



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

FLORE

Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

L'intervento integrato nella cronicità: aspetti psicologici

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

Original Citation:

L'intervento integrato nella cronicità: aspetti psicologici / S.Lera; C.Macchi. - STAMPA. - (2012), pp. 7-18.

Availability:

This version is available at: 2158/773191 since:

Publisher:

Master Books

Terms of use:

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (<https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf>)

Publisher copyright claim:

(Article begins on next page)

Capitolo I

L'intervento integrato nella cronicità: aspetti psicologici

Stefano Lera, Claudio Macchi

Introduzione

L'integrazione, elemento fondante dei processi di cura, non può realizzarsi al di fuori di un'etica valoriale che ponga al centro della cura l'esperienza soggettiva di disagio e la riconduca dal potere del curante e del suo specifico sapere all'interesse di colui che deve essere curato. I valori su cui si fonda il processo riguardano sia gli operatori che il malato cronico. Per quanto riguarda gli operatori i valori da considerare sono l'umanizzazione dei processi riabilitativi e di cura (che prevede il riconoscimento del malato come persona globale, con emozioni, sistemi di significato personali, possibilità di scelte e di autodeterminazione) e la cooperazione fra operatori (che prevede la capacità di rendere plastica e permeabile la propria prospettiva a saperi e competenze diverse). Per quanto riguarda il soggetto/paziente il valore principale è la centralità e dignità della persona nel processo curativo (della sua unicità, della sua possibilità di crescita e di auto-realizzazione, nonché della sua possibilità di poter scegliere). Tratteremo di seguito i campi in cui si realizza il processo integrativo che sono fondamentalmente tre e riguardano:

- 1. Integrazione nel vissuto del malato cronico** (integrazione delle risorse individuali, valutazione e riconoscimento delle caratteristiche reattive personali, utilizzo e integrazione delle risorse, dimensioni psicologiche, storie di handicap fisico, mentale e sensoriale, tempo, ecc);
- 2. Integrazione nelle professioni di aiuto e modelli affettivo-emotivi;**
- 3. Integrazione come indice di valutazione della qualità dell'intervento, delle procedure e delle dinamiche assistenziali.**

Integrazione nel vissuto del malato cronico

La nostra esperienza e molta letteratura in materia ci hanno permesso di individuare le dinamiche psicologiche che maggiormente intervengono sulla dimensione curativa e riabilitativa. Sono elementi che indicano le caratteristiche reattive del soggetto, la capacità di contattare e significare la propria esperienza e la capacità di far fronte a situazioni stressanti o frustranti. Nella pratica clinica tali dimensioni sono spesso rappresentate da costrutti a valenza strumentale che si concretizzano in reattivi psicodiagnostici. Tali strumenti, associati al colloquio e all'osservazione, permettono di effettuare una diagnosi delle caratteristiche reattive, elaborative e significanti del soggetto rispetto alla propria condizione di cronicità. Le dimensioni psicologiche affrontate di seguito sono quelle che, a nostro parere, maggiormente influiscono sulla modalità soggettiva di vivere la cronicità e che quindi ci permettono di progettare un intervento personalizzato e anche di effettuare una monitorizzazione e una valutazione del percorso curativo e della sua efficacia:

1. coping;
2. locus of control;
3. alexitimia, regolazione affettiva e sistemi di significato;
4. costrutti combattivi;
 - a. spirito combattivo, *Fighting Spirit* (Temoshok, 1987);
 - b. autoefficacia, capacità di padroneggiare gli eventi (Bandura, 1995) - Reattivo di *Self efficacy* (Sherer e Adams, 1982);
 - c. resistenza Hardiness (Kobasa, 1979);
5. qualità della vita.

Coping

Il termine *Coping* è traducibile in italiano con "affrontare" e compare, nella terminologia psicologica, per identificare l'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali finalizzati a ridurre o tollerare le situazioni

stressanti che originano da situazioni problematiche che l'individuo valuta minacciose. Far fronte ad una situazione problematica implica il poter agire a due livelli:

- agendo per modificare la situazione ;
- agendo per modificare la valutazione della situazione e le emozioni che ne derivano.

Ogni essere umano può utilizzare le due modalità e questo definisce il suo stile di *coping*. Negli anni '80 Folkman e Lazarus (1988) definirono le due modalità di *coping* con i termini:

- *problem focused coping* o *task coping* (*coping* centrato sulla risoluzione del problema);
- *emotion focused coping* (centrato sulla modifica emozionale, ad esempio ridurre l'ansia, evitando di pensare o prendendo le distanze dal problema).

Negli anni successivi altri autori (Endler & Parker, 1990) proposero una terza strategia di *coping* che chiamarono:

- *Avoidance coping* (*coping* centrato sull'evitamento per cui l'individuo tenta di ignorare la minaccia dell'evento stressante).

