

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

A.A. 2002/2003

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN

“PSICOLOGIA DELL’EMERGENZA”

***DAL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS
AL CONCETTO DI TRAUMA***

TESINA DI PERFEZIONAMENTO DI

SUDANO EDOARDO MASSIMILIANO

IL CONCETTO DI STRESS: il problema della definizione

Il concetto di stress è antichissimo. Sin dalla sua comparsa sulla terra l'uomo capì che la fatica derivante dalle attività necessarie ad assicurargli la sopravvivenza gli provocava, a lungo andare, una sensazione di pena fisica e di disagio. Scopri anche che tali sensazioni aumentavano col perdurare dello sforzo sino al punto di indurlo a smettere o quanto meno ad interrompere la sua attività. Capì allora che doveva necessariamente esserci uno stretto rapporto tra la perdita di energia e la sensazione di stanchezza; rilevò infine, anche se molto tempo dopo, che doveva pur esserci una legge generale idonea a comprendere questa sensazione avvertita dagli esseri viventi tutte le volte che erano costretti a superare un ostacolo impegnativo¹.

I latini, secondo E.Mainardi Peron e S.Saporiti, per indicare tale sensazione utilizzarono il verbo "stringere", in particolare il suo participio passato "strictus" nel senso di "stretto", "serrato"².

Successivamente gli inglesi estesero il suo significato a "difficoltà", "avversità", "afflizione" e a cavallo dei secoli XVIII-XIX vi compresero anche i termini "difficoltà", "afflizione", "pressione", "tensione", "sforzo"³ Da qui il termine "stress" oggi universalmente utilizzato e mai tradotto nelle varie lingue nazionali.

Stress è oggi un termine familiare anche se esistono serie difficoltà quando si cerca di darne una definizione scientifica, univoca e, quello che più conta, condivisa dagli studiosi.

E' però solo in seguito alla diffusione dei lavori di Selye negli anni quaranta che l'uso del termine passa dalle scienze fisiche (dove indicava l'interazione tra una forza e

¹ Selye H. "Stress senza paura" Rizzoli, Milano, 1976.

² Cox T. "Stress" Mc Millan Education, Londra, 1978.

³ Mainardi Peron E.-Saporiti S. "Stress ambientale", Nis, Roma, 1995, p.11. Si veda in proposito anche Panchieri P. "Stress, emozioni e malattia", Eri, Mondadori, Milano, 1983.

la resistenza ad essa opposta) alle scienze mediche e biologiche, per indicare lo stato di tensione o di resistenza di una persona che si oppone a forze esterne che agiscono su di essa.

W.B.Cannon⁴ e H.Selye⁵, infatti, sostennero che dal punto di vista biologico “ lo stress è la risposta non specifica dell’organismo ad ogni richiesta effettuata ad esso. Tale richiesta comprende tutta serie di agenti stressanti, che vanno dagli stimoli fisici come il caldo ed il freddo, agli sforzi muscolari, all’attività sessuale, allo shock anafilattico, agli stimoli emozionali, il che spinge l’organismo a mettere in atto una reazione difensiva consistente nell’attivazione dell’asse ipotalamo-ipofisi-ACTH-corteccia del surrene, da cui si liberano in circolo i corticosteroidi”.

A seconda della loro specifica area di interesse e del loro orientamento teorico, gli studiosi indicano con il termine stress cose diverse. Infatti, consultando i testi specialistici al riguardo, si ha l’impressione che parlino lingue diverse, anche se chiamano pur sempre l’oggetto delle loro ricerche “stress”. Consultando, ad esempio, “Psicologia – Dizionario Enciclopedico” (Harrè, Lamb, Mecacci, 1986) , notiamo che una definizione univoca non esiste e che vengono indicate col termine “stress” cose diverse:

- una risposta fisiologica e/o psicologica specifica;
- uno stimolo nocivo, fastidioso o comunque negativo per il soggetto che lo avverte;
- un tipo particolare e specifico di rapporto tra il soggetto e l’ambiente^{6 7 8}

Alcuni studiosi attribuiscono parte della confusione associata al termine “stress” in ambito scientifico al fatto che esso è stato utilizzato in un campo precedentemente occupato da altri concetti, come quello di ansia, conflitto, frustrazione, venendo

⁴ Cannon W.B. “La saggezza del corpo” (1932), Bompiani, Milano, 1956.

⁵ Selye H. citato “Stress senza paura” (nota n.1); “The stress of life”, Mc Graw-Hill, N.Y., 1956.

⁶ Lazarus R.S., “Psychological Stress and the Coping Process”, Mc Graw Hill, New York, 1966.

⁷ Cox T. “Stress”, Mc Millan Education, London, 1978.

⁸ Cohen F., “Stress, Emotion and Illness” in L.Temoshok, C. Van Dyke, L.S.Zegan (eds.), “Emotion in Health and Illness: Theoretical and Research Foundation “ Grune & Stratton, N.Y., 1983.

spesso sostituito da uno di questi (Appley, Trumbell, 1967). Altri autori lo imputano invece alla mancanza di una elaborazione specifica delle sue caratteristiche distintive (Goldberg, Breznitz, 1982). Altri ancora l'attribuiscono alla rapida espansione della ricerca in direzioni divergenti, tanto che non si può parlare di un unico settore di ricerca identificabile come "ricerca sullo stress", ma vi sarebbe in effetti una pluralità di settori comunemente raccolti sotto questo nome⁹.

Questa diversità di concezioni dello stress è giustificata dalla circostanza che gli studiosi della psicologia partono da una definizione del fenomeno che intendono esaminare, il che delimita il campo di azione del fenomeno stesso e ne traccia le caratteristiche fondamentali.

Supponiamo, ad esempio, di definire lo stress come il risultato di una permanenza piuttosto prolungata del soggetto in una situazione per lui fisicamente pericolosa. E' evidente allora che per studiare lo stress si devono stabilire quali e quanti sono gli stimoli che sono fisicamente pericolosi per il soggetto; si devono inoltre determinare, anche se a livello sperimentale, la durata minima di esposizione a tali stimoli per provocare stress e così via. Dalla definizione, quindi, discendono almeno in parte le modalità pratiche di ricerca, che saranno diverse a seconda delle diverse definizioni o teorie adottate.

Possiamo individuare più correnti teoriche che si differenziano in base al tipo di approccio utilizzato nello studio dello stress.

Una delle correnti principali è quella che può essere definita "fisiologica", nella quale possiamo far rientrare, con le debite distinzioni, tutte le teorie e i contributi provenienti dalla biologia, dalla fisiologia, dalla psico-fisiologia, dalla medicina, dalla neuroendocrinologia e dai settori a queste collegati.

⁹ Singer J.E. (1980) *Tradition of Stress Research: Integrated Comments*, in E.Sarason, C.D.Spielberger (eds.), *Stress and Anxiety*, Hemisphere Press, Washington, vol.7.

Un'altra corrente di approccio è quella che può essere definita "psicologica" nella quale si attribuisce una maggiore importanza alla mediazione cognitiva. In questa corrente i processi cognitivi vengono assumendo un peso sempre più determinante sia come mediatori di stress, sia come fonte essi stessi di stress^{10 11 12}

E' da tenere presente che oltre agli stress psico-fisiologici determinati da un eccesso di stimolazioni sono da considerare gli stress psico-sociali, causati da:

- una situazione esterna caratterizzata da difficoltà interpersonali, sociali o individuali, quali solitudine, abbandono, fallimento lavorativo, eccessive richieste e simili;
- una risposta interna che trova le sue espressioni nell'ansia, nella colpa, nell'ira o nella depressione;
- un comportamento esterno suscitato da quella risposta, ora adeguata e realistica, ora inadeguata, con liberazione di impulsi incontrollati di natura psichica o funzionale psicosomatica.¹³

¹⁰ Levi L. (1972), *Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli*, in *Acta Medica Scandinavica*, intero suppl., p.528.

¹¹ Frankenhauser M., *Psychobiological Aspects of Life Stress*, in S.Levine, H.Ursin (eds.), *Coping and Health* Plenum Press, N.Y. and London.

¹² Mason J.W., *Emotion as Reflected in Patterns of Endocrine Integration*, in Levi L.(ed.), *Emotion Their Parameters and Measurement*, Raven Press, New York, 1975.

¹³ Cfr: *Dizionario di Psicologia* di U:Galimberti, UTET, Torino, 1994.

IL CONCETTO DI STRESS:PROSPETTIVE A CONFRONTO

L'Approccio fisiologico.

Le prime ricerche su questi tipo di approccio si debbono al fisiologo americano Walter Cannon che si interessò delle relazioni tra il sistema nervoso autonomo, la parte midollare delle ghiandole surrenali e le emozioni. Fu lui che introdusse per primo il concetto di “omeostasi”(dal greco omoios – simile e stasis – posizione) per indicare come i diversi processi fisiologici sono in uno stato di equilibrio dinamico tra loro e come quando questo equilibrio viene a mancare o è minacciato, entrino in funzione dei meccanismi atti a reintegrarlo. Lo stress è quindi una tensione diretta ai meccanismi omeostatici del corpo.

Secondo Cannon, quando si verifica una qualsiasi situazione percepita come pericolosa l'organismo attiva “la reazione di emergenza” che gli consente di attaccare o fuggire il pericolo. Tale reazione viene identificata nell'attivazione del sistema nervoso simpatico che, attraverso la stimolazione della parte midollare delle ghiandole surrenali, favorisce la liberazione dell'adrenalina e della noradrenalina. La liberazione di questi due ormoni produce notevoli modificazioni fisiologiche, come l'aumento della frequenza cardiaca, la ventilazione polmonare, la vasodilatazione dei muscoli volontari. Produce altresì modificazioni metaboliche, come la liberazione del glucosio da parte del fegato, che permettono l'efficienza fisica necessaria per produrre al meglio un'azione di fuga o di attacco, cioè quei comportamenti che, almeno teoricamente, possono risolvere la situazione di stress.

Sempre secondo Cannon lo stress rientra tra le esperienze negative per cui la sua teoria delle emozioni si applica anche ad esso. Le emozioni sono determinate a livello

centrale (nel talamo) e si manifestano attraverso una serie di modificazioni fisiologiche periferiche.

Questa teoria si è confrontata per anni con l'altra teoria "classica" delle emozioni, cioè la teoria di James (1890) e Lange (1885) che vedono, al contrario, proprio nella percezione delle modificazioni periferiche la base dell'esperienza emozionale soggettiva.

