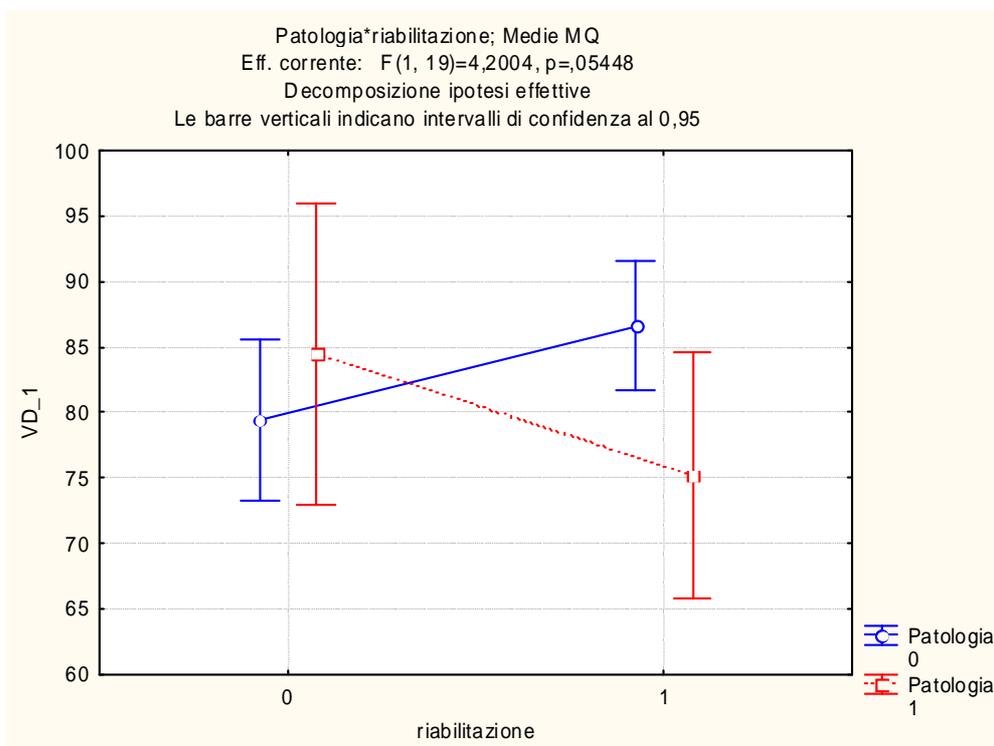
La significatività statistica della scala SITUATION del H.F.S. è dovuta all'interazione tra patologia e riabilitazione, la sottoscala chiede al soggetto di auto valutare la capacità di perdonare le situazioni.



**Tab. 22 Analisi della varianza su misure ripetute per la scala TOT del H.F.S.**

Effetto	Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rakele_dopo ESITI DIFFERENZE) Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive				
	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	298334,5	1	298334,5	1646,146	0,000000
Patologia	112,0	1	112,0	0,618	0,441443
riabilitazione	12,4	1	12,4	0,068	0,796453
Patologia*riabilitazione	761,2	1	761,2	4,200	0,054477
Errore	3443,4	19	181,2		
R1	169,2	2	84,6	1,787	0,181275
R1*Patologia	32,9	2	16,4	0,347	0,708925
R1*riabilitazione	42,9	2	21,5	0,453	0,639134
R1*Patologia*riabilitazione	68,6	2	34,3	0,725	0,491033
Errore	1799,7	38	47,4		

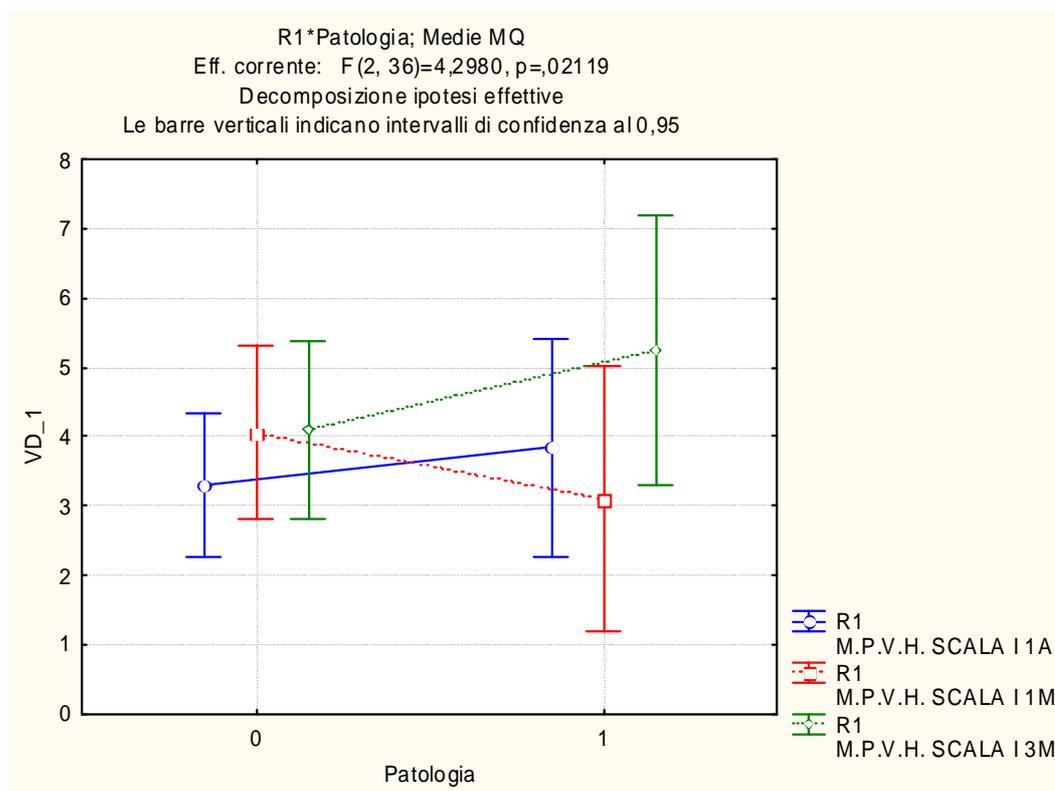
La tendenziale significatività statistica di questa scala è dovuta all'interazione tra patologia e riabilitazione, la sottoscala TOT del H.F.S. misura la capacità del soggetto di perdonarsi e di non attribuire a sé la causa della malattia.



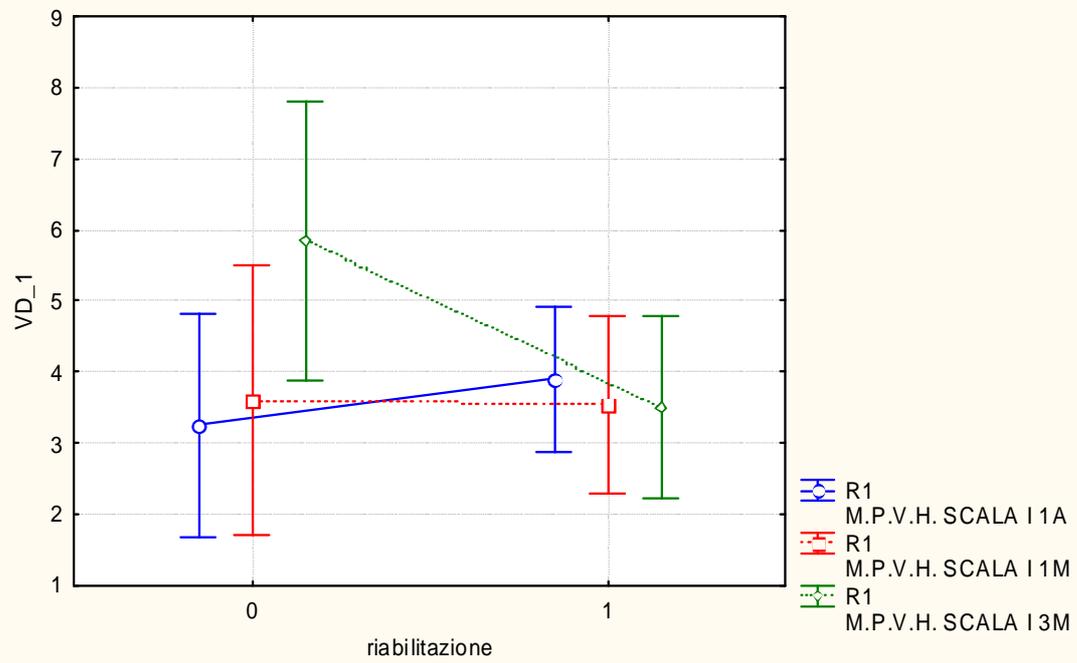
**Tab. 23 Analisi della varianza su misure ripetute per la scala SCALA I del M.P.V.H.**

Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rakele_dopo ESITI DIFFERENZE) Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive					
Effetto	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	745,7633	1	745,7633	69,80624	0,000000
Patologia	0,7500	1	0,7500	0,07020	0,794052
riabilitazione	4,0833	1	4,0833	0,38222	0,544164
Patologia*riabilitazione	0,0300	1	0,0300	0,00281	0,958322
Errore	192,3000	18	10,6833		
R1	12,9067	2	6,4533	5,92653	0,005958
R1*Patologia	9,3600	2	4,6800	4,29796	0,021190
R1*riabilitazione	19,7067	2	9,8533	9,04898	0,000655
R1*Patologia*riabilitazione	0,3200	2	0,1600	0,14694	0,863862
Errore	39,2000	36	1,0889		

La sottoscala I del M.P.V.H. valuta il livello di invalidità percepita da parte del soggetto a seguito dell'evento coronarico, si dimostra statisticamente significativa per la ripetizione, per l'interazione tra ripetizione e patologia ed infine per l'interazione tra ripetizione e riabilitazione.



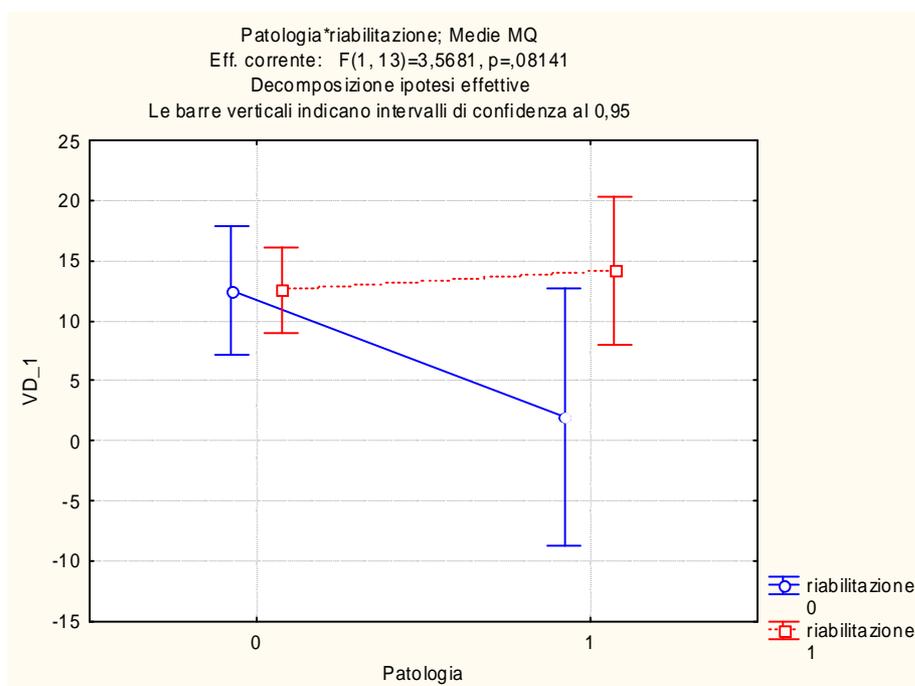
R 1\*riabilitazione; Medie MQ  
 Eff. corrente:  $F(2, 36)=9,0490, p=,00065$   
 Decomposizione ipotesi effettive  
 Le barre verticali indicano intervalli di confidenza al 0,95

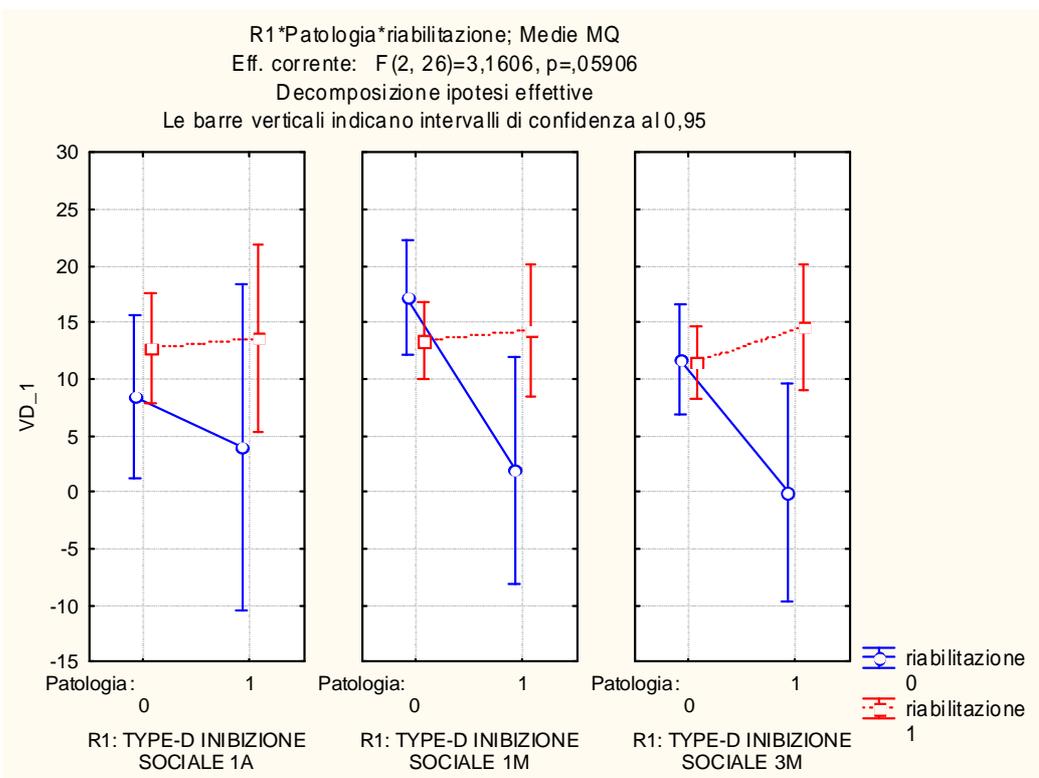
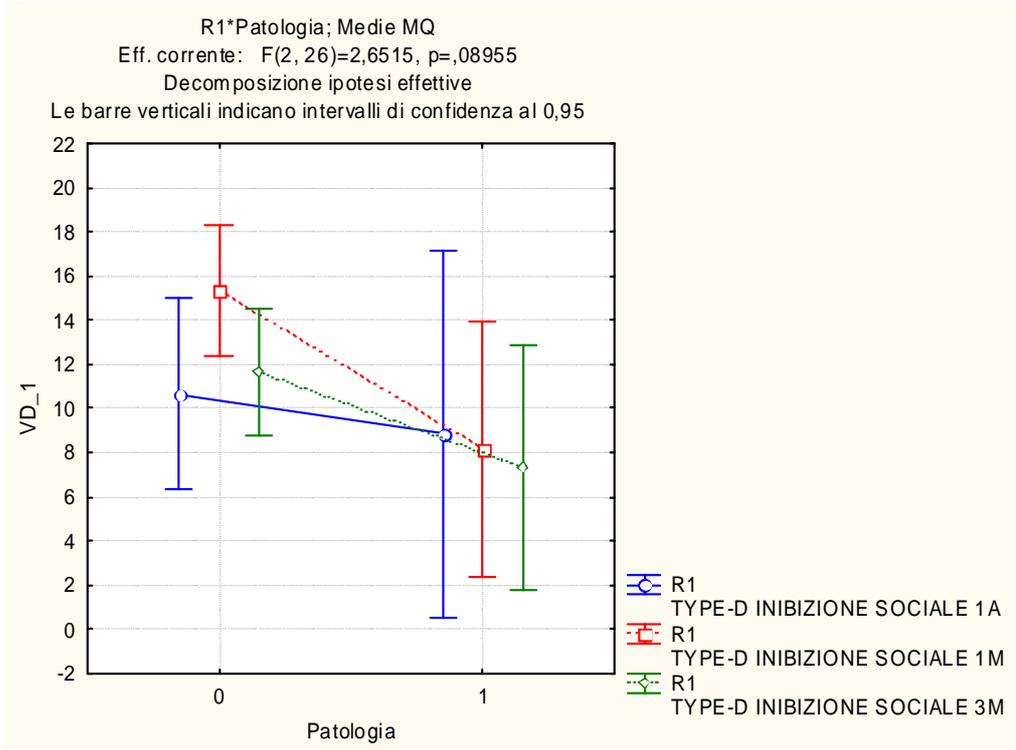


**Tab. 24 Analisi della varianza su misure ripetute per la scala TYPE-D INIBIZIONE SOCIALE**

Effetto	Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rakele_dopo ESITI DIFFERENZE) Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive				
	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	3022,077	1	3022,077	41,39509	0,000022
Patologia	139,308	1	139,308	1,90819	0,190447
riabilitazione	268,503	1	268,503	3,67784	0,077375
Patologia*riabilitazione	260,489	1	260,489	3,56806	0,081414
Errore	949,074	13	73,006		
R1	29,172	2	14,586	2,26506	0,123932
R1*Patologia	34,148	2	17,074	2,65145	0,089547
R1*riabilitazione	12,778	2	6,389	0,99217	0,384377
R1*Patologia*riabilitazione	40,705	2	20,353	3,16061	0,059063
Errore	167,426	26	6,439		

La scala dell'INIBIZIONE SOCIALE del TYPE-D valuta il livello di inibizione sociale e risulta tendenzialmente significativa sulla base della partecipazione alla riabilitazione ospedaliera, sulla base dell'interazione tra esiti patologici e riabilitazione ed infine sulla base dell'interazione tra ripetizione ed esito patologico.



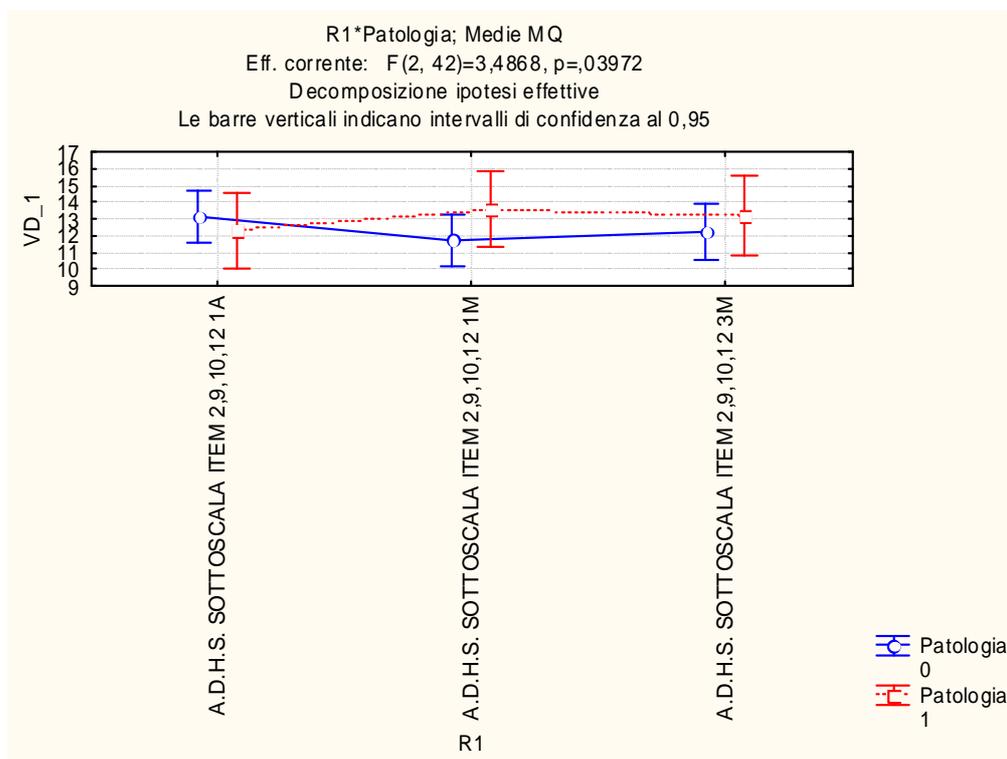


**ANALISI DELLA VARIANZA SU MISURE RIPETUTE (per ASSOCIAZIONE).**

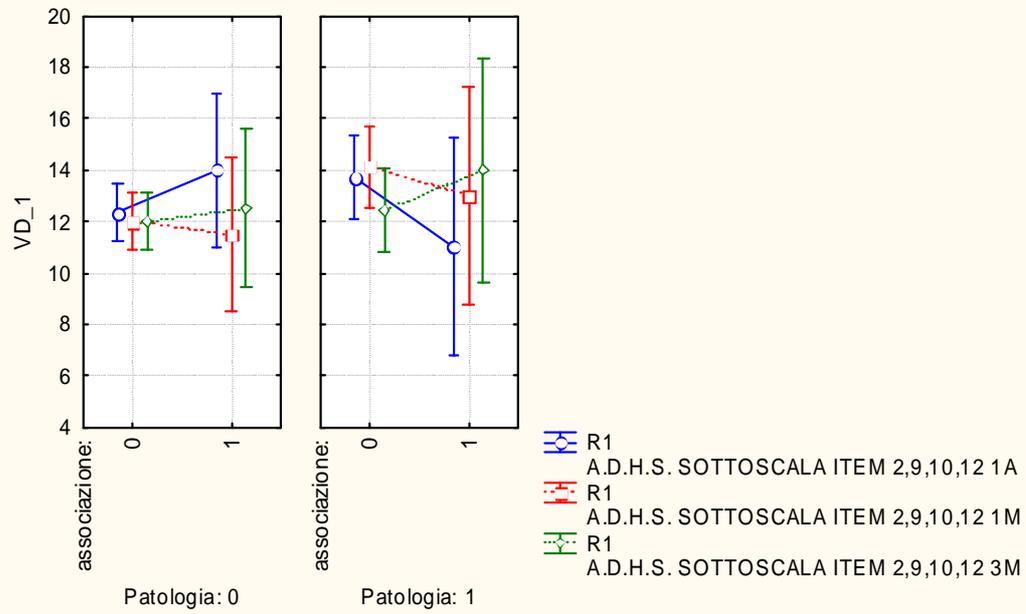
**Tab. 25** Analisi della varianza su misure ripetute per la scala ITEM 2,9,10,12 del A.D.H.S.

Effetto	Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rakele_dopo ESITI DIFFERENZE) Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive				
	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	4541,727	1	4541,727	446,5447	0,000000
Patologia	3,046	1	3,046	0,2995	0,589979
associazione	0,075	1	0,075	0,0073	0,932506
Patologia*associazione	3,046	1	3,046	0,2995	0,589979
Errore	213,587	21	10,171		
R1	0,051	2	0,025	0,0210	0,979278
R1*Patologia	8,426	2	4,213	3,4868	0,039723
R1*associazione	4,656	2	2,328	1,9268	0,158271
R1*Patologia*associazione	9,094	2	4,547	3,7634	0,031374
Errore	50,746	42	1,208		

La sottoscala 2 dell'ADULT DISPOSITIONAL HOPE SCALE indaga la capacità dei soggetti di raggiungere i propri obiettivi personali e risulta significativa statisticamente nell'interazione tra ripetizione ed esito patologico.



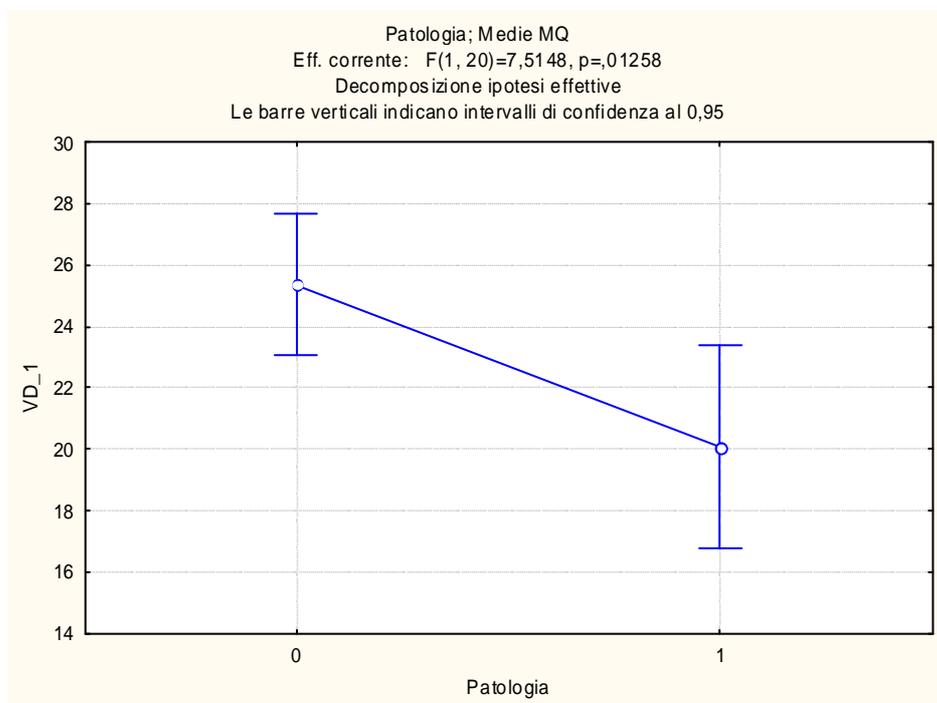
R1\*Patologia\*associazione; Medie MQ  
 Eff. corrente:  $F(2, 42)=3,7634$ ,  $p=,03137$   
 Decomposizione ipotesi effettive  
 Le barre verticali indicano intervalli di confidenza al 0,95