Abbiamo iniziato a studiare il coping nel 1990. I risultati del primo studio effettuato su 300 soggetti ottenuti con metodiche fattoriali (Bolacchi e Lera, 1994) permisero l'identificazione di 5 dimensioni che risultarono significative nella reattività alla malattia:

- 1) catastrofismo-ottimismo;
- 2) autoefficacia-inadeguatezza;
- 3) espressione emozionale-alexitimia;
- 4) attività-passività;
- 5) autonomia-dipendenza.

Un successivo studio è stato effettuato su un nuovo campione di 300 soggetti. Un'analisi delle correlazioni tra le dimensioni misurate ha condotto all'identificazione di 5 stili di *coping* (Lera, 2005):

- isterico,
- catastrofico,
- combattente-vigorous,
- debole-senza risorse,
- ostile-aggressivo.

Coping isterico

Il *Coping* isterico è caratterizzato da un elevato catastrofismo e da un alto bisogno di supporto, ma anche da un'elevata aggressività, un'esagerata espressione emozionale e una percezione totalmente esterna a sé per quanto riguarda la risoluzione dei problemi.

Coping catastrofico

Il *Coping* catastrofico è caratterizzato da un'interpretazione ansiosa e peggiorativa e da una percezione di inadeguatezza nella soluzione dei problemi.

Coping combattente

Il *Coping* combattente è caratterizzato da un'elevata percezione soggettiva di vigore e da una tendenza ad affrontare i problemi in modo diretto, affidandosi molto a sé e alle proprie risorse.

Coping debole

Il *Coping* debole è caratterizzato da una bassa percezione del proprio vigore e delle proprie capacità reattive associato ad una bassa espressione delle proprie emozioni e del livello di ansia espressa.

Coping ostile

Il *Coping* ostile-aggressivo è caratterizzato da una forte rabbia e ostilità verso tutto (operatori, terapia, riabilitazione ecc.) e da una forte emozionalità espressa.

L'individuazione dello stile di *coping* di un paziente ha una forte connotazione pragmatica. La conoscenza di uno stile permette di adattare l'intervento di riabilitazione e cura in tutte le sue variabili (relazione terapeutica, persuasione, rapporti con i familiari, *compliance* al trattamento, reinserimento sociale, utilizzo di capacità residue, induzione di un incremento della qualità della vita ecc.). E' intuibile che interagire con un soggetto con *coping* aggressivo e uno con *coping* debole non è la stessa cosa, e che occorra quindi avere

consapevolezza di ciò per indirizzare e gestire l'intervento. A nostro parere occorre inserire una valutazione psicologica che ci indichi come aiutare il paziente nel modo migliore, come relazionarsi con lui e con il suo modo di affrontare il problema che lo affligge e l'atteggiamento da suggerire ai familiari (Tunks, Lera e Pesaresi, 1998). Un atteggiamento terapeutico uniforme, uguale per tutti, non risulterebbe funzionale alla cura ed inoltre avrebbe una ridotta capacità di incremento della qualità della vita (Lera *et al.*, 1996).

Locus of control

Corrisponde alla convinzione di essere in grado di poter o meno esercitare un qualche tipo di controllo sulla propria condizione. Convinzione che si può tradurre nell'adozione di un atteggiamento generalizzato di maggiore o minore passività nei confronti delle malattie croniche e comunque di qualsiasi forma d'aiuto (Lera, 2001). La prima definizione del costrutto di *locus of control* appare nell'ambito della teoria dell'apprendimento sociale di Rotter (1954, 1966). Essa fa riferimento alla dimensione psicologica che distingue persone che attribuiscono il controllo di una situazione stressante a fattori interni o *locus of control interno*, cioè a caratteristiche inerenti all'individuo e al suo comportamento, e persone che lo attribuiscono invece a fattori esterni, *locus of control esterno*, come l'intervento di altre persone, il caso o l'intervento divino. In quanto dimensione psicologica, il *locus of control* corrisponde ad un'aspettativa che l'individuo sviluppa lungo il tempo in base alle esperienze vissute nei confronti delle circostanze più diverse.

Tuttavia, l'apprendimento sociale non si basa soltanto sulle aspettative che l'individuo sviluppa in merito al risultato di un suo comportamento, ma anche sul valore che egli attribuisce all'esito di quella specifica situazione. Ciò diventa particolarmente rilevante quando si applica il costrutto del *locus of control* all'ambito della psicologia della salute, poiché la valutazione che l'individuo compie della sua condizione psicofisica diventa, infatti, una variabile importante nel motivare l'adozione di un determinato modello reattivo.