Si deve ad Hans Selye la elaborazione del modello più noto di stress. Egli, infatti, definisce lo stress come la risposta biologica del corpo a qualsiasi richiesta effettuato su di esso ed ha definito "stressori" i vari tipi di stimoli o agenti che suscitano tale reazione. Tale risposta specifica, chiamata dall'autore "sindrome generale di adattamento", si sviluppa in tre fasi successive: la fase di allarme, quella di resistenza e quella di esaurimento.

- Durante la fase di *allarme* si verifica la mobilitazione delle energie difensive, l'innalzamento della frequenza cardiaca, della pressione, della tensione muscolare e la diminuzione dell'attività delle ghiandole salivari, che provoca il noto fenomeno di "secchezza delle fauci".
- Nella fase di *resistenza* l'organismo è impegnato nel tentativo di adattarsi alla situazione. Vi è un graduale abbassamento dei livelli di allarme iniziale e gli indici fisiologici tendono a normalizzarsi . Ciò non vuol dire che il problema sia stato superato, perché è invece proprio in questa fase che lo sforzo dell'organismo per raggiungere un nuovo adattamento è massimo.
- Se la condizione stressante continua o è troppo intensa e/o prolungata, l'individuo entra nella fase di *esaurimento* in cui l'organismo non è più in grado di difendersi ed in cui la capacità di adattarsi ulteriormente alla situazione viene a mancare.

Avremo in questo caso la comparsa di quelle che Selye¹⁴ chiama “malattie dell’adattamento”, rappresentate, ad esempio, dal diabete o dall’ipertensione.

Non tutti gli individui che entrano nella fase di esaurimento sviluppano però lo stesso tipo di patologia. Tali differenze individuali sono da ascrivere a “fattori condizionanti”, che possono essere endogeni, come la predisposizione acquisita geneticamente, il sesso e l’età, oppure esogeni, come il regime alimentare o l’apprendimento, che possono innalzare o inibire selettivamente i diversi aspetti delle risposta di stress.

I cambiamenti fisiologici che avvengono all’interno dell’organismo sembrano essere influenzati non solo dalla intensità della stimolazione esterna ma anche dalle diverse attività e strategie che le persone adottano nell’affrontare la situazione. L’insieme dei comportamenti e delle strategie adottate dagli individui in situazioni stressanti, indicato con il termine inglese “coping” (far fronte, fronteggiare) hanno permesso di meglio comprendere come nelle medesime condizioni non tutte le persone sperimentino lo stesso grado di stress. Ad esempio, una ricerca di Wolff, Friedman, Hofer e Mason ha messo in luce come i genitori di bambini leucemici che tentavano di reagire alla situazione negando la gravità delle condizioni di salute dei propri figli presentassero alterazioni nei livelli di cortisolo diverse da quelle dei genitori che sembravano più consapevoli della gravità della malattia.

L’aumento delle conoscenze sullo stress ha comportato un cambiamento nella prospettiva adottata dai veri studiosi, che è passata dal porre l’accento soprattutto sulla considerazione e misurazione di stimoli fisici a posizioni che danno maggiore importanza alla mediazione cognitiva. I processi cognitivi vengono assumendo un peso sempre più determinante sia come mediatori dello stress, sia

¹⁴ Selye H., *Stress*, Acta Medica Publication, Montreal; trad.it. Stress, Einaudi, Torino (1957).

anche come fonti essi stessi di stress. Da questo punto di vista in un certo senso l'approccio fisiologico allo studio dello stress si avvicina all'approccio più propriamente psicologico.

L'approccio psicologico.

Questo tipo di approccio attribuisce una maggiore importanza alle variabili cognitive nello sviluppo dello stress.

Alcuni autori hanno usato l'espressione "stress psicologico" in riferimento ad eventi ambientali. Basowitz , Persky, Korkin e Grinker, ad esempio, partendo dal presupposto che qualsiasi stimolo sia in grado di evocare ansia in un particolare soggetto e che ciò dipenda dal significato che questi gli attribuisce, distinguono una particolare classe di stimoli in grado di provocare disagi notevoli nella maggior parte degli individui, e chiamano questi stimoli "stress". Essi intendono riferirsi a "quella classe di condizioni che per la loro minaccia esplicita al funzionamento vitale e per la loro intensità sono in grado di sovraccaricare la capacità dei meccanismi adattivi della maggior parte degli organismi".¹⁵

Anche Janis ¹⁶si occupa dello stress considerandolo collegato a situazioni di pericolo obiettivo, anche se non necessariamente comportanti pericolo di vita per il soggetto. L'autore si occupa di una speciale classe di "eventi pericolosi", gli interventi chirurgici, e in particolare della minaccia che questi costituiscono per l'integrità fisica del paziente. Egli identifica tre fasi principali dello stress psicologico, e cioè:

- la fase di *minaccia*, nella quale la persona percepisce i segni del pericolo imminente e/o riceve comunicazioni di avvertimento che alimentano la sua preoccupazione;

¹⁵ Basowitz H., Persky H., Korkin S., Grinker R.(1955), *Anxiety and Stress*, McGraw Hill, New York.

¹⁶ Janis I.L. (1958), *Psychological Stress*, John Wiley & Sons, London.

- la fase di *impatto del pericolo*, in cui la persona avverte che il pericolo è presente e che la possibilità di uscire indenne dalla situazione dipende, almeno in parte, dalle azioni protettive che lei stessa o altre persone possono eventualmente eseguire;
- la fase di *vittimizzazione post-impatto*, durante la quale la persona si rende conto delle perdite subite e allo stesso tempo è ancora sottoposta a severe deprivazioni che continuano dopo che il pericolo acuto è scomparso, cioè è nella fase post-operatoria di convalescenza.

Secondo Janis, attraverso opportune informazioni fornite al paziente prima dell'intervento si favorirebbe il "work of worrying" (il lavoro della preoccupazione) intesa come attività conscia di ripetizione di eventi stressanti e dei loro risultati, permettendo alla persona un adattamento più efficace alla situazione. Il soggetto avrebbe delle aspettative più realistiche circa l'intervento, il dolore che esso comporta e il decorso post-operatorio. Tutto ciò si rifletterebbe in livelli più bassi di ansia, in un diverso rapporto con il personale medico e in un recupero più veloce dopo l'intervento. L'attività cognitiva sarebbe cioè efficace nell'attutire e nel mediare l'impatto negativo di un "evento pericoloso" come un intervento chirurgico.

In sostanza, le informazioni date al paziente sull'operazione e sul decorso post-operatorio gli fornirebbero una forma di "controllo cognitivo" e gli permetterebbe la progettazione e la messa in atto di un comportamento di "coping" efficace ed adeguato alla situazione. Ciò gli permetterebbe di sperimentare livelli di stress e di ansia più contenuti.

Tuttavia non sempre il fornire informazioni precise su un evento potenzialmente pericoloso è utile per abbassare i livelli di stress e di ansia.

Miller¹⁷ mette in evidenza come il fornire informazioni dettagliate sull'evento temuto possa servire ad abbassare l'ansia e lo stress solo se ciò è in accordo con lo stile

¹⁷ Miller S.M., *When is a little Information a Dangerous Thing? Coping with Stressful Events by Monitoring versus*, Plenum Press, New York, London, 1980

di coping preferito dal soggetto. Vi sono persone, infatti, che, in presenza di situazioni potenzialmente pericolose, tendono a mettere in atto soprattutto strategie che favoriscono la distrazione, mentre altre, nella medesima situazione, preferiscono il monitoraggio attento dei segnali che testimoniano l'incombenza del pericolo.

Secondo Lazarus, perché il concetto di stress venga compreso pienamente è necessario considerare due concetti ad esso strettamente legati: quello di valutazione (appraisal) e quello di coping. Egli distingue due tipi di valutazione: la *valutazione "primaria"*, rivolta all'ambiente ed al significato di minaccia, sfida o danno che il soggetto gli attribuisce; la *valutazione "secondaria"*, che riguarda la considerazione delle risorse e opzioni disponibili per gestire il danno reale o potenziale (valutazione del coping).

Il coping ha due funzioni fondamentali: cambiare la difficile relazione con l'ambiente e modificare lo stato emozionale del soggetto. La prima funzione comprenderà strategie ed azioni il cui scopo è ridurre l'impatto negativo della situazione tramite un cambiamento esterno della situazione stessa. Essa, quindi, è focalizzata sul problema (problem-focused). La seconda funzione, essendo focalizzata sull'emozione (emotion-focused), fa sì che le strategie messe in atto saranno tese alla modificazione dell'esperienza soggettiva spiacevole e delle emozioni negative che la accompagnano.

Entrambe le funzioni possono concretizzarsi in quattro modi diversi e riguardare la persona o l'ambiente. Essi possono consistere:

- *ricerca di informazioni*, che permette, ad esempio, una rivalutazione dell'intera situazione come non pericolosa;
- *azioni dirette*, indirizzate al cambiamento dell'ambiente o a qualche aspetto del soggetto stesso;
- *inibizione dell'azione*, in conformità con regole sociali o morali oppure con caratteristiche proprie dell'individuo;

- *modi intrapsichici di coping*, che comprendono tutte le strategie cognitive adottate nel tentativo di gestire la situazione.

L'attività di coping è essenziale per quanto riguarda sia la possibilità di risultati adattivi sia la presenza o assenza dell'esperienza di stress. Infatti, se la persona percepisce di avere a disposizione un "coping behavior", anche se ciò non corrisponde alla realtà, non si verificherà l'esperienza di stress. Se invece il tentativo di dominare la situazione ed il proprio stato emozionale fallisce, l'individuo esperisce stati di "disperazione e di impotenza appresa".

Anche Cox¹⁸ affronta il problema dello stress secondo una posizione transazionale. In collaborazione con Mackay egli propone un modello che descrive il processo di stress ed i suoi effetti in cinque fasi:

- nella prima fase è presente una "fonte di richiesta", che può essere sia nell'ambiente esterno che intrapersonale;
- nella seconda fase vi è un confronto tra le richieste percepite e la capacità di farvi fronte (coping). Se il risultato di questo confronto è un disequilibrio in favore delle richieste, si verificherà l'esperienza soggettiva di stress. Quest'ultima sarà accompagnata da cambiamenti fisiologici e da tentativi da parte del soggetto di gestire la situazione;
- la terza fase comprende le risposte fisiologiche di stress;
- la quarta e la quinta fase considerano, rispettivamente, le conseguenze dei tentativi di coping e l'informazione retroattiva che viene al soggetto dai vari elementi della situazione (feedback).