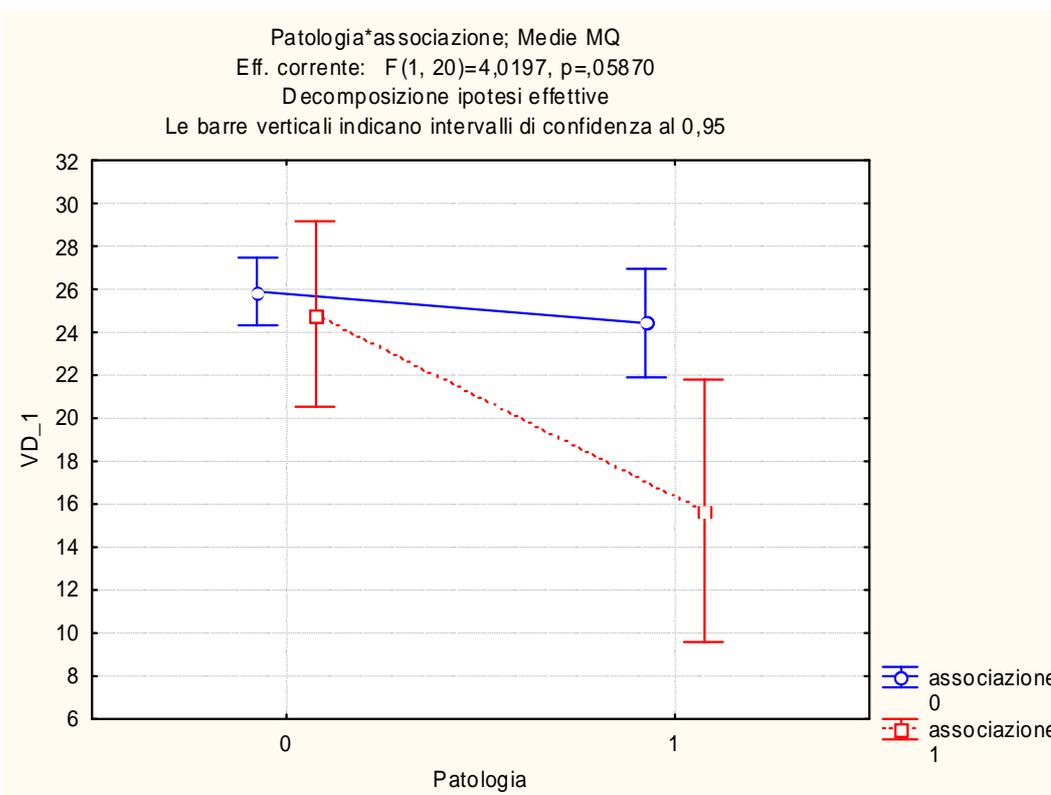
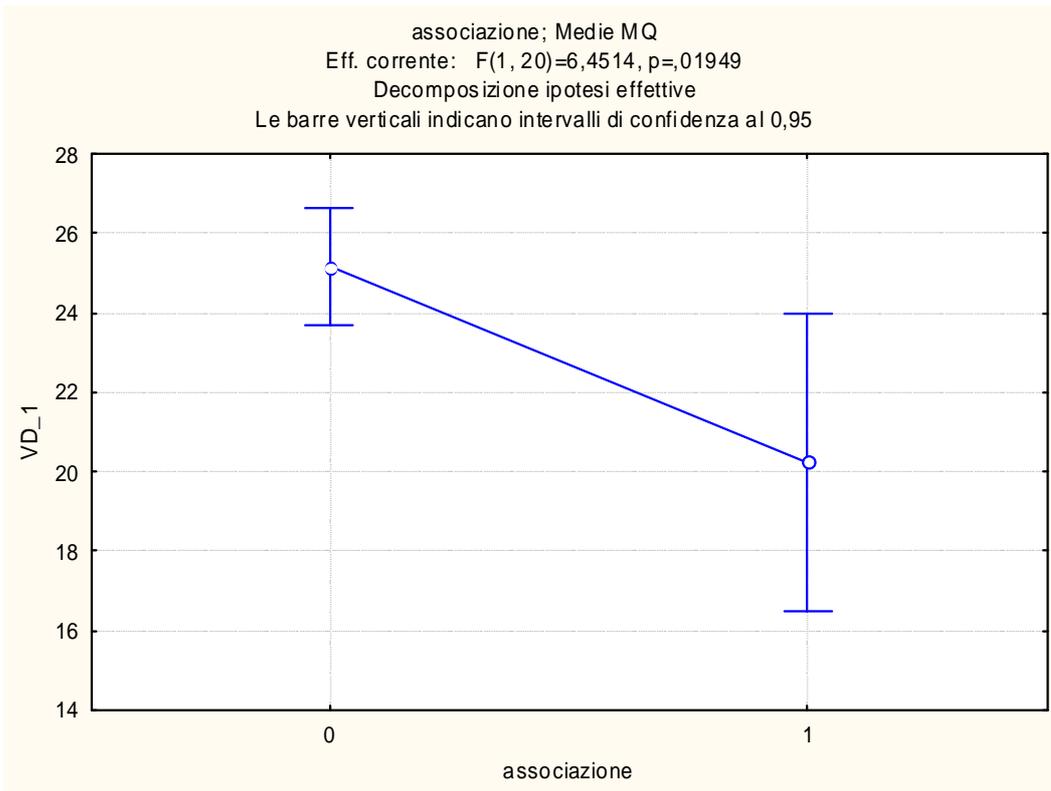


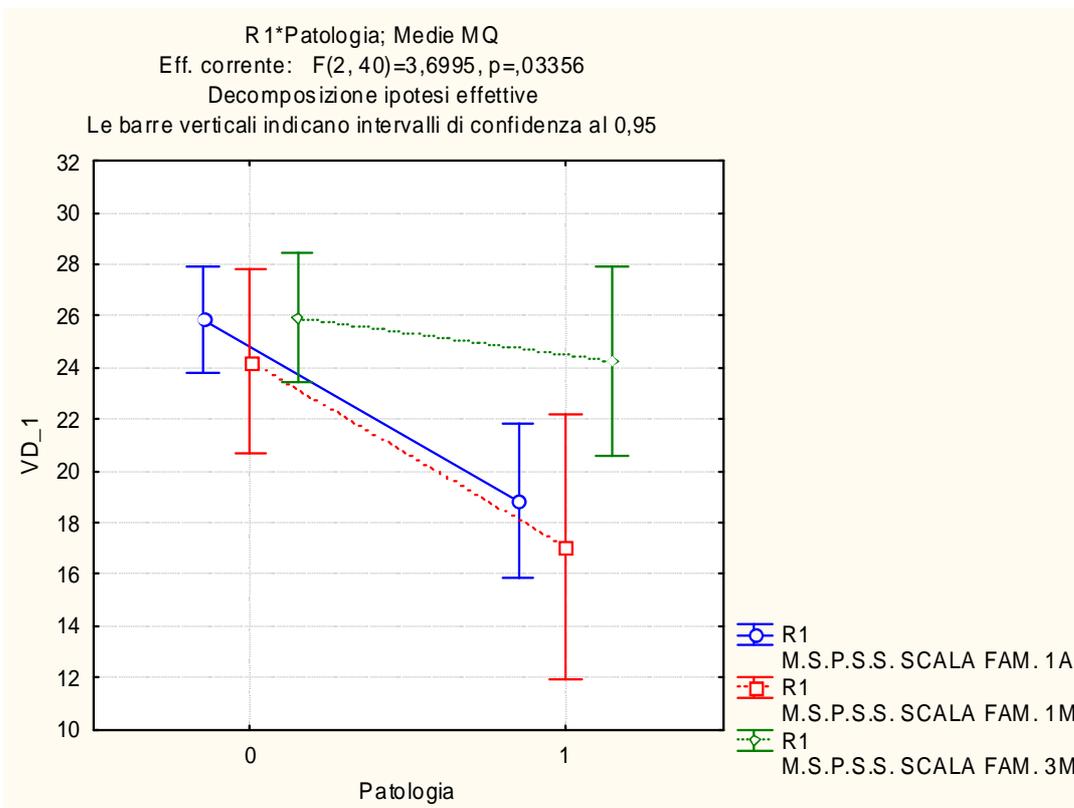
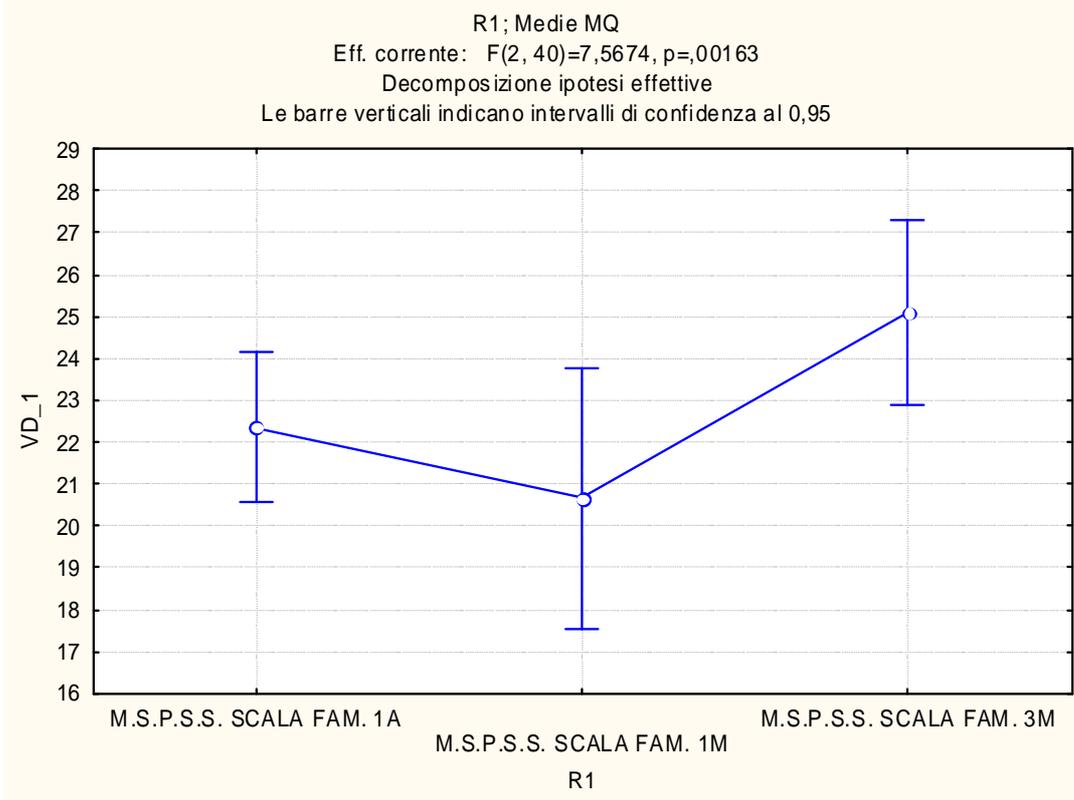
**Tab. 26 Analisi della varianza su misure ripetute per la scala FAM. del M.S.P.S.S.**

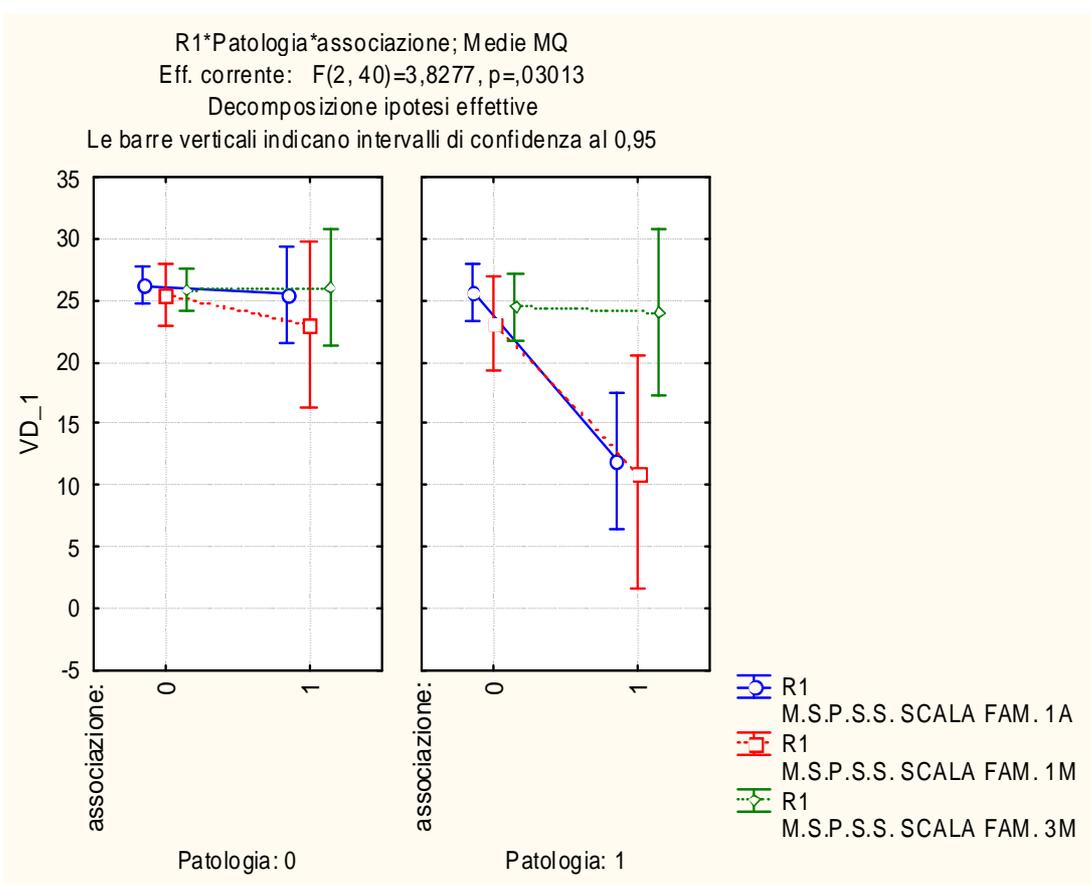
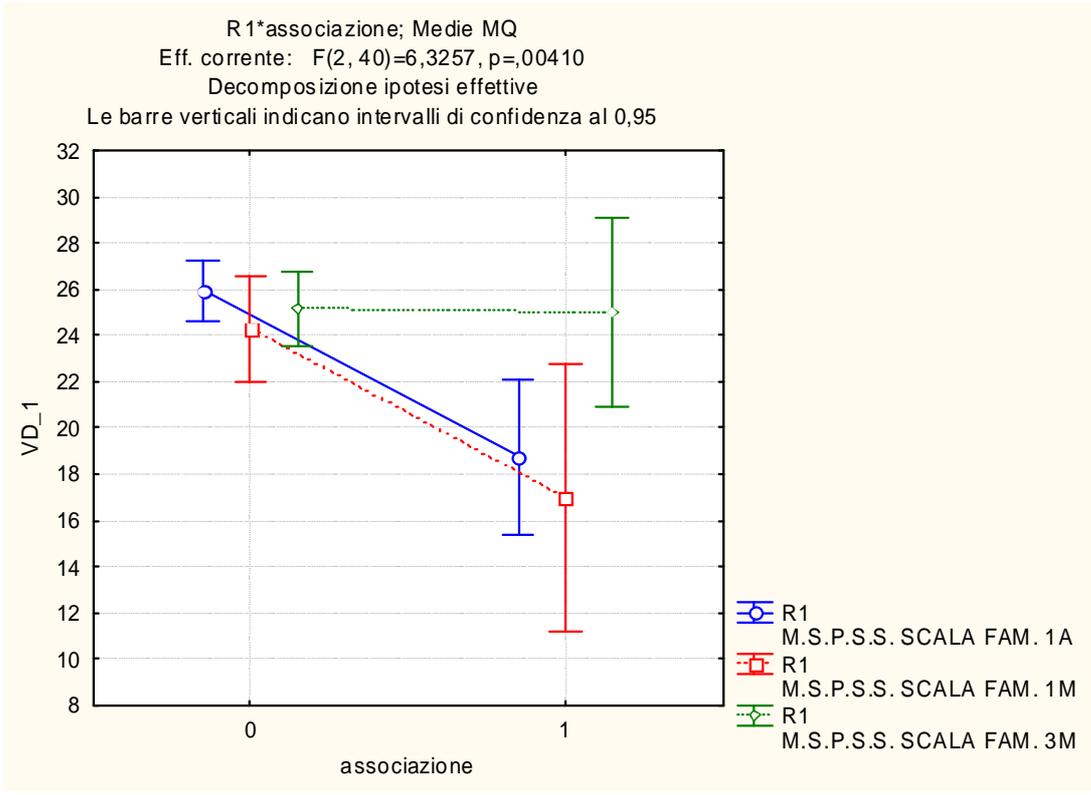
Effetto	Analisi della Varianza su Misure Ripetute (rakele_dopo ESITI DIFFERENZE) Parametrizzazione sigma-ristretta Decomposizione ipotesi effettive				
	SS	Gradi di Libertà	MS	F	p
Intercetta	14273,06	1	14273,06	552,7077	0,000000
Patologia	194,06	1	194,06	7,5148	0,012584
associazione	166,60	1	166,60	6,4514	0,019492
Patologia*associazione	103,81	1	103,81	4,0197	0,058695
Errore	516,48	20	25,82		
R1	92,36	2	46,18	7,5674	0,001632
R1*Patologia	45,15	2	22,58	3,6995	0,033559
R1*associazione	77,20	2	38,60	6,3257	0,004102
R1*Patologia*associazione	46,71	2	23,36	3,8277	0,030128
Errore	244,09	40	6,10		

La sottoscala FAM del M.S.P.S.S. chiede al soggetto di valutare il livello di supporto sociale percepito da parte dei propri familiari, risulta statisticamente significativa sulla base dell'esito patologico, sulla base della partecipazione alle attività dell'Associazione, per la ripetizione, per l'interazione tra ripetizione e patologia, per l'interazione tra ripetizione e associazione ed infine per l'interazione tra ripetizione, patologia ed associazione.









### **Analisi della varianza su misure ripetute:**

Nel corso della rilevazione nel campione si osserva un aumento nei valori della scala W dell'MPVH che misura lo stato di benessere globale percepito dal soggetto ma anche una diminuzione dei valori relativi alla variabile che misura la percezione soggettiva dell'inibizione sociale (scala S dell'MPVH, scala INIBIZIONE SOCIALE del TYPE-D).

Nella rilevazione ad un anno dall'evento coronario si osserva una diminuzione nei livelli delle EMOZIONI NEGATIVE misurate dal TYPE-D. Si registra, inoltre, un aumento della tendenza dei soggetti ad attribuire a cause interne l'andamento del proprio stato di salute (scala I del LOCUS OF CONTROL). Infine, si osserva una diminuzione della reattività alle situazioni misurata nella scala SITUATION del H.F.S..

- **T-student per patologia:**

Dalle analisi condotte confrontando il gruppo caratterizzato da esito patologico con il gruppo caratterizzato dall'assenza di esito patologico emerge che nella rilevazione ad un anno dall'evento coronarico, la capacità di perdonare gli altri, misurata dalla scala OTHER del H.F.S. sembra subire un significativo abbassamento nei soggetti con esito patologico, si può quindi ipotizzare a partire da questo risultato un aumento dei livelli di ostilità.

Alti livelli di un abbassamento del tono dell'umore sono riscontrabili nei soggetti che hanno esito patologico, come emerge dalla scala O del M.P.V.H. nella rilevazione ad un anno dall'evento.

I livelli di inibizione sociale nella rilevazione a tre mesi dall'evento in soggetti senza esito patologico presentano un forte abbassamento, soprattutto rispetto agli stessi valori misurati nella rilevazione ad un anno dalla scala S del M.P.V.H..

Sembra che l'esito patologico comporti una nuova condizione di vita in cui il soggetto si ripositiona rispetto alla sua rete sociale.

Nella rilevazione ad un anno dall'evento coronarico i livelli dell'ansia di stato misurati dallo STAI evidenziano che soggetti con esito patologico sperimentano alti livelli d'ansia che a loro volta possono essere considerati fattori di rischio. I risultati dimostrano che le variabili psicologiche hanno consistenti effetti sugli esiti patologici, coerentemente con quanto descritto in letteratura.

- **T-student per riabilitazione:**

Da questa analisi è emerso che vi sono poche variabili influenzate dalla partecipazione alla riabilitazione ospedaliera (alcuni soggetti partecipano alle attività riabilitative ospedaliere su indicazione dell'equipe curante per un periodo che va dai 15 ai 30 giorni successivi all'evento coronario).

Solo la scala OTHER dell'H.F.S sembra esserne influenzata nella rilevazione ad un anno dall'evento, questa scala misura la capacità del soggetto di perdonare gli altri, nei soggetti che non partecipano alla riabilitazione cardiologica ospedaliera sembra che nella rilevazione ad un anno dall'evento coronarico questa capacità abbia un significativo abbassamento, mentre i valori misurati nelle tre rilevazioni in soggetti che partecipano alla riabilitazione si mantengono stabili nel tempo.

- **T -student per associazione:**

Più consistenti sono invece gli effetti dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS sui soggetti con evento coronarico. La scala TOTALE dell'H.F.S. nella rilevazione ad un anno dall'evento si dimostra statisticamente significativa, per un aumento dei valori. La scala indaga la capacità del soggetto di perdonare (se stesso, gli altri, le situazioni).

La scala I dell'MPVH mostra un aumento del senso di invalidità percepita dai soggetti nella rilevazione a tre mesi dall'evento. La scala S dell'MPVH mostra tendenziali significatività nella diminuzione dei valori ad un mese dall'evento e nell'aumento ad un anno degli stessi valori: questa variabile misura i livelli di inibizione sociale nei soggetti che partecipano all'attività dell'Associazione.

Nella rilevazione a tre mesi dall'evento coronarico la scala EMOZIONI NEGATIVE del TYPE-D si dimostra tendenzialmente significativa per un aumento dei valori nei soggetti che partecipano alle attività dell'Associazione, a partire da questo risultato si può ipotizzare che la partecipazione all'Associazione possa rappresentare un aiuto nella direzione dell'espressione e della condivisione delle emozioni negative.

Nel loro complesso le significatività anche tendenziali di queste variabili sembrano dimostrare che la partecipazione all'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS

aumentino la percezione da parte dei soggetti di sentimenti di invalidità ma nello stesso tempo aumenti la capacità di perdonare e l'espressione di emozioni negative.

- **Analisi fattoriale univariata per l'interazione tra Associazione e riabilitazione:**

Ad un mese dall'evento coronarico i soggetti che partecipano solo alle attività dell'Associazione dimostrano avere valori più bassi nella capacità di valutare raggiungibili gli obiettivi futuri della propria vita. Si può ipotizzare che questi soggetti sperimentino più bassi livelli di speranza rispetto a chi, sempre nella rilevazione ad un mese dall'evento, partecipa sia all'Associazione che alla riabilitazione ospedaliera, come evidenziato dalla scala 1 del A.D.H.S..

La rilevazione ad un anno dall'evento coronarico mostra la tendenziale significatività statistica della scala 2 del A.D.H.S. sembra che il gruppo di soggetti che partecipano solo alle attività dell'Associazione mostri un aumento nella capacità di considerare raggiunti i propri obiettivi personali.

La scala dell'autonomia personale misurata dal questionario del benessere soggettivo sembra evidenziare come i soggetti che partecipano all'Associazione ma non alla riabilitazione sperimentino più bassi livelli di autonomia percepita rispetto ai soggetti che partecipano solo alla riabilitazione ospedaliera. Si può ipotizzare che questi soggetti siano influenzati nei loro comportamenti dalle aspettative e dai giudizi degli altri e non siano in grado di influire attivamente ed autonomamente nelle prese di decisioni.

- **Analisi della varianza su misure ripetute per riabilitazione:**

Si riscontra una tendenziale significatività nella scala 2 dell'ADHS nella rilevazione ad un mese dall'evento: sembra che la convinzione da parte dei soggetti di aver raggiunto i propri obiettivi personali aumenti la probabilità di esito patologico. L'aspettativa modera l'effetto della riabilitazione ma la riabilitazione sembra non sufficientemente in grado di spiegare l'effetto sulla patologia in quanto questo effetto è mediato dalle prospettive stimate di successo.

Se nei primi mesi successivi all'evento coronarico il soggetto si caratterizza per un livello basso di prospettive di successo, allora la probabilità che la riabilitazione produca esiti positivi sulla patologia sembra minore (come si osserva dai valori della variabile ADHS scala 1). Al contrario la riabilitazione è efficace se accompagnata nei primi mesi da valori più alti di speranza.

La capacità di perdonare, misurata dalla scala OTHER dell'H.F.S. , è fortemente influenzata dalla partecipazione alla riabilitazione: i soggetti che vi partecipano mostrano valori crescenti nella capacità di perdonare gli altri ma la riabilitazione come unica variabile indipendente non mostra effetti diretti, è sempre mediata da altre variabili.

La capacità di perdonare ha effetto sulla patologia solo quando i soggetti non partecipano alla riabilitazione; come dimostra la scala SITUATION dell'H.F.S. le persone apparentemente remissive, poco reattive alle situazioni tendono ad avere esiti patologici, questo effetto viene però annullato dalla presenza della riabilitazione.

Dai valori misurati dalla scala TOTALE dell'H.F.S. emerge che la partecipazione alla riabilitazione compensa la scarsa reattività, ostilità alle situazioni ed amplifica l'effetto positivo della capacità di perdonare (se stessi, gli altri e le situazioni).

Esiti patologici e partecipazione alla riabilitazione sembrano agire separatamente: la scala I dell'MPVH mostra che in soggetti patologici aumenta il senso di invalidità percepita nella rilevazione ad un mese dall'evento, mentre nella rilevazione a tre mesi e ad un anno si rileva una diminuzione della stessa variabile associata a più probabili esiti patologici. Inoltre questa scala mostra l'aumento del senso di invalidità percepita nella rilevazione a tre mesi in soggetti che non partecipano alla riabilitazione, il gruppo di ricerca tende a leggere queste significatività nella direzione di considerare le criticità riscontrate nella partecipazione alla riabilitazione.

La scala INIBIZIONE SOCIALE del TYPE-D mostra una diminuzione dei valori di inibizione sociale soprattutto nella rilevazione ad un mese dall'evento in soggetti con esito patologico.

- **Analisi della varianza su misure ripetute per associazione:**

Analizzando il gruppo dei pazienti che ha partecipato alle attività dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS appare significativa la scala 2 del A.D.H.S.. Emerge che chi ha esiti patologici e partecipa all'Associazione ha valori bassi nella prima rilevazione che poi si alzano ad un anno. In questi soggetti è più probabile che si sviluppino esiti patologici. La probabilità di patologia è alta per i soggetti che partecipando all'Associazione mostrano una diminuzione della consapevolezza di aver raggiunto gli obiettivi personali, soggetti che frequentano l'Associazione ed aumentano i valori di questa variabile sono caratterizzati da minori probabilità di esiti patologici

Per quanto riguarda la scala FAM. del M.S.P.S.S., che misura il supporto familiare percepito, dall'analisi risulta che soggetti senza esito patologico sono caratterizzati da alti livelli di supporto sociale da parte dei propri familiari, il gruppo di ricerca ipotizza che il supporto familiare rappresenti un fattore di protezione per lo sviluppo di una patologia. I soggetti che partecipano all'Associazione e mostrano bassi livelli di supporto familiare risultano avere esiti patologici. Nel campione generale il valore tende ad aumentare, l'esito patologico caratterizza coloro che diminuiscono questo valore.

Il gruppo con esiti patologici è caratterizzato da chi ha una diminuzione del supporto familiare percepito e partecipa all'Associazione, mentre la patologia non colpisce chi partecipando all'Associazione non vede diminuire il supporto familiare percepito.

## FASE QUALITATIVA

### **SOGGETTI:**

Ad alcuni pazienti arruolati alla ricerca, a circa 6 mesi dall'evento coronarico acuto, è stata proposta la partecipazione ad un Focus Group.

I pazienti sono stati selezionati in base al tempo trascorso dall'evento, al sesso ed all'età.

Sono stati condotti tre Focus Group, uno per ogni gruppo d'appartenenza dei diversi soggetti:

**GRUPPO 1:** *Pazienti che afferiscono alla riabilitazione ospedaliera e partecipano ad almeno un'attività dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS (4 soggetti).*

**GRUPPO 2:** *Pazienti che afferiscono solo alla riabilitazione ospedaliera (4 soggetti).*

**GRUPPO 4:** *Pazienti che non afferiscono né alla riabilitazione ospedaliera, né partecipano alle attività dell'associazione "Cuore Batticuore" ONLUS (4 soggetti)*

Ogni Focus Group, della durata di un'ora ciascuno circa, è stato condotto da una psicologa alla presenza di un'osservatore, registrato e sbobinato in forma anonima.

## **STRUMENTI**

La “Focus Group discussion” permette ai soggetti di esprimere le proprie opinioni a proposito di specifici fenomeni psicosociali attraverso un’intervista in profondità, di gruppo e semi-strutturata. E’ uno strumento utilizzabile anche nella ricerca quantitativa ma in quella qualitativa risulta più efficace perché permette di approfondire la comprensione che gli intervistati hanno degli oggetti di ricerca. Tale obiettivo è raggiungibile grazie allo stile non direttivo della discussione in cui l’intervistatore è un “active member researcher” (Adler, Adler, 1994) , ovvero partecipante-ricercatore, collabora all’attività del gruppo e si assume la responsabilità di dirigerlo senza dividerne credenze e scopi.