Successivamente alcuni autori hanno modificato questa prospettiva, proponendo un approccio di tipo multidimensionale, in cui locus interno ed esterno non corrispondono più a poli opposti di una singola dimensione, ma ad aspetti diversi di un costrutto multifattoriale, eventualmente concomitanti (Wallston *et al.*, 1992, 1994). È stata proposta l'ipotesi che lo stesso concetto di locus esterno potesse essere di natura multidimensionale, riconoscendone una suddivisione in due dimensioni. La prima, chiamata *powerful others* (potere degli altri) rispecchia quanto potere l'individuo attribuisce ad altre persone, cioè a medici, infermieri, terapisti, psicologi, parenti od altri, nell'interferire sulla sua salute. La seconda, *chance* (fortuna) si riferisce all'importanza che la persona attribuisce all'intervento del caso, del destino, di Dio o di qualunque forza impersonale, sulla sua condizione di salute. È importante notare come nessuna tipologia sia in assoluto più funzionale di un'altra, e quindi come nessuna dimensione di locus sia più adattiva delle altre due; infatti, ognuna di esse può presentare una valenza positiva e una negativa. Il locus interno è positivo se conduce all'impegno e al tentativo di gestire personalmente il problema, ma è negativo se porta al rifiuto delle terapie ed interventi proposti, in base alla convinzione di poter fare tutto da sé. Il locus basato sul potere degli altri è positivo se implica la fiducia e l'accettazione dell'aiuto del personale sanitario, riabilitativo e dei familiari; è invece negativo se induce al ritiro, alla passività e alla dipendenza. Il locus basato sulla fortuna è da considerarsi positivo quando facilita l'accettazione della sofferenza, in particolar modo nei casi di maggior gravità; può essere d'altro canto negativo se induce una posizione eccessivamente non realistica, allontanando la persona da effettive possibilità di modificare la sua condizione. Per una comprensione più approfondita di questa ultima dimensione, bisogna considerare la possibilità sia di un allontanamento magico del problema, che di una più profonda significazione spirituale, nella ricerca di un significato ampio alla propria sofferenza e alla propria futura esistenza, elemento che emerge in molti pazienti in stati avanzati di malattia. In questo senso gli autori propongono un *locus of control* divino, a carattere religioso o comunque spirituale. Gli elementi disfunzionali di percezione di controllo sulla propria salute e in genere verso la propria esistenza, possono essere potenzialmente modificati, cambiando l'atteggiamento verso la malattia cronica e conseguentemente migliorando la qualità della vita dell'individuo in generale (Keers *et al.*, 2000).

Alexitimia, Regolazione affettiva e Sistemi di significato

Il termine alexitimia significa "mancanza di parole per descrivere le emozioni" e fu coniato da Sifneos (Sifneos, 1973), che lo derivò dal greco (*alfa*, mancanza, *lexis*, parola, *thymos*, emozione) per descrivere l'incapacità a identificare il proprio vissuto emotivo, vita immaginativa povera, freddezza e dipendenza nelle relazioni. È indubbio che tale concetto prende spunto da quello di pensiero operatorio (Marty & de M'Uzan 1963), funzione mentale ridotta al contingente rapporto con la realtà, per descrivere un gruppo di pazienti che presentavano povertà di dialogo, scarsa capacità immaginativa, discorsi orientati ad aspetti pratici. La

teorizzazione contemporanea (Taylor e Taylor, 1997) fa sì che nel costrutto di alexitimia si inserisca un dominio legato alla restrizione dei processi immaginativi derivante da uno stile cognitivo legato alla concretezza sia dello stimolo percepito che della risposta. In tale contesto la capacità di simbolizzazione gioca un ruolo essenziale attraverso la trasformazione dell'attività emotiva fisiologica in esperienza significativa e comunicabile. Ciò ci riconduce alla differenziazione che Bion (1965) propone tra sentire il dolore e soffrire il dolore e quindi tra emozione sensoriale ed emozione cosciente. Infine molti autori ipotizzano una forte relazione tra alexitimia e stili di attaccamento (Crittenden, 1999; Solano, 2001) e tutti sono concordi nell'individuare una relazione tra stile di attaccamento sicuro e buona regolazione affettiva (bassa alexitimia). E' indubbio che il livello di alexitimia e quindi la loro capacità di regolazione affettiva risulti un elemento fondamentale. Taylor (1997) suggerisce l'importanza per il paziente a riconoscere i propri sentimenti e quindi ad utilizzarli come segnali, pena l'assenza di contatto e un silenzio verso il mondo. Queste considerazioni hanno come supporto teorico il costrutto di essere umano (carne) del filosofo francese Merlau-Ponty (1945). Tale costrutto prevede che l'essere umano sia costituito da corpo, racconto e mondo.