L'attenzione dei ricercatori, nel tentativo di spiegare le differenze individuali, si è anche concentrata sullo studio di variabili diverse dalla mediazione cognitiva che possono intervenire nel processo di stress. Ricordiamo:

¹⁸ Cox T., *Stress*, Mc Millan Education, London, 1978.

- la variabilità della vulnerabilità, che potrebbe essere considerata una tendenza a rispondere in maniera disadattiva a certe situazioni e può dipendere sia da fattori ereditari (avere, ad esempio, genitori schizofrenici), sia dalla mancanza di abilità personali (come un repertorio di coping poco efficace);
- la variabilità della resistenza (hardness), considerata una caratteristica stabile della personalità degli individui, che permette una migliore gestione delle situazioni stressanti;
- la convinzione di poter tenere sotto controllo o influenzare gli eventi della propria esperienza;
- l'abilità di sentirsi profondamente coinvolti o impegnati nelle attività della propria vita;
- la capacità di vivere il cambiamento come opportunità per un ulteriore sviluppo.

Un'altra variabile che ha ricevuto una particolare attenzione è il sostegno sociale (social support) che prende in debita considerazione gli effetti benefici sulla salute che sembrano avere i sentimenti di amicizia, il conforto, il sostegno morale e materiale.

I contributi forniti dall'approccio psicologico allo studio dello stress sembrano essere caratterizzati dai seguenti punti:

- si passa dalla concezione di stress inteso come evento estremo che mette in pericolo la sopravvivenza stessa della persona, ad una concezione di stress visto come un processo determinato dal complesso interscambio tra soggetto ed ambiente;
- le persone non rimangono inermi, non subiscono passivamente l'influenza dell'ambiente e degli eventi potenzialmente negativi;
- la relazione tra stressore e risposte di stress non è diretta ma è mediata cognitivamente,
- la vulnerabilità,

- la resistenza;
- il sostegno sociale.

LIFE STRESS

Oltre ai dati provenienti dallo studio dello stress secondo l'approccio fisiologico e psicologico, altri contributi vengono da quell'area di ricerca che va sotto il nome di stress di vita o "life stress".

In questo settore vengono studiati principalmente gli avvenimenti di vita che accadono alle persone nel corso della loro esistenza, il loro potenziale ruolo di stressori e l'impatto che questi eventi hanno o sembrano avere sulla salute fisica e psichica dell'individuo.

Il vantaggio offerto da questo tipo di approccio è costituito dal fatto di poter misurare lo stress in termini di eventi obiettivi.

Decisiva per questa area di studio è stata la pubblicazione della Scala delle Esperienze Recenti (Schedule of Recent Experiences) e della Scala di Riadattamento Sociale (Scale of Social Readjustment) elaborate da Holmes e Rahe¹⁹ allo scopo di misurare l'impatto che certi eventi della vita hanno sull'individuo, quantificandone gli effetti sulla salute. L'idea base è che ogni evento, indipendentemente che sia positivo o negativo, abbia in sé un forte potenziale disorganizzante, perché provoca un cambiamento al quale i soggetti si devono adattare. Lo sforzo e le difficoltà che le persone incontrano per riadattarsi alle nuove condizioni le renderebbero più

¹⁹ Holmes T.H. e Rahe R.H., The Social Readjustment Rating Scale, in "Journal of Psychosomatic Research", 11 1967, pp.213-218.

suscettibili all'insorgere di malattie e disturbi di varie genere ed entità, che comparirebbero in un periodo successivo all'evento di vita.

Il sistema elaborato dai due ricercatori, "The Life Scale", elenca gli eventi più importanti della vita che possono indurre situazioni di crisi, che sono:

- 1) morte del coniuge o di una persona amata;
- 2) divorzio;
- 3) separazione dal coniuge;
- 4) morte di un parente stretto;
- 5) grave ferita o malattia personale;
- 6) matrimonio;
- 7) licenziamento o perdita del posto di lavoro;
- 8) mutamento importante nella salute o nel comportamento di un membro della famiglia;
- 9) difficoltà sessuali;
- 10) acquisto di un nuovo membro della famiglia.²⁰

Numerose ricerche hanno utilizzato le scale ideate da Holmes e Rahe, trovando delle relazioni tra il numero di eventi stressanti accaduti ad un soggetto in un certo arco di tempo e i cambiamenti avvenuti nel suo stato di salute.

Questo approccio allo stress ha raccolto molti consensi ma anche molte critiche. I consensi sono relativi al fatto che gli avvenimenti di vita che determinano lo stress sono eventi oggettivi, misurabili obiettivamente ed il cui impatto sulla salute può essere verificato. Le critiche riguardano invece gli aspetti metodologici, come la validità predittiva e la fedeltà degli strumenti adottati, e le assunzioni teoriche di base, come l'adozione implicita del modello di stress proposto da Selye.

²⁰ I dieci eventi più stressanti della vita sono riportati anche nel testo di Restak R., *Il Cervello*, Mondadori, Milano, 1986, p.161.

Partendo sempre dal modello di stress proposto da Selye, alcuni studiosi hanno cercato di elaborare strumenti di misurazione statisticamente migliori di quelli ideati da Holmes e Rahe. E' il caso della costruzione dell'Intervista di Ricerca Psico-epidemiologica (Psychiatric Epidemiology Research Interview) di Dohorenwend, Krasnoff, Askenasy e Dohorenwend (1978)²¹.

Lo scopo è sempre quello di misurare il cambiamento provocato dall'evento nella vita delle persone e le sue relazioni con la malattia, rispettando però i seguenti requisiti:

- gli item devono essere rappresentativi delle esperienze di vita per la popolazione studiata;
- devono essere costituiti da eventi discreti e descritti in modo chiaro onde evitare fraintendimenti;
- non devono essere essi stessi manifestazioni sintomatiche di problemi fisici o psicologici già esistenti.

E' da sottolineare che il nuovo strumento non appare metodologicamente corretto perché non considera i fattori individuali, continuando a mantenere un approccio allo stress che esclude l'importanza della mediazione cognitiva e considera l'impatto degli eventi indipendentemente dal significato diverso che ogni evento può assumere per i vari individui.

Altri autori, pur ponendosi il problema di utilizzare strumenti corretti, hanno considerato l'importanza del giudizio personale sull'evento. Ricordiamo Sarason, Johnson e Siegel (1978)²², che hanno proposto il Rapporto sulle Esperienze di Vita (Life Experiences Survey).

Nonostante gli sforzi compiuti dai diversi ricercatori per trovare strumenti adatti a studiare e misurare l'impatto degli eventi di vita sulla salute, le correlazioni

²¹ Dohorenwend B.S., Krasnoff L., Askenasy A.R., Dohorenwend B.P. (1978), Exemplification of a Method for Scaling Life Events: The Peri Life Event Scale, in *Journal of Health and Social Behavior*, 19, pp. 205-229.

²² Sarason I.G., Johnson J.H., Siegel J.M. (1978), Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Experiences Survey, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 46, pp. 932-946.

individuate rimangono insoddisfacenti: E' infatti diventato sempre più evidente che gran parte delle persone esposte ad eventi di vita potenzialmente stressanti non sviluppa disordini fisici o emozionali, e che solo una percentuale relativamente piccola di soggetti ne risente in maniera considerevole. Resta quindi aperto il difficile problema di stabilire se le difficoltà che si presentano in seguito al verificarsi di certi eventi siano da attribuire a disordini emozionali già esistenti oppure se è l'evento stesso che, richiedendo un riadattamento, rende le persone maggiormente vulnerabili allo sviluppo e/o all'incremento di certi disturbi.

I vari tentativi volti a far luce su questo punto non hanno ancora portato alla soluzione del problema nella sua globalità, anche se gli strumenti a disposizione e le tecniche di ricerca sono migliorati e sono stati creati nuovi strumenti in grado di distinguere gli eventi in base alla loro desiderabilità, prevedibilità, gravità, controllabilità.

Nel tentativo di trovare una soluzione ai problemi ancora aperti, l'interesse dei ricercatori si è venuto spostando su quelle variabili che possono attenuare gli effetti negativi degli eventi di vita e, più in generale, dello stress stesso, quali, ad esempio, il sostegno sociale e i processi di coping²³.

Recentemente alcuni autori hanno suggerito che la ricerca sullo stress e sugli eventi di vita potrebbe essere migliorata qualora si considerasse anche il contesto in cui gli eventi accadono; cioè analizzare l'evento non isolatamente ma rispetto all'insieme delle condizioni e circostanze di vita attuali dell'individuo²⁴. Significa inoltre considerarlo all'interno dell'ambito di uno specifico dominio di vita o area di funzionamento della persona (persona, famiglia). Secondo questi autori, infatti, basarsi

²³ Kessler R.C., Price R.H., Wortman C.B. (1985), Social Factors in Psycho-pathology: Stress, Social Support and Coping Process, in " Annual Review of Psychology, 3, pp. 531-572.

²⁴ Si vedano in merito i testi di Moos R.H. e Swindle R.W., Stressful Life Circumstances: Concepts and Measures, in " Stress Medicine", 6, 1990, pp.171-178 e Swindle R.W. e Moos R.H., Life Domains in Stressors, Coping and Adjustment, in W.B.Walsh, K.H.Craik, R.H.Price, Person-Environment Psychology: Models and Perspectives, Erlbaum, Hillsdale, New Jorh, 1992.

esclusivamente sull'evento acuto (ad esempio, una malattia improvvisa e grave) non permetterebbe di cogliere il significato che l'evento può avere per persone differenti. Ad esempio, la malattia improvvisa e grave di un membro della famiglia è indubbiamente un evento stressante ma, se si inserisce in un contesto preesistente di difficoltà finanziarie e di carenza di supporto sociale, è molto probabile che il potenziale stressante di questo evento sia maggiore. Inoltre, poiché ogni dominio di vita permette la realizzazione di bisogni e scopi differenti per i diversi individui, l'impatto e gli effetti degli eventi saranno diversi a seconda dell'importanza che quel dato dominio ha per il soggetto. Ad esempio, se una persona è fortemente motivata al successo ed alla realizzazione in ambito lavorativo, è probabile che gli eventi acuti e le difficoltà croniche relative a quest'area siano vissuti come più rilevanti rispetto ad altri, magari oggettivamente più gravi, che però accadono in ambiti che il soggetto valuta meno importanti.