La Focus Group discussion rappresenta un contesto comunicativo utile a scoprire i processi attraverso cui i significati vengono costruiti socialmente.

La pianificazione di un Focus Group prevede la composizione di un gruppo che può variare tra 4 e 12 soggetti (Morgan, 1988), prevede una durata media da una a due ore e un ambiente informale che possa agevolare l’interazione.

## **MODALITA’ DI RIELABORAZIONE DATI:**

- T-lab è un software costituito da un insieme di strumenti linguistici e statistici per l’analisi dei testi che possono essere utilizzati nelle seguenti pratiche di ricerca: Semantic Analysis, Content Analysis, Perceptual Mapping, Text Mining, Discourse Analysis.

In particolare gli strumenti T-Lab consentono di realizzare tre tipi di analisi: Thematic Analysis, Co- occurrence Analysis, Comparative Analysis.

Thematic Analysis delle unità di contesto: analisi tematica dei contesti elementari (es. frammenti di testo, paragrafi, frasi), sequenze di temi, classificazione tematica di documenti, contesti chiave di parole tematiche.

Co- occurrence Analysis di parole chiave: indici di associazione, confronti tra coppie, mappe concettuali, analisi delle sequenze, concordanze.

Comparative Analysis dei sottoinsiemi del corpus: analisi delle specificità, analisi delle corrispondenze, analisi delle corrispondenze multiple, cluster analysis.

Software costituito da un insieme di strumenti linguistici e statistici per l'analisi di contenuto.

Crea dei raggruppamenti semantici sulla base dell'elaborazione statistica delle co-occorrenze applicate ad un modello linguistico.

I raggruppamenti semantici vengono rappresentati su un sistema di coordinate che rende possibile, mediante elaborazioni successive, determinare assi discorsivi su cui si struttura il testo.

- La semiotica di A.J. Greimas ha permesso di approfondire la conoscenza e la comprensione dei risultati ottenuti attraverso l'analisi del testo effettuata con T-Lab.

Per inquadrare la semiotica generativa di Greimas è necessario considerare l'evoluzione della semiotica strutturalista (ma anche della semiotica in generale) da semiotica del codice a semiotica del testo.

La nozione di testo cui la semiotica del testo fa riferimento si deve soprattutto al linguista e semiologo danese Louis Hjelmslev, il quale (opera principale: *Fondamenti di teoria del linguaggio*, 1943, tr. ingl. riv. 1961) ha riformulato la nozione saussuriana di segno e la distinzione fra “langue” e “parole”.

Per Hjelmslev il segno è una relazione (o funzione) espressione/contenuto, e sia espressione che contenuto hanno una forma e una sostanza.

In ambedue i casi la sostanza è ricavata (mediante l'intervento di una forma) da una materia (amorfa, ovvero pre-semiotica). Come esempi, possiamo pensare alle possibilità umane di articolare suoni che diventano sostanza dell'espressione di un linguaggio verbale (lingua naturale) in quanto ricevono una forma (le differenze tra fonemi).

Oppure a un campo semantico come quello dei colori che diventa sostanza del contenuto (per esempio di un testo che descrive un quadro) in quanto riceve una forma tramite la delimitazione in porzioni denominate ciascuna da un altro termine della lingua naturale usata.

Si può studiare la forma del contenuto? Hjelmslev sostiene di sì: la forma del contenuto è diversa dalla forma dell'espressione.

Possiamo capire questo se pensiamo ad esempio che, in una lingua, a un cambiamento minimo nella forma dell'espressione (la commutazione di un fonema), non corrisponde

in genere un cambiamento minimo nella forma del contenuto (ad esempio nei tratti distintivi di un concetto), e viceversa.

Naturalmente la nozione di forma del contenuto è destinata a essere sfuggente perché ogni suo studio dovrà comunque avvalersi del linguaggio, che a sua volta non esiste senza il livello dell'espressione.

Inoltre Hjelmslev sostituisce la distinzione di Saussure: *langue/parole* con l'opposizione *sistema/processo o testo*.

La nozione hjelmsleviana di sistema corrisponde approssimativamente a quella saussuriana di lingua. La nozione di processo si riferisce a qualunque evento produttore di senso. Mentre la parole o attività di parlare per Saussure non può essere il vero oggetto della ricerca linguistica in quanto è individuale, soggettiva, infinitamente variabile, Hjelmslev insiste sul fatto che anche il processo oltre che il sistema può essere studiato.

Non solo, ma lo studio del processo risulta essere una via d'accesso alla comprensione del sistema, in quanto ogni processo è reso possibile da un sistema che lo sostiene e che è recuperabile attraverso di esso.

Hjelmslev chiama testi i processi in cui il sistema è una lingua. Successivamente la semiotica ha esteso il termine testo a processi manifestati in qualunque sostanza dell'espressione (anche visiva, gestuale, musicale, filmica, o anche "sincretica" cioè mista). La semiotica del testo non è perciò limitata allo studio dei testi verbali.

Secondo la prospettiva del codice, si dovrebbe:

- individuare il codice usato dall'emittente
- decodificare i segni

Secondo la prospettiva del testo invece si deve:

- considerare un testo (come) dotato di senso
- esplicitare il sistema che permette al testo di significare

Alla semiotica del testo è giunta per altra via anche la semiotica ispirata a Peirce dando luogo all'indirizzo di studi detto semiotica "interpretativa", caratterizzato soprattutto da attenzione per le procedure interpretative che il testo richiede al lettore di eseguire.

La semiotica "generativa" di Greimas può invece essere definita come un tentativo di spiegare perché un testo ha il senso che ha.

A questo scopo la semiotica generativa propone un insieme di strumenti concettuali che hanno impiego diretto nell'analisi di testi (esplicitazione del loro senso, motivazione dell'assegnazione di senso).

Il percorso generativo è un insieme di tappe della generazione del senso (generazione non in senso psicologico o storico, ma nel senso della priorità logica o della maggior indipendenza e generalità nei confronti del piano dell'espressione) seguendo le quali si può esplicitare e motivare il senso di un testo non globalmente (cosa che sarebbe impossibile, obbligandoci a replicare il testo così com'è!) ma per livelli e con ciò secondo aspetti diversi.

Il percorso generativo comprende:

1. grammatica fondamentale (sistema di opposizioni che governa il senso del testo/operazioni che permettono di passare da un termine all'altro di tale sistema)
2. grammatica narrativa "di superficie" (enunciati narrativi, attanti, modalità, ruoli attanziali)
3. strutture discorsive (ruoli tematici, attori, spazializzazione e temporalizzazione)
4. manifestazione testuale (possono intervenire diverse sostanze dell'espressione)

Le opposizioni che governano il senso del testo sono specificate in azioni narrate e queste (precisate anzitutto a livello sintattico) sono rivestite da investimenti semantici; il tutto può poi essere manifestato diventando il piano del contenuto di un piano dell'espressione che può dipendere da una o più sostanze dell'espressione eventualmente disponibili.

E' necessario a questo punto un cenno alla terminologia usata. Se per il piano dell'espressione si può parlare di:

- *femi tratti distintivi*
- *fonemi combinazioni di tratti distintivi*

catena fonica realizzata per il piano del contenuto si identificano i seguenti tre tipi di unità:

- *semi tratti distintivi del contenuto*
- *lessemi unità di contenuto che comprendono più effetti di senso possibili e che danno luogo (negli enunciati) a uno o più sememi*
- *sememi unità minime di manifestazione semantica (effetti di senso)*

E' da tener presente che sia i lessemi che i sememi comprendono più semi; i lessemi sono strutture più ampie, ma virtuali, che rendono possibile la manifestazione di più di una configurazione di semi, cioè di più di un semema. Il semema invece consiste nella realizzazione di uno dei percorsi possibili all'interno del lessema.

Greimas distingue:

semi nucleari o figurativi che caratterizzano in modo stabile un lessema (ad esempio, nel lessema "testa", 'estremità' e 'sferoidità')

semi contestuali o astratti (ad esempio, per il lessema "testa", 'anteriorità', 'orizzontalità' e 'discontinuità' - come in "il furgone di testa"- oppure 'solidità', 'contenimento' - come in "avere un'idea in testa").

I sememi devono comprendere semi di ambedue i tipi.

Il principale strumento per lo studio del testo a livello di grammatica fondamentale è il cosiddetto quadrato semiotico.

Esso dà la struttura elementare del significato di testi, ovvero le prime articolazioni del senso all'interno di un micro-universo semantico.

Il quadrato semiotico può essere definito come lo sviluppo logico di una categoria semica binaria.

Si parte cioè da due semi fra loro opposti e per la precisione contrari, che in virtù della loro contrarietà fanno parte costituiscono una sola categoria semica a due membri. Ad esempio: bianco nero.

Ad ambedue questi semi viene applicata l'operazione logica della negazione in modo da generare il contraddittorio di ciascuno di essi: bianco conduce così a non bianco e nero a non nero. Il risultato è la seguente struttura a quattro vertici: bianco- nero- non nero- non bianco.

I due termini in alto, connessi dall'asse della contrarietà, sono appunto fra loro contrari; le coppie di termini connesse dalle diagonali (dette schemi) sono coppie di contraddittori. Bisogna infatti distinguere l'opposizione qualitativa caratteristica della contrarietà dalla negazione che genera la contraddizione.

I due termini in basso sono chiamati subcontrari e sono fra loro meno nettamente opposti di quanto non siano i due contrari originari. E' spesso possibile individuare un termine neutro che combina i due subcontrari, come sarebbe, in questo caso, grigio (né nero né bianco). A volte è possibile individuare anche un termine complesso che

combina i due contrari. Per esempio pensando a un'articolazione che parta da maschile e femminile come contrari possiamo avere un termine neutro come asessuato o forse angelo (né maschio né femmina) e possiamo avere anche un termine complesso come androgino o ermafrodita (sia maschio che femmina).

I lati verticali del quadrato sono chiamati deissi e sono caratterizzati da una relazione di presupposizione. In effetti non nero suggerisce o indica o rende possibile bianco, mentre non bianco suggerisce o indica o rende possibile nero. Nell'altro senso si può dire che bianco presuppone non nero e che nero presuppone non bianco.

Del quadrato semiotico Greimas parla anche in termini di messa in correlazione di due coppie di termini contraddittori; tuttavia questa definizione non mette in sufficiente rilievo il fatto che la correlazione si appoggia su una relazione di contrarietà; due coppie di contraddittori qualunque non danno necessariamente un quadrato semiotico pertinente all'analisi dell'articolazione del senso in un dato testo.

Inoltre è bene tener presente che la coppia dei contrari, nell'analisi di un testo, deve essere pertinente all'analisi di quel testo: ogni testo può essere considerato come un micro-universo semantico a sé (nulla vieta che fungano da contrari, in un testo dato, bianco e rosso oppure rosso e nero anziché bianco e nero).

Il quadrato semiotico ha due aspetti: l'aspetto morfologico: costituisce una tassonomia, un'articolazione sincronica e l'aspetto sintattico: può essere visto come un insieme di operazioni logiche orientate, per cui da un contrario si passa per negazione al suo contraddittorio, da questo lungo la deissi al contrario opposto, che a sua volta può essere negato, e via dicendo.

L'aspetto sintattico del quadrato semiotico e con ciò della grammatica fondamentale prelude alla narrativa vera e propria.

I racconti operano spostamenti e trasformazioni nell'universo cui fanno riferimento e questi spostamenti e trasformazioni seguono i percorsi tracciati dalle operazioni logiche sul quadrato.

Greimas chiama isotopia la ricorrenza in un testo dato di semi, o categorie semiche, che gli assicurano omogeneità.

L'attenzione si è rivolta in un primo momento esclusivamente a semi contestuali e astratti, successivamente si è presa in considerazione la possibilità di isotopie basate su

semi figurativi. Un testo può essere attraversato da una sola isotopia oppure essere pluri-isotopico.

Il quadrato semiotico serve ad articolare le isotopie sottostanti a un testo. Ha valore euristico, in quanto quando è evidente che nel contenuto di un testo ricorrono semi collocabili in due o tre delle quattro posizioni del quadrato, ci suggerisce e ci autorizza a completare la struttura trovando le manifestazioni testuali del termine o dei termini mancanti. (Fig.1)

## Il quadrato semiotico di A.J.Greimas

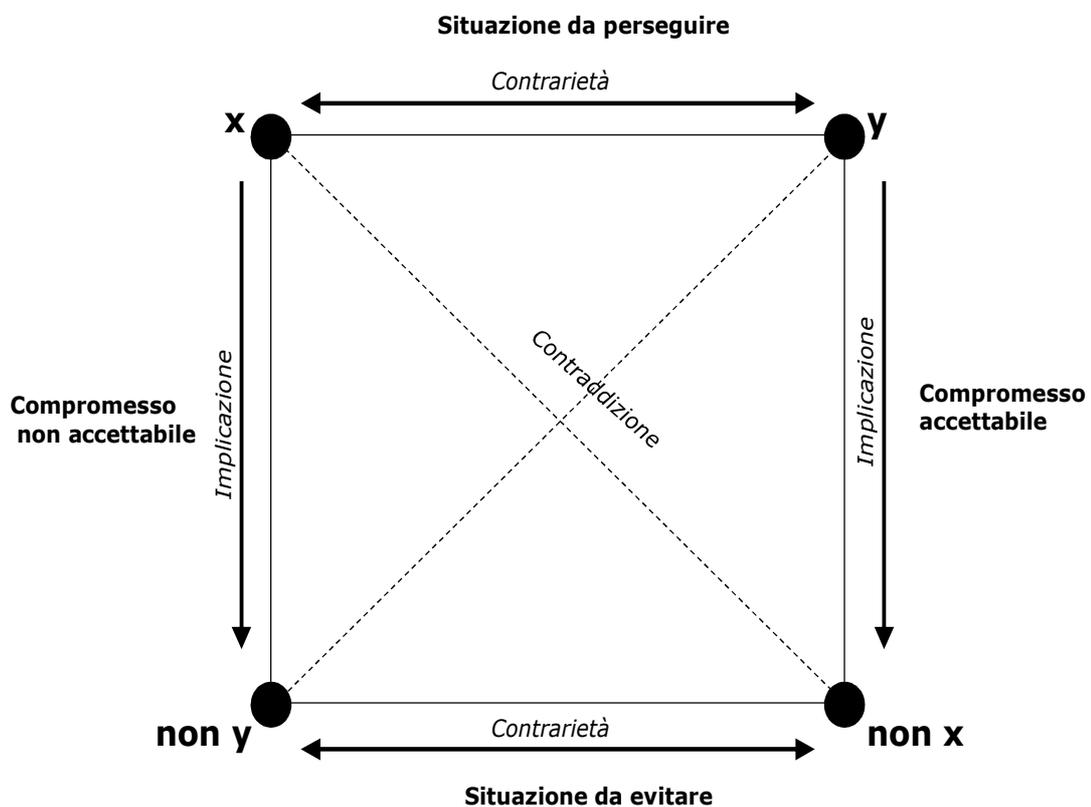


Fig.1 Il quadrato semiotico di A.J. Greimas

## **RISULTATI**

Il Focus Group sono stati condotti da una psicologa dell'USSD di Psicologia Clinica alla presenza di uno psicologo osservatore, la domanda generativa è stata concordata con il gruppo di ricerca, così come la domanda di approfondimento.

### **DOMANDA GENERATIVA FOCUS GROUP:**

*“Lo scopo di questo incontro è proprio quello di favorire a voi e di permettere a voi di avere uno spazio vostro dove poter raccontare in prima persona quello che è stata la vostra esperienza legata ai mesi successivi alla malattia. In particolare volevamo, soffermarci su quelle che sono state le emozioni che vi hanno attraversato in questi mesi nei mesi successivi alla malattia, chiedendovi anche quale è stato l'impatto che questa ha avuto sulla vostra vita affettiva , familiare, sociale e lavorativa.”*

### **DOMANDA DI APPROFONDIMENTO FOCUS GROUP:**

*“ Rispetto ai cambiamenti messi in atto dopo l'evento coronarico, vorrei che vi soffermaste sugli aspetti positivi che questi hanno comportato nella vostra vita quotidiana, lavorativa e affettiva.”*

Dall'analisi con T-Lab sono emersi i seguenti cluster e relativi posizionamenti lungo gli assi:

### CLUSTER n°1

LEMMA	CHI SQUARE	EC IN CLUSTER	EC IN TOTAL
cuore	53.455	26	32
certo	50.239	27	35
età	28.931	16	21
conoscere	20.699	7	7
problemi	16.37	12	18
economico	14.777	5	5
combattere	14.777	5	5
batticuore	13.538	6	7
esperienza	13.315	9	13
iniziare	11.818	4	4
frutta	11.818	4	4
persona	10.704	5	6
burro	10.704	5	6
per_me	10.645	13	24
persone	10.473	6	8
anni_fa	10.473	6	8
anni	9.926	24	55
sentire	9.372	22	50
lavoro	8.14	9	16



*“... a me piace mangiare un po' di tutto e sono robusto, si vede... però, soprattutto all'inizio ho dovuto fare un po' di diete e anche adesso cerco di mantenere un certo peso, ad esempio mangio tantissima frutta e verdura...”*

*“... ho diminuito tanto sul lavoro... però quando serve l'occhio per fare un preventivo... perché sono tutti capaci di fare un preventivo ma se c'è l'esperienza di 50 anni di lavoro...”*

*“... alla fine conduco una vita quasi normale, certo non mi dimentico del fatto di aver avuto un infarto, come potrei far finta di niente?!”*

**L'infarto comporta sintomi e cambiamenti fisici che richiedono riadattamenti degli stili di vita non sempre facili da realizzare anche sul piano emotivo e il confronto con altri infartuati può essere d'aiuto:**

**“CAMBIARE VITA”**

## CLUSTER n°2

LEMMA	CHI SQUARE	EC IN CLUSTER	EC IN TOTAL
prima	24.971	33	57
mettere	21.103	23	37
ridurre	17.757	7	7
movimento	15.216	6	6
cercare	12.947	11	16
ridotto	12.677	5	5
emozioni	12.677	5	5
stress	12.453	15	25
ginnastica	11.385	6	7
attività	11.137	15	26
volte	10.916	10	15
lavorare	10.33	13	22
crisi	10.138	4	4
causare	10.138	4	4
impegni	10.138	4	4



*“... non hai più quella voglia, quell’energia... d’altronde ti cambia, mi accorgo di non essere più attivo e meno efficiente nelle mie attività, ho meno voglia...”*

*“... prima correvo a livello agonistico, tutti i giorni, mi allenavo, era uno sport che amavo! Adesso non ho più rinnovato la tessera perché purtroppo... ho paura... quando ti viene una fitta, dei dolori, hai paura e ci ho rinunciato!...”*

*“ ho paura di non riuscire più a fare le cose di sempre, in quel momento lì senti che la tua vita è cambiata e sai che cambierà anche dopo...”*

**L’incontro con altri infartuati può testimoniare possibili traiettorie negative, perché l’impatto dell’infarto sullo stato d’animo e sulla valutazione delle proprie risorse psicologiche ed emotive sembra privilegiare un senso di perdita e riduzione di possibilità.**

**“STATO D’ANIMO”**

## CLUSTER n°3

LEMMA	CHI SQUARE	EC IN CLUSTER	EC IN TOTAL
morire	44.523	30	43
morte	26.639	12	14
fatalista	23.28	8	8
nonno	23.28	8	8
figli	20.683	11	14
anziano	18.956	8	9
medico	17.998	11	15
ragazzo	15.409	9	12
centro	14.538	5	5
letto	14.538	5	5
sciare	13.293	6	7
uscire	13.024	9	13
abito	11.627	4	4
facile	11.627	4	4



*“...penso più frequentemente alla morte... ma a parte questo non sono più pessimista, sono solo fatalista...”*

*“...un giovane si accorge della fragilità quando gli muore qualcuno di caro, se no non ci penserà mai, alla mia età invece si comincia a vedere perché gli amici se ne vanno, una cosa e l'altra, e allora dici 'sto diventando vecchio!'...”*

*“...io penso spesso a fare testamento, ho due figli e e so che con un testamento forse, sa... nel caso me ne andassi così, come stava per succedere, da un momento all'altro, prima ci sei e poi sei morto...”*

**La condizione di malato e anziano accentua l'idea della morte e facilita un atteggiamento fatalista, non pessimista, in cui la morte viene vista come qualcosa che ci si aspetta e che non impedisce di entrare in contatto con aspetti positivi come l'affetto dei nipoti.**

**“CONVIVERE CON LA MORTE”**

## CLUSTER n°4

LEMMA	CHI SQUARE	EC IN CLUSTER	EC IN TOTAL
prendere	66.382	37	58
bisognare	32.231	13	17
medicina	29.129	13	18
fragile	22.943	6	6
perfetto	21.713	7	8
diabete	21.396	8	10
terapia	0,777083	6	7
sospendere	15.286	4	4
faccia	15.286	4	4
limitazione	15.286	4	4
cura	15.286	4	4
conquista	15.286	4	4



*“... vado a casa alle dieci e devo prendere le pastiglie, poi alle otto, però a stomaco pieno... e allora fatti qualcosa da mangiare per la pastiglia e se poi sei fuori devi ricordarti...”*

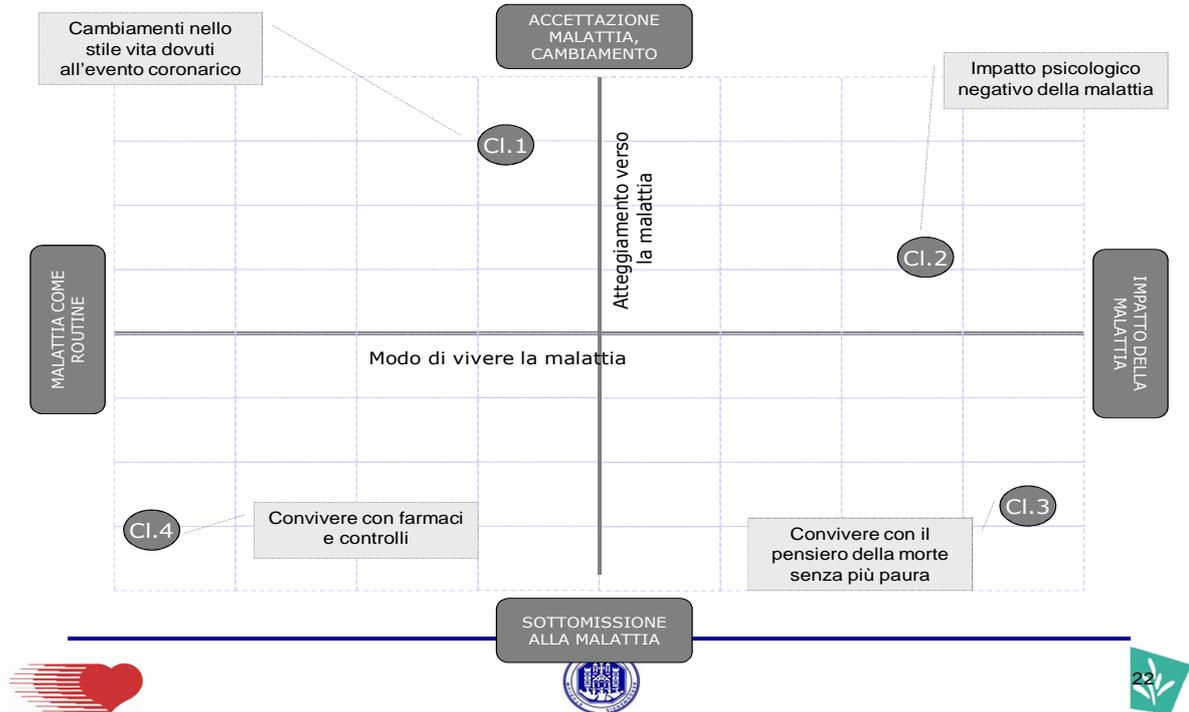
*“... io in tutto devo prendere 8 pastiglie, alcune mi hanno dato fastidio, le ho cambiate, sospese, riprese...”*

*“...mia moglie in generale è contraria alle medicine. Si sa che ci sono degli effetti collaterali, alcune medicine a qualcuno danno fastidio, a me fortunatamente non è successo, a me hanno detto di prenderle e io le prendo, ci hanno fatto il lavaggio del cervello in riabilitazione, ci hanno detto che quando ci sembrerà di stare meglio avremo voglia di smettere di prenderle ma sarà proprio quello il momento in cui saremo a rischio...”*

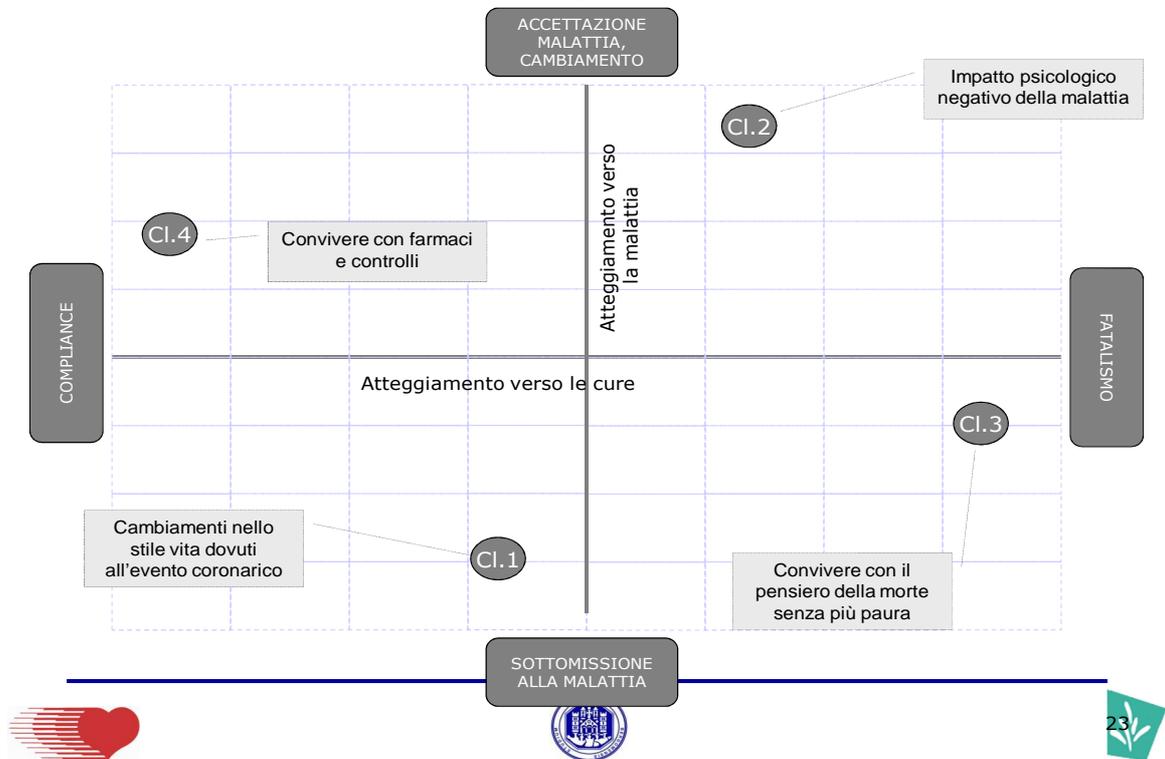
**Il farmaco è necessario ma comporta fatiche, limitazioni e a volte effetti collaterali per cui spesso sospenderlo è una liberazione per questo raccomandano l'assiduità anche quando sembra di stare meglio.**