Corpo

Deve essere inteso come percezione corporea e come emozione basata su elementi percettivi. Si esplica nell'esperienza legata al contatto con l'esterno, nelle sensazioni fisiologiche e nelle emozioni. La dimensione del corpo è il presente e la caratteristica stessa della percezione è il presente. Il corpo è l'organo del qui e ora. Se fossimo solo corpo saremmo eterno presente.

Racconto

L'uomo è un essere ermeneutico autoreferenziale che si racconta e racconta agli altri. Grazie al racconto creiamo e manteniamo il passato sotto forma di ricordo e al contempo progettiamo il futuro. Il ricordo ed il progetto sono dimensioni mentali che esistono solo grazie al confronto con l'altro-da-sé, soltanto il presente ha carattere fenomenologico.

Mondo

Concerne il fuori da sé, l'altro. Senza l'altro il corpo non esisterebbe. Il mondo è l'alterità (si nasce e si muore a qualcuno). Tutto ciò che ci permette di esistere, il riconoscersi nell'altro. Anche il racconto nasce per raccontarsi all'altro. Senza l'altro vengono a mancare le categorie temporali di ieri e di domani.

La malattia cronica ostacola e ingombra a vari livelli queste istanze minando sia il corpo che la narrazione (aspettativa, ricordo) e coartando o modificando le relazioni. Le relazioni tra corpo racconto e mondo generano il tempo e il ritmo esistenziale. Il loro essere minati, alterati, modifica tempi e ritmi esistenziali. Può esserci un presente terribile che nega il futuro e la speranza oppure si rapporta al passato come *lost paradise*, nel segno di una nostalgia struggente. Può anche manifestarsi un rallentamento dei ritmi esistenziali fino all'abulia o una velocizzazione compulsiva e inefficace.

Le modalità soggettive con cui gli uomini affrontano malattia e cura risultano variabili che è necessario conoscere per esercitare la cura nella sua accezione globale. Risulta quindi indispensabile interrogarsi sulle simbologie narratologiche che consentono agli uomini di simbolizzare il proprio disagio e quindi di affrontarlo, perché ogni uomo sopravvive nel simbolico (Lera e Intini, 1996). Quindi per curare e riabilitare risulta necessario conoscere le trame con cui gli uomini intessono il loro dolore. Tali trame riguardano il rapporto col fato, con la sorte o anche con dio, sé stessi e le proprie possibilità relazionali. Per analizzarle si può fare riferimento a concetti tratti più dall'analisi del testo letterario che dalla psicologia, trasponendo nella pratica clinica i bellissimi concetti di analisi filologica di Marchese (1990).

All'interno di ogni significazione di sé delle proprie potenzialità restaurative l'uomo utilizza sistemi di significato che riguardano tre grosse aree: sé stesso (e con esso i propri valori e le potenzialità), il destino (e con esso l'aspettativa del futuro) e il significato delle sue relazioni.

Trame di destino

1. trama d'azione: il racconto è strutturato intorno ad un problema ed alla sua soluzione o non soluzione, da realizzarsi attraverso l'azione del soggetto. È una trama in cui il soggetto agisce per cercare di stare meglio;

2. trama di disgrazia: il racconto è centrato sull'ineluttabilità del destino; l'eroe sventurato porta in sé il tema della disgrazia;

3. **trama di colpa e castigo:** il personaggio è ritenuto in qualche modo responsabile della propria disgrazia. Si individua implicitamente una responsabilità che ha determinato il male occorso;
4. **Trama di sconfitta:** il personaggio ha perduto la sua battaglia, ha lottato ma le sue forze non sono risultate sufficienti.

Trame di personaggio

1. **Trama di riscatto:** appartiene a chi sente di dover dimostrare qualcosa a sé stesso e agli altri. E' la trama del "Io ce la farò, vi farò vedere chi sono" (emozione: vergogna);
2. **Trama di prova:** si hanno davanti prove da affrontare al fine di star meglio successivamente. (emozione: rabbia);
3. **Trama di rinuncia:** se non sono presenti le altre trame non si riconosce nessuna possibilità di risoluzione Trama della relazione;
5. **Trama di educazione:** si esce dalla situazione di disagio attraverso un processo educativo(in special modo da parte dei curanti);
6. **Trama di rivelazione:** si attende da sé stessi o dalla vita una illuminazione;
7. **Trama di sentimento:** prevede la risoluzione attraverso un processo relazionale affettivo (il transfert);
8. **Trama di disillusione:** l'altro è solo una spalla su cui piangere.