GLI EVENTI CATACLISMATICI

Un'altra area di ricerca che ha contribuito alla conoscenza dello stress e dei suoi effetti è quella che si dedica allo studio degli eventi cataclismatici.

Come area di ricerca essa si avvicina per certi aspetti a quella sugli eventi di vita ma se ne differenzia perché considera anche aspetti molto particolari, propri dell'esperienza di disastro²⁵.

Nella categoria in esame vengono solitamente fatti rientrare i disastri naturali (le alluvioni, i terremoti, le eruzioni vulcaniche, etc.), i disastri tecnologici (ad es: le fughe di radiotattività delle centrali nucleari), i disastri provocati dall'uomo (ad es: le guerre).

²⁵ Evans Melick M., Logue J.N., Federick C.J.8 1982), Stress and Disaster, in L.Goldberg, S.Breznitz (eds.), Handbook of Stress, Free Press, New York.

La differenza più evidente tra questo tipo di accadimento e gli eventi di vita è che i disastri non sono eventi comuni che normalmente capitano alle persone nel corso della loro esistenza.

Un'altra differenza è che in queste situazioni l'esperienza stressante non è limitata a livello individuale ma coinvolge più persone contemporaneamente.

Gli eventi cataclismatici hanno suscitato l'interesse di ricercatori di diverse discipline, che vanno dalla sociologia all'epidemiologia, alla psicologia.

Dal punto di vista psicologico, sembra che gli eventi cataclismatici siano in grado di produrre condizioni di disagio e di stress che perdurano nel tempo. Depressione, ansia, difficoltà di concentrazione, ostilità, incubi, sono i sintomi che aumentano al verificarsi di disastri naturali e che continuano ad essere presenti, anche se in misura minore, in periodi via via più lontani dal momento in cui si è verificato l'evento²⁶.

Diverse ricerche sugli eventi cataclismatici utilizzano i criteri proposti dal "Manuale diagnostico dei disturbi mentali" per la diagnosi del "disturbo post-traumatico da stress, che consistono:

- il rivivere l'evento attraverso i sogni oppure attraverso i ricordi improvvisi delle scene del disastro;
- un malessere psicologico intenso che accompagna l'esposizione del soggetto ad eventi che assomigliano o simbolicamente richiamano l'evento traumatico originario;
- amnesia per aspetti dell'evento;
- diminuzione dell'interesse per attività in passato significative per l'individuo;

²⁶ Steinglass P., Gerrety E. (1980), Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder: Short-term versus Longterm Recovery in Two Disaster affected Communities, in "Journal of Applied social Psychology, 20, pp.1746-1765;

Bravo M., Rubio-Stipec M., Canino G.J., Woodbury M.A., Ribera J.C.(1990), The Psychological Sequelae of Disaster Stress Prospectively Evaluated, in "Americam Journal of Community Psychology, 18, pp. 661-680.

- sensazione di distacco e lontananza dagli altri;
- ridotta affettività.

Più autori sono concordi nel ritenere che gli effetti a lungo termine degli eventi cataclismatici sulla salute psicofisica degli individui non siano identici in tutte le persone che sono state esposte all'evento e ciò in dipendenza di un insieme di fattori, che sono:

- la natura del disastro (naturale o tecnologico);
- la durata dell'impatto;
- il grado di impatto personale;
- la presenza o l'assenza del supporto sociale;
- lo stato di salute fisica e mentale del soggetto prima dell'evento.

Questa interessante area di ricerca è caratterizzata da notevoli controversie. Gli eventi cataclismatici hanno indubbiamente conseguenze negative per il benessere e la salute delle persone e sembrano provocare o la comparsa o un incremento di varie forme di disturbi, ma resta ancora da determinare quale tipo di evento o quali caratteristiche specifiche dei diversi tipi di evento sono più rilevanti a questo proposito.

1.3 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Da quanto abbiamo fin qui esposto, emerge chiaramente come siamo ben lontani dall'avere una concezione universalmente condivisa dello stress o delle metodologie che ne assicurino uno studio corretto.

Infatti, sono in molti a sostenere che sia meglio focalizzare l'attenzione su eventi discreti e acuti; secondo altri, invece, l'attenzione va rivolta ai problemi quotidiani,

indubbiamente meno gravi ma più prolungati nel tempo. Per altri, infine, studiare lo stress significa considerare le variazioni nei diversi indici fisiologici e biochimici che certi stimoli sono in grado di provocare.

Selye rileva come lo stress sia inevitabile, per cui lo scopo del suo studio non dovrebbe essere quello di eliminarlo, ma quello di imparare a gestirlo nel migliore dei modi. E' da ricordare che sempre Selye distingue lo stress "positivo" dallo stress "negativo". Il primo (*eustress*) deriva dal desiderio di soddisfare i propri bisogni, di realizzare le proprie aspirazioni; il secondo (*distress*), che è quello che più maggiormente viene considerato nelle ricerche scientifiche, produce conseguenze negative per la salute.

Dai dati delle ricerche è emerso che non vi è una relazione diretta tra "quantitativo di stress" ed effetti negativi per la salute ed il benessere dell'individuo. Ciò in considerazione che esiste una grossa variabilità individuale nelle risposte di stress. Nel tentativo di spiegare queste differenze, la letteratura si è focalizzata sempre più sullo studio di quelle variabili che mediano e moderano l'impatto dello stress. Tra queste, ricordiamo le abilità di coping ed il sostegno sociale e inoltre le variabili legate alla personalità, come la resistenza.

Le possibilità di diminuire gli effetti negativi dello stress attraverso il miglioramento delle abilità di coping è stata approfondita, dal punto di vista clinico, da Meichenbaum²⁷, che ha messo a punto una specifica procedura la "Training all'inoculazione dello stress" (Stress inoculation training). Tale procedura consiste nell'aiutare il soggetto, in un setting protetto, a sviluppare le proprie risorse e capacità di gestione dello stress.

Formulazioni recenti hanno però rilevato come il coping non sia uno stile cognitivo fisso. Esso è un processo che cambia nel tempo, da una situazione all'altra e

²⁷ Meichenbaum D., Stress Inoculation Training, Pergamon Press, London; trad.it. Al termine dello stress, Erickson, Trento, 1990.

anche all'interno della stessa situazione. Una persona che si trova in una situazione potenzialmente stressante non adotterebbe cioè esclusivamente strategie orientate al cambiamento della situazione esterna o del proprio stato emozionale, ma, a seconda dello specifico contesto e delle valutazioni relative ai propri scopi e bisogni, utilizzerebbe sia la strategia del problem-focused sia quella dell'emotion focused contemporaneamente, oppure quella che di volta in volta gli appare come la più appropriata per quella data situazione.

Allo scopo di verificare come il coping cambi da un contesto all'altro e nel tempo, è stata costruita la "scala dei modi di coping" (Ways of Coping Scale), che è stata utilizzata in ricerche che osservano uno stesso gruppo di soggetti per un lungo periodo di tempo, ripetendo più volte le misurazioni delle stesse variabili.

Al momento lo strumento migliore per la misurazione del coping non esiste; la scelta dello strumento da utilizzare dipende dal tipo di situazione che viene studiata, dal quadro di riferimento concettuale adottato dai ricercatori, dagli scopi che essi si propongono.

Come si è visto, la ricerca sullo stress è lungi dall'essere esaurita.

IL CONCETTO DI TRAUMA

Il trauma rappresenta un elemento chiave per giustificare la presenza di specialisti in psicologia e psichiatria all'interno delle operazioni di soccorso. Il concetto di trauma rappresenta un elemento importante per esplorare tutte le dimensioni psichiche delle esperienze di emergenza. Esso permette di esplorare le complesse relazioni tra realtà esterna e realtà interna ai soggetti, divenendo così fenomeno decisivo per tutta la più ampia riflessione sulla realtà psichica.

Di trauma si incomincia a parlare in Europa nel 1700. I "sensisti" (Condillac 1754) immaginarono la mente umana come "impressionabile" dalla realtà esterna. Gli stimoli sensoriali erano immaginati come in grado di lasciare un'impronta negli organi di senso, tanto più profonda quanto più intenso era lo stimolo. Tali convincimenti permangono ancora nella nostra cultura a vari livelli. Così nel linguaggio comune vengono descritte come "impressionabili" le persone che reagiscono emotivamente ad alcuni spettacoli e si cerca di dare una buona impressione di sé nei primi incontri con una nuova conoscenza. La comune esperienza di immagini che tornano alla memoria con il loro carico di angoscia è alla radice di alcune superstizioni, quale quella che le donne in gravidanza debbano essere tenute lontane dalla vista di soggetti disabili o malformati. Evidentemente la risonanza emotiva che può scatenarsi dall'incontro tra ansie materne e malattie visibili è interpretata come causa di possibili malformazioni nel nascituro. Ma anche alcuni modelli terapeutici moderni, riconoscendosi in posizioni sensistiche, ripartono dalla dimensione sensoriale per ristrutturare i ricordi che alimentano il permanere dei traumi. Ciò che però distingue le concezioni contemporanee da quelle antiche, almeno a livello scientifico, è il giudizio nei confronti di chi risulta più "impressionabile" o impressionato di altri. La nascita della psichiatria morale nel 1800

portò a considerare molto negativamente coloro che non riuscivano a liberarsi velocemente delle immagini e delle impressioni che li avevano colpiti negativamente (Bonomi 2001). Gli autori del tempo sostenevano che le impressioni cattive dovrebbero essere cancellate normalmente da Madre Natura che si occupa in modo provvidenziale di rimuovere i brutti ricordi. Ciò induceva a ritenere che chi aveva subito abusi e violenze e non riusciva a dimenticare gli eventi era ritenuto responsabile della sua stessa sofferenza e giudicato addirittura come perverso, amorale. Fino alla fine dell'800 il termine "trauma" non compare ancora nella letteratura e quelle che venivano chiamate le "insane passioni" venivano confinate alle classi più povere e a poche menti viziose delle classi abbienti. Nel 1883 Page inventa il termine "shock nervoso". Con lo sviluppo della ferrovia iniziarono i primi drammatici incidenti ferroviari e poiché i viaggiatori erano prevalentemente persone ricche e colte, furono necessariamente esse a manifestare, dopo l'incidente, incubi, timori. Quando dunque tali persone, in seguito a gravi incidenti, iniziarono a sviluppare quelli che oggi chiamiamo sintomi post-traumatici si smise di pensare a questi sintomi come indice di amoralità della persona, per avanzare un'ipotesi neurologica. L'ipotesi era che la sovraeccitazione nervosa causasse "una irritazione spinale". I nervi rimanevano così a lungo eccitati ed eccitabili, causando lunghi strascichi nel tempo. (Page 1883). Uno shock nervoso, dunque, e non ancora un trauma psichico, ma certamente un danno provocato dall'esterno in un soggetto meritevole di cure in quanto vittima. Il concetto di "trauma psichico" fu introdotto nel 1884 da Strumpel, secondo il quale all'interno della situazione critica si intrecciano forti emozioni e domande drammatiche. La differenza, pertanto, tra il concetto di Shock e quello di trauma sta proprio nella dimensione mentale di quest'ultimo. Il soggetto, in sostanza, oltre ad essere sottoposto a una stimolazione sensoriale soverchiante, è preda di una forte paura che solleva domande del tipo "che ne sarà di me?" La presa d'atto della propria assoluta impotenza può trasformarsi in una