**“FARMACI E CONTROLLI”**

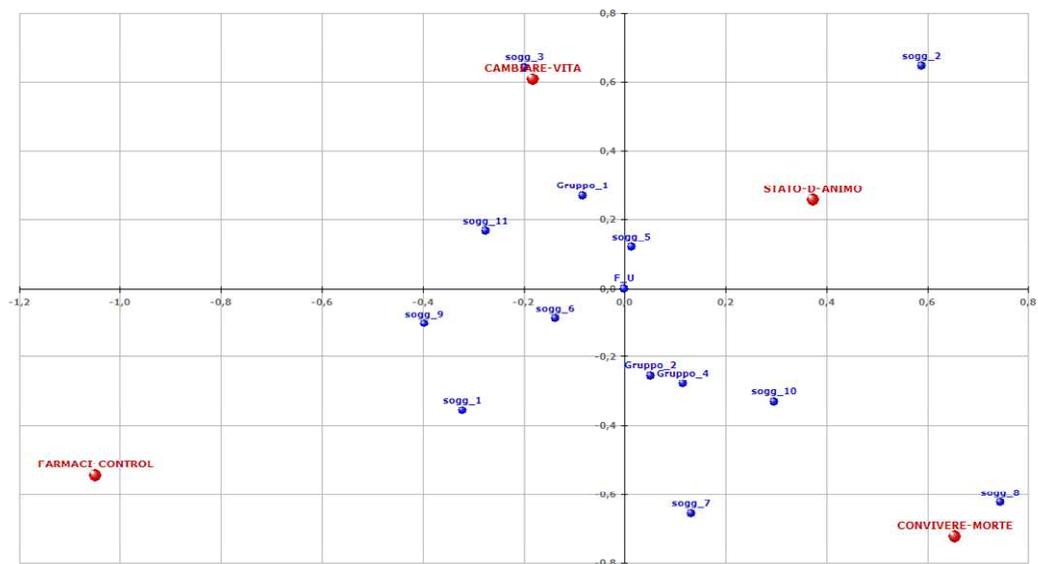
## Cluster analysis Asse 1-2



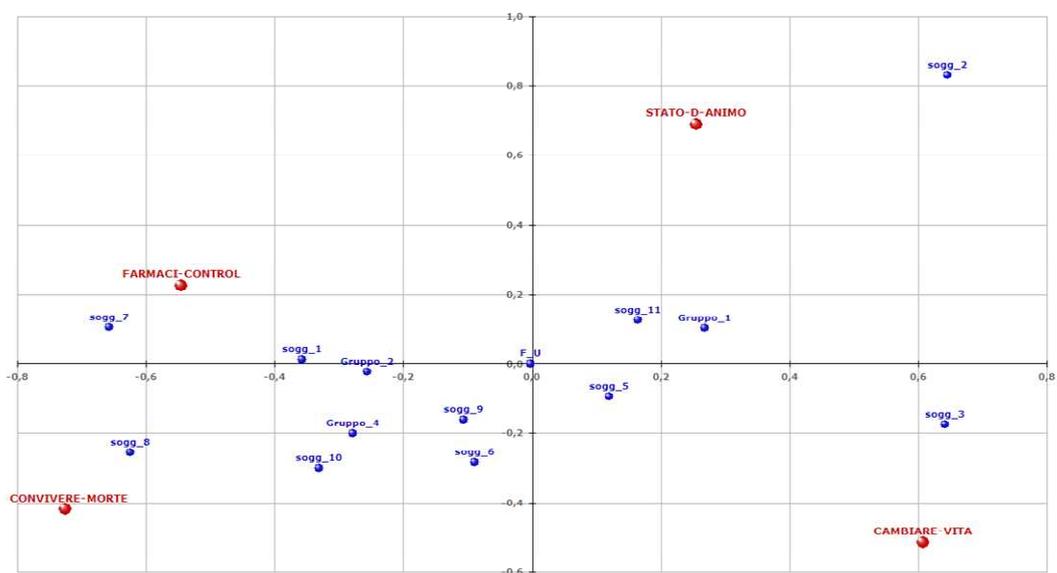
## Cluster analysis Asse 1-3



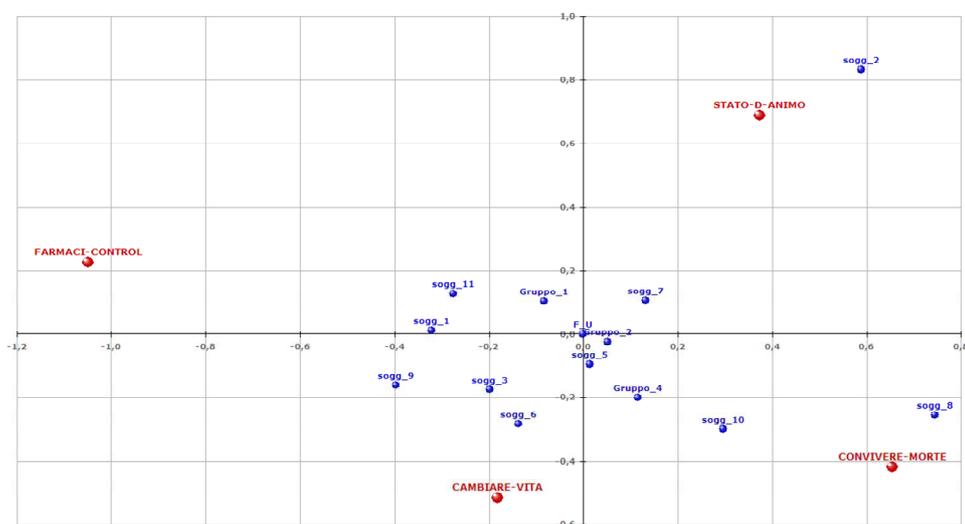
## ASSE 1-2



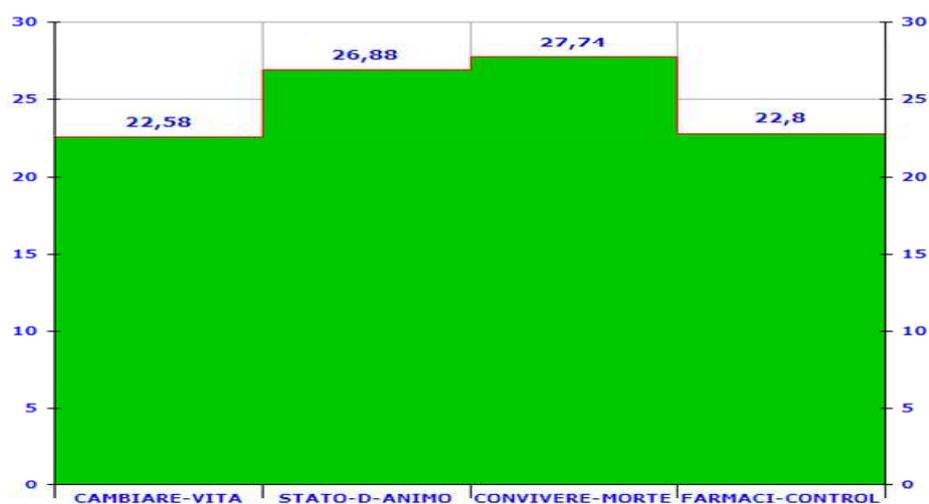
## ASSE 2-3



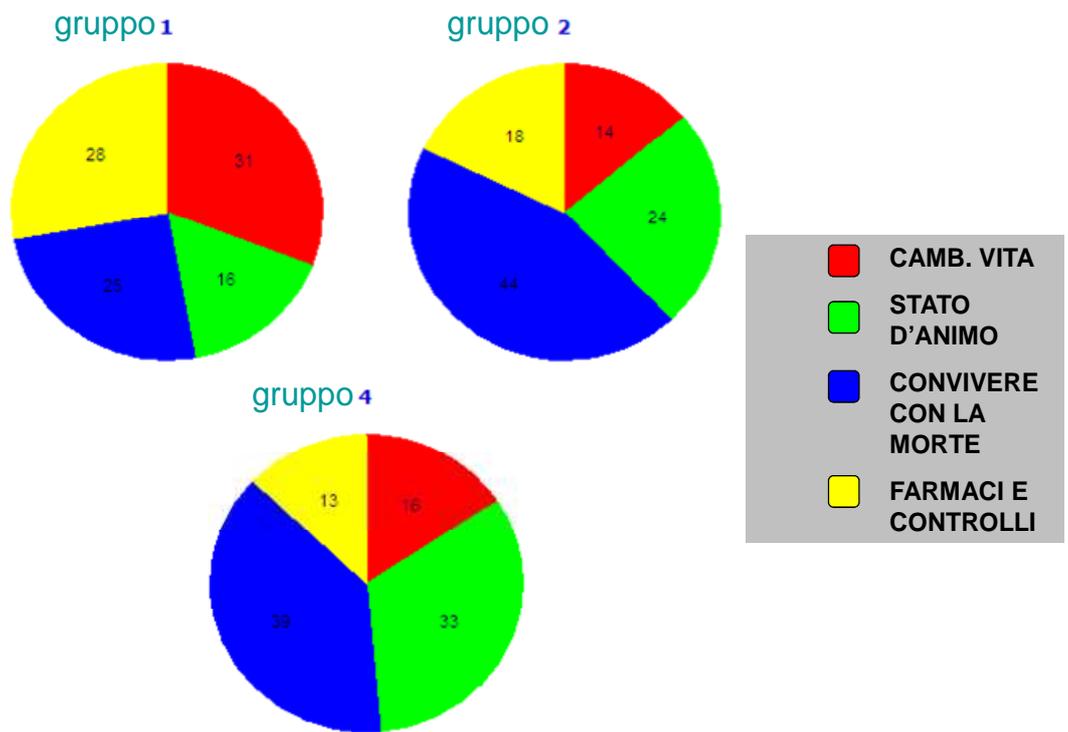
## ASSE 1-3



La distribuzione dei cluster nei tre gruppi è rappresentata dal seguente grafico, il cluster relativo alla tematica della morte è il più presente, seguito da quello relativo alla tematica degli aspetti psicologici, entrambi evidenziano la crucialità e la rilevanza delle dimensioni psicologiche e dell'angoscia di morte :

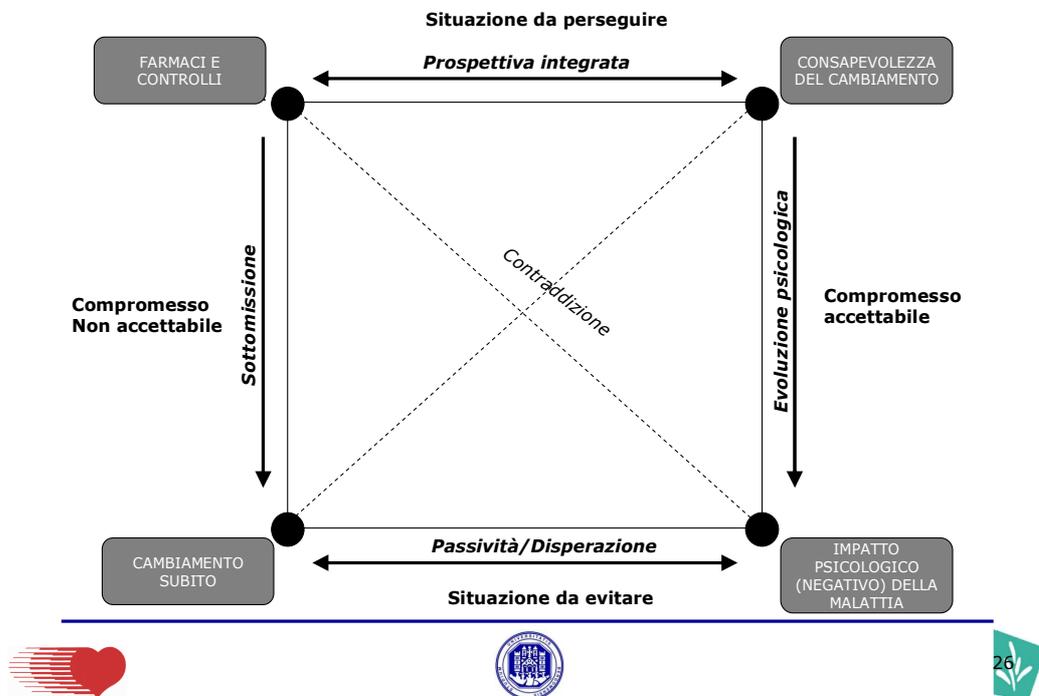


Si può osservare inoltre la seguente distribuzione dei cluster nei tre diversi gruppi:



Dall'analisi condotta con il quadrato semiotico di Greimas emergono le seguenti contraddizioni, contrarietà e presupposti:

### Criticità: Il quadrato semiotico



#### • I<sup>A</sup> CONTRADDIZIONE

Quando mi concentro sull'assunzione dei farmaci trascuro le dimensioni psicologiche e l'impatto negativo della malattia.

#### • II<sup>A</sup> CONTRADDIZIONE

Se non c'è piena consapevolezza del cambiamento, i cambiamenti degli stili di vita sono subiti e risultano faticosi .

#### • I<sup>A</sup> CONTRARIETA'

L'impatto psicologico negativo della malattia determina che le cure siano subite passivamente

#### • II<sup>A</sup> CONTRARIETA'

La piena consapevolezza del cambiamento delle prospettive di sviluppo anche positive, porta ad una più puntuale e convinta adesione alle cure mediche, costruendo un'alleanza terapeutica positiva

#### • I<sup>A</sup> PRESUPPOSIZIONI

Se subisco il cambiamento sono portato a prendere farmaci e fare controlli passivamente.

#### • II<sup>A</sup> PRESUPPOSIZIONI

Prendere atto dell'impatto psicologico anche negativo della malattia, può evolvere in un'accettazione più realistica di una nuova condizione e riattivare prospettive positive di cambiamento.

Il grafico della distribuzione dei cluster nei tre diversi gruppi evidenzia come ognuno di essi si caratterizzi per la maggior presenza di alcune tematiche, in generale si può osservare come la tematica degli aspetti psicologici (stato d'animo, convivere con la morte) sia molto presente in tutti i gruppi.

GRUPPO 1: il gruppo dei pazienti che afferiscono alla riabilitazione cardiologica e partecipano all'Associazione si caratterizza per la massiccia presenza della tematica relativa ai farmaci ed ai controlli (cluster 4), presumibilmente per la forte attenzione all'aderenza alle cure ed alle raccomandazioni terapeutiche che caratterizza le attività della riabilitazione ospedaliera a cui partecipano e non di meno i suggerimenti che i volontari dell'Associazione forniscono.

I volontari dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS tendono a focalizzare il proprio intervento sulla possibilità offerta al soggetto di rielaborare l'evento attraverso supporto sociale ed emotivo, che spesso viene accompagnato però da raccomandazioni terapeutiche, soprattutto circa l'aderenza alle cure e l'importanza di assumere farmaci.

Le attività della riabilitazione cardiologica si focalizzano sugli aspetti biomeccanici coinvolti nella malattia e nell'iter post-evento coronario, si strutturano in 3 giornate in cui i pazienti, suddivisi in gruppi, seguono le attività della palestra (esercizi a corpo libero, respirazione, ginnastica riabilitativa...) e incontrano il medico cardiologo che fa una valutazione delle attività svolte confrontando i valori monitorati dagli esami specifici con quelli forniti dal monitoraggio attraverso cardiofrequenzimetro.

L'Unità di Riabilitazione Cardiologica degli OO. RR. Di Bergamo intende, infatti, migliorare la qualità della vita dei pazienti cardiopatici attraverso le seguenti procedure:

- prolungamento del periodo di osservazione clinica del paziente dopo un evento cardiaco acuto;
- valutazione dell'eventuale danno funzionale cardiovascolare residuo ed impostazione di un corretto trattamento farmacologico;
- interventi multidisciplinari di supporto per un completo superamento psico-fisico dell'evento malattia;
- valutazione dei fattori di rischio pregressi e/o attuali ed impostazione di programmi per la modificazione dei comportamenti disfunzionali;

- effettuazione di controlli ambulatoriali periodici a tempo indeterminato (follow up Cardiologico).

Le persone che per la maggior parte accedono alla riabilitazione cardiologica su indicazione e invio della USC di Cardiologia, vengono suddivise in due gruppi e due turni composti all'incirca da una decina di persone ciascuno e iniziano il percorso riabilitativo.

Quest'ultimo comprende degli esercizi a corpo libero, esercizi di cyclette e la visita cardiologica.

Il percorso riabilitativo dura 6 settimane ed essendo il gruppo aperto, vi possono accedere pazienti ai diversi livelli.

Gli esercizi a corpo libero vengono eseguiti con la collaborazione attiva della fisioterapista, i pazienti sono tutti monitorati dal cardiofrequenzimetro.

Il periodo riabilitativo svolto all'interno dell'Unità di Riabilitazione Cardiologica comprende quindi attività diverse ma integrate tra loro, si considerano primariamente gli aspetti biomedici e fisici.

Un ulteriore aspetto di non secondaria importanza riguarda l'educazione sanitaria svolta nelle strutture riabilitative ove vengono affrontati i temi riguardanti i fattori di rischio cardiovascolare come il fumo di sigarette, l'alimentazione e il loro ruolo nella prevenzione secondaria delle malattie cardiache in modo da condurre il paziente a stili di vita che comportino minori rischi per la propria salute.

Inoltre grande importanza riveste l'informazione sanitaria in termini di conoscenza dei sintomi cardiologici, dei farmaci di comune utilizzo e dei loro possibili effetti collaterali più frequenti.

Risulta molto frammentata anche l'idea della patologia (la palestra che si occupa dell'esercizio fisico, l'ambulatorio dove viene prescritto il trattamento riabilitativo ecc...) e le indicazioni terapeutiche risultano poco integrate con la vita soggettiva del paziente.

Emerge infatti un buon ascolto alla domanda bio-medica del paziente ma una completa assenza di analisi della domanda psicologica, che l'individuo può portare a seguito di un evento coronarico acuto.

Le attività dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS offrono spazi di aggregazione e socialità che risultano però concentrate a ridurre il senso di minaccia della malattia, l'incontro con altri pazienti cardiopatici suggerisce e spinge verso il completo recupero di una quotidianità sana e ricucita ma senza l'adeguata rielaborazione personale da parte del paziente: condizione necessaria per il coinvolgimento attivo nelle attività e per evitare una posizione passiva e priva di un riposizionamento soggettivo nei confronti della malattia. In uno studio parallelo verrà approfondito il ruolo dell'Associazione.

GRUPPO 2: il gruppo che afferisce esclusivamente alla riabilitazione cardiologica è caratterizzato dalla presenza della tematica relativa alla morte ed all'anzianità, questo gruppo si è concentrato maggiormente sugli aspetti positivi che il pensiero di una nuova fase di vita e condizione di salute possono portare con sé, come il fatalismo e la possibilità di godersi appieno nuovi tempi e nuovi spazi di condivisione familiare. È comunque altresì rilevante la tematica relativa ai farmaci ed ai controlli, alle indicazioni e raccomandazioni terapeutiche.

GRUPPO 4: il gruppo di soggetti che non afferiscono né alla riabilitazione cardiologica né alle attività dell'Associazione sembra caratterizzarsi per la presenza della tematica della morte e quella relativa alle dimensioni psicologiche che incorrono nell'iter post-infartuale, come lo scarso senso di autoefficacia, la paura di non poter ricucire la propria quotidianità, il senso di invalidità percepita e le emozioni scaturite dal confronto con altri soggetti cardiopatici. Il pensiero della morte è caratterizzato dalla presenza di aspetti psicologici negativi, come l'ansia e la paura ma anche da un atteggiamento fatalista che aiuta il soggetto a godere di questo nuovo posizionamento nei confronti della vita, lavorativa, relazionale e personale.

Sembra che l'evento malattia porti con sé la possibilità di ripensarsi ed attribuire nuovi significati al senso della propria quotidianità, la possibilità di cogliere questi cambiamenti positivi passa però attraverso l'elaborazione, adeguatamente accompagnata, dell'impatto psicologico, soprattutto negativo, della malattia ed attraverso l'enfasi depressiva che comporta la rottura tra il passato e presente.

Utilizzando il quadrato semiotico di Greimas il gruppo di ricerca è giunto alle seguenti considerazioni: la sottovalutazione dell'impatto psicologico, anche negativo, della malattia e la sua enfasi depressiva non adeguatamente accompagnate, possono portare a subire passivamente le indicazioni terapeutiche e i cambiamenti prodotti nella vita

quotidiana avvertendone soprattutto fatica e difficoltà e portando a subire, enfatizzandoli, gli effetti negativi dei trattamenti farmacologici e dei controlli, riducendo in tal modo la compliance.

Uno sviluppo, un'evoluzione dell'impatto psicologico che porti alla piena consapevolezza del cambiamento, invece, anche nei suoi aspetti limitanti e nelle sue possibilità, può costruire una nuova alleanza terapeutica e facilitare l'accesso e l'aderenza alle prescrizioni mediche.

## CONCLUSIONI E DIREZIONI FUTURE

Le malattie cardiovascolari sono la seconda causa di mortalità in tutti i paesi occidentali e hanno mostrato una generale tendenza all'aumento dall'inizio del secolo scorso fino ad oggi.

Questo dato allarmante ha accresciuto l'interesse di numerosi ricercatori, i quali studi mettono in evidenza come, accanto ai tradizionali fattori di rischio di tipo biomedico e comportamentale, possano essere considerati responsabili di questo tipo di patologia anche determinanti di tipo psicologico ed emozionale, in gran parte collegabili a condizioni legate agli stili di vita e al processo di modernizzazione e industrializzazione della società.

Ciò ha indotto molti ricercatori ad indagare sul contributo che le dimensioni psicologiche e sociali possano dare all'eziologia, al decorso ed alla prognosi delle malattie coronariche.

La ricerca degli ultimi anni ha dimostrato, in particolare, che stati emozionali come l'ansia, l'ostilità-aggressività o i caratteristici "stili comportamentali" (le cosiddette personalità di Tipo A e D) possono essere considerati potenti fattori di rischio coronarico, soprattutto se associati ad una concentrazione di eventi stressanti esistenziali. (Friedman e Rosenman, 1974; Denollet, Sys, & Brutsaert, 1995.)

E' stato inoltre fortemente enfatizzato anche il ruolo indipendente della qualità della rete di relazioni e di supporto sociale in cui il soggetto è inserito.

Questi fattori, oltre che nella patogenesi della malattia, giocano un ruolo rilevante anche nella prognosi e devono essere presi in considerazione in ogni programma sia preventivo che riabilitativo della malattia coronarica.

La collaborazione tra l'USC di Cardiologia, l'USSD di Psicologia Clinica degli Ospedali Riuniti di Bergamo, l'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS e l'Università degli Studi di Bergamo si colloca nell'ambito di questi studi, al fine di approfondire gli effetti di alcune variabili psicologiche e psicosociali sul percorso post-infartuale in un campione di soggetti assistiti nell'USC di Cardiologia degli OO.RR. di Bergamo.

La ricerca, approvata dal Comitato di Bioetica degli OO.RR. di Bergamo, ha previsto la compilazione, ad un mese, a tre mesi e ad un anno dall'evento acuto, di una batteria di

strumenti d'indagine psicologica e di un questionario informativo sul trattamento avviato.

Ad oggi l'indagine esplorativa è ancora in fase di svolgimento, tuttavia i risultati di questa prima analisi parziale sembrano confermare che i fattori psicosociali, specialmente depressione, supporto sociale, costituiscano fattori eziologici e prognostici indipendenti per le malattie coronariche, sembra inoltre dimostrato che l'efficacia della riabilitazione e dell'Associazione ed il loro impatto sulle dimensioni psicologiche non risulti statisticamente significativo.

La ricerca ha indagato la significatività di alcune variabili psicologiche che in letteratura sono descritte come fattori di protezione e di rischio per pazienti post-evento coronarico acuto, il gruppo si è inizialmente concentrato sulle dinamiche evolutive per valutarne eventuali significative diminuzioni e/o aumenti.

I processi delle funzioni psicologiche sono influenzati dal trascorrere del tempo, per questo motivo il gruppo di ricerca ha condotto tre rilevazioni (ad 1 mese, a 3 mesi e ad un anno dall'evento coronarico) e considerato solo aumenti e diminuzioni dei suddetti valori statisticamente significativi.

I soggetti che durante il ricovero nel USC di Cardiologia dei OO.RR. di Bergamo hanno prestato il proprio consenso per la partecipazione alla ricerca hanno ricevuto a domicilio una batteria composta da 8 test di autovalutazione: Adult Dispositional Hope Scale, General Health Questionnaire, Heartland Forgiveness Scale, Locus of Control, M.P.V.H., Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Type-D, STAI e nella rilevazione ad un anno il Questionario del benessere soggettivo.

Le variabili che hanno dimostrato correlazioni con esiti patologici sono quelle descritte in letteratura: le caratteristiche di personalità e supporto sociale (ostilità, emozioni negative e inibizione sociale).

Infatti l'H.F.S., che misura la capacità del soggetto di perdonare se stesso, gli altri e le situazioni, il Type-D, che misura le emozioni negative e l'inibizione sociale, e la M.S.P.S.S. che misura il supporto sociale percepito si sono dimostrate significative.

L'iter post-infartuale ha previsto la partecipazione a diversi percorsi terapeutici: alcuni soggetti, su indicazione dell'équipe curante, partecipano alle attività della riabilitazione cardiologica ospedaliera, altri vengono dimessi a seguito di una breve degenza di due o

tre giorni in reparto; altri soggetti, ancora, afferiscono all'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS partecipandone alle attività.

Il gruppo di ricerca si è posto l'obiettivo di verificare l'eventuale impatto di queste attività (ospedaliere e di supporto sociale) sulle variabili psicosociali indagate e cercare di coglierne l'eventuale predittività sugli esiti patologici.

Non è stato provato che partecipare alle attività riabilitative o dell'Associazione possa avere degli effetti sulle variabili o sugli esiti patologici, purtroppo queste attività non si sono dimostrate sufficientemente efficaci: infatti è stata riscontrata una sola significatività statistica per la partecipazione alla riabilitazione (la scala OTHER del H.F.S.) ed una sola tendenziale significatività per l'Associazione, altre significatività risultano controverse e dovute ad effetti trascurabili.

La scala OTHER del H.F.S. misura la capacità del soggetto di perdonare gli altri, nei soggetti che non partecipano alla riabilitazione cardiologia ospedaliera sembra che nella rilevazione ad un anno dall'evento coronarico questa capacità abbia un significativo abbassamento, mentre i valori misurati nelle tre rilevazioni in soggetti che partecipano alla riabilitazione si mantengono stabili nel tempo.

Si segnala, inoltre, che i soggetti che partecipano contemporaneamente alla riabilitazione cardiologica ospedaliera ed alle attività dell'Associazione mostrano significativi aumenti, seppur modesti, nei valori di autonomia (misurata nella scala AUTONOMIA del questionario del benessere soggettivo) e nei valori misurati dalla scala 1 del ADHS che chiede ai soggetti di autovalutare la speranza verso la possibilità di raggiungere successi nella vita.

A seguito di questi risultati, che non confermano dunque un effetto della riabilitazione sugli esiti, si vuole evidenziare come uno dei possibili motivi per cui la riabilitazione non ha impatto sulle dimensioni psicologiche rilevanti possa essere attribuito alle caratteristiche del percorso riabilitativo; in uno studio parallelo verrà approfondito il ruolo dell'Associazione.

La ricerca si è posta l'obiettivo di descrivere qualitativamente, (grazie alle osservazioni in reparto ed alla raccolta delle narrazioni fornite dagli stessi pazienti) quanto e se le dimensioni psicologiche vengano prese in considerazione in suddette attività: i risultati infatti dichiarano come l'impatto psicologico della malattia sia fortemente presente indipendentemente dal percorso terapeutico intrapreso.

Nelle attività riabilitative ospedaliere sembra che le dimensioni psicologiche non vengano sufficientemente prese in considerazione, l'attenzione è più rivolta agli aspetti biomedici coinvolti nell'andamento dello stato di salute post-evento coronarico.