La tessitura esistenziale non può essere trascurata perché la cura si insinua in essa e di essa si colora. E' inoltre tale tessitura che configura la possibilità di un terreno confinante in grado di fornire i segni da usare per una regolazione affettiva. Talvolta una tessitura confinante è presente nel mondo privato dell'individuo ma si disgrega quando esce nella polis e i sistemi di significato privati non sono più in grado di fornire un adeguato sostegno, per cui emozioni come vergogna, paura, umiliazione, rabbia si muovono libere senza alcun confine significante che dia sostegno, e si trasformano in angoscia e panico (malesseri atroci e muti, cioè senza parole per significarli). L'alexitimia può quindi derivare da un'eccitazione non sostenibile e quindi angosciata che non permette al soggetto di esercitare la creatività, la fiducia nella capacità di sopravvivere e di confinare il dolore e l'importanza. La realtà appare quindi frantumata, minacciosa e impervia. La cura, per funzionare, deve proporre un contesto curativo intersoggettivo meno minaccioso, più rassicurante, che permetta il contatto e la possibilità di tollerare le emozioni negate e che renda possibile l'accettazione del negativo, del dolore, della vergogna, della paura, della rabbia, un ambiente sicuro che permetta evoluzione e ricostruzione in termini proattivi (Menoni, 2011).

Costrutti combattivi

In questo gruppo si inseriscono vari costrutti che attribuiscono maggior valenza a dimensioni di forza, reattività, efficacia e che hanno una valenza psicodiagnostica. Sono costrutti che nascono in una prospettiva più abilitativa che riabilitativa e prevedono la possibilità che queste disposizioni vengano in qualche modo insegnate ai soggetti. Mentre le dimensioni degli stili reattivi precedentemente analizzati cercavano di utilizzare al meglio le caratteristiche reattive del soggetto, queste sono ritenute necessarie e quindi da sollecitare.

Si delineano quindi due diverse tipologie di intervento: la prima focalizzata ad incrementare le risorse e le potenzialità individuali, la seconda centrata sull'apprendimento di modalità ritenute le più funzionali. Per questo motivo le abbiamo raggruppate in un solo modello che comprende tre aspetti:

1. Spirito combattivo (*Fighting Spirit*)
2. Autoefficacia (*Self efficacy*)
3. Resistenza (*Hardiness*)

Spirito combattivo (*Fighting Spirit*)

Il costrutto di spirito combattivo nasce all'interno della teoria sull'insorgenza dei tumori (Le Shan, 1959) in cui si propone un atteggiamento che si accompagna a un sentimento di impotenza-disperazione (*helplessness-hopelessness*) come predittore e facilitatore. Ulteriori sviluppi di ciò vengono suggeriti dagli studi di Lydia Temoshok (1987) prima sul melanoma maligno e poi sull'infezione da HIV. Le caratteristiche di una tipologia predisponente (Tipo C), passività, docilità, remissività, prevedono la sollecitazione-induzione di uno spirito combattivo che si contrapponga ad esse.

Uno studio di Ray Oakley (2004) ci suggerisce come lo spirito combattivo sia indicativo di un modello di cura e riabilitazione più bio-psico-sociale, che prevede una maggiore attività e coinvolgimento del soggetto al trattamento e una maggiore collaborazione, in un'ipotesi meno deterministica, del curante.

In anni recenti il costrutto è stato proposto come strategia utile da indurre per affrontare molte patologie. Per quanto riguarda la distrofia muscolare (Nätterlund, 2001) sembra che lo spirito combattivo risulti la strategia di *coping* maggiormente associata a migliori risultati nella rieducazione muscolare, nell'utilizzo di ausili e aiuti tecnici e nella costanza del training fisico.

Uno studio sulle paralisi cerebrali (Sandström, 2007) suggerisce che il *Fighting spirit* è utile per avere controllo ed esperienza soddisfacente e per indurre incremento di abilità e fiducia in sé.

Recenti contributi sulle lesioni midollari (Kennedy et al. 2006), utilizzano una scala di cui 5 *items* per indagare il *Fighting spirit* e correlano l'efficacia riabilitativa a variabili quali forza, autonomia e crescita personale, che divengono anche indici di *outcome*.

Il senso di auto-efficacia (*self-efficacy*)

Bandura (1996) lo concettualizza come la capacità ad esercitare un controllo sugli eventi della vita. In accordo con Strauser (1995) il termine auto-efficacia viene spesso usato come sinonimo di *locus of control* e di autostima. In realtà questi termini non possono essere considerati equivalenti poiché l'autostima si riferisce alla percezione individuale del proprio valore e il *locus of control* alle convinzioni del soggetto rispetto alla collocazione delle forze (interne o esterne) che permettono di ottenere risultati. L'auto-efficacia, invece si presenta come un concetto interattivo tra la percezione che il soggetto ha delle sue abilità ad agire con efficacia e competenza e la conseguente messa in atto di azioni e comportamenti adeguati.

In tale costrutto compare anche la dimensione della tenacia, della costanza e della persistenza nel fronteggiare le esperienze spiacevoli e negative. Quindi riguarda sia i processi cognitivi che i comportamenti.