idea patogena. Nel 1885 Charcot arricchisce l'ipotesi di Strumpel, affermando che l'idea patogena ha degli effetti nefasti solo se entra in stati di coscienza dissociata (ipotesi ideogenetica dell'isteria). Si ritorna così alla potenziale colpevolizzazione delle vittime, perché è avanzata l'ipotesi che la fissazione dell'idea patogena dipenda da una predisposizione personale o da desideri morbosi non dichiarati, da una volontà debole o dalla personalità psicopatica della presunta vittima. In sostanza, è come affermare che un evento che ha provocato una forte paura può recare danni psichici solo se la persona è già di per sé debole e geneticamente predisposta. Oppenheim (1889) rilancia il concetto di “nevrosi traumatica” rivitalizzando l'attenzione sulla dimensione neurologica della sofferenza. Tale attenzione permette in un certo senso di liberare le vittime da processi di colpevolizzazione, perché il corpo, concepito come macchina, semplicemente è “offeso” dalla realtà materiale esterna. Fu Sigmund Freud (1968) a proporre un'ipotesi di spiegazione sulle differenze interpersonali nelle reazioni allo stesso evento traumatico. Nacque così la teoria del “trauma interno”, evento legato a forti domande pulsionali e realizzato più a livello d'immaginazione che sul piano della realtà. Tale teoria amplificò la forza del concetto di trauma psichico, svincolandolo gradualmente dalla concezione puramente neurologica e fisica proprio dello shock nervoso e permise di offrire una risposta a chi notava che non tutte le strutture di personalità entravano in crisi davanti ad un evento traumatico. Tuttavia ciò comportò la consapevolezza della potenziale vulnerabilità di ogni soggetto, poiché un trauma originario, vissuto a livello inconscio e puramente intrapsichico, non può essere osservato se non a posteriori. Inoltre, riportando le origini di ogni trauma psichico all'interno dei singoli individui, si dava spazio nuovamente alla possibilità di accusare le vittime (o tutt'al più il loro inconscio) di non essere in grado di difendersi dalla drammaticità del reale, o addirittura di avere una fragilità di base dovuta ad un eccesso mal gestito di pulsioni sessuali o aggressive. Nel 1924 Rank iniziò a parlare di “trauma

della nascita”. Secondo lo studioso la fragilità umana si basava su una prima ed originaria situazione traumatica: il catastrofico passaggio dal protettivo ambiente intrauterino all’iperstimolante ambiente esterno. In questo modo era persa la specificità delle sofferenze traumatiche, introducendo l’idea che un originario trauma infantile fosse comune a tutti gli esseri umani. Allontanandosi dall’idea che gravi incidenti esterni potessero essere reale causa di sofferenza psichica in età adulta, la psicanalisi si avviò ad interminabili dibattiti sulle complesse dinamiche intrapsichiche che sostengono ogni sofferenza mentale e sulle diverse fasi dell’infanzia in cui potevano essere individuati i prodromi di tali sofferenze

I DISTURBI POST- TRAUMATICI

L'esperienza bellica costituisce la radice delle più recenti teorizzazioni sul concetto di trauma, sfociate nella definizione di "disturbo post-traumatico da stress"(PTSD). Lo studio delle risposte emotive alle catastrofi inizia dall'osservazione dei disastri non naturali: le guerre. Sintomi come debolezza diffusa, palpitazioni e dolore toracico, presentati al termine della guerra civile americana, erano stati etichettati dai ricercatori come "sofferenze da nostalgia". Queste osservazioni permettono di avanzare le prime ipotesi, relative al fatto che disturbi psicologici potessero essere generati da eventi stressanti. (Trimble 1985). L'idea prende corpo in modo sempre più preciso in relazione agli orrori suscitati dalle guerre mondiali. Con la seconda guerra mondiale si passò dall'utilizzo di termini come "cuore del soldato", "cuore irritabile", "sindrome da affaticamento" a termini clinici come "shock da proiettile", "fatica da battaglia", "nevrosi di guerra". E' tuttavia solo alla fine degli anni settanta (guerra del Vietnam: Il disturbo, infatti è stato analizzato e codificato per la prima volta tra i soldati di ritorno da tale guerra, molti dei quali si sono dimostrati incapaci, una volta tornati in patria, di riprendere una vita normale, esibendo spesso comportamenti antisociali) che le osservazioni cliniche iniziano ad aggregarsi attorno ad un preciso quadro diagnostico. Eventi traumatici e disastri possono gettare l'esistenza dell'individuo nel caos, provocando un'intensa paura degli imprevisti, timore di morire, di subire perdite e danni fisici. Il caos da trauma non si comporta in modo casuale ma segue una struttura e un decorso prevedibili, sosteneva Ursano nel 1994. Dopo tante discussioni (ci sono voluti quasi dieci anni) si arriva ad ottenere l'inserimento del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) quale categoria diagnostica autonoma all'interno del DSM-III. In tale sistema diagnostico è descritta una specifica risposta estrema a un fattore fortemente

stressogeno, che prevede un aumento notevole del livello dell'ansia, esitamento degli stimoli associati al trauma e appiattimento della reattività emozionale.

Nel DSM-III sono considerati eventi traumatici quelli “fuori dal range comune d'esperienza o d'intensità”. Ma cosa si intende per “comune esperienza”? Come considerare le sofferenze che si sviluppano in paesi cronicamente martoriati dalla guerra? La descrizione dei disturbi post-traumatici da stress fu perfezionata nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), fornendo un criterio operativo più accurato ed estendendo le descrizioni dei sintomi per una fascia d'età più ampia, inclusi i bambini. Con il DSM-IV (1994) sono stati modificati i criteri per i disturbi post-traumatici da stress, includendo nella definizione di “evento potenzialmente traumatizzante” l'esposizione a minacce dell'integrità fisica. Si definisce dunque traumatico ogni evento che minaccia la sopravvivenza o l'integrità del soggetto, così come notizie o eventi di cui si è spettatori, che coinvolgono persone care e che minacciano la loro sopravvivenza o l'integrità fisica.

I sintomi del disturbo post-traumatico sono attualmente raggruppati in tre categorie principali e la diagnosi richiede che i sintomi permangano per più di un mese.

-Nel primo gruppo rientrano le esperienze in cui l'evento traumatico è rivissuto. Si tratta in particolare di incubi notturni e pensieri, sensazioni ed emozioni che riemergono con forte nitidezza. Un intenso disagio psicologico può essere provocato anche da elementi che rappresentano simbolicamente o indirettamente l'esperienza traumatica. Rumori, luoghi, frasi, immagini cinematografiche, condizioni climatiche e anche ricorrenze possono scatenare reazioni emotive intense.

-Nella seconda categoria rientrano sintomi d'evitamento e attenuazione della reattività generale. L'appiattimento della reattività generale si manifesta nel diminuito interesse per gli altri, in un senso di distacco e d'estraneità e nell'incapacità di provare emozioni positive. Questi sintomi possono entrare in contraddizione con quelli della

precedente categoria e alternarsi in termini di fluttuazioni. La persona in difficoltà attraversa fasi alterne di ottundimento e di riaffioramento dell'esperienza traumatica.

-Nella terza ed ultima categoria di sintomi rientrano tutti quelli relativi all'aumentata attivazione fisiologica, quali la difficoltà di prendere sonno, la difficoltà di concentrazione, l'ipervigilanza e le esagerate risposte di allarme.

Il disagio psicologico rientra, come abbiamo in precedenza detto, nei criteri del PTSD se dura almeno un mese e, aggiungiamo, se ha almeno sei sintomi nelle tre categorie sopra menzionate. Si parla di “ PTSD acuto” se l'insorgenza dei sintomi è registrata in un arco di tempo inferiore ai tre mesi e se i sintomi permangono in modo cronico. L'osservazione del fatto che in alcuni casi la comparsa dei sintomi avviene dopo sei mesi dell'evento ha portato ad introdurre la categoria di “ PTSD ritardato”, quadro clinico che appare tipico nei soggetti che sono stati presi come ostaggio in situazioni di conflitto e violenza.

A partire da queste definizioni, le ricerche hanno evidenziato il nesso profondo che esiste tra situazioni traumatiche e disagi psichici protratti per lunghi anni dal cessato pericolo (Lewis, 1997; Pynoos, 1990; Drell, Siegel, Gaensbauer, 1996). Gli effetti a lungo termine di queste condizioni possono tradursi in sintomi eclatanti, quali somatizzazioni, comportamenti fobici, disfunzioni alimentari), ma anche in aumento di comportamenti a rischio in età adulta, quali l'abuso di tabacco, d'alcool e di stupefacenti, fino ad un preoccupante aumento dei tassi di autolesionismo.

IL TRAUMA NEL BAMBINO

Appare innegabile che i bambini coinvolti in situazioni traumatiche all'interno dei contesti di emergenza hanno bisogno di particolare attenzione psicologica. Ragioni etiche, ma anche motivi tecnici suggeriscono l'opportunità di porre attenzione alla psiche in via di sviluppo del bambino. Una competenza psicologica può evidenziare come, visti con gli occhi e la mente dei bambini, gli eventi connessi alle emergenze possono apparire assai diversi da come appaiono agli adulti. Non conoscere o sottovalutare le differenze tra lo sguardo infantile e lo sguardo adulto può rendere inefficaci i tentativi di sostegno e soccorso, di protezione e rassicurazione.