Infatti il concetto di riabilitazione contempla non solo il recupero fisico ma anche quello psicologico e sociale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1969 ha definito la riabilitazione cardiologica come "la somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o post-acuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società".

Gli elementi fondamentali di ogni programma riabilitativo sono costituiti da:

- la valutazione funzionale,
- l'allenamento programmato,
- l'attività fisica,
- l'educazione del paziente e della sua famiglia,
- la consulenza psico-sociale e la terapia farmacologia.

Si conferma la necessità di prestare attenzione nei percorsi successivi all'evento coronarico alle dimensioni psicosociali e al supporto sociale.

In effetti le raccomandazioni emanate dall'OMS del 1993 prevedono i seguenti criteri:

- la RCV deve costituire parte integrante del trattamento a lungo termine di tutti i pazienti cardiopatici,
- il programma deve essere elaborato e condotto da personale competente e dedicato,
- deve essere sollecitato il coinvolgimento dei familiari,
- i programmi devono essere attuati in centri specifici o all'interno di dipartimenti ospedalieri,
- devono prevedere un controllo per la loro efficacia.

Per ottenere ciò occorre che la conoscenza della situazione clinica sia completa, tenendo sotto controllo vari fattori che potrebbero condizionare il reinserimento del paziente nella società.

Questi aspetti appena elencati, solitamente vengono già studiati nei reparti di degenza ordinaria ma possono essere ulteriormente chiariti durante la permanenza nelle strutture di riabilitazione di tipo estensivo.

Quindi l'aspetto psicologico è cruciale nei programmi riabilitativi proprio perchè le malattie cardiache acute hanno un impatto negativo sull'equilibrio emotivo in termini di

insicurezza, ansie e perdita di fiducia derivanti dalla consapevolezza di essere portatori di patologie potenzialmente gravi.

Quindi la mancanza di fiducia può creare grossi ostacoli alla ripresa della normale vita lavorativa e di relazione. Nella riabilitazione questo aspetto non può essere assolutamente trascurato: occorre dunque integrare i percorsi riabilitativi con prospettive di interventi di supporto psicologico ai pazienti post infartuati.

In questa direzione é appropriato ipotizzare interventi incentrati sui gruppi in cui, seguendo recenti indicazioni della letteratura, possa essere offerto uno spazio di pensiero circa l'impatto psicologico della malattia sulla quotidianità, affrontando atteggiamenti e irrazionalità allo scopo di facilitare nel gruppo un riposizionamento emotivo dei soggetti nei confronti della malattia.

L'intervento psicologico non dovrà insistere tanto sulle prescrizioni, informazioni e sulla compliance, ma dovrà soprattutto favorire un'adeguata rielaborazione di una nuova condizione di malattia, di un atteggiamento positivo verso le cure, prodotto di un'attenzione mirata al travaglio psichico che caratterizza l'impatto della malattia sul soggetto in cura.

L'evento patologico, al pari di altri eventi traumatici, scuote profondamente il mondo interiore di coloro che ne sono colpiti, sfida le loro risorse adattative, mette alla prova l'ordine dei sistemi cognitivi, le conoscenze, le credenze, gli assunti sul mondo; la violazione dell'integrità fisica è al tempo stesso violazione dell'*assumptive world* (Parkes, 1971) dei soggetti, che si trovano così a dover intraprendere un lavoro di ridefinizione del Sé e di revisione dei pattern relazionali con i diversi contesti di vita.

In questa prospettiva il trauma apre un periodo di transizione (Ruble e Seidman, 1996) in cui l'identità dell'individuo viene impegnata in un lavoro di ridefinizione di tutte le sue dimensioni, sollecitata da un'intrinseca domanda di senso (Magrin et al., 2006).

La malattia cardiaca può mettere in discussione l'identità ed il ruolo che l'individuo ha mantenuto fino a quel momento (Blascovich, 1993), il più delle volte si tratta di un individuo di mezza età, dal momento che la patologia cardiaca ha un'incidenza più elevata nella fascia d'età superiore ai 65 anni, anche a causa del progressivo invecchiamento dell'organismo, della riduzione dell'efficienza fisiologica della muscolatura cardiaca e dell'accumularsi di fattori stressanti (Giannuzzi, Ignone, 1999).

Nei primi giorni di degenza il soggetto manifesta una situazione generale di malessere ed astenia, egli ha immobilizzato ed esaurito tutte le risorse disponibili per superare la fase del ricovero.

Talvolta, da un iniziale stato di malessere può delinarsi una deflessione importante del tono dell'umore non sempre ascrivibile ai canoni nosografici classici e che, proprio per questa ragione, può non essere riconosciuta tale.

Si tratta di depressioni cosiddette "sotto soglia" che comportano interferenze analoghe alle forme depressive maggiori (Cassidy, 1999; Swenson et al., 2003) sul decorso della malattia somatica e sull'aderenza alle terapie (Aguglia, Ferrari, Gava, 2001).

Il passaggio dal modello medico al modello bio-psico-sociale ha portato la psicologia della salute a riconoscere già da molto tempo la rilevanza della dimensione di "senso" per la definizione e la promozione del benessere.

Ciò nonostante solo recentemente la letteratura sta esaminando il ruolo svolto a livello soggettivo dall'attivazione di tale dimensione nei processi di recupero, salvaguardia e promozione della salute, intesa nella sua accezione più ampia.

Aaron Antonovsky, pioniere del modello salutogenico (Antonovsky, 1987 a, 1987 b) considera il ruolo critico svolto dalla dimensione di senso nei processi di salvaguardia e sviluppo del benessere psicofisico.

Il costrutto di riferimento nel lavoro di Antonovsky è il *senso di coerenza*, definito come un *orientamento globale di vita*, che esprime la misura in cui la persona ha un pervasivo, duraturo ma dinamico sentimento di confidenza che gli stimoli provenienti dall'ambiente interno ed esterno sono strutturati, prevedibili, spiegabili (senso di *comprensibilità*); le risorse per fronteggiare le richieste provenienti dall'ambiente interno ed esterno sono disponibili ed accessibili (senso di *fronteggiabilità*); le richieste poste all'individuo rappresentano per lui delle sfide piene di impegno e coinvolgimento (senso di *significatività*) .

Recenti rassegne metanalitiche documentano la natura protettiva del costrutto nei confronti del malessere psicologico e organico (Eriksson e Lindstrom, 2006), così come le proprietà psicometriche dello strumento di misurazione di tale costrutto, ossia l'*Orientation to Life Questionnaire* (OLQ) (Eriksson e Lindstrom, 2005).

Particolarmente rilevante è il *Common sense Model of Illness Representations* di Leventhal, Meyer e Nerenz (1980).

Il modello presuppone l'esistenza di teorie implicite, cognitive ed emotive, sull'evento patogeno in grado di mediare la risposta comportamentale degli individui nei confronti di uno stato di salute compromesso e di esercitare una forte influenza sui processi di compliance (Bishop, 1996).

L'ipotesi del modello è che gli individui formulino delle rappresentazioni cognitive ed emotive della loro malattia con l'intento di comprenderla e di individuare modalità corrette di gestione della stessa.

Moss Morris e colleghi (2002) operazionalizzano il modello di Leventhal in sette dimensioni, attive simultaneamente a livello cognitivo, comportamentale ed emotivo:

- *identità*: si riferisce alle credenze, convinzioni circa la propria malattia e i sintomi ad essa legati;
- *decorso*: comprende l'opinione degli individui relativamente all'andamento temporale del loro disturbo;
- *conseguenze*: riguardano l'impatto che si pensa la malattia possa avere sulla propria vita e quindi segnalano, in un certo senso, il grado di trasformazione che l'evento causa nella vita quotidiana in termini di autonomia, capacità lavorative, risorse economiche e di tempo;
- *controllo e cura della malattia*: esprime la misura in cui l'individuo pensa di poter controllare la propria malattia, o che essa possa essere tenuta sotto controllo grazie ad un trattamento specialistico;
- *coerenza della malattia*: indica la misura in cui l'individuo comprende la propria malattia e riesce ad attribuirvi un senso, o al contrario essa sia per lui qualcosa di incomprensibile e inspiegabile.
- *rappresentazione emotiva*: pertiene tutte le emozioni, siano esse positive o negative, associate all'evento morboso e alle sue conseguenze;
- *causa*: è la credenza su ciò che ha innestato o generato il disturbo.

Recenti rassegne meta analitiche hanno confermato la validità del modello di Leventhal (Hagger e Orbell, 2003); tuttavia in esso la dimensione di senso è riferita allo specifico evento patogeno e non ad un più ampio orientamento globale di vita, come invece viene teorizzato nel modello salute genico di Antonovsky.

Le due linee di ricerca sono rimaste ad oggi separate, portando entrambe contributi rilevanti alla comprensione dei processi attivati in sede di recupero post-traumatico.

Potrebbe quindi essere utile procedere ad un loro confronto ai fini di un'eventuale integrazione sinergica.

La patologia cardiovascolare è una patologia ad esordio spesso rapido ed improvviso, caratterizzata da un lungo decorso ed i cui esiti, nella maggior parte dei casi si protraggono per lungo tempo.

Per la sua portata essa si connota in un'ottica psicosociale, come *periodo di transizione* (Ruble, Seidman, 1996, Seidman, 1988) in cui l'individuo sperimenta il divenire della propria persona in tutta la sua interezza cognitiva ed affettiva.

La malattia a carico del cuore, in quanto evento traumatico, sfida, destabilizza, quasi azzerava l'*assumptive world* dell'individuo (Parkers, 1971) mettendone profondamente in discussione le credenze circa se stesso e il mondo, e richiedendo un processo di revisione dei pattern relazionali tra persona e contesto di appartenenza.

Oggi vi è un consenso pressoché unanime circa la "portata resiliente" di alcuni costrutti fondamentalmente riconducibili a due categorie di risorse: esterne (qualità ed entità delle relazioni sociali della persona) ed interne (variabili personologiche a vario titolo coinvolte nel processo stress-strain) (Magri et al., 2006 e Magrin, Viganò, 2007).

Una terza categoria di risorse di resilienza molto promettente sia da un punto di vista teorico che da un punto di vista pratico-applicativo è rappresentata dalla dimensione di senso, concettualizzata in letteratura in diversi modi: come *orientamento di vita globale* (Antonovsky, 1987b, Baumeister, 1991), come *processo di attribuzione di causalità* (Bulman, Wortman, 1977), come *attività di coping* (Thompson, 1985) ed infine come effetto o risultato (*outcome*) che la persona ottiene nel confronto con eventi traumatici (McIntosh et al., 1993).

La rilevanza e l'efficiacia euristica della dimensione di senso nella spiegazione della risposta individuale agli eventi critici e traumatici viene riconosciuta anche dagli sviluppi più recenti degli approcci tradizionali allo studio dello stress, quale ad esempio il paradigma dello *Stress and Coping* (Lazarus, 1996).

Park e Folkman (1997), propongono un modello di coping che integra le diverse prospettive concettuali e relative definizioni operazionali del costrutto di significato.

Nel loro modello distinguono tra significato globale, che si riferisce al concetto di significato generale di vita, incluse le convinzioni e gli assunti generali sul mondo (componente cognitiva) e gli obiettivi di vita (componente motivazionale), e significato

situazionale che si riferisce all'interpretazione che gli individui danno del significato globale nel contesto degli eventi e delle situazioni specifiche con cui si confrontano giorno per giorno.

In questa prospettiva, l'incontro con un qualsivoglia stimolo esterno innesca, secondo gli autori, un processo nel quale l'assenza di congruenza tra significato globale e significato situazionale è all'origine di una condizione di stress che richiede al soggetto la messa in atto di strategie di coping volte alla risoluzione di tale incongruenza.

Tali strategie sono volte proprio al cambiamento del significato globale o di quello situazionale in modo che i due tornino ad essere congruenti tra loro e che la condizione di stress si riduca.

Gli autori parlano, in questo caso di *meaning-making coping* (Park, Folkman, 1997).

Una crisi, o un trauma, in questa prospettiva, impongono all'individuo una riconciliazione tra significato situazionale e globale, di cui costituiscono gli elementi fondamentali il mantenimento e la ricostruzione delle credenze generali e delle convinzioni rispetto alla prevedibilità, comprensibilità e benevolenza del mondo e la focalizzazione su nuove mete realizzabili (Park e Folkman, 1997).

In questo senso il *meaning-making coping* può essere considerato un vero e proprio processo di resilienza.

All'interno del medesimo paradigma anche Moss (2002) ha recentemente sottolineato l'importanza di comprendere come le strategie di coping cognitive contribuiscano ad incrementare il benessere psicologico e soprattutto i suoi aspetti emotivi, proprio nel confronto con importanti crisi di vita.

Un ulteriore ambito d'indagine sulla dimensione di senso è rappresentato dalla ricerca in tema di significato esistenziale: Reker e Wong (1988) definiscono la dimensione di senso come la "*coscienza sicura di un ordine, una coerenza, di un compito nella propria esistenza personale, la ricerca e il raggiungimento di mete meritevoli di essere perseguite e come senso permanente di compimento*".

I risultati delle ricerche empiriche hanno mostrato che il significato esistenziale gioca un ruolo cruciale nel moderare gli effetti dello stress sulla salute fisica e sul benessere psicologico e nel rinforzare, nell'individuo, sentimenti di benessere generale: il significato esistenziale è, infatti, consistentemente correlato con esiti positivi di salute

mentale, mentre l'assenza di significato è associata a esiti patologici (Reker, Wong, 1988, Zika, Chamberlain, 1987).

Un apporto particolarmente rilevante nell'ambito degli studi sulla dimensione di senso quale fattore di resilienza viene fornito dai numerosi studi internazionali condotti all'interno del paradigma salutogenico (Antonovsky, 1987) sul costrutto di senso di coerenza (SOC) (Antonovsky, 1987).

Recenti rassegne (Eriksson e Lindstrom, 2006) ne hanno evidenziato l'efficacia sia nei confronti del benessere fisico che psichico anche in riferimento specifico alla popolazione dei pazienti cardiopatici (Scrignaro et al.; Surtees et al., 2003; 2006).

I dati empirici, nel loro complesso, sembrano pertanto sostenere l'ipotesi relativa alla valenza della dimensione di senso quale fattore di protezione e promozione della salute.

L'approccio della *Narrative Identity Research*, infine, porta un contributo particolare allo studio della dimensione di senso, di tipo qualitativo.

Tale approccio si orienta all'indagine delle modalità con cui gli individui utilizzano la narrazione per sviluppare e sostenere un senso di unità personale e di scopo tra le diverse esperienze del ciclo di vita. (Singer, 2004); il complesso di questa attività narrativa è alla base del processo di costruzione di senso (Habermas, Bluck, 2000).

All'interno della *Narrative Identity Research*, particolarmente rappresentativo è il *Life Story Model of Identity* di McAdams (1996), secondo cui l'identità si costruisce come narrazione autobiografica.

Gli individui creano una propria storia di vita interiorizzata ed in continua evoluzione, che ha la funzione di ricostruire il passato ed anticipare il futuro in modo da fornire un senso di continuità e uno scopo (McAdams, 2001).

La capacità di fornire un significato dalla narrazione della propria storia di vita ha dei correlati positivi con lo sviluppo del sé, con l'adattamento personale alle avversità, con la crescita, ed in generale con il benessere psicologico (McAdams et al., 1997; Singer, 2004).

Affinchè si abbia un effetto salutare, secondo McAdams, la narrazione deve però essere caratterizzata dall'apertura dell'individuo rispetto ad esperienze fondamentali e temi importanti della sua vita: il soggetto deve cioè aprirsi ad un racconto per lui significativo, nel quale riuscire ad esprimere soprattutto gli aspetti emotivi che lo coinvolgono (Bauer, McAdams, 2004).

Queste riflessioni sembrano suggerire l'*ipotesi* che le cure o i necessari adattamenti degli stili di vita possono essere vissuti in modo molto diverso dai soggetti infartuati. La compliance e un corretto atteggiamento verso le cure non sembra determinato prevalentemente dall'insistenza delle prescrizioni o dalle informazioni fornite, ad esempio, sulle diete, sullo stress o sull'importanza degli esercizi.

L'efficacia di tali indicazioni dipende infatti dal grado di rielaborazione della nuova condizione di malattia e costituisce piuttosto un risultato che non una condizione della costruzione di un atteggiamento positivo verso di sé e verso le cure.

Ciò rende possibile ipotizzare che un appropriato intervento psicologico su gruppi di soggetti infartuati possa:

- offrire uno spazio di pensiero e rielaborazione dell'impatto psicologico della malattia sulla quotidianità,
- facilitare un riposizionamento emotivo dei soggetti nei confronti della propria esperienza di malattia,
- affrontare e rivedere i bias, le idee e gli atteggiamenti irrazionali verso la malattia stessa,
- promuovere e costruire la prospettiva di una diversa "normalità" sana attraverso un'alleanza terapeutica più solida e vissuta come un sostegno alla propria autonomia personale.



## BIBLIOGRAFIA

- Adler et al. (1994) N Adler and K Matthews, Health psychology: why do some people get sick and some stay well?, *Annual Review of Psychology* 45 (1994), pp. 229–259.
- Ahern, D. K., Gorkin, L., Anderson, J. L., Tierney, C., Hallstrom, A., Ewart, C., Capone, R. J., Schron, E., Kornfeld, D., Herd, J. A., Richardson, D. W. and Follick, M. J. (1990). 'Biobehavioural variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS)', *American Journal of Cardiology*, 66: 59±62.
- Ajzen (1991) I Ajzen, The theory of planned behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (1991), pp. 179–211.
- Alcalay (1983) R Alcalay In: R Alcalay, Editor, *Ethics*, Elsevier, Amsterdam (1983), pp. 71–88.
- Aldwin, C. M. (2000). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Alfredsson et al. (1997) L Alfredsson, N Hammar, A Hodell, C-L Spetz, L-O Åkesson, T Kahan and A-S Ysberg, Värdering av diagnoskvaliteten för akut hjärtinfarkt i tre svenska län (1995) [Validation of the quality of diagnosis for acute myocardial infarction in three Swedish districts], *Socialstyrelsen* (1997), pp. 84–88.
- Allied Dunbar Fitness Survey (1992) Allied Dunbar Fitness Survey 1992 Health Education Authority, London.
- Alloway R. The buffer theory of social support-a review of the literature. *Psychol Med* (1987);17:91-108.
- Allport G. W. (1961), *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Alonzo, A. A., Simon, A. B. and Feinleib, M. (1975). 'Prodromata of myocardial infarction and sudden death', *Circulation*, 52: 1056±1062.
- Amelang, M. (1991). Tales from Crvenka and Heidelberg: What about the empirical basis? *Psychological Inquiry*, 2, 233–236.
- Amelang, M. (1997). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality*, 11, 319–342.

- Amelang, M., & Schmidt-Rathjens, C. (1992). Psychometric properties of modified Grossarth-Maticek and Eysenck inventories. *Psychological Reports, 71*, 1251–1263.
- Amelang, M., & Schmidt-Rathjens, C. (1993). Persönlichkeit, Streß und Krankheit: Untersuchungen zu den psychometrischen Gütekriterien der Krankheitsprädiktoren von Grossarth-Maticek und Eysenck [Personality, stress and illness: Examining the psychometric properties of the illness predictors from Grossarth-Maticek and Eysenck]. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1*, 160–182.
- Amelang, M., Schmidt-Rathjens, C., & Feldt, K. (1998). Independent empirical evidence on the tales from Crvenka and Heidelberg. In J. Bermúdez, B. de Raad, J. DeVries, A. M. Pérez-García, A. Sánchez-Elvira, & G. L. van Heck (Eds.), *Personality psychology in Europe* (vol. 6, pp. 344–356). Tillburg: University Press.
- Amelang, M., Schmidt-Rathjens, C., & Matthews, G. (1996). Personality, cancer and coronary heart disease: Further evidence on a controversial issue. *British Journal of Health Psychology, 1*, 191–205.
- Amelang, M., Schmidt-Rathjens, C., & Yousfi, S. (2001). Not a decisive test, but some informative results with different modalities of questionnaire administration: The effect of group versus individual testing. In R. Riemann, F. M. Spinath, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality and temperament: Genetics, evolution, and structure* (pp. 283–295). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- *American Psychologist, 55*, 122-136.
- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T. and Swickert, R. J. (1995). 'Extraversion: a "hidden" personality factor in coping?', *Journal of Personality, 63*: 189±212.
- Anaut M. (2003), *La résilience. Surmonter le traumatismes*, Paris: Nathan Université.
- Anthony E. J. (1974), The syndrome of the psychologically invulnerable child, in E. J. Anthony, C. Koupernik (a cura di), *The child in his family: Children at psychiatric risk*, New York: Wiley, 529–545.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725–733.
- Appels, A. and Mulder, P. (1988). 'Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction', *European Heart Journal*, 9: 758±764.
- Appels, A. P., Kop, W. J., Bär, F. W., De Swart, H., & Mendes de Leon, C. F. (1995). Vital exhaustion, extent of atherosclerosis, and the clinical course after succesful percutaneous transluminal coronary angioplasty. *European Heart Journal*, 16, 1880-1885.
- Appels, A., Falger, P. R., & Schouten, E. G. (1993). Vital exhaustion as risk indicator for myocardial infarction in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 881–890.
- Arrington E. G., Wilson M. N. (2000), A re-examination of risk and resilience during adolescence: Incorporating culture and diversity, *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 221–230.
- Asendorpf, J. B. (1993). Social inhibition: A general-developmental perspective. In H. C. Traue & J. W. Pennebaker (Eds.), *Emotion, inhibition, and health* (pp. 80-99). Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
- B M Weiss, Coronary-prone behavior and coronary heart disease: A critical review, *Circulation* 63 (1981), pp. 1199–1215.
- Balint M. (1973). L'amore primario, gli inesplorati confini tra biologia e psicoanalisi. Trad. it. Guaraldi, Rimini.
- Baltes P.B. e U. M. Staudinger (2000), “Wisdom: The orchestration of mind and virtue towards excellence”,
- Bandura 1997 A Bandura, *Self-efficacy: The Exercise of Control*, W. H. Freeman, New York (1997).
- Bandura A. (1999), Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change, in R. F. Baumeister (a cura di), *The self in social psychology. Key readings in social psychology*, Philadelphia: Psychology Press/Taylor & Francis, 285-298.
- Banyard, V. L., & Graham-Bermann, S. A. (1993). Can women cope? A gender analysis of theories of coping with stress. *Psychology of women quarterly*, 17, 303–318.
- Barefoot et al. (1996) J C Barefoot, M J Helms, D B Mark, J A Blumenthal, R M Califf, T L Haney, C M O'Connor, I G Siegler and R B Williams, Depression and long-

term mortality risk in patients with coronary artery disease, *American Journal of Cardiology* 78 (1996), pp. 613–617.

- Barefoot, J. C. and Schroll, M. (1996). 'Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample', *Circulation*, 93: 1976±1980.
- Barefoot, J. C., Dahlstrom, W. G., & Williams, R. B. (1983). Hostility, CHD incidence and total mortality: A twenty-five year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59–63.
- Barefoot, J. C., Dodge, K. A., Peterson, B. L., Dahlstrom, W. G., & Williams, R. B. (1989). The Cook-Medley Hostility Scale: Item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51, 46–57.
- Barrera M., Hageman D.N., Gonzales N.A. (2004), Revisiting hispanic adolescents' resilience to the effects of parental problem drinking and life stress, *American Journal of Community Psychology*, 34(1/2), 83-94.
- Bartoli G., Bonaiuto P. (1997). *Psicodinamica e sperimentazione*. Carocci Editore, Roma.
- Baum et al. (1999) A Baum and D M Posluszny, Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness, *Annual Review of Psychology* 50 (1999), pp. 137–163.
- Baumann, U., & Dittrich, A. (1976). Überprüfung der Fragebogendimension P (psychotizismus) im Vergleich zu Extraversion und Neurotizismus [Testing the questionnaire dimension P (psychoticism) in comparison to extraversion and neuroticism]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 5, 1–22.
- Beaudot A. (1973). *La creatività*. Loescher Editore, Torino.
- Belgrave F. Z., Chase-Vaughn G., Gray F., Addison J. D. e Cherry V. R. (2000), The effectiveness of a culture-and gender-specific intervention for increasing resiliency among African American preadolescent females, *Journal of Black Psychology*, 26(2), 133-147.
- Belloc et al. (1972) N B Belloc and L Breslow, Relationship of physical health status and health practices, *Preventive Medicine* 9 (1972), pp. 409–421.

- Bermingham, M., Brock, K., Tran, D., Yau, J., & TranDinh, H. (1999). Smoking and lipid cardiovascular risk-factors in Vietnamese refugees in Australia. *Preventive Medicine*, 28, 378–385.
- Berry J. W. (1998), Acculturation and health: theory and research, in S. S. Kazarian, D. R. Evans (a cura di), *Cultural clinical psychology: Theory, research, and practice*, London: Oxford University Press, 39–57.
- Berry, D. S. and Hansen, J. S. (1996). 'Positive affect, negative affect, and social interaction', *Journal of Personality and Social Psychology*, 71: 796±809.
- Bigger, J. T., Fleiss, J. L., Rolnitzky, L. M. and Steinman, R. C. (1993). 'The ability of several short-term measures of RR variability to predict mortality after myocardial infarction', *Circulation*, 88: 927±934.
- Black (1988) Black Report, *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*, DHSS, London (1988).
- Blaxter (1990) M Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, London (1990).
- Block J., Block J. H. (1980), *The California Child Q-set*, Paolo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Blumenthal et al. (1997) J A Blumenthal, W Jiang and M Babyak *et al.*, Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia: Effects on prognosis and evaluation of mechanisms, *Archives of Internal Medicine* 157 (1997), pp. 2213–2223.
- Blumenthal, J. A., Jiang W., Waugh, R. A., Frid, D. J., Morris, J. J., Coleman, R. E., Hanson, M., Babyak, M., Thyrum, E. T., Krantz, D. S., & O'Connor, C. (1995). Mental stress-induced ischemia in the laboratory and ambulatory ischemia during daily life: Association and hemodynamic features. *Circulation*, 92, 2102-2108.
- Bonanno G. A. (2005), Perdita, trauma e resilienza umana, *Nuove Tendenze della Psicologia*, 3, 339-360.
- Booth-Kewley, S. and Friedman, H. S. (1987). 'Psychological predictors of heart disease: a quantitative review', *Psychological Bulletin*, 101: 343±362.
- Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson A, Brunner EJ, Stansfeld S. Low job control and risk of coronary heart disease in the White-hall II (prospective cohort) study. *BM J* (1997);314:558-65.

- Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot MG. Alternative job stress models and the risk of coronary heart disease: the effort-reward imbalance model and the job strain model. *Am J Public Health* (1998);88:68-74.
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita*, vol 1o: L'attaccamento alla madre. Trad. it. , Boringhieri, Torino.
- Bracke, P. E., & Thoresen, C. E. (1996). Reducing Type A behavior patterns: A structured-group approach. In R. Allan & S. Scheidt (Eds.), *Heart and mind: The practice of cardiac psychology* (pp. 255–290). Washington, DC: American Psychological Association.
- Branscombe N., Ellemers N. (1998), Coping with group-based discrimination: Individualistic versus group-level strategies, in J. Swim & C. Stangor (a cura di), *Prejudice: The target's perspective*. San Diego CA: Academic Press.
- British Medical Journal (1982) British Medical Journal, *Alcohol Problems*, BMJ Publications, London (1982).
- 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.
- Brubaker et al. (1990) R G Brubaker and C Fowler, Encouraging college males to perform testicular self-examination: evaluation of a persuasive message based on the revised theory of action, *Journal of Applied Social Psychology* 20 (1990), pp. 1411–1422 (17).
- Brummett et al. (1998) B H Brummett, M A Babyak, J C Barefoot, H B Bosworth, N E Clapp-Channing, I C Siegler, R B Williams and D B Mark, Social support and hostility as predictors of depressive symptoms in cardiac patients one month following hospitalization: A prospective study, *Psychosomatic Medicine* 60 (1998), pp. 707–713.
- Brunner EJ. Stress and the biology of inequality. *BMJ* (1997);314:1472-6.
- Bucher HC. Social support and prognosis following first myocardial infarction. *J Gen Int Med* (1994);9:409-17.
- Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (1996). Stress, Burnout, and health. In C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress, medicine, and health* (pp. 101–117). Florida: CRC Press.