Arnstein e coll. (1999) hanno effettuato uno studio su 126 pazienti con dolore cronico, senza depressione primaria da cui si evince che la self efficacy funge da mediatore tra intensità del dolore, depressione e disabilità. Il costrutto di self efficacy è divenuto protagonista in molte aree riabilitative ad esempio nella riabilitazione cardiaca, dell'epilessia e della sclerosi multipla; molte energie si sono spese nella costruzione e validazione di strumenti per misurarlo. Altri studi hanno confermato in riabilitazione cardiaca che la self-efficacy risulta un fattore determinante per l'aderenza dei pazienti al programma riabilitativo e anche per individuare un programma di esercizi mirato (Carlson et al., 2001); risulta inoltre un predittore per l'efficacia dell'aderenza al trattamento a lungo termine (Bray & Cowan, 2004).

Ci sono influenze che testimoniano come la self-efficacy possa costituire una variabile prognostica importante in pazienti post-infartuati (Salbach et al. 2005), una determinante fondamentale nell'aumentare la qualità della vita in pazienti epilettici gravi (Amir et al. 2005) e nella sclerosi multipla (Airlie et al. 2001).

Resistenza (Hardiness)

Hardiness letteralmente significa resistenza, ma si può tradurre anche con audacia o forza. Fu descritta da Suzanne Kobasa (1979) come un processo di elaborazione cognitiva composto da tre caratteristiche: *challenge* (sfida), *commitment* (impegno) and *control* (padronanza, dominio). E' strettamente legata al termine resilienza (dal latino "resilire") che significa saltare indietro, rimbalzare. Tale parola veniva usata in metallurgia per descrivere la capacità di un materiale di resistere agli urti senza spezzarsi. In psicologia si fa uso del termine resilienza per esprimere la capacità umana di far fronte in maniera positiva alle difficoltà coltivando le risorse interiori, ripristinando l'equilibrio psico-fisico precedente alla crisi con la possibilità di migliorarlo. Maddi (2004) la considera una dimensione operativa che può essere misurata e valutata e può venir appresa per incrementare il coraggio esistenziale.

Qualità della vita

In letteratura si parla di questo concetto da circa trenta anni, periodo durante il quale si è cominciato ad affiancare ai tradizionali indicatori di salute, come quelli di mortalità e di morbilità, altri relativi all'impatto delle malattie sulla via delle persone (Majani, 2001). Il costrutto di QoL si è evoluto da una semplice descrizione dello stato di salute dei pazienti ad una più ampia e multidimensionale quantificazione delle capacità funzionali e di altri aspetti della vita non direttamente correlati con la salute (Rinaldi et al., 2001).

Campbell (1981) aveva ricondotto la descrizione della QoL a 12 ambiti: la società, l'educazione, la vita familiare, l'amicizia, la salute, il contesto abitativo, la vita coniugale, la nazionalità, il territorio in cui vive una persona, la percezione di sé, il tenore di vita ed il lavoro.

Calman (1984) la descrive come l'intervallo che intercorre tra la situazione attuale del paziente e le sue aspettative individuali, nel senso che più piccolo è questo divario migliore è la QoL. Cella e Tulsy (1990) hanno individuato altre 10 dimensioni: l'ambito fisico, i sintomi, il dolore provato, le abilità funzionali, il benessere emotivo, il clima familiare, il senso di spiritualità, la soddisfazione per il trattamento incluse le

spese finanziarie, le speranze e i progetti futuri. Fallowfield (1990) la descrive come formata da quattro nuclei essenziali: psicologico, sociale, occupazionale, fisico. Secondo Ferrans (1990) invece la QoL è il senso che ciascun individuo ha del proprio benessere derivante dalla soddisfazione o insoddisfazione relativamente alle aree di vita che egli ritiene importanti.

Attualmente all'espressione QoL si preferisce utilizzare quella di qualità della vita correlata alla salute, *Health Related Quality of Life (HRQOL)*, in cui si tiene in considerazione come gli aspetti della salute fisici, psicologici e sociali vengano influenzati da credenze, obiettivi ed aspettative degli individui. Maggior enfasi è posta sulla centralità della persona in un approccio *patient centered* (Rinaldi *et al.* 2001). Da queste considerazioni emergono due aspetti di particolare importanza nella qualità della vita: la multidimensionalità e la soggettività. E' da notare che il concetto ha una forte valenza strumentale e infatti diviene un modo per misurare la prognosi e l'efficacia delle terapie (Salaffi e Stancati, 2001). Gli strumenti di valutazione della qualità della vita possono essere divisi in due gruppi: strumenti generici e strumenti specifici. Gli strumenti generici valutano la QoL in diverse popolazioni di pazienti e permettono un confronto fra gruppi, gli strumenti specifici valutano la qualità della vita rispetto a pazienti che soffrono di malattie croniche (Lera, 2005) e potremo inoltre sostenere che la qualità della vita è un costrutto operativo e soggettivo e non un costrutto certo e oggettivo. I questionari di QoL, essendo autosomministrati, sono passibili di una soggettività assoluta, per cui il peso delle dimensioni è quello che viene definito dal soggetto e non tiene in considerazione la valutazione degli operatori. Per ovviare a questa carenza, è assolutamente necessario che una valutazione soggettiva sia accompagnata da un'analoga valutazione clinico-oggettiva, e da una valutazione psico-sociale che indaghi le dimensioni psicologiche che influiscono sulle aspettative e sulle scelte del soggetto. Ma quest'integrazione non è stata ancora ben definita in termini operativi.