Un motivo tecnico che suggerisce la necessità di porre una particolare attenzione ai bambini nei contesti di emergenza è la consapevolezza delle durature e nefaste conseguenze delle situazioni traumatiche. Tali conseguenze sono state messe in luce dagli studiosi che si sono occupati nello specifico dell'impatto degli eventi bellici sui bambini (Levy, 1945; Bowlby, 1983).

Una particolare attenzione meritano le riflessioni di Bowlby sul trauma della perdita (1983), una delle esperienze che lo studioso descrive come tra le più dolorose che si possano mai provare. L'intensità del dolore e il suo effetto paralizzante in età evolutiva causano conseguenze a lungo termine che incidono sul funzionamento della personalità. La perdita non è solo dolorosa da provare ma lo è anche come esperienza cui assistere per il senso di impotenza che scatena.

Bowlby fa un'ampia disamina delle reazioni e delle conseguenze del lutto in adulti e bambini. Le variabili considerate sono: l'identità e il ruolo della persona perduta, l'età ed il sesso, le cause e le circostanze della perdita, le situazioni sociali e psicologiche al momento della perdita e la personalità del soggetto colpito dal lutto. E'

assai interessante l'approfondimento che Bowlby dedica al ruolo delle circostanze in cui avviene la perdita. Una morte improvvisa, ad esempio, generalmente è vissuta all'inizio come maggiormente traumatica.. Altre circostanze intervengono ad aumentare o diminuire le difficoltà di approccio all'evento. Prendiamo in esame, ad esempio, la modalità della morte: un periodo prolungato di pesanti cure ha effetti diversi rispetto ad un decesso improvviso in un incidente o in un disastro naturale.

E' rilevante anche come viene comunicata l'informazione della morte della persona cara: il soggetto può essere presente al momento del decesso, gli può venire riferita la notizia e non vederne nemmeno il corpo, gli può essere addirittura tenuta nascosta. Più la conoscenza è diretta, meno intensa è la tendenza a non credere che il decesso sia davvero avvenuto; se la morte, poi, è tenuta segreta, come spesso avviene con i bambini, la convinzione che la persona sia viva e che tornerà si fa sempre più forte. Un ruolo considerevole hanno anche i rapporti che esistevano con la persona deceduta nei giorni immediatamente antecedenti alla morte (teoria dell'attaccamento).

Le osservazioni di Bowlby, proficuamente riprese negli anni novanta, hanno dato luogo ad alcune ipotesi in grado di spiegare in modo dinamico la complessità delle risposte infantili di fronte ai pericoli. Appare, in questo caso, di primaria importanza considerare l'andamento temporale. Valent (2000) ha diviso in cinque periodi i processi che accompagnano i disastri, associando ad essi differenti tipi di reazione. Tali periodi sono: la fase di pre-impatto (precedente al disastro), l'impatto (momento in cui il disastro si realizza), la fase di contraccolpo (immediatamente dopo l'evento), il periodo post-impatto (alcuni giorni o settimane successive all'evento), il tempo del recupero e ricostruzione (mesi ed anni dopo il disastro).

La maggior parte delle ricerche ha preso in esame le reazioni dei bambini, focalizzandosi sulla fase di recupero e ricostruzione. Le reazioni studiate sono quindi quelle tipiche dei mesi e degli anni successivi al disastro. Alcuni autori, tuttavia, hanno

tentato una descrizione delle reazioni più frequenti che si registrano nella fase di contraccolpo (la fase immediatamente dopo l'evento). Spesso emergono incredulità, stordimento, insieme a sentimenti di sopraffazione e di irrealtà riferiti al mondo e a sé stessi (Valent, 2000). In uno studio esplorativo sulle prime reazioni dei bambini dopo l'uragano Andrew (Coffman, 1994) i soggetti riportavano un senso di stranezza e la sensazione che qualcosa di soprannaturale avesse catturato la loro vita subito dopo l'uragano. A tali reazioni psicologiche si aggiungevano tutta una serie di sintomi fisici collegati allo stress: aumenti dei livelli di cortisone e di adrenalina e diminuzione delle difese immunitarie.

Nella versione per l'infanzia e l'adolescenza del DSM-IV (Rapaport, Ismond, 2000) i criteri per il disturbo post-traumatico da stress sono stati resi più appropriati alle varie età e la definizione sottolinea che la reazione di paura nei bambini ha una esperienza specifica di stress estremo e al trauma psicologico che comporta pericolo concreto o minaccia di morte o lesioni. Inoltre i sintomi devono causare disagio clinicamente rilevante o interferire con le aree importanti del funzionamento. Il quadro clinico quindi deve tenere presente il contesto del trauma, le caratteristiche della personalità del bambino, la capacità del genitore di sostenere e aiutare il bambino e il modo in cui il bambino elabora l'esperienza. Il sintomo più comune è la riesperienza dell'evento. L'evento traumatico riemerge secondo differenti modalità: incubi ripetuti, pensieri ricorrenti e intrusivi, stress e angoscia nel ricordare il trauma. Con i bambini piccoli si può osservare una modalità particolare di gioco (gioco post-traumatico) che riproduce concretamente alcuni aspetti della situazione traumatica ma in modo diverso dal gioco rielaborativo, disegni ed episodi dissociativi in cui il trauma viene riprodotto senza alcuna intenzionalità.

I sintomi di evitamento o intorpidimento consistono in un appiattimento della sensibilità del bambino, arresto o distorsione del processo di sviluppo, disturbi del sonno (terrori

notturni con risvegli e pianto inconsolabile), difficoltà di attenzione e di concentrazione, ipervigilanza e risposte d'allarme esagerate.

I bambini e gli adolescenti traumatizzati spesso manifestano altre reazioni post-disastro, come disturbi depressivi, ansia. (Vernberg, Varela, 2001). La percentuale di comorbidità è estremamente alta nei bambini con diagnosi di disturbi post-traumatici da stress. (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). In seguito al terremoto avvenuto in Armenia nel 1988 i ricercatori in molti bambini riscontrarono sintomi sia di PTSD sia di disturbi depressivi e addirittura, in molti di essi, anche disturbi d'ansia da separazione. L'aspetto più inaspettato di questa ricerca fu la rilevazione dell'emergenza tardiva della depressione e che i livelli della depressione erano più alti tra i giovani che mostravano PTSD cronici. Poiché i disastri in generale possono provocare anche la perdita di persone care, è facile riscontrare notevoli reazioni depressive; in questi casi, però, la depressione viene a essere un disturbo secondario che sorge dalla perdita e da sintomi post-traumatici non risolti. Gurwich nota che i disturbi post-traumatici da stress possono complicare il processo del lutto ed interferire sia con gli sforzi dei bambini di affrontare la perdita sia con l'abilità di adattarsi alla vita dopo il cambiamento.

L'aumento della paura in seguito ad un evento traumatico o a un disastro è stato rilevato tra i bambini più grandi e tra gli adolescenti. Spesso tali paure sono direttamente correlate al tipo di trauma vissuto. Vogel, Vernberg (1993) notarono che la paura dell'acqua, dei tuoni e dei temporali è stata notevolmente riscontrata tra i bambini in seguito a un uragano. Silverman, Ginsburg (1995) notarono che gli eventi traumatici possono essere considerati come un potenziale percorso allo sviluppo di fobie ed altri disturbi su base ansiogena. Sintomi come depressione, ansia e preoccupazioni si possono presentare facilmente dopo un disastro, ma non deve sorprendere anche la compromissione delle abilità scolastiche in considerazione che un disastro distrugge in

modo significativo la routine di tutti i giorni. E' opinione diffusa che gli eventi traumatici possono fare aumentare gli abbandoni scolastici, concorrere alla perdita di opportunità sociali, favorire la vulnerabilità data da eventi stressanti della vita come malattie, divorzi, violenza familiare e abuso di sostanze.

Alcune ricerche (Vogel, Vernberg, 1993) hanno evidenziato che i bambini con difficoltà scolastiche e di apprendimento e problemi dell'attenzione preesistente possono esibire un più alto numero di difficoltà rispetto a soggetti senza tali deficit. Uno studio di La Greca e collaboratori (1998) ha identificato il basso successo scolastico e gli alti livelli dell'attenzione come fattori di rischio per i sintomi post-traumatici da stress durante i tre mesi successivi al disastro.

Tra gli aspetti dell'esposizione traumatica bisogna considerare la prossimità dell'evento e la durata e intensità della situazione minacciosa. Quanto più il bambino è fisicamente vicino al disastro, tanto più intense e pervasive saranno le sue reazioni.

Bisogna sottolineare che la relazione tra l'esposizione allo stressor o a stressors multipli e sintomi manifesti di sofferenza non è semplice; infatti sebbene l'esposizione a più stressor costituisce un indubbio fattore di rischio, i bambini che sono stati colpiti da più eventi traumatici e li hanno risolti in modo soddisfacente, riportano minori livelli di sofferenza, qualora si trovino nuovamente a trattare con un nuovo disastro, rispetto a bambini che affrontano la situazione traumatica per la prima volta.

Prendendo in considerazione la fase successiva al disastro, la variabile che maggiormente influenza le reazioni infantili è la capacità potenziale dell'ambiente di ridurre o accentuare lo stress. La presenza di un disturbo psicopatologico nel genitore o la concomitanza dell'evento con fasi particolarmente critiche del corso della vita (es. pubertà) rendono la situazione ancora più problematica da gestire. Green e collaboratori (1991) hanno riscontrato che un altro aspetto della capacità potenziale di recupero è il funzionamento psicosociale dell'adulto, incluso il livello di psicopatologia e di reazione

al disastro. La psicopatologia genitoriale è predittiva di alti livelli di sintomi post-traumatici da stress in bambini e adolescenti, come è avvenuto in seguito al collasso della diga di Buffalo Creek. Poiché i genitori costituiscono la principale fonte di informazione per i loro figli, i genitori con difficoltà di adattamento sono meno abili a provvedere al supporto e al conforto necessario ai loro figli dopo il disastro, perché troppo ripiegati sui loro problemi. Se i bambini sentono che gli adulti hanno un certo controllo, ciò può prevenire l'attivazione di un ciclo di reciproca amplificazione delle sofferenze. In sostanza, dati i numerosi stressor che accompagnano l'evento disastro, il supporto sociale proveniente dalle diverse figure educative vicine al bambino può aiutare a minimizzare lo stress infantile. La Greca sostiene che il supporto sociale che i bambini percepiscono proveniente da figure significative (genitori, amici, insegnanti, ecc.) va a mitigare l'impatto del disastro.