- Burns, J. W. (1995). Interactive effects of traits, states, and gender on cardiovascular reactivity during different situations. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 279–303.
- Bush, T. L., Miller, S. R., Golden, A. L., & Hale, W. E. (1989). Self-report and medical record report agreement of selected medical conditions in the elderly. *American Journal of Public Health*, 79, 1554–1556.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). Inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343–349.
- Byrne, D. G. (1992). Anxiety, neuroticism, depression, and hypertension. In E. H. Johnson & W. D. Doyle (Eds.), *Personality, elevated blood pressure, and essential hypertension* (pp. 67–85). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp.
- Cardiac Rehabilitation Guideline Panel. (1995). *Cardiac rehabilitation*. Clinical Practice Guideline, vol. 17. US Department of Health and Human Services, National Heart, Lung and Blood Institute, Publ. No. 96–0672.
- Cambi F. (2002), *L'autobiografia come metodo formativo*, Laterza, Bari.
- Cameron L. D. e Nicholls G. (1998), *Expression of stressful experiences through writing: Effects of a self-regulation manipulation for pessimists and optimists*. *Health Psychology*, 17, 84–92.
- Campbell R.S. e Pennebaker J.W. (2003), *The secret life of pronouns: Flexibility in writing style and physical health*, “Psychological Science”, 14, 60-65.
- Cannavicci M. (2000). Trauma psichico: fattori di rischio e fattori protettivi. In 'Atti delle 1o Giornate di Studio su Gravi Stress, Traumi e Salute', a cura di Maura Sgarro, Roma 14-15 gennaio 2000, Edizioni Kappa, Roma.
- Carmelli, D., Halpern, J., Swan, G. E., McElroy, D. M., Gelb, A. B., & Rosenman, R. H. (1991). 27-year mortality in the Western Collaborative Group Study: Construction of risk groups by recursive partitioning. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 1341–1351.
- Carmody, T. P., Crossen, J. R., & Wiens, A. N. (1989). Hostility as a health risk factor: Relationships with neuroticism, Type A behavior, attentional focus, and interpersonal style. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 754–762.

- Carney, R. M., Freedland, K. E., Rich, M. W., Smith, L. J., & Jaffe, A. S. (1993). Ventricular tachycardia and psychiatric depression in patients with coronary artery disease. *American Journal of Medicine*, 95, 23-28.
- Carney, R. M., Rich, M. W., Freedland, K. E., Saini J., TeVelde, A., Simeone, C. and Clark, K. (1988). 'Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease', *Psychosomatic Medicine*, 50: 627±633.
- Carney, R. M., Saunders, R. D., Freedland, K. E., Stein, P., Rich, M. W. and Jaffe, A. S. (1995). 'Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease', *American Journal of Cardiology*, 76: 562±564.
- Carver C. S. (1998), Resilience and thriving: issues models and linkages, *Journal of Social Issues*, 54, 245–266.
- Carver C.S. (1991). Optimism, Pessimism, and Coping with Serious Illness, Paper presented at the 12o International STAR Conference, Budapest.
- Carver, C. S., Coleman, A. E., & Glass, D. C. (1976). The coronary-prone behavior type and the suppression of fatigue on a treadmill test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 460–466.
- Case et al. (1992) B R Case, A J Moss and N Case, Living alone after myocardial infarction, *Journal of the American Medical Association* 267 (1992), pp. 520–524.
- Castelletti P. (2006), La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione, *Nuove tendenze della psicologia*, 4(2), 211-233
- Cheng, S. W., Wu, L. L., Ting, A. C., Lau, H., & Wong, J. (1999). Screening for asymptomatic carotid stenosis in patients with peripheral vascular disease: A prospective study and risk factor analysis. *Cardiovascular Surgery*, 7, 303–309.
- Chernoff N. N. (2002), NIMH study: Blacks mentally healthier, *American Psychological Society*, 15, 21–36.
- Chesney, M. A. and Rosenman, R. H. (1985). Anger and hostility in cardiovascular and behavioural disorders, Hemisphere, Washington, DC.
- Christensen A.J. e Smith T.W. (1993), *Cynical ostility and cardiovascular reactivity during self-disclosure*, "Psychosomatic medicine", 55, 193-202.

- Clark L.F. (1993), *Stress and the cognitive-conversational benefits of social interaction*, “Journal of social and clinical psychology”, 12, 25-55.
- Clauss-Ehlers C. S. (2008), Sociocultural factors, resilience and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 197–212.
- Clauss-Ehlers C. S., Lopez Levy L. (2002), Violence and community, terms in conflict: An ecological approach to resilience. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 11(4), 265-278.
- Clauss-Ehlers, C. S., Yang, Y. T., Chen, W. (2006), Resilience from childhood stressors: The role of cultural resilience, ethnic identity, and gender identity, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 5(1), 124–138.
- Cohen et al. (1985) S Cohen and S L Syme, *Social Support and Health*, Academic Press, New York (1985).
- Cohen, J. (1973). Eta-squared and partial eta-squared in fixed factor ANOVA designs. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 107–112.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd edn. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohn M.A., Mehl M.R. e Pennebaker J.W. (2004), *Linguistic markers of psychological change surrounding September 11, 2001*, “Psychological Science”, 15, 687-693.
- Colditz, G. A., Martin, P., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Sampson, L., Rosner, B., Hennekens, C. H., & Speizer, F. E. (1986). Validation of questionnaire information on risk factors and disease outcomes in a prospective cohort study of women. *American Journal of Epidemiology*, 123, 894–900.
- Connell, R. W. (1993). *Gender and power*. Cambridge: Polity Press.
- Conner et al. 1996 In: M Conner and P Norman, Editors, *Predicting Health Behaviour*, Open University Press, Buckingham, UK (1996).
- Consensus Development Conference on Lowering Blood Cholesterol to Prevent Heart Disease (1985) Consensus Development Conference on Lowering Blood Cholesterol to Prevent Heart Disease, Lowering blood cholesterol to prevent heart disease, *J. of the Australian Medical Association* 253 (1985), pp. 2080–2086.

- Cook, W., & Medley, D. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 238, 414–418.
- Cooper, C. L., & Faragher, E. B. (1991). The interaction between personality, stress, and disease: Throwing the baby out with the bath water. *Psychological Inquiry*, 2, 236–238.
- Costa, P. T. and McCrae, R. R. (1987). `Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite?', *Journal of Personality*, 55: 299±316.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dembroski, T. M. (1989). Agreeableness versus antagonism: Explication of a potential risk factor for CHD. In A. W. Siegman & T. M. Dembroski (Eds.), *In search of coronary-prone behaviour*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costello, R. M., Hulsey, T. L., Schoenfeld, L. S. and Ramamurthy, S. (1987). `P±A±I±N: a four-cluster MMPI typology for chronic pain', *Pain*, 30: 199±209.
- Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. P. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177–199). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Crawford, M., & Unger, R. (2000). *Women and gender. A feminist psychology*. USA: McGraw-Hill comp.
- Crisp, A. H., Queenan, M. and D'Souza, M. F. (1984). `Myocardial infarction and the emotional climate', *The Lancet*, 1: 616±619.
- Cross W., Strauss L. (1998), The everyday functions of African American Identity, in J. swim, C. Stangor (a cura di), *Prejudice: The target's perspective*, New York: Academic Press.
- Cunningham, A. J. (1981). `Mind, body and immune response', In: Ader, R. (Ed), *Psychoneuroimmunology*, pp. 609±617, Academic, New York.
- De Girolamo G., Marchiori E. (1995). Traumi e vittime: epidemiologia del disturbo post-traumatico da stress. In *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, 2 .
- De Leon, C. F. M. (1992). Anger and impatience/irritability in patients of low socioeconomic status with acute coronary heart disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 273–284.

- De Leon, C. F. M., Kop, W. J., de Swart, H. B., Bar, F. W., & Appels, A. P. M. (1996). Psychosocial characteristics and recurrent events after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *American Journal of Cardiology*, *77*, 252–255.
- De Vreede, J. J., Gorgels, A. P., Verstraaten, G. M., Vermeer, F., Dassen, W. R. and Wellens, H. J. (1991). 'Did prognosis after acute myocardial infarction change during the past 30 years? A meta-analysis', *Journal of the American College of Cardiology*, *18*: 698±706.
- Deary, I. J., MacLulich, A. M. J., & Mardon, J. (1991). Reporting of minor physical symptoms and family incidence of hypertension and heart disease: Relationships with personality and Type A behaviour. *Personality and Individual Differences*, *12*, 747–751.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakog, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, *1*, 119–136.
- Dembroski, T. M., MacDougall, J. M., Costa, P. T., & Grandits, G. A. (1989). Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention trial. *Psychosomatic Medicine*, *51*, 514–522.
- Dembroski, T. M., MacDougall, J. M., Williams, R. B., Haney, T., & Blumenthal, J. A. (1985). Components of type A, hostility and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, *47*, 219–233.
- Demetrio D. (1996), *Raccontarsi*, Cortina, Milano.
- Demetrio D. (2003), *Autoanalisi per non pazienti*, Cortina, Milano.
- Denollet J. (1993a). Sensitivity of outcome assessment in cardiac rehabilitation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 686-695.
- Denollet J. (1993b). Emotional distress and fatigue in coronary heart disease: The Global Mood
- Denollet J., Sys S. U., & Brutsaert D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 582-591.
- Denollet J., Sys S. U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T. C., & Brutsaert, D. L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, *347*, 417-421.

- Denollet, J. (1991). Negative affectivity and repressive coping: Pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. *Psychosomatic Medicine* 53, 538-556.
- Denollet, J. (1993). 'Biobehavioural research on coronary heart disease: where is the person?', *Journal of Behavioral Medicine*, 16: 115±141.
- Denollet, J., & De Potter, B. (1992). Coping subtypes for men with coronary heart disease: Relationship to well-being, stress, and Type A behavior. *Psychological Medicine*, 22, 667-684.
- Denollet, J., Sys, S. U. and Brutsaert, D. L. (1995). 'Personality and mortality after myocardial infarction', *Psychosomatic Medicine*, 57: 582±591.
- Depue, R. A. and Monroe, S. M. (1986). 'Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: the problem of chronic disturbance', *Psychological Bulletin*, 99: 36±51.
- Derogatis, L. R. (1991). Personality, stress, disease, and bias in epidemiological research. *Psychological Inquiry*, 2, 238–242.
- Devlen, J., Michaelson, S., & Maguire, P. (1989). *Measuring quality of life: A disease specific approach*. Paper presented at the International Conference on Health Psychology, University of Wales College of Cardiff, September.
- Devoto G., Oli G. (1971), *Il Devoto-Oli. Vocabolario della lingua italiana*, Firenze: Edumond Le Monnier.
- Diener E. (2000), "Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index", *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Dimsdale, J. E. (1988). 'A perspective on Type A behaviour and coronary disease', *New England Journal of Medicine*, 318: 110±112.
- Dimsdale, J. E., Pierce, C., Schoenfeld, D., Brown, A., Zusman, R., & Graham, R. (1986). Suppressed anger and blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 430-436.
- Doll et al. 1994 R Doll, R Peto, K Wheatley, R Gray and I Sutherland, Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors, *British Medical Journal* 309 (1994), pp. 901–911.
- Eckert P. (1999), *Language variation as social practice: The linguistic construction of identity in Belten High*. New York: Blackwell.

- Edlund, T., Johansson, G., Linderöth, K., & Ståhl, P.- O. (2001). *Båda blir bäst* (RFV Redovisar 2000: 1). Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Edvardsson, B., Larsson, G., & Setterlind, S. (1997). Internal service quality and the psychosocial work environment: An empirical analysis of conceptual interrelatedness. *The Service Industries Journal*, 17(2), 252–263.
- Eggert, D. (1974). *Eysenck-Persönlichkeits-Inventar (EPI)* [Eysenck's Personality Inventory]. Göttingen: Hogrefe.
- Elias, M. F., Robbins, M. A., Blow, F. C., Rice, A. P., & Edgecomb, J. L. (1982). A behavioural study of middle-aged chest pain patients: Physical symptom reporting, anxiety and depression. *Experimental Aging Research*, 8, 45–51.
- Elvin-Nowak, Y. (1999). The meaning of guilt: A phenomenological description of employed mothers' experiences of guilt. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40(1), 73–83.
- Elvin-Nowak, Y., & Thomsson, H. (2001). Motherhood as idea and practice: A discursive understanding of employed mothers in Sweden. *Gender and Society*, 15(3), 407–428. *European cardiovascular disease statistics, 2000 edition*. (2000). Electronic source: British Heart Foundation (2002, 0912).
- Emiliani F. (1995), Processi di crescita tra protezione e rischio, in P. Di Blasio (a cura di), *Contesti relazionali e processi di sviluppo*, Milano: Raffaello Cortina.
- Erdman, R. A. (1982). *MPVH. Medisch Psychologische Vragenlijst voor Hartpatiënten*. [HPPQ. Heart Patients Psychological Questionnaire]. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Esterling B., Antoni M., Fletcher M., Marguiles S. e Schneiderman N. (1994), *Emotional disclosure through writing or speaking modulates Epstein-Barr virus antibody titers*”, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 10, 334–350.
- Everson, S. A., McKey, B. S., & Lovallo, W. R. (1995). Effect of trait hostility on cardiovascular responses to harassment in young men. *International Journal of Behavioural Medicine*, 2, 172–191.
- Eysenck, H. J. (1991). Personality, stress and disease. An interactionist's perspective. *Psychological Inquiry*, 2, 457–459.

- Falger, P. R., & Schouten, E. G. (1992). Exhaustion, psychological stressors in the work environment, and acute myocardial infarction in adult men. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 777-786.
- Farber, B. A. (1983). *Stress and Burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press.
- Farello P. e Bianchi F. (2001), *Laboratorio dell'autobiografia*, Erickson, Trento.
- Ferraro, K. F., & Su, Y. P. (2000). Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. *American Journal of Public Health*, 90, 103–108.
- Ferring, D., & Filipp, S. H. (1989). Der Fragebogen zur Erfassung Gesundheitsbezogener kontrollüberzeugungen (FEGK) [Questionnaire to measure belief in control over one's own health status]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 285–289.
- Fife-Schaw et al. 1992 C R Fife-Schaw and G M Breakwell, Estimating sexual behaviour parameters in the light of AIDS: a review of recent UK studies of young people, *AIDS Care* 4 (1992), pp. 187–201.
- Finkenauer C. e Rimé B. (1998), *Socially shared emotional experiences vs. emotional experiences kept secret: Differential characteristics and consequences*, “*Journal of Social & Clinical Psychology*”, 17, 295-318.
- Flach, F. (1990). The resilience hypothesis and post-traumatic stress disorder. In M.E. Wolfe & A.D. Mosnaim (Eds.), *Post-traumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa E. B. e Kozak M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foltz P.W., Kintsch W. e Landauer T.K. (1998), *The measurement of textual coherence using latent semantic analysis*, “*Discourse processes*”, 25, 285-307.
- Fox, B. H. (1991). Quandaries created by unlikely numbers in some of Grossarth-Maticek's studies. *Psychological Inquiry*, 2, 242–247.
- Frankenhaeuser et al. 1989 M Frankenhaeuser, U Lundberg, M Fredriksson, B Melin, M Tuomisto, A-L Myrsten, M Hedman, B Bergman-Losman and L Wallin, Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers, *Journal of Organizational Behavior* 10 (1989), pp. 321–346.

- Frasure Smith N, Lesperance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Juneau M, et al. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet* 1997;350:473-9.
- Frasure-Smith et al. (1995) N Frasure-Smith, F Lesperance and M Talajic, Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction, *Circulation* 91 (1995), pp. 999–1005.
- Frasure-Smith, N. (1991). 'In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after myocardial infarction in men', *American Journal of Cardiology*, 67: 121±127.
- Frasure-Smith, N. and Prince, R. (1985). 'The Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program: impact on mortality', *Psychosomatic Medicine*, 47: 431±445.
- Frasure-Smith, N. and Prince, R. (1989). 'Long-term follow-up of the Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program', *Psychosomatic Medicine*, 51: 485±513.
- Friedman et al. (1979) G D Friedman, L G Dales and H K Ury, Mortality in middle-aged smokers and non-smokers, *New England Journal of Medicine* 300 (1979), pp. 213–217.
- Friedman et al. (1984) M Friedman, C E Thoresen, J J Gill, L H Powell, D Ulmer, L Thompson, V A Price, D Rabin, W Breall, T Dixon, R Levy and E Bourg, Alteration of Type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients, *American Heart Journal* 108 (1984), pp. 237–248.
- Friedman, H. S. (1990). *Personality and Disease*, Wiley, New York.
- Friedman, H. S. (1991). *The Self-Healing Personality: Why Some People Achieve Health and Others Succumb to Illness*, Holt, New York.
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health: Dynamism, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68, 1089–1107.
- Friedman, H. S. and Booth-Kewley, S. (1987). 'The "disease-prone personality": a meta-analytic view of the construct', *American Psychologist*, 42: 539±555.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The 'disease prone personality'. *American Psychologist*, 42, 539–562.
- Friedman, H. S., & DiMatteo, M. R. (1989). *Health psychology*. New York: Knopf.

- Friedman, H. S., Tucker, J. S. and Reise, S. P. (1995). 'Personality dimensions and measures potentially relevant to health: a focus on hostility', *Annals of Behavioral Medicine*, 17: 245±253.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasy, C., Martin, L. R., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "Termites". *American Psychologist*, 50, 69-78.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 2169, 1286–1296.
- Fromm E. (1981), "Primary and secondary process in waking and in altered states of consciousness", *Acad. Psychol. Bull.*, 3: 29-45.
- Funder, D. C. (1991). 'Global traits: a neo-Allportian approach to personality', *Psychological Science*, 2: 31±39.
- Fydrich, T., Sommer, G., Menzel, G., & Höll, B. (1987). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K-22) [Questionnaire to measure social support (short version)]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 434–436.
- Gabbay, F. H., Krantz, D. S., Kop, W. J., Hedges, S. M., Klein, J., Gottdiener, J. S., & Rozanski, A. (1996). Triggers of myocardial ischemia during daily life in patients with coronary artery disease: Physical and mental activities, anger, and smoking. *Journal of the American College of Cardiology*, 27, 585-592.
- García Coll C., Lamberty G., Jenkins R., McAdoo H. P., Crnic K., Wasik B. H. (1996), An integrative model for the study of developmental competencies in minority children, *Child Development*, 67, 1891-1914.
- Gardner H., Michaelson M. and B. Solomon (2000), "The origins of good work", *American Psychologist*, 55, 1.
- Garmezy N. (1993), Children in poverty: Resilience despite risk, *Psychiatry*, 56, 127–136.
- Garmezy N., Rutter M. (1983) stress , coping and development in children . Johns Hopkins University press Baltimore Gore S., Eckenrode J. (1996), Context and processes in research on risk and resilience, in R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N.

Garnezy, M. Rutter, *Stress: Risk and resilience in children and adolescents. Processes mechanism and intervention*, Edimburg: Cambridge University Press.

- General Household Survey 1989 *General Household Survey* (1989) OPCS, London.
- General Household Survey 1992 *General Household Survey* (1992) OPCS, London.
- General Household Survey 1993 *General Household Survey* (1993) OPCS, London.
- General Household Survey 1994 *General Household Survey* (1994) OPCS, London.
- Gentry, W. D., Chesney, A. P., Gary, H. G., Hall, R. P., & Harburg, E. (1982). Habitual anger coping styles: Effect on mean blood pressure and risk for essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 44, 195–202.
- Gergen K.J. e Gergen M.M. (1987), *Narratives of relationship*. In McGhee M., Clarke D.D. e Burnett R. (a cura di), *Accounting for relationships* (pp. 269-288), Oxford, Blackwell.
- Gergen K.J. e Gergen M.M. (1988), Narrative and the self as relationship. In Berkovitz L (a cura di), *Advances in experimental social psychology*, vol. 21 (pp. 17-56), New York, Academic.
- Gergen, M. M., & Davis, S. N. (1997). *Toward a new psychology of gender*. New York: Routledge.
- Gerrard et al. (1996) M Gerrard, F X Gibbons and B J Bushman, Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior, *Psychological Bulletin* 119 (1996), pp. 390–409.
- Gidron Y., Peri T., Connonlly J. F. e Shalev A. Y. (1996), Written disclosure in posttraumatic stress disorder: Is it beneficial for the patient?, “*Journal of Nervous and Mental Disease*”, 184, 505–507.
- Giles H. e Wiemann J. M. (1993), Social psychological studies of language: Current trends and prospects. *American Behavioral Scientist*, 36, 262–272.
- Gjerdingen, D., McGovern, P., Bekker, M., Lundberg, U., & Willemssen, T. (2000). Women’s work roles and their impact on health, well-being, and career:

Comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. *Women and Health*, 31(4), 1–20.

- Glass 1977 D C Glass, *Behavior Patterns, Stress, and Coronary Disease*, Erlbaum, Hillsdale, NJ (1977).
- Gochman (1997) In: D S Gochman, Editor, *Handbook of Health Behavior Research* Vols. 1–4, Plenum, New York (1997).
- Godin et al. (1996) G Godin and G Kok, The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors, *American Journal of Health Promotion* 11 (1996), pp. 87–98.
- Gollwitzer (1993) P M Gollwitzer, Goal achievement: the role of intentions. In: W Stroebe and M Hewstone, Editors, *European Review of Social Psychology* Vol. 4, Wiley, Chichester, UK (1993), pp. 141–185.
- Gottschalk L. A. e Gleser G. C. (1969), *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Berkeley, University of California Press.
- Graves, P. L., Mead, L. A., Wang, N. Y., Liang, K., & Klag, M. J. (1994). Temperament as a potential predictor of mortality: Evidence from a 41-year prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 111-126.
- Graybeal A., Sexton J.D. e Pennebaker J.W. (2002), *The role of story-making in disclosure writing: The psychometrics of narrative*, “Psychology and Health”, 17, 571-581.
- Greenberg M.A., Wortman C.B. e Stone A.A. (1996), Emotional expression and physical health: revising traumatic memories or fostering self-regulation?, “Journal of personality and social psychology”, 71, 588-602.
- Grignani, G., Soffiantino, F., Zuchella, M., Pacchiarini, L., Tacconi, F., Bonomi, E., Psatoris, A., Sbaffi, A., Fratino, P. and Tavazzi, L. (1991). ‘Platelet activation by emotional stress in patients with coronary artery disease’, *Circulation*, 83 (suppl. II): II-128±II-136.
- Gross, E. B. (1997). Gender differences in physician stress: Why the discrepant findings? *Women and health*, 26(3), 1–14.
- Grossarth-Maticek, R. (1989). Disposition, exposition, verhaltensmuster, organvorschädigung und stimulierung des zentralen nervensystems in der ätiologie des

bronchial-, magen- und leberkarzinoms [Disposition, exposition, behaviour, predamage of organs and stimulation of the central nervous system in the aetiology of lung, stomach, and liver cancer]. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 21, 62–78.

- Grossarth-Maticek, R., & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355–373.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., & Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction on predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479–495.
- Grossi, G., Theorell, T., Jurisoo, M., & Setterlind, S. (1999). Psychophysiological correlates of organizational change and threat of unemployment among police inspectors. *Integrative physiological and behavioral science: The official journal of the Pavlovian Society*, 34(1), 30–42.
- Grotberg E. (1995), A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit, *Early Childhood Development: Practice and Reflections*, 8, Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- Grunberg, N. E., & Singer, J. E. (1991). Attempting to explain why the good die young. *Psychological Inquiry*, 2, 247–249.
- Haan et al. (1987) M Haan, G A Kaplan and T Camacho, Poverty and health: Prospective evidence from the Alameda County Study, *American Journal of Epidemiology* 125 (1987), pp. 989–998.
- Haapanen, N., Miilunpalo, S., Pasanen, M., Oja, P., & Vuori, I. (1997). Agreement between questionnaire data and medical records of chronic diseases in middle-aged and elderly Finnish men and women. *American Journal of Epidemiology*, 145, 762–769.
- Haines, A. P., Imeson, J. D., & Meade, T. W. (1987). Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *British Medical Journal*, 295, 297–299.
- Hallman, T., Burell, G., Setterlind, S., Oden, A., & Lisspers, J. (2001). Psychosocial risk factors for coronary heart disease, their importance compared with other risk factors and gender differences in sensitivity. *Journal of Cardiovascular Risk*, 8(1), 39–49.

- Hallman, T., Perski, A., Burell, G., Lisspers, J., & Setterlind, S. (2002). Perspectives on differences in perceived external stress: A study of women and men with coronary heart disease. *Stress and Health, 18*, 105–118.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 95–113). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hansen, L. K., Grimm, R. H., & Neaton, J. D. (1990). The relationship of white blood cell count to other cardiovascular risk factors. *International Journal of Epidemiology, 19*, 881–888.
- Hanson 1989 B S Hanson, Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective population study of 'Men born in 1914' Malmo, Sweden, *American Journal of Epidemiology* 130 (1989), pp. 100–111 (1).
- Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Milton Keynes: Open University Press.
- Hare-Mustin, R. T., & Marecek, J. (1990). *Making a difference: Psychology and the construction of gender*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Haug, T. T., Svebak, S., Hausken, T., Wilhelmsen, I., Berstad, A., & Ursin, H. (1994). Low vagal activity as mediating mechanism for the relationship between personality factors and gastric symptoms in functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine, 56*, 181–186.
- Haynes, S. G. and Feinleib, M. (1980). 'Women, work and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham Heart Study', *American Journal of Public Health, 70*: 133±141.
- Haynes, S. G., Feinleib, M., & Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology, 111*, 37-58.
- 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.
- Hayward C. Psychiatric illness and cardiovascular disease risk. *Epidemiol Rev* (1995);17:129-38.
- Health Promotion Authority for Wales (1990) Health Promotion Authority for Wales, *Health in Wales*, Health Promotion, Cardiff, UK (1990).

- Hearn M, Murray DM, Luepker RB. Hostility, coronary heart disease and total mortality: a 33 year follow up study of university students. *J Behav Med* (1989);12:105-21.
- Hecker MHL, Chesney MA, Black GW. Coronary prone behaviour in the Western Collaborative Group study. *Psychosom Med* (1988);50:153-64.
- 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.
- Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E., & Puska, P. (2001). Self rated health and mortality: A long term prospective study in eastern Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 227–232.
- Heliövaara, M., Aromaa, A., Klaukka, T., Knekt, P., Joukamaa, M., & Impivaara, O. (1993). Reliability and validity of interview data on chronic diseases. *Journal of Clinical Epidemiology, 46*, 181–191.
- Hennig, J., & Netter, P. (1997). The psychobiological significance of secretory immunoglobulin as a marker for personality. In J. Bermúdez, B. de Raad, J. DeVries, A. M. Pérez-Garcia, A. Sánchez-Elvira, & G. L. van Heck (Eds.), *Personality psychology in Europe* (vol. 6, pp. 144–158). Tillburg: University Press.
- Hennig, J., Pössel, P., & Netter, P. (1996). Sensitivity to disgust as an indicator of neuroticism: A psychobiological approach. *Personality and Individual Differences, 20*, 589–596.
- Hofman-Bang, C., Lisspers, H., Nordlander, R., Nygren, A., Sundin, O., Öhman, A., & Ryden, L. (1999). Two-year results of a controlled study of residential rehabilitation for patients treated with percutaneous transluminal coronary angioplasty. A randomized study of a multifactorial programme. *European Heart Journal, 20*(20), 1465–1474.
- Hofstede G. (1980), *Culture's consequences: International differences in work-related values*, Newbury Park: Sage.
- Holahan et al. (1995) C J Holahan, C K Holahan, R H Moos and P L Brennan, Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness, *Health Psychology 14* (1995), pp. 152–163.