Lo strumento generico maggiormente usato nella pratica clinica è lo SF-36, che analizza le seguenti dimensioni: attività fisica, ruoli sociali, dolore fisico, vitalità, attività sociali, emotività, salute mentale e percezione dei cambiamenti nella salute. Questo strumento ha il pregio di poter essere utilizzato all'inizio e alla fine dell'intervento, e la variazione nei risultati delle singole scale ci dà indicazioni del miglioramento avvenuto, permettendo inoltre la definizione di un intervento terapeutico personalizzato.

Integrazione nelle professioni di aiuto e modelli affettivo-emotivi

Nel processo di cura sono coinvolte numerose figure professionali. I ruoli che tali figure ricoprono, spesso non rimangono entro i limiti della propria qualifica professionale; oltre alla formazione specifica, necessaria a garantire una specializzazione nell'intervento, è necessaria una condivisione di competenze comuni (capacità di lavorare in gruppo, spirito di adattamento, capacità decisionali, capacità critica ed introspettiva) e la capacità di lavorare in equipe (Ba, 1994). Negli ultimi tempi si tende a sostituire al modello multidisciplinare quello transdisciplinare che fa riferimento ad un'equipe di professionisti che collaborano per la pianificazione e per la implementazione degli interventi sulla base dei seguenti principi: comunicazione aperta, obiettivi comuni, unità e parità tra i membri, fiducia e rispetto reciproco, soluzione dei conflitti e libero accesso alla documentazione (Lepore *et al.*, 2007). In tale modello si incoraggia all'interno dell'equipe lo scambio di conoscenze di diverse discipline in una visione unitaria della persona. Gli obiettivi vengono discussi all'interno dell'equipe ma anche con i partecipanti e con i caregivers. Il coinvolgimento della famiglia può fornire preziosi suggerimenti sulla personalità ed i gusti del soggetto per implementare, nel processo di cura, una serie di attività personalizzate (Bajo e Fleminger, 2002). Contemporaneamente l'equipe deve informare la famiglia su quali attività il soggetto può svolgere autonomamente e per quali ha bisogno di supporto chiarendo anche dubbi familiari, informando correttamente e, se necessario, fornendo un supporto. Quindi l'intervento assume una prospettiva bio-psico-relazionale. Nella cultura anglosassone ci sono tre parole per indicare la relazione di cura:

Cure (curare): è la terapia in tutte le sue forme. Il soggetto è la malattia con la sua cura medica;

Care (prendersi cura): accogliere, assumere, ospitare, intrattenersi, ascoltare (aiutare una ricomposizione antropologica della malattia e della disabilità). Implica capacità di ascolto e di affettività. Non si parla di deficit, ma di persona con deficit. Il soggetto è la persona;

Caring (farsi carico): organizzare il lavoro per il malato, cercare di risolvere i suoi problemi, preparargli un ambiente adeguato. Il soggetto è il rapporto persona/ambiente.

Sulla base di queste considerazioni abbiamo condotto uno studio su 135 partecipanti (Lera, 1997) riguardo all'influenza della relazione terapeutica sulla percezione di benessere da parte del paziente, per valutare la relazione tra cura e percezione soggettiva di benessere e miglioramento da parte del paziente. La percezione

dei pazienti rispetto alla cura ricevuta è influenzata notevolmente dagli aspetti emotivi e affettivi dei curanti e, quindi, dalla significatività della relazione terapeutica.

La dimensione del care viene più collegata ai soggetti delle professioni sanitarie mentre quella del caring alle figure degli psicologi e degli operatori sociali.

Il care risulta l'unica dimensione trasversale tra tutte le figure professionali, seppur con tempi e modalità operative diverse. Quindi il care risulta la prospettiva in cui si può esercitare la trans-multi-disciplinarietà a vari livelli ed anche il terreno comune per la comunicazione, ricordando che non sempre si può assicurare il benessere del paziente, ma che è compito dell'equipe assicurare il bene (almeno quello possibile).