La risposta alla crisi nei bambini

Il coping inteso come capacità di far fronte alle situazioni problematiche è da considerare un importante fattore predittivo. Parecchi studi hanno riscontrato che bambini ed adolescenti con strategie di coping negative per trattare lo stress (rabbia ed eterocolpevolizzazione) mostrano maggiori livelli di sintomi rispetto a bambini ed adolescenti con risposte di coping positivo. I bambini con strategie di coping negative evidenziano una maggiore persistenza dei sintomi nel tempo. Per quanto riguarda le strategie di coping è essenziale identificare e comprendere gli sforzi che il bambino mette in atto per autoprotettersi. Sino a non molto tempo fa la valutazione dell'autoprotezione era centrata sui lavori di Folkman e Lazarus (1985), mentre negli ultimi anni si è dato maggior peso alla comprensione di come i bambini valutano l'evento stressante nelle diverse fasi dello sviluppo. Considerato il potenziale effetto del disastro sui bambini anche sul lungo periodo è di primaria importanza poter effettuare

un'attenta valutazione complessiva del loro stato dopo l'evento. In molte situazioni, infatti, appare più utile una valutazione ampia e globale dei modi di comportamento, piuttosto che il semplice accertamento dei sintomi clinici.

Secondo Patricia Crittenden (1997a, 1997b), che ha indagato sui processi di elaborazione dell'informazione, ogni bambino dispone alla nascita di alcuni meccanismi innati per garantire protezione dai potenziali pericoli: trattasi di strumenti relativi alla regolazione dell'attenzione, alla trasformazione delle informazioni cognitive e affettive e alla loro integrazione a livello sensomotorio. Nel periodo della prima infanzia le informazioni cognitive e affettive sono organizzate in due sistemi distinti: la memoria procedurale (che consiste in integrazioni di stimoli sensoriali con risposte motorie) e la memoria di immagini (che contiene le rappresentazioni sensoriali del contesto associate ad esperienze di pericolo o salvezza e all'immagine di sé). La "memoria procedurale" conterrebbe prevalentemente informazioni cognitive relative ai comportamenti appresi che hanno avuto successo; la "memoria per immagini" sarebbe invece più agganciata agli aspetti affettivi delle interazioni. Davanti ad un potenziale pericolo il comportamento autoprotettivo del bambino può ricevere tre tipi di risposte parentali: recettività, distacco e contraddittorietà, che corrispondono a tre diversi pattern di attaccamento. Ciò può influenzare l'instaurarsi di strategie rigide per il mantenimento dell'incolumità personale o facilitare la disponibilità a correre rischi. Nel periodo pre-scolare (3 -5 anni) i bambini sono in grado di separare meglio processi mentali e comportamenti e riescono quindi a mantenere un determinato stato mentale senza esibirlo. In alcuni bambini con pattern di attaccamento ambivalente può portare allo emergere di strategie di scissione, tramite le quali vengono ad alternarsi sentimenti vari di rabbia e paura di essere abbandonati e desideri di conforto e premura. A livello comportamentale questi si possono tradurre in azioni di minaccia, espressioni di paura o aggressività. Sempre secondo la Crittenden, a questa età comincia a svilupparsi anche la

memoria episodica, che consiste nella rievocazione di eventi temporalmente e spazialmente collocati. Un evento pericoloso o minaccioso, ad esempio un terremoto, viene così riorganizzato in una sequenza di immagini ordinate temporalmente che riflettono l'organizzazione sia cognitiva che affettiva del contesto. Tali aspetti esteriori possono quindi elicitare il ricordo di pericoli precedenti, attivare l'immagine cognitiva ed affettiva corrispondente e predisporre il soggetto ad affrontare, fuggire o evitare il pericolo. Nello stesso modo sequenze di eventi che richiamano alla mente procedure di "messe in salvo" familiari (il gioco del nascondino, ad esempio) possono mettere il bambino in grado di evitare il potenziale pericolo. Questi processi di apprendimento facilitano, per i bambini con pattern d'attaccamento sicuro, l'attivazione di strategia di auto-protezione e ricerca di aiuto, mentre tendono a sviluppare inibizione e atteggiamenti compulsivi nei soggetti con pattern di attaccamento evitante.

Le persone con pattern di attaccamento ambivalente si caratterizzano invece per la presenza di un numero eccessivo di domande. Cittenden ipotizza che la forma linguistica dell'informazione cognitiva (memoria semantica) entri in gioco solo quando la risposta messa in atto non ha successo. Le affermazioni relative a "come le cose sono o potrebbero essere", che spesso coincidono con ciò che gli adulti dicono ai bambini di fare in caso di pericolo, si attiveranno solo nei casi in cui divenga necessario sviluppare una nuova risposta maggiormente adattiva. Se anche questo tentativo fallisce o il bambino è eccessivamente coinvolto emotivamente per mettere in atto una strategia di problem solving adeguata, egli cercherà di ricondurre la situazione ad altre simili vissute precedentemente. Il rischio che si corre in questi casi è che il bambino disattivi i pattern delle risposte fallimentari e regredisca a livelli inferiori di sviluppo. Se invece il bambino riesce a mantenere un controllo, una vigilanza attiva della situazione che lo minaccia, può anche costruire risposte nuove, alternative più funzionali di quelle già sperimentate.

Nell'età scolare si assiste a un incremento di competenza in termini di risposta alle condizioni di minaccia, reso possibile dallo sviluppo di un pensiero che tiene conto della mente e delle intenzioni degli altri soggetti umani. L'integrazione delle diverse informazioni depositate è facilitata sia dalla coerenza delle stesse, sia dalla disponibilità ad accogliere dati spiacevoli e incoerenti. I diversi stili di attaccamento possono anche a questa età interagire in modo complesso con le abilità cognitive. I bambini con pattern di attaccamento sicuro dovrebbero riuscire ad accedere sia alle informazioni cognitive che a quelle affettive, riuscendo a selezionare con maggiore efficacia le informazioni rilevanti e quelle relative a esperienze pericolose passate. I bambini con stili di attaccamento insicuro dovrebbero invece essere più propensi a sviluppare un comportamento che enfatizza le informazioni procedurali e semantiche, evitando quelle discordanti e conflittuali. I bambini infine con attaccamento ambivalente potrebbero utilizzare schemi di elaborazione che enfatizzano e scindono gli affetti, rendendo più difficoltosi l'integrazione dei processi e l'accesso alla memoria semantica.

Nell'utilizzo delle informazioni di pericolo e di protezione entrano in ballo anche le differenze individuali. Queste ultime vengono ipotizzate in relazione alla probabilità di elicitare i pericoli, alla tipologia delle situazioni sperimentate come minacciose e alle personali strategie di adattamento.

Per quanto attiene alla probabilità di elicitare i pericoli, gli individui sicuri generalmente esibiscono meno frequentemente comportamenti di minaccia, mentre quelli più fragili si espongono più frequentemente alle ritorsioni dei soggetti che attaccano in modo ambivalente quando temono di perderli. Per quanto attiene all'esperienza personale, questa può differenziare la tipologia degli eventi percepiti come minacciosi. Infine, i diversi soggetti possono differire nell'utilizzo delle strategie di adattamento per far fronte al pericolo. Gli individui con pattern di attaccamento sicuro reagiranno molto probabilmente con comportamenti flessibili, sollecitando gli altri a impegnarsi

reciprocamente nell'aiuto. Gli individui evitanti tenderanno di annebbiare i loro sentimenti e di allontanarsi dalle persone che hanno bisogno di risposte affettive. Infine i soggetti ambivalenti, che normalmente utilizzano gli affetti per elicitare protezione e attenzione, potranno diventare inaspettatamente coraggiosi e buttarsi in imprese che altri considererebbero troppo rischiose.

Prendendo in considerazione le differenti strategie di risposta è possibile delineare un ventaglio di diversi gradi di adattamento al pericolo, che vanno da un adattamento riuscito a uno stato di impotenza appresa. Il primo si caratterizza per il fatto di affrontare il pericolo presente attraverso l'esame della natura della minaccia e attraverso una chiara percezione delle soluzioni utili che consentono di evitare il pericolo o di fargli fronte. Tutte le informazioni vengono esaminate ed integrate, con una forte consapevolezza dei dati apparentemente trascurabili e con un utilizzo fine delle operazioni di discriminazione. Lo stato di impotenza appresa porta il soggetto che non vede soluzioni a credere che non c'è niente che possa fare per proteggersi; il soggetto cede alla realtà e rimane totalmente vulnerabile.

Il modello della Crittenden fin qui esaminato, sebbene non esaustivo, rappresenta un tentativo organico di affrontare il tema delle diverse modalità di risposta individuali. Esso permette anche di sviluppare ipotesi in termini predittivi e di stabilire una continuità tra processi di elaborazione messi in campo in condizioni normali e in situazioni di emergenza. Esso supera la visione puramente diagnostica dei disagi post-traumatici e suggerisce che il pericolo non è la questione centrale nel trauma, mentre lo è la possibilità di attivare velocemente risorse emotive e cognitive adeguate.