- 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.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Horowitz M. J. (1976). Stress response syndrome, Aronson, New York.
- Horsten et al. (2000) M Horsten, M Mittleman, S P Wamala, K Schenck-Gustafsson and K Orth-Gomér, Social isolation and depression in relation to prognosis of coronary heart disease in women, *European Heart Journal* 21 (2000), pp. 1072–1080.
- Hotard, S. R., McFatter, R. M., McWhirter, R. M., & Stegall, M. E. (1989). Interactive effects of extraversion, neuroticism, and social relationships on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 321-331.
- House et al. (1988) J S House, K R Landis and D Umberson, Social relationships and health, *Science* 241 (1988), pp. 540–545.
- Houston (1988) B K Houston, Cardiovascular and neuroendocrine reactivity, global Type A, and components of Type A behavior. In: B K Houston and C R Snyder, Editors, *Type A Behavior Pattern: Research, Theory & Intervention*, Wiley, New York (1988), pp. 212–253.
- Houston et al. (1997) B K Houston, M A Babyak, M A Chesney, G Black and D R Ragland, Social dominance and 22-year all-cause mortality in men, *Psychosomatic Medicine* 59 (1997), pp. 5–12.
- Houston, B. K., Chesney, M. A., Black, G. W., Cates, D. S., & Hecker, M. H. L. (1992). Behavioural clusters and coronary heart disease risk. *Psychosomatic Medicine*, 54, 447–461.
- Hovey J. D. (2000), Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican American immigrants, *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(2), 134–151.
- Ironson, G., Taylor, C. B., Boltwood, M., Bartzokis, T., Dennis, C., Chesney, M., Spitzer, S., & Segall, G. M. (1992). Effects of anger on left ventricular ejection fraction in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 70, 281-285.

- IRP (2006), [http://www.resilienceproject.org/index.cfm?fuseaction=text.&str\\_cmpID=181](http://www.resilienceproject.org/index.cfm?fuseaction=text.&str_cmpID=181)
- Jackson, S. E., Schwab, R. K., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the Burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630–640.
- Januzzi et al. (2000) J L Januzzi, T A Stern, R C Pasternak and R W DeSanctis, The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease, *Archives of Internal Medicine* 160 (2000), pp. 1913–1921.
- Jenkins et al. (1974) C D Jenkins, R H Rosenman and S J Zyzanski, Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary-prone behavior pattern, *New England Journal of Medicine* 290 (1974), pp. 1271–1275.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jiang, W., Babyak, M., Krantz, D. S., Waugh, R. A., Coleman, R. E., Hanson, M. M., Frid, D. J., McNulty, S., Morris, J. J., O'Connor, C. M., & Blumenthal, J. A. (1996). Mental stress-induced myocardial ischemia and cardiac events. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1651-1656.
- Johnson JV, Stewart W, Hall EM, Fredlund P, Theorell T. Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *Am J Public Health* (1996);86:325-31.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336–1342.
- Johnston DW, Cook DG, Shaper AG. Type A behaviour and ischaemic heart disease in middle-aged British men. *BMJ* (1987);295:86-9.
- Jones DA, West RR. Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* (1996);313: 1517-21.
- Jorgensen, R. S., Johnson, B. T., Kolodziej, M. E. and Schreer, G. E. (1996). 'Elevated blood pressure and personality: a meta-analytic review', *Psychological Bulletin*, 120: 293±320.
- Julius, M., Harburg, E., Cottington, E. M., & Johnson, E. H. (1986). Anger-coping types, blood pressure, and all-cause mortality: A follow-up in Tecumseh, Michigan (1971-1983). *American Journal of Epidemiology*, 124, 220-233.

- Julkunen, J., Idänpään-Heikkilä, U., & Saarinen, T. (1990). Type A behavior, anxiety, and the first-year prognosis of a myocardial infarction. In L. R. Schmidt, P. Schwenkmezger, J. Weinman, & S. Maes, S. (Eds.), *Theoretical and applied aspects of health psychology* (pp. 331- 337). London: Harwood Academic Publishers.
- Jung C. G. (1933), *Modern man in search of a soul*, Harcourt, New York.
- Kabbe, H., Setterlind, S., & Svensson, P. G. (1996). Fired managers: Experiences from their own unemployment. *International Journal of Stress Management*, 3(4), 230–253.
- Kahneman D. (1999), *Objective happiness*. In Kahneman D., Diener D. e N. Schwartz, *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, Russell Sage, New York.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1–39.
- Kaplan et al. (1994) J R Kaplan, M B Botchin and S B Manuck, Animal models of aggression and cardiovascular disease. In: A W Siegman and T W Smith, Editors, *Anger, Hostility, and the Heart*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ (1994), pp. 127–148.
- Karasek et al. (1990) R Karasek and T Theorell, *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York (1990).
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Ascherio, A., Rimm, E. B., Giovanucci, E., Stampfer, M. J., & Willett, W. C. (1994). Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*, 89, 1992-1997.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., & Weiss, S. T. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease—The normative ageing study. *Circulation*, 94, 2090–2095.
- Keinan, G., Ben-Zur, H., Zilka, M., & Carel, R. S. (1992). Anger in or out, which is healthier? An attempt to reconcile inconsistent findings. *Psychology and Health*, 7, 83–98.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kendra J., Wachtendorf T. (2003), Elements of Community Resilience in the World Trade Center Attack. *Thrust Area 3: Earthquake Response and Recovery*, 97-103.

- Kennedy, G. J., Hofer, M. A., Cohen, D., Shindledecker, R. and Fisher, J. D. (1987). 'Significance of depression and cognitive impairment in patients undergoing programmed stimulation of cardiac arrhythmias', *Psychosomatic Medicine*, 49: 410±421.
- Ketterer, M. W., Brymer, J., Rhoads, K., Kraft, P., Kenyon, L., Foley, B., Lovallo, W. R., & Voight, C. J. (1996). Emotional distress among males with 'syndrome x'. *Journal of Behavioral Medicine*, 19,455–466.
- Ketterer, M. W., Kenyon, L., Foley, B. A., Brymer, J., Rhoads, K., Kraft, P., & Lovallo, W. R. (1996). Denial of depression as an independent correlate of coronary artery disease. *Journal of Health Psychology*, 1, 93–105.
- King, M., Nazroo, J., Weich, S., McKenzie, K., Bhui, K., Karlson, S., et al. (2005), Psychotic symptoms in the general population of England: a comparison of ethnic groups (The EMPIRIC study), *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 375–381.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 125–136.
- 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.
- Klein K. e Boals A. (2001), *Expressive writing can increase working memory capacity*, "Journal of Experimental Psychology: General", 130, 520–533.
- Kline, R. B. and Snyder, D. K. (1985). 'Replicated MMPI subtypes for alcoholic men and woman: relationship to self-reported drinking behaviours', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 70±79.
- Kobasa S. C., Maddi S. R., Kahn S. (1982). Hardiness and Health: A Prospective Study, in "Journal of Personality and Social Psychology", 42, pp. 168-77.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress–illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368–378.
- Koh, K. B. (1998). Emotion and immunity. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 107–115.

- Kop W. J., Appels, A. P., Mendes de Leon, C. F., & Bär, F. W. (1996). The relationship between severity of coronary artery disease and vital exhaustion. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 397-405.
- Kop W. J., Appels, A. P., Mendes de Leon, C. F., De Swart, H., & Bär, F. W. (1994). Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, 56, 281-287.
- Kornadt, H. J. (1982). *Aggressionsmotiv und Aggressionshemmung* [Motivation and inhibition of aggression], 2nd edn. Stuttgart: Huber.
- Krantz et al. 1983 D S Krantz and L A Durel, Psychobiological substrates of the Type A behavior pattern, *Health Psychology* 2 (1983), pp. 393–411.
- Krantz, D. S., Helmers, K. F., Bairey, C. N., Nebel, L. E., Hedges, S. M. and Rozanski, A. (1991). 'Cardiovascular reactivity and mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary artery disease', *Psychosomatic Medicine*, 53: 1±12.
- Krantz, D. S., Schneiderman, N., Chesney, M. A., McCann, B. S., Reading, A. E., Roskies, E., Stoney, C. M. and Williams, R. B. (1989). 'Biobehavioural research on cardiovascular disorders', *Health Psychology*, 8: 737±746.
- Kropotkin (1908) P Kropotkin, *Gegenseitige Hilfe in der Tier- und Menschenwelt*, Thomas, Leipzig, Germany (1908).
- Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. *Ann Behav Med* (1998);20:47-58.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y. *A life course approach to chronic disease epidemiology*. New York: Oxford University Press, (1997).
- Kuhn, F. E. and Rackley, C. E. (1993). 'Coronary artery disease in women: risk factors, evaluation, treatment, and prevention', *Archives of Internal Medicine*, 153: 2626±2636.
- LaCroix, A. Z. (1994). Psychosocial factors and risk of coronary heart disease in women: An epidemiological perspective. *Fertility and Sterility*, 62 *supp.* 2(6), 101–108.
- Ladwig, K. H., Kieser, M., König J., Breithardt, G., & Borggrefe, M. (1991). Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. Results from the Post-Infarction Late Potential Study. *European Heart Journal*, 12, 959-964.

- Lakoff G. (1987), *Women, fire, and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Landauer T.K., Foltz P.W. e Laham D. (1998), *An introduction to latent semantic analysis*, "Discourse processes", 25, 259-284.
- Larson R. W. (2000), "Toward a psychology of positive youth development", *American Psychologist*, 55, 170-183.
- Larsson, G., & Setterlind, S. (1990). Work load/work control and health: Moderating effects on heredity, self-image, coping, and health behavior. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 1, 79–88.
- Larsson, G., & Setterlind, S. (1991). A stress reduction program led by health care personnel: Effects on health and well-being. *European Journal of Public Health*, 1, 90–93.
- Larsson, G., Kallenberg, K., Setterlind S., & Starrin, B. (1994). Health and loss of family member: Impact of sense of coherence. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 5, 5–11.
- Larsson, G., Setterlind, S., & Starrin, B. (1990). Routinization of stress control programmes in organisations: A study of Swedish teachers. *Health Promotion International*, 5(4), 269–278.
- Lawler, K. A., Harralson, T. L., Armstead, C. A., & Schmied, L. A. (1993). Gender and cardiovascular responses: What is the role of hostility? *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 603–615.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(4), 375–389.
- 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.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, *1*, 141–169.
- Lecomte J. (2002), Qu'est-ce que la résilience? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe, *Pratiques Psychologiques (La résilience)*, *1*, Le Bouscat: Editeur L'Esprit du temps.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1999). Six areas of worklife: A model of the organizational context of Burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, *21*(4), 472–489.
- Leon, G. R., Finn, S. E., Murray, D. and Bailey, J. M. (1988). 'Inability to predict cardiovascular disease from hostility scores or MMPI items related to Type A behaviour', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*: 597±600.
- Leor, J., Poole, W. K. and Kloner, R. A. (1996). 'Sudden cardiac death triggered by an earthquake', *New England Journal of Medicine*, *334*: 413±419.
- Lepore S. J. (1997), *Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms*, "Journal of Personality and Social Psychology", *73*, 1030–1037.
- Lepore S. J. e Smyth J. M. (a cura di) (2002), *The writing cure*, Washington DC, American Psychological Association.
- Lepore S.J., Wortman C.B., Silver R.C. e Wayment H.A. (1996), *Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers*, "Journal of Personality and Social Psychology", *70*, 271-282.
- Lepore, S. J. (1995). Cynicism, social support, and cardiovascular reactivity. *Health Psychology*, *14*, 210–216.
- LespeÂ rance, F. and Frasure-Smith, N. (1996). 'Negative emotions and coronary heart disease: getting to the heart of the matter (editorial comment)', *The Lancet*, *347*: 414±415.
- Lindberg, G., Larsson, G., Setterlind, S., & Rastam, L. (1994). Serum lipids and mood in working men and women in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *48*, 360–363.

- Linden et al. 1996 W Linden, C Stossel and J Maurice, Psychological interventions for patients with coronary artery disease: A meta-analysis, *Archives of Internal Medicine* 156 (1996), pp. 745–752.
- Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions in patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* (1996);156:745-52.
- Lisspers, J., Hofman-Bang, C., Nordlander, R., Ryden, L., Sundin, O., Öhman, A., & Nygren, A. (1999). Multifactorial evaluation of a program for lifestyle behavior change in rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 33(1), 9–16.
- Lisspers, J., Sundin, O., Hofman-Bang, C., Nordlander, R., Nygren, A., Ryden, L., & Öhman, A. (1999). Behavioral effects of a comprehensive, multifactorial program for lifestyle change after percutaneous transluminal coronary angioplasty: A prospective, randomized controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(2), 143–154.
- Lorr, M. and Suziedelis, A. (1982). 'A cluster analytic approach to MMPI profile types', *Multivariate Behavior Research*, 17: 287±289.
- Lösel F, Bliesener T., Köferl P. (1989), On the concept of invulnerability: Evaluation and first results of the Bielefeld Project, in M. Brambring, F. Lösel, H. Skowronek, *Children at risk: Assessment, longitudinal research and intervention*, New York: De Gruyter.
- Lubinski D. and C.P. Benbow (2000), "States of excellence: A psychological interpretation of their emergence", *American Psychologist*, 55(1).
- Lundberg, U. (1996). Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress responses of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 117–130.
- Luthar S. S. (1997), Sociodemographic disadvantage and psychosocial adjustment: Perspectives from developmental psychopathology, in S. S Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti, J. R. Weisz (a cura di), *Developmental*
- Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. (2000), The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, *Child Development*, 71, 543–562.

- Luthar S. S., Doernberger C. H., Zigler E. (1993), Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of innercity adolescents, *Development and Psychopathology*, 5, 703–717.
- MacDougall, J. M., Dembroski, T. M., Dimsdale, J. E., & Hackett, T. (1985). Components of type A hostility and anger-in: Further relationships to angiographic findings. *Health Psychology*, 24, 137–152.
- MacDougall, J. M., Dembroski, T. M., Dimsdale, J. E., & Hackett, T. P. (1985). Components of Type A, hostility, and anger-in: Further relationships to angiographic findings. *Health Psychology*, 4, 137-152.
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. and Pavot, W. (1993). 'Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis', *Journal of Personality and Social Psychology*, 65: 1046±1053.
- Manciaux M., Vanistendael S., Lecomte J., Cyrulnik B. (2005), La résilience: état de lieux, in *La résilience: résister et se construire*, Cahiers Médico-Sociaux, 5, 13-20.
- Mancuso J.C. e Sarbin T.R. (1998), The narrative construction of emotional life: developmental aspects. In M.F. Mascolo e S. Griffin (a cura di), *What develops in emotional development? Emotions, personality and psychotherapy* (pp. 297-316), New York, Plenum Press.
- Manyena, S. B. (2006), The concept of resilience revisited, *Disasters*, 30(4), 433-450.
- Marmot M, Bosma H, Hemingway H, Brunner EJ, Stansfeld SA. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* (1997);350:235-9.
- Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* (1998);351:57-60.
- Marmot, M. G., Davey Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Bruner, E., & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study. *Lancet*, 337, 1387–1393.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 2, 99–113.

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about Burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Massimini F. e A. Delle Fave (2000), "Individual development in a bio-cultural perspective", *American Psychologist*, 55, 24-30.
- Masten A. S. (2001), Ordinary magic: Resilience processes in development, *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten A. S., Best K. M., Garmezy N. (1990), Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity, *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten A. S., Coatsworth, J. D. (1998), The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children, *American Psychologist*, 53, 205–220.
- Matthews et al. 1977 K A Matthews, D C Glass, R H Rosenman and R W Bortner, Competitive drive, Pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study, *Journal of Chronic Disease* 30 (1977), pp. 489–498.
- Matthews, G., & Deary, I. J. (2003). *Personality traits* 2nd edn. Cambridge: Cambridge University Press.
- Matthews, K. A. (1988). 'Coronary heart disease and Type A behaviours: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review', *Psychological Bulletin*, 104: 373±380.
- Mayne, T. J. (1999). Negative affect and health: The importance of being earnest. *Cognition and Emotion*, 13, 601–635.
- Mayou, R. (1989). Atypical chest pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 393–406.
- McClelland, D. C. (1979). Inhibited power motivation and high blood pressure in men. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 182-190.
- McCranie, E. W., Watkins, L. O., Brandsma, J. M., & Sisson, G. (1986). Hostility, coronary heart disease (CHD) incidence, and total mortality: Lack of association in a 25-year follow-up study of 478 physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 119–125.

- McCrea, R.R. & Costa, P.T. (1990)., *Personality in Adulthood*. New York: Guilford Press.
- McCubbin H. I., McCubbin M. A. (1988), Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity, *Family Relations*, 37, (3), 247-254.
- McCubbin H.I., Patterson J. M. (1983), The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation, in H.I. McCubbin, M. Sussman and J. Patterson (a cura di), *Social stress and family: advances and development in family stress theory and research*, New York: The Haworth Press.
- McDermott, M. R., & Beech H. R. (1989). The Anger–Hostility Complex Questionnaire. In M. R. McDermott (Ed.), *Forms of hostility as risk factors for coronary artery disease*. Unpublished MSc thesis, Victoria University of Manchester.
- McFarlane, A.C. (1990). Vulnerability to post-traumatic stress disorder. In M.E. Wolfe & A.D. Mosnaim, (Eds.), *Post-traumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McFatter, R. M. (1994). Interactions in predicting mood from extraversion and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 570-578.
- McGee, R., Williams, S., & Elwood, M. (1994). Depression and the development of cancer: A metaanalysis. *Social Science and Medicine*, 38, 187–192.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18, 520–531.
- Mehl M.R. e Pennebaker J.W. (2003a), *The sounds of social life: A psychometric analysis of students' daily social environments and natural conversations*, “*Journal of Personality and Social Psychology*”, 84, 857-870.
- Mehl M.R. e Pennebaker J.W. (2003b), *The social dynamics of a cultural upheaval: Social interactions surrounding September 11, 2001*, “*Psychological Science*”, 14, 579-585.
- Mehl M.R., Pennebaker J.W., Crow D.M., Dabbs J. e Price J. (2001), *The Electronically Activated Recorder (EAR): A device for sampling naturalistic daily activities and conversations*, “*Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*”, 33, 517-523.

- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioural Medicine*, 18(2), 53–60.
- Mendes de Leon, C. F., Kop W. J., de Swart, H. B., BaÈ r, F. W. and Appels, A. P. (1996). 'Psychosocial characteristics and recurrent events after percutaneous transluminal coronary angioplasty', *American Journal of Cardiology*, 77: 252±255.
- Mendes de Leon, C. F., Powell, L. H. and Kaplan, B. H. (1991). 'Change in coronary-prone behaviours in the Recurrent Coronary Prevention Project', *Psychosomatic Medicine*, 53: 407±419.
- Mendes de Leon, C. F., Powell, L. H., & Kaplan, B. H. (1991). Change in coronary-prone behaviours in the Recurrent Coronary Prevention Project. *Psychosomatic Medicine*, 53, 107-419.
- Miller et al. (1991) T Q Miller, C W Turner, R S Tindale, E J Posavac and B L Dugoni, Reasons for the trend toward null findings in research on Type A behavior, *Psychological Bulletin* 110 (1991), pp. 469–485.
- Miller et al. (1996) T Q Miller, T W Smith, C W Turner, M L Guijarro and A J Hallet, A meta-analytic review of research on hostility and physical health, *Psychological Bulletin* 119 (1996), pp. 322–348.
- Miller TQ, Smith TW, Turner CW, Guijarro ML, Hallet AJ. A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychol Bull* (1996);119:322-48.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Mittleman MA, Maclure M, Nachnani M, Sherwood JB, Muller JE. Educational attainment, anger and the risk of triggering myocardial infarction onset. The Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *Arch Intern Med* (1997);157:769-75.
- Mittleman, M. A., Maclure, M., Sherwood, J. B., Mulry, R. P., Tomer, G. H., Jacobs, S. C., Friedman, R., Benson, H. and Muller, J. E. (1995). 'Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger', *Circulation*, 92: 1720±1725.
- Molinari, E.; Compare, A.; Parati, G., *Mente e cuore - Clinica psicologica della malattia cardiaca*. (Eds.) 2007

- Moore et al. 1994 L Moore, C Smith and J Catford, Binge drinking: prevalence, patterns and policy, *Health Education Research* 9 (1994), pp. 497–505.
- Moran C., Massam M. (1997). An evaluation of Humour in emergency work. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 58, 395-401.
- Mowrer O. H. (1960), *Learning theory and behavior*, New York: Wiley.
- Murray, J., Neij, J., & Lindblom, M.-L. (2000). *Ett jämställt Europa* (Fakta Europa 2). Stockholm: Regeringskansliet. Perrons, D. (1999). Flexible working patterns and equal opportunities in the European union. *The European Journal of Women's Studies*, 6, 391–418.
- Myers D. G. (2000), "The funds, friends, and faith of happy people", *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Myrtek, M. (1995). Type A behaviour pattern, personality factors, disease, and psychological reactivity: A meta-analytic update. *Personality and Individual Differences*, 18, 491–502.
- Netter, P., Müller, M. J., Hennig, J., & Rohrman, S. (1999). Individuelle Differenzen endokrinologischer und immunologischer Meßgrößen [Individual differences in endocrinological and immunological measurement strength?] In C. Kirschbaum & D. Hellhammer (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C Theorie und Forschung, Serie I Biologische Psychologie, Band 3 Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie* [Encyclopedia of psychology: Field of research C Theory and research, series 1 Biological psychology, vol. 3 Psychoendocrinology and psychoimmunology], pp. 361–433. Göttingen: Hogrefe. Paganini-Hill, A., & Chao, A. (1993). Accuracy of recall of hip fracture, heart attack, and cancer: A comparison of postal survey data and medical records. *American Journal of Epidemiology*, 138, 101–106.
- Nobuyoshi M., Tanaka, M., Nosaka, H., Kimura, T., Yokoi, H., Hamasaki, N., Kim, K., Shindo, T. and Kimura, K. (1991). 'Progression of coronary atherosclerosis: is coronary spasm related to progression?', *Journal of the American College of Cardiology*, 18: 904±910.

- Nunes EV, Frank KA, Kornfield DS. Psychologic treatment for the type A behaviour pattern and for coronary heart disease: a meta-analysis of the literature. *Psychosom Med* (1987);48:159-73.
- Nutbeam et al. (1990) D Nutbeam and J Catford, Modifiable risks for cardiovascular disease among general practitioners in Wales, *Public Health* 104 (1990), pp. 353–361.
- Olson D. H., Candyce S. R., & Douglas H. S. (1989), *Circumplex model: Systematic assessment and treatment of families*, New York: Haworth Press.
- Olsson P., Folke C., Berkes F. (2004), Adaptive co-management for building resilience in social–ecological systems. *Environmental Management*, 34, 75–90.
- Orbell et al. (1997) S Orbell, S Hodgkins and P Sheeran, Implementation intentions and the theory of planned behavior, *Personality and Social Psychology Bulletin* 23 (1997), pp. 945–954.
- Orth-Gomér et al. (1988) K Orth-Gomér, A-L Undén and M-E Edwards, Social isolation and mortality in ischemic heart disease. A 10-year follow-up study of 150 middle-aged men, *Acta Medica Scandinavica* 224 (1988), pp. 205–215.
- Orth-Gomér et al. (1998) K Orth-Gomér, M Horsten, S P Wamala, M A Mittleman, R Kirkeeide, B Svane, L Rydén and K Schenck-Gustafsson, Social relations and extent and severity of coronary artery disease. The Stockholm Female coronary risk study, *European Heart Journal* 19 (1998), pp. 1648–1656.
- Orth-Gomér et al. (2000) K Orth-Gomér, S P Wamala, M Horsten, K Schenck-Gustafsson, N Schneiderman and M A Mittleman, Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm female coronary risk study, *Journal of the American Medical Association* 284 (2000), pp. 3008–3014 (23).
- Orth-Gomer K, Schneiderman N, eds. *Behavioural medicine approaches to cardiovascular disease prevention*. Mawah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, (1996).
- Ouellette Kobasa, S. C. (1990). 'Lessons from history: how to find the person in health psychology'. In: Friedman, H. S. (Ed), *Personality and Disease*, pp. 14±37, Wiley, New York.
- Pancheri, P. (1993). *Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica* (5° ed.). Milano: Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondatori.

- Paracelsus [Theophrastus Bombastus von Hohenheim] 1599 *Labyrinthus medicorum errantium*. Hanoviae.
- Patterson J. M. (2002), Integrating family resilience and family stress theory, *Journal of Marriage and Family*, 64, 349–360.
- Patterson J. M., Garwick A. (1994), Levels of family meaning in family stress theory, *Family Process*, 33, 287-304.
- Pavlenko A. (2006), Negotiation of identity in multilingual contexts, *Journal of Pragmatics*, 38, 276-281.
- Pearlman et al. 1981 L L Pearlman, E G Menaghan, M A Lieberman and J T Mullan, The stress process, *Journal for Health Social Behavior* 22 (1981), pp. 337–356.
- Pearson, T. A. (1984). Coronary arteriography in the study of coronary artery disease. *Epidemiological Reviews*, 6, 140–166.
- Pennebaker J. W. (1989), *Cognition, inhibition, and disease*. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 211–244). New York: Academic Press.
- Pennebaker J. W. e Francis M. (1996), *Cognitive, emotional, and language processes in disclosure*, “Cognition and Emotion”, 10, 601–626.
- Pennebaker J.W. (1997a), *Opening up. The healing power of expressing emotions*, Guilford Press, New York. Trad. it: *Scrivi cosa ti dice il cuore*, Edizioni Erickson, Trento, 2004.
- Pennebaker J.W. (1997b), *Health Effects of the Expression (and Non-Expression) of Emotions through Writing*. In A. Vingerhouts, F. van Bussel e J. Boelhouwer (a cura di), *The (non) expression of emotions in health and disease* (pp. 267-278), Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Pennebaker J.W. (2002). What our words can say about us: Toward a broader language psychology. *Psychological Science Agenda*, 15, 8-9.
- Pennebaker J.W. (2004a), *Theories, Therapies, and Taxpayers: On the Complexities of the Expressive Writing Paradigm*, “Clinical Psychology: Science and Practice”, 11: 138–142.
- Pennebaker J.W. (2004b), *Writing to Heal: A Guided Journal for Recovering from Trauma and Emotional Upheaval*, Oakland, CA, New Harbinger Press.