Per chiudere l'argomento, è da osservare che all'interno dei contesti dell'emergenza è possibile che si verifichino traumi più svariati per molti motivi e che la mente del bambino, la sua percezione del bene e del male, venga distorta o persino distrutta. Si creano a volte posizioni diverse che generano una dinamica complessa,

attivando contraddittori movimenti emotivi in cui senso di colpa e orgoglio, impotenza e violenza arrivano ad intrecciarsi tumultuosamente. Solo il riconoscimento di questa complessità può costituire la premessa corretta all'attivazione di tutte le tecniche, gli strumenti e le metodologie oggi disponibili per riparare e prevenire gli effetti negativi delle diverse situazioni traumatiche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Allen N.J. e Meyer J.P., *The measurement and antecedent of affective, continuance and normative commitment to the organization.* "Journal of Occupational Psychology, 63, 1-18, 1990.
2. Basowitz H., Persky H., Korkin S., Grinker R., *Anxiety and Stress*, McGraw Hill, New York, 1955
3. Bellantuono C., Balestrieri M., Ruggeri M., Tansella M, *I disturbi psichici della medicina generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
4. Bonomi C., (2001), Breve storia del trauma psichico dalle origini a Ferenczi, in C. Bonomi, F.Borgogno, *La catastrofe e i suoi simboli*, UTET, Torino.
5. Borgogno F., (1981) *Alcuni disturbi dei processi di pensiero nella relazione psicologica di aiuto.* In A.Rosati, *Verso una nuova identità dello psicologo*, Franco Angeli, Milano.
6. Bowlby J. (1983), *Attaccamento e perdita: La perdita della madre (vol.I)*, Bollati Boringhieri, Torino (ed. or. 1969).1992
7. Bravo M., Rubio-Stipeć M., Canino G.J., Woodbury M.A., Ribera J.C.(1990), *The*

- Psychological Sequelae of Disaster Stress Prospectively Evaluated*, in "American Journal of Community Psychology", 18, pp. 661-680.
8. Cannon W.B. *La saggezza del corpo* (1932), Bompiani, Milano, 1956
 9. Castelli C., Sbattella F. *Psicologia dei Disastri : interventi relazionali in contesti di emergenza*. Carocci, Roma, 2003.
 10. Cesaro M., *Stress e vita quotidiana*, Società e Vita, Napoli, 1990.
 11. Cohen F., *Stress, Emotion and Illness* in Temoshok L., Van Dyke C., Zegan L.S. (eds.), *Emotion in Health and Illness: Theoretical and Research Foundation*, Grune & Stratton, N.Y., 1983.
 12. Cox T., *Stress*, Mc Millan Education, Londra, 1978.
 13. Depolo M., Sarchielli G. (a cura di), *Psicologia dell'organizzazione*, NIS, Roma, 1990.
 14. Diamond M.A., Allcorn S., *Psychological barriers to personal responsibility*, "Organizational Dynamics", 1984, 12 (4), pp.66-67.
 15. Dohorenwend B.S., Krasnoff L., Askenasy A.R., Dohorenwend B.P.,

- Exemplification of a Method for Scaling Life Events: The Peri Life Event Scale*, in "Journal of Health and Social Behavior", 1978, 19, pp. 205-229.
16. Evans Melick M., Logue J.N., Federick C.J.8 , Stress and Disaster, in L.Goldberg, S.Breznitz (eds.), *Handbook of Stress*, Free Press, New York, 1982.
 17. Faravelli c., Guerrini degli Innocenti B. ed al., *Epidemiology of mood disorder: a community survey in Florence*, "J. Affect Disorder" 1990 Oct;20(2):135-41.
 18. Favretto G., *Lo stress nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna, 1999.
 19. Frankenhauser M., *Psychobiological Aspects of Life Stress*, in S.Levine, H.Ursin (eds.), *Coping and Health* Plenum Press, N.Y. and London.
 20. French J.R., Caplan R.D., *Organizational stress and individual strain*. In A.J. Marrow, "The failure of success". Amacom, New York, 1973
 21. Freud S. (1968), L'eredità e l'etiologia della nevrosi, in *Opere (1967-1980)*, vol.2, Boringhieri, Torino (ed. or. 1986).
 22. idem (1972), Le mie opinioni sul ruolo della sessualità nell'etiologia della nevrosi, in *Opere (1967-1980)*, vol.5, Boringhieri, Torino (ed. or. 1905).
 23. idem (1976), *Al di là del principio di piacere*, Boringhieri, Torino (ed. or. 1920).

24. Freud S., Breuer J. (1892-95), Studi sull'isteria, in S.Freud, Opere (1967-1980), vol.1, Boringhieri, Torino (ed. or. 1905).
25. Galimberti U., *Dizionario di psicologia* UTET, Torino, 1994
26. Golembiowski R.T., Munzenrider R.F., Stevenson G. , *Stress in Organizations*, New York, Praeger,1986.
27. Greiner G.M., *The Phase Versus Traditional Approach to Burnout Diagnosis: Implications for Managerial Decision Making. Group & Organization Management*,1992, 17(4), 370-379.
28. Gryskiewicz N., Buttner E.H., *Testing the Robustness of the Progressive Phase Burnout Model for a Sample of Entrepreneurs*, Educational & Psychological Measurement, 1992, 52(3), 747-751.
29. Hirschhorn L. Barnett C.K. (a cura di) *The psychodynamics of Organization*, Temple University Press, Philadelphia, 1993.
30. Janis I.L., *Psychological Stress*, John Wiley & Sons, London, 1958.

31. Jaspers K., *Psicopatologia Generale* (1913-1959,p.640-641), Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.
32. Kahn R.L. *Organization stress: studies in role conflict and ambiguity* Wiley, New York,1964.
33. Kessler R.C., Price R.H., Wortman C.B.(1985) , *Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support and Coping Process*, in " Annual Review of Psychology", 3, pp. 531-572.
34. Lazarus R.S., *Psychological Stress and the Coping Process*, Mc Graw Hill, New York, 1966.
35. Lewin K., *Teoria dinamica della personalità* . Giunti, Firenze, 1965.
36. Levi L., *Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli*, in "Acta Medica Scandinavica", intero suppl.,p.528, 1972.
37. Mainardi Peron E., Saporiti S., *Stress ambientale*, Nis, Roma, 1995, p.11. Si veda in proposito anche Panchieri P. "Stress, emozioni e malattia", Eri, Mondadori, Milano, 1983.
38. Mason J.W., *Emotion as Reflected in Patterns of Endocrine Integration*, in Levi L.

- (ed.), *Emotion Their Parameters and Measurement*, Raven Press, New York, 1975.
39. Meichenbaum D., *Stress Inoculation Training*, Pergamon Press, London trad.it. Al termine dello stress, Erickson, Trento, 1990.
40. Miller S.M., *When is a little Information a Dangerous Thing? Coping with Stressful Events by Monitoring versus*, Plenum Press, New York, London, 1980.
41. Morgan G., *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Angeli, Milano, 1989.
42. Nardi B., De Rosa M. ed al., *Clinical investigation on depression on a randomized and stratified sample in an elderly population*, "Minerva Psichiatrica" 1991 luglio-settembre;32(3):135-44.
43. Quick J.C., Quick J.D. *Organizational stress and preventive management*, McGraw-Hill, New York, 1984.
44. Restak R., *Il Cervello*, Mondadori, Milano, 1986, p.161.
45. Rossati A.(1983). In Cesaro M., *Stress e vita quotidiana*, op.cit. P.96.
46. Sacchetti E. (a cura di), *DSM IV per la Medicina Generale – Manuale diagnostico e statistico di disturbi mentali*, Masson, Milano-Parigi-Barcellona, 1997

47. Sarason I.G., Johnson J.H., Siegel J.M., *Assesing the Impact of Life Changes: Development of the Experiences Survey*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 1978, 46, pp. 932-946.
48. Seligman M., Maier S., *Failure to escape traumatic shock*, in "Journal of experimental Psychology", 1967, 74
49. Selye H. *The stress of life*, Mc Graw-Hill, N.Y., 1956.
50. Selye H., *Stress senza paura*, Rizzoli, Milano, 1976.
51. Selye H., *Stress*, Acta Medica Publication, Montreal, trad.it. *Stress*, Einaudi, Torino, 1957.
52. Singer J.E. *Tradition of Stress Research: Integrated Comments*, in E.Sarason, C.D.Spielberger (eds.), *Stress and Anxiety*, Hemisphere Press, Washington, 1980, vol.7.
53. Spaltro E., *Soggettività*. Patron, Bologna, 1980.
54. Steinglass P., Gerrety E., *Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder: Short-term versus Longterm Recovery in Two Disaster affected Communities*, in "Journal of Applied social Psychology", 1980, 20, pp.1746-1765.

55. Crittenden P. (1997a), Toward an Integrative Theory of Trauma : A Dynamic-Maturation Approach, in D. Cicchetti, S. L. Toth, Developmental Perspective on Trauma: Theory, Research and Intervention, University of Rochester (NY), pp.33-84.
56. Crittenden P. (1997b), Pericolo, sviluppo e adattamento, Masson, Milano.
57. Folkman S., Lazarus K.S. (1985), If It, Changes It Must Be a Process: A Study of Emotion and Coping Three Stages of a College Examination, in “Journal of Personality and Social Psychology”, 48, pp.150-170.
58. Friedman M. J. (2000), Post-traumatic Stress Disorder. The Latest Assessment and Treatment Strategies, Compact Clinicals, Kansas City (MO).
59. Levy D., (1945), Psychic Trauma of Operations in Children, in “American Journal of the Diseases of Childhood”, 69, pp.7-25.
60. Oppenheim h: (1889), Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 jahren gesammelten Beobachtungen, Hirschwald, Berlin.
61. Page H.W. (1883), Injuries, of the Spine and Spinal Cord without Apparent Mechanical Lesion and Nervous Shock in their Surgical and Medico-legal Aspects, Churchill, London.

62. Rank O (1972), *Il trauma della nascita*, Guaraldi, Rimini (ed. or. 1924).
63. Rapoport J.L., Ismond D.R. (2000), *DSM IV. Guida alla diagnosi dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*, Masson. Milano.
64. Shannon M.P., Lonigan C.J., Finch A.J., Taylor C.M. (1994), *Children Exposed to Disaster: I Epidemiology of Post-Traumatic Symptoms and Symptom Profiles*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 33, pp.80-93.
65. Trimble M.R. (1985), *Post-Traumatic Stress Disorder. History of a Concept*, in C.R. Figley (ed.), *Trauma and Its Wake*, Brunner/Mazel, New York, pp.5-14.
66. Valent P., *Disaster Syndrome*, in G.Fink (ed.) *Enciclopedia of Stress*, Academic Press, San Diego (CA), vol. I, (2000), pp. 706-709.
67. Vernberg E.M., *Children's Responses to Disasters: Family and Systems Approaches*, in Gist, Lubin (1999).
68. Vernberg E.M., *Intervention Approaches Following Disasters*, in La Greca et al. (2002), pp. 55-72.
68. Vernberg E.M., Johnston C., *Developmental Considerations in the Use of Cognitive Therapy for PTSD*, in "Journal of Cognitive

Psychotherapy”, 15, pp. 223-37. (2001)

69. Vernberg E.M., La Greca A.M., Silverman W.K., Prinstein M.J.

Predictor of Children’s Post-Disaster Functioning Following
Hurricane Andrew, in “Journal of Abnormal
Psychology, 105, pp. 237-48, (1996)

70. Vernberg E.M., Varela R.E., (2001), Posttraumatic Stress Disorder . A

Developmental Perspective, in M.W. Vasey, M.R. Dadds (eds.),
The Developmental Psychopathology of Anxiety, Oxford
University Press, New York, pp. 386-406.

71. Vogel J.M., Vernberg E.M. (1993), Children’s Psychological Response to

Disaster, in “Journal of Clinical Child Psychology”, 22, pp.
464-84.