- Pennebaker J.W. e Graybeal A. (2001), *Patterns of natural language use: disclosure, personality and social integration*, “Current directions”, 10, 90-93.
- Pennebaker J.W. e King L.A. (1999), *Linguistic styles: Language use as an individual difference*, “Journal of Personality and Social Psychology”, 77, 1296-1312.
- Pennebaker J.W. e Lay T.C. (2002). *Language use and personality during crises: Analyses of Mayor Rudolph Giuliani's press conferences*, “Journal of Research in Personality”, 36, 271-282.
- Pennebaker J.W. e Seagal J.D. (1999), *Forming a story: the health benefits of narrative*, “Journal of Clinical Psychology”, vol. 55, 1243-1245.
- Pennebaker J.W. e Stone L.D. (2003), *Words of Wisdom: Language Use Over the Life Span*, “Journal of Personality and Social Psychology”, Vol. 85, No. 2, 291–301
- Pennebaker J.W., Francis M.E. e Booth R.J. (2001), *Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC): A Computerized Text Analysis Program*, Mahwah NJ, Erlbaum Publishers.
- Pennebaker J.W., Kiecolt-Glaser J. E Glaser R. (1988), *Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy*, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 56, 239-245.
- Pennebaker J.W., Mehl M.R. e Niederhoffer K. (2003), *Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves*, “Annual Review of Psychology”, 54, 547-577.
- Pennebaker, J. W. (1992). Inhibition as the linchpin of health. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, & health* (pp. 127-139). Washington, DC: APA.
- Pennebaker, J. W., & Traue, H. C. (1993). Inhibition and psychosomatic processes. In H. C. Traue & J. W. Pennebaker (Eds.), *Emotion, inhibition, and health* (pp. 146-163). Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Pennebaker, J. W., Colder, M., & Sharp, L. K. (1990), *Accelerating the coping process*, “Journal of Personality and Social Psychology”, 58, 528–537.
- Peterson C. (1999), *Personal control and well-being*, in Kahneman et al., 1999, 288-301.
- Petrie K., Booth R., Pennebaker J. W., Davison K. P. e Thomas M. G. (1995), *Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program*, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 63, 787–792.

- Petrie K.P., Booth R.J. e Pennebaker J.W. (1998), *The immunological effects of thought suppression*, "Journal of Personality and Social Psychology", 75, 1264-1272.
- Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Hirschfeld, R. M., & Smith, L. E. (1990). A review of the depressive personality. *American Journal of Psychiatry*, 147, 830-837.
- Phinney J. S., Horenczyk G., Liebkind K., Vedder P. (2001), Ethnic identity, immigration and well-being, in *Journal of Social Issue*, 3, 493-510.
- Pieper C, Lacroix AZ, Karasek RA. The relation of psychosocial dimensions of work with coronary heart disease risk factors: a meta-analysis of five United States data bases. *Am J Epidemiol* (1989);129:483-94.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33–51). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Pines, A., & Aronsson, E. (1988). *Career Burnout. Causes and cures*. New York: Free Press.
- Powell et al. 1988 L H Powell and C E Thoresen, Effects of Type A behavioral counseling and severity of prior acute myocardial infarction on survival, *American Journal of Cardiology* 62 (1988), pp. 1159–1163.
- Powell, H., Lim, L. L., & Heller, R. F. (2001). Accuracy of administrative data to assess comorbidity in patients with heart disease: An Australian perspective. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 687–693.
- Powell, L. H., Shaker, L. A., Jones, B. A., Vaccarino, L. V., Thoresen, C. E. and Pattillo, J. R. (1993). 'Psychosocial predictors of mortality in 83 women with premature acute myocardial infarction', *Psychosomatic Medicine*, 55: 426±433.
- Prati G. (2006), La resilienza di comunità. Reperito dal sito di Psicologia dell'emergenza dell'Università di Bologna (<http://emergenze.psice.unibo.it/publicazioni/index.htm>)
- Price 1982 V A Price, *Type A Behavior Pattern: A Model for Research and Practice*, Academic Press, New York (1982).
- Prochaska et al. (1992) J O Prochaska, C C DiClemente and J C Norcross, In search of how people change: applications to addictive behaviors, *American Psychologist* 47 (1992), pp. 1102–1114.
- Progoff I. (2000), *Curarsi con il diario*, Pratiche editrice, Milano.

- *psychopathology, perspectives on adjustment, risk, and disorder*, New York: Cambridge University Press, 459–485.
- R B Williams, J C Barefoot, R M Califf, T L Haney, W B Saunders, D B Pryor, M A Hlatky, I C Siegler and D B Mark, Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease, *Journal of the American Medical Association* 267 (1992), pp. 520–524.
- Ragland et al. (1988) D R Ragland and R J Brand, Type A behavior and mortality from coronary heart disease, *New England Journal of Medicine* 318 (1988), pp. 65–69.
- Ramsdale, D. R. (1981). *Observations on coronary artery disease in patients with valvular heart disease*. Unpublished Doctor of Medicine thesis, Victoria University of Manchester.
- Rhodewalt et al. (1991) F Rhodewalt and T W Smith, Current issues in Type A behavior, coronary proneness, and coronary heart disease. In: C R Snyder and D R Forsyth, Editors, *Handbook of Social and Clinical Psychology*, Pergamon, New York (1991), pp. 197–220.
- Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: Sex differences. *Social Science & Medicine*, 33(10), 1179–1187.
- Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (1993). Occupational stress and work satisfaction among Canadian women physicians. *Psychological Reports*, 72(3 Pt 1), 811–821.
- Rigotti 1989 N A Rigotti, Cigarette smoking and body weight, *New England Journal of Medicine* 320 (1989), pp. 931–933.
- Rimé, B., Ucros, C. G., Bestgen, Y., & Jeanjean, M. (1989). Type A behaviour pattern: Specific coronary risk factor or general disease-prone condition? *British Journal of Medical Psychology*, 62, 229–240.
- Robertson, D. A. F., Ray, J., Diamond, I., & Edward, J. G. (1989). Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 30, 623–626.

- Robinson, J. R., Young, T. K., Roos, L. L., & Gelskey, D. E. (1997). Estimating the burden of disease: Comparing administrative data and self-reports. *Medical Care*, 35, 932–947.
- Rosengren et al. (1993) A Rosengren, K Orth-Gomér, H Wedel and L Wilhelmsen, Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933, *British Medical Journal* 307 (1993), pp. 1102–1105.
- Rosengren, A., Tibblin, G. and Wilhelmsen, L. (1991). 'Self-perceived psychological stress and incidence of coronary artery disease in middle-aged men', *American Journal of Cardiology*, 68: 1171±1175.
- Rosenman et al. (1975) R H Rosenman, R J Brand, C D Jenkins, M Friedman, R Straus and M Wurm, Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up of 82 years, *Journal of the American Medical Association* 233 (1975), pp. 872–877.
- Rosenman RH, Brand RJ, Sholtz RI, Friedman M. Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in Western Collaborative Group Study. *Am J Cardiol* (1976);37:903-9.
- Rosenman, R. H. (1983). Current and past history of Type A-behavior pattern. In T. H. Schmith, T. H. Dembroski, & G. Blumchen (Eds.), *Biological and psychological factors in cardiovascular disease* (pp. 15–40). New York: Springer.
- Rosenman, R. H. (1996). Personality, behaviour patterns, and heart disease. In C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress, medicine and health* (pp. 217–231). Boca Raton, FL: CRC Press.
- 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.
- Royal College of Physicians 1983 Royal College of Physicians, *Health or Smoking: Follow-Up Report*, Pitman, London (1983).
- Rozanski et al. (1999) A Rozanski, J A Blumenthal and J Kaplan, Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy, *Circulation* 99 (1999), pp. 2192–2217.

- Ruberman et al. (1984) W Ruberman, E Weinblatt and J D Goldberg, Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction, *New England Journal of Medicine* 311 (1984), pp. 552–559.
- Rude S.S., Gortner E.M. e Pennebaker J.W. (2004), *Language use of depressed and depression-vulnerable college students*, “Cognition and Emotion”, 18, 1121-1133.
- Russek, L. G., King, S. H., Russek, S. J., & Russek, H. (1990). The Harvard mastery of stress study 35-year follow-up: Prognostic significance of patterns of psychophysiological arousal and adaptation. *Psychosomatic Medicine*, 52, 271–285.
- Rutter M. (1999), Resilience concepts and findings: Implications for family therapy, *Journal of Family Therapy*, 21, 119–144.
- Ryan R. M. e E. L. Deci (2000), “Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being”, *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryff C.D. and B. Singer (1998), “The contours of positive human health”, *Psychol. Inq.*, 9: 1-28.
- Ryff C.D. and B. Singer (2000), “Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium”, *Pers. Soc. Psychol. Rev.*, 4: 30-44.
- Salovey P., Rothman A.J., Detweiler J. B. e W. T. Steward (2000), “Emotional states and physical health”, *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Sampos et al. (1989) C Sampos, R Fulwood and C et al. Haines, The prevalence of high blood cholesterol levels among adults in the United States, *Journal of the American Medical Association* 262 (1989), pp. 45–52.
- Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (1997). The predictor status of personality variables: Etiological significance and their role in the course of disease. *European Journal of Personality*, 11, 359–382.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. and Shearin, E. N. (1986). ‘Social support as an individual difference variable: its stability, origins, and relational aspects’, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 845±855.
- Sarig A. (2001), Components of community resilience, Hebrew: unpublished paper, op. cit. in E. Doron (2005),
- Scale (GMS). *Psychological Medicine*, 23, 111-121.

- SCB. (2000). *Women and men in Sweden. Facts and figures 2000*. Sweden: Statistics Sweden.
- Schaufeli, W. B., & Peeters, M. C. (2000). Job stress and Burnout among correctional officers: literature review. *International Journal of Stress Management*, 7(1), 19–48.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London & Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalised outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Schleifer, S. J., Macari, M. M., Coyle, D. A., Slater, W. R., Kahn, M., Gorlin, R., & Zucker, H. D. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785-1789.
- Schmidt-Rathjens, C., & Amelang, M. (1993). Psychometrische Gütekriterien und Persönlichkeitskorrelate der Krankheitsprädiktoren von Grossarth-Maticek und Eysenck [Psychometric properties and personality correlates of the illness predictors from Grossarth-Maticek and Eysenck]. *Diagnostica*, 39, 281–298.
- Schmidt-Rathjens, C., Benz, D., van Damme, D., Feldt, K., & Amelang, M. (1997). Über zwiespältige Erfahrungen mit Fragebögen zum Kohärenzsinn [Discordant experiences with questionnaires measuring sense of coherence]. *Diagnostica*, 43, 327–346.
- Schnall et al. (1994) P L Schnall, P A Landsbergis and D Baker, Job strain and cardiovascular disease, *Annual Review of Public Health* 15 (1994), pp. 381–411.
- Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G., & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52, 555–580.
- Schüler, G., & Fox, B. H. (1991). Questions about Grossarth-Maticek's procedures and results. *Psychological Inquiry*, 2, 257–261.

- Schwarzer et al. (1996) R Schwarzer and R Fuchs, Self-efficacy and health behaviors. In: M Conner and P Norman, Editors, *Predicting Health Behaviour*, Open University Press, Buckingham, UK (1996), pp. 163–196.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)* [The State-Trait-Anger Expression Inventory]. Bern: Huber.
- Seagal J.D. e Pennebaker J.W. (1997), Expressive writing and social stigma: benefit from writing about being a group member, manoscritto non pubblicato, Università del Texas, Austin.
- Searle, S. R., Speed, R. M., & Milliken, G. A. (1980). Populations marginal means in the linear model: An alternative to testing least squares means. *The American Statistician*, 34, 216–221.
- Seligman M. (1992), *Helpless: On depression, development, and death*, W. H. Freeman, New York.
- Seligman M. (1994), *What you can change & what you can't*, Knopf, New York.
- Seligman M. (2003), *La costruzione della felicità*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Seligman M. E. P. (1991), *Learned optimism*, New York: Knopf.
- Seligman M. E. P. e M. Csikszentmihalyi (2000), “Positive Psychology: An introduction“, *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Setterlind, S., & Larson, G. (1995). The stress profile: A psychosocial approach to measuring stress. *Stress Medicine*, 11, 85–92.
- Sgarro, M. (1997). Post Traumatic Stress Disorder . Aspetti clinici e psicoterapie. Edizioni Kappa, Roma.
- 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.
- Sheeran et al. (1996) P Sheeran and S.C.S Abraham, The health belief model. In: M Conner and P Norman, Editors, *Predicting Health Behaviour*, Open University Press, Buckingham, UK (1996), pp. 23–61.

- Shekelle RB, Hulley SB, Neaton JD, Billings J, Borhani NO, Gerace TA, et al. The MRFIT behavior pattern study. II. Type A behavior and incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* (1985);122:559-70.
- Shekelle, R. B., Gale, M., Ostfeld, A. M., & Ogelsby, P. (1983). Hostility, risk of coronary disease and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 45, 219–228.
- Shekelle, R. B., Vernon, S. W. and Ostfeld, A. M. (1991). 'Personality and coronary heart disease', *Psychosomatic Medicine*, 53: 176±184.
- Shizgal P. (1999), *On the neural computation of utility*, in Kahneman et al., 1999, 500-524.
- Shumaker et al. (1991) S A Shumaker and D R Hill, Gender differences in social support and physical health, *Health Psychology* 10 (1991), pp. 102–111.
- Siegman (1994) A W Siegman, From Type A to hostility to anger: Reflections on the history of coronary-prone behavior. In: A W Siegman and T W Smith, Editors, *Anger, Hostility and the Heart*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ (1994), pp. 1–22.
- Siegman, A. W., Anderson, R. W., & Berger, T. (1990). The angry voice: Its effects on the experience of anger and cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 52, 631–643.
- Siegman, A. W., Anderson, R., Herbst, J., Boyles, S., & Wilkinson, J. (1992). Dimensions of anger-hostility and cardiovascular reactivity in provoked and angered men. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 257–272.
- Siegman, A. W., Dembroski, T. M., & Ringel, N. (1987). Components of hostility and the severity of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 48, 127–135.
- Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Soc Sci Med* (1990);31:1127-1134.
- Siegrist, J. (1996). Stressful work, self-experience and cardiovascular disease prevention. In K. Orth-Gomér & N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 87–105). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Simonton D. K. (2000), "Creativity: cognitive, personal, developmental and social aspects", *American Psychologist*, 55, 151-158.

- Sloan D. M. e Marx B. P. (2004), *Taking pen to hand: Evaluating theories underlying the written disclosure paradigm*, “Clinical Psychology: Science and Practice”, 11, 121–137.
- Smith et al. (1986) T W Smith and N B Anderson, Models of personality and disease: An interactional approach to Type A behavior and cardiovascular risk, *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (1986), pp. 1166–1173.
- Smith et al. (2000) T W Smith, J M Ruiz and B N Uchino, Vigilance, active coping, and cardiovascular reactivity during social interaction in young men, *Health Psychology* 19 (2000), pp. 382–392.
- Smith et al. (2001) T W Smith and L C Gallo, Personality traits as risk factors for physical illness. In: A Baum, T Revenson and J Singer, Editors, *Handbook of Health Psychology*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ (2001).
- Smith, T. W. (1989). Interactions, transactions, and the type A pattern: Additional avenues in the search for coronary-prone behaviour. In A. W. Siegman & T. M. Dembroski (Eds.), *In search of coronary-prone behaviour*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139–150.
- Smith, T. W., & Frohm, K. D. (1985). What’s so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook & Medley Ho Scale. *Health Psychology*, 4, 503–520.
- Smyth J. M. (1998), *Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables*, “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 66, 174–184.
- Snyder C. R. (a cura di) (2000), *Handbook of hope: theory, measures, and applications*, New York: Academic Press.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Arad, R. (1991). Monitoring and Blunting: Implications for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 209-221.
- Spera S.P., Buhrfeind E.D. e Pennebaker J.W. (1994). *Expressive writing and coping with job loss*, “Academy of Management Journal”, 37, 722-733.

- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., Bauman, A. (2002), Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population-based study, *Lancet*, 360(9339), 1056–1062.
- Steptoe (1981) A Steptoe, *Psychological Factors in Cardiovascular Disorders*, Academic Press, London (1981).
- Steptoe et al. (1992) A Steptoe and J Wardle, Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe, *British Journal of Clinical Psychology* 31 (1992), pp. 485–502.
- Steptoe, A. (1991). Invited review. The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(6), 633–644.
- Stirman S.W. e Pennebaker J.W. (2001), *Word use in the poetry of suicidal and non-suicidal poets*, “Psychosomatic Medicine” 63, 517-522.
- Stone L.D. e Pennebaker J.W. (2002). Trauma in real time: Talking and avoiding online conversations about the death of Princess Diana. *Basic and Applied Social Psychology*.
- Stone, A. A., Turkkan, J. S., Bachrach, C. A., Jobe, J. B., Kurtzman, H. S., & Caine, V. S. (Eds.). (2000). *The science of self-report*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stone, S. V., & Costa, P. T., Jr. (1990). Disease-prone personality or distress-prone personality? In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 178–200). New York: Wiley.
- Strax 1984 P Strax, Mass screening for control of breast cancer, *Cancer* 53 (1984), pp. 665–670.
- Stroebe M e Stroebe W. (1996), Writing assignments and grief, Paper presented at The (non) expression of emotions and health and disease conference, Tilburg
- Suarez, E. C., & Williams, R. B. (1990). The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 52, 558–570.
- Suinn, R. M. (1991). Prediction of cancer from psychological measures. *Psychological Inquiry*, 2, 268–276.
- Suls, J., & Rittenhouse, J. D. (1990). Models of linkages between personality and disease. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*, pp. 38–64. New York: Wiley.

- Taylor S.E., Kemeny M. E., Reed G. M., Bower J.E. e T. L. Gruenwald (2000), “Psychological resources, positive illusions, and health”, *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*, 3rd edn. New York: McGraw-Hill.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545–567.
- Temoshok, L. (1990). On attempting to articulate the biopsychosocial model: Psychologicalpsychophysiological homeostasis. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 203- 235). New York: Wiley.
- Temoshok, L. (1991). Assessing the assessment of psychological factors. *Psychological Inquiry*, 2, 276–280.
- Terman L. (1939), “The gifted student and his academic environment”, *School and Society*, 49, 65-73.
- Terman L., Bittenweiser P., Johnson W. e D. Wilson (1938), *Psychological factors in marital happiness*, McGraw- Hill, New York.
- Thaulow, E., Erikssen, J., Sandvik, L., Stormorken, H. and Cohn, P. F. (1991). ‘Blood platelet count and function are related to total and cardiovascular death in apparently healthy men’, *Circulation*, 84: 613±617.
- Theorell, T. (1991). Psychosocial cardiovascular risks—on the double loads in women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 81–89.
- Thomsson, H. (1996). Women’s opportunities for wellbeing. Studies of women’s work, leisure and healthrelated behavior patterns. Unpublished Doctoral thesis, Stockholm.
- Thomsson, H. (1999). Yes, I used to exercise, but . . .—A feminist study of exercise in the life of Swedish women. *Journal of Leisure Research*, 31(1), 35–56.
- Ting-Toomey S., Yee-Jung K. K., Shapiro R. B., Garcia W., Wright T. J., Oetzel J. G. (2000), Ethnic/cultural identity salience and conflict styles in four US ethnic groups, *International Journal of Intercultural Relations*, 24, 47–81.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., Yule, W. (2003), Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK, *British Journal of Psychiatry*, 182, 444–448.
- Ungar M. (2004), A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth, *Youth and Society*, 35(3), 341–365.

- Ungar M. (2008), Resilience across cultures, *British Journal of Social Work*, 38, 218–235.
- Unger, R. (1990). Imperfect reflections of reality: Psychology constructs gender. In R. T. Hare-Mustin & J. Marecek (Eds.), *Making a difference: Psychology and the construction of gender* (pp. 102–149). New Haven, CT: Yale University Press.
- US Department of Health and Human Services (1988) US Department of Health and Human Services, *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health*, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Washington, DC (1988).
- US Department of Health and Human Services 1990 US Department of Health and Human Services, *Health People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Washington, DC (1990).
- Vaillant G. (2000), “The mature defenses: Antecedents of joy”, *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Van der Ploeg, H. M. (1991). What a wonderful world it would be: A reanalysis of some of the work of Grossarth-Maticek. *Psychological Inquiry*, 2, 280–285.
- Van Der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1980). *ZBV. A Dutch-language adaptation of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Van Laar C. (2000), The paradox of low academic achievement but high self-esteem in African-American students: An attributional account, *Educational Psychology Review*, 12(1), 33-61.
- Vanistendael S., Lecomte J. (2000), *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*, Paris: Bayard Culture.
- Veling, W., Selten, J., Veen, N., Laan, W., Blom, J. D., Hoek, H. W. (2006), Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study, *Schizophrenia Research*, 86, 189–193.
- Verkuyten M. (2004), Ethnic identity and social context, in M. Bennett, S. Fabio (a cura di), *The development of the social self*, New York: Psychology Press.

- Vernon et al. (1990) S W Vernon, E A Laville and G L Jackson, Participation in breast screening programs: a review, *Social Science and Medicine* 30 (1990), pp. 1107–1118.
- Von Dras, D. D. and Siegler, I. C. (1997). 'Stability in extraversion and aspects of social support at midlife', *Journal of Personality and Social Psychology*, 72: 233±241.
- Von Zerssen, D. (1976). *Die Paranoid-Depressivitäts- Skala* [The Paranoid-Depressive Scale] Weinheim: Beltz-Test.
- Waldron 1988 I Waldron, Why do women live longer than men?, *Journal of Human Stress* 2 (1988), pp. 2–13.
- Waller M. A. (2001), Resilience in Ecosystemic Context: Evolution of the Concept, *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 1-8.
- 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.
- Walsh F. (2002), A family resilience framework: Innovative practice applications, *Family Relations*, 51(2), 130–137.
- Wamala 2001 S P Wamala, Stora sociala skillnader bakom kvinnors risk för kranskärslsjukdom. Okvalificerat jobb och slitningar i familjen avgörande faktorer [Large social inequalities in coronary heart disease risk among women. Low occupational status and family stress are crucial factors], *Läkartidningen [Journal of the Swedish Medical Association]* 98 (2001), pp. 177–181 (3).
- Wassertheil-Smoller S, Applegate WB, Berge K, Chang CJ, Davis BR, Grimm R Jr, et al. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. *Arch Intern Med* (1996);156:553-61.
- Watson J. (1928), *Psychological care of infant and child*, Norton, New York.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Weidner, G., & Matthews, K. A. (1978). Reported physical symptoms elicited by unpredictable events and the Type A coronary-prone behaviour type. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1213–1220.

- Weidner, G., Friend, R., Ficarrotto, T. J., & Mendell, N. R. (1989). Hostility and cardiovascular reactivity to stress in women and men. *Psychosomatic Medicine*, 51, 36–45.
- Weinberger, D. A. and Schwartz, G. E. (1990). 'Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: a typological perspective', *Journal of Personality*, 58: 381±417.
- Welin et al. 1985 L Welin, K Svärdsudd, S Ander-Perciva, G Tibblin, B Tibblin, B Larsson and L Wilhelmsen, Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923, *The Lancet I* (1985), pp. 915–918.
- Wells, K. B., Rogers, W., Burnam, M. A., & Camp, P. (1993). Course of depression in patients with hypertension, myocardial infarction, or insulin-dependent diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 150, 632-638.
- Wenger, N. K. (1998). Addressing coronary heart disease risk in women. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 65(9), 464–469.
- Werner E. E. (1989), Vulnerability and resiliency: a longitudinal perspective, in M. Brambring, F. Lösel, H. Skowronek, *Children at risk: Assessment, longitudinal research and intervention*, New York: De Gruyter.
- Werner E. E. (1993), Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. Special issue: Milestones in the development of resilience, *Development and Psychopathology*, 5, 503–515.
- Westbrook, J. I., McIntosh, J. H., Rushworth, R. L., Berry, G., & Duggan, J. M. (1998). Agreement between medical record data and patients' accounts of their medical history and treatment for dyspepsia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 237–244.
- Whiteman, M. C., Deary, I. J., & Fowkes, F. G. R. (2000). Personality and health: Cardiovascular disease. In S. E. Hampson (Ed.), *Advances in personality psychology* (vol. 1, pp. 157–198). Philadelphia, PA: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Wiklund, I., Oden, A., Sanne, H., Ulvenstam, G., Wilhelmsson, C. and Wilhelmsen, L. (1988). 'Prognostic importance of somatic and psychosocial variables after a first myocardial infarction', *American Journal of Epidemiology*, 128: 786±795.

- Wilkinson, S. (1996). Feminist social psychologies: A decade of development. In S. Wilkinson (Ed.), *Feminist social psychologies: International perspectives* (pp. 1–21). Buckingham: Open University Press.
- Williams et al. (1985) R B Williams Jr, J C Barefoot and R B Shekelle, The health consequences of hostility. In: M A Chesney and R H Rosenman, Editors, *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*, Hemisphere, Washington, DC (1985), pp. 173–185.
- Williams RB, Barefoot JC, Blumenthal JA, Helms MJ, Luecken L, Pieper CF, et al. Psychosocial correlates of job strain in a sample of working women. *Arch Gen Psychiatry* (1997);54:543-8.
- Williams, R. B., & Barefoot, J. C. (1988). Coronaryprone behaviour: The emerging role of the hostility complex. In B. Kent Houston & C. R. Snyder (Eds.), *type A behaviour pattern: Research theory, and intervention*. New York: Wiley.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Haney, T. L., Harrell, F. E., Blumenthal, J. A., Pryor, D. B., & Peterson, B. (1988). Type A behaviour and angiographically documented coronary atherosclerosis in a sample of 2,289 patients. *Psychosomatic Medicine*, 50, 139–152.
- Williams, R. B., Haney, T. L., Lee, K. L., Kong, Y., Blumenthal, J. A., & Whalen, R. E. (1980). Type A behaviour, hostility and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 42, 539–549.
- Wingard, D. L. and Berkman, L. F. (1983). 'Mortality risk associated with sleeping patterns among adults', *Sleep*, 6: 102±107.
- Winner E. (2000), "The origins and ends of giftedness", *American Psychology*, 55, 159-169.
- Working with lebanese refugees in a community resilience model, *Community Development Journal*, 40(2), 182- 191.
- Wright, L. (1988). The Type A behaviour pattern and coronary heart disease. *American Psychologist*, 43, 2–14.
- Wright, L., von Bussmann, K., Freidman, A., Khoury, M., Owens, F. & Paris, W. (1990). Exaggerated social control and its relationship to the Type A behaviour pattern. *Journal of Research in Personality*, 24, 258–269.

- Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 6–17.
- Yeung, A. C., Vekshtein, V. I., Krantz, D. S., Vita, J. A., Ryan, T. J., Ganz, P., & Selwyn, A. P. (1991). The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of coronary arteries to mental stress. *New England Journal of Medicine*, *325*, 1551-1556.
- 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.
- Zimmerman M. A., Ramirez-Valles J., Maton K. I. (1999), Resilience among urban african american male adolescents: A study of the protective effects of sociopolitical control on their mental health, *American Journal*

## **RINGRAZIAMENTI**

Alla Dott.ssa Maria Simonetta Spada un caloroso grazie per la fiducia e la disponibilità dimostratami in questi mesi, per avermi regalato il suo affetto e la sua costante e rassicurante presenza; ringrazio anche tutti gli psicologi dell'USSD di Psicologia Clinica per avermi sempre fatto sentire prima di tutto parte della loro "famiglia" e nondimeno tutta la vicinanza e la solidarietà che caratterizza il clima unico di quest'ambiente lavorativo.

Ringrazio il Prof. Paride Braibanti per avermi insegnato a non perdere mai la fiducia in me stessa e per avermene sempre accordata, un affettuoso grazie per l'indaffaratissimo e prezioso tempo che mi ha dedicato con "pedagogica" e "paterna" pazienza.

All'USC di Cardiologia porgo un ringraziamento speciale per avermi concesso innumerevoli occasioni di crescita e confronto.

All'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS un ringraziamento sentito accompagnato dalla stima e l'ammirazione per la dedizione e l'impegno con cui si occupano delle persone malate di cuore.

Un grazie di cuore alla mia mamma e al mio papà per avermi accompagnato giorno dopo giorno verso questo mio traguardo, per avermi insegnato ad attendere pazientemente, con impegno e speranza risultati e gratificazioni. Grazie per avermi permesso con serenità e fiducia di "cambiare rotta" e scegliere di non seguire le orme di papà... a lui un pensiero speciale per aver seguito le orme della mia ricerca!

A Simone la mia gratitudine per essermi sempre stato esempio di tenacia e determinazione; alle mie amiche, in primis ad Eleonora, un grazie in anticipo per tutti i festeggiamenti che sapremo sicuramente organizzare!

---

---