Tab. I.I	Medico	Infermiere	Terapista / Laureato Sc. Motorie	Psicologo	Op. Sociale
Cure	X	X	X		
Care	X	X	X	X	X
Caring				X	X

Per quanto riguarda la necessità di un atteggiamento affettivo nei processi di cura vi sono sempre più modelli di intervento che prevedono la necessità di costruire la forma di equivalente adulto di attaccamento sicuro (Fosha, Siegel e Solomon, 2009), che faciliti la costruzione di sistemi di regolazione affettiva. La costituzione di un sistema percepito come sicuro dal paziente consente di far esperienze che attivano processi di cambiamento. La crescita di nuove reti neurobiologiche che permettano un'estensione della finestra di tolleranza affettiva e della complessità del sé, è in relazione con la ricchezza delle connessioni affettive (Damasio, 2010; Trevarthen, 2009). Esistono molti modelli terapeutici centrati sull'affettività che presentano un certo grado di consilienza, come ad esempio: E.A.I.E. (Menoni & Iannelli, 2011); E.F.T. (Greenberg & Paivio, 2000); A.E.D.P. (Fosha, Siegel e Solomon, 2012); A.F.T. (Shore, 2008).

- **E.A.I.E.** (Evolutività, Affettività, Intersoggettività, Esperienzialità): è un approccio che si basa sui seguenti assunti intenzionali: intenzionalità affettiva, intenzionalità a promuovere la pro-attività (*empowerment*) e limitare l'interferenza del curante, intenzionalità a co-costruire uno spazio esperienziale (*social engagement system*), intenzionalità a promuovere la complessità.
- **E.F.T.** (Terapia Centrata sulle Emozioni): si avvale di metodologie che aiutano le persone ad accettare, esprimere, regolare, simbolizzare e trasformare le proprie emozioni. Con l'aiuto della comprensione empatica del curante e l'uso di procedure esperienziali, il soggetto impara ad entrare in contatto con emozioni, ricordi, pensieri e sensazioni fisiche che ha ignorato, temuto o evitato.
- **A.E.D.P.** (Psicoterapia Dinamico-Experienziale Accelerata): enfatizza le potenzialità positive del soggetto, il quale, accolto, compreso e sostenuto dall'atteggiamento empatico del curante, si apre al processo risanativo sperimentando in profondità affetti ed emozioni, rielaborando i traumi del passato e accrescendo la propria consapevolezza.
- **A.F.T.** (Terapia Centrata sugli Affetti): si concentra sui dettagli dello scambio terapeutico intersoggettivo. Il curante deve essere pienamente "presente" sul piano emotivo in modo da facilitare e condividere l'esperienza del cliente. L'interruzione dell'affetto causata dall'angoscia, dalla vergogna, e da altri inibitori disconnette la persona dal suo ambiente emotivo, provocando una chiusura.

Pertanto, l'obiettivo della terapia è un'accensione o apertura affettiva che permetta l'integrazione di affetti in conflitto. La terapia incentrata sull'affetto ci aiuta a distinguere gli affetti *on* (che collegano) dagli affetti *off* (che scollegano). Gli affetti che scollegano sono l'ansia, la paura e la vergogna. Gli affetti che collegano sono la fiducia, l'empatia e l'amore. Il processo di cura è evolutivo ed intersoggettivo, ha come fine ultimo l'intenzione di aumentare nel paziente il livello di complessità identificato come finestra di tolleranza affettiva (Siegel, 2001) che implica al suo interno una serie di funzioni anche di connessione e di significato, e che si amplia e si modifica solo all'interno di processi co-regolativi e co-costruttivi di sistemi motivazionali affettivi attivati e quindi all'interno della relazione di cura. La complessità si realizza attraverso l'utilizzazione di processi che inducono un'apertura alla vita.

L'integrazione come indice di valutazione della qualità dell'intervento, delle procedure e delle dinamiche assistenziali

Una buona terapia dovrebbe indurre misure continue e coordinate per assistere le persone nel rimanere o nel ritornare nel loro ambiente abituale e per accompagnarle nelle loro scelte sociali e professionali (Lera et al., 1996). L'integrazione viene ormai considerata come uno degli elementi fondamentali, tuttavia

riscontriamo spesso una certa discrepanza tra il riconoscimento di tale valore e la sua reale attivazione nella pratica. E' nostro parere che questa dovrebbe avere un ruolo molto più incisivo sia nei processi di valutazione *-outcome-* di un intervento sia nei parametri di valutazione per l'accreditamento sanitario. Per illustrare questo concetto ci proponiamo di indicare le aree in cui l'integrazione dovrebbe avvenire:

- integrazione delle competenze di molteplici professionalità in un vero processo multi e interdisciplinare;
- integrazione ed adeguamento della pratica curativa ai valori del soggetto, caratteristiche personali e reattive, e al suo vissuto esistenziale;
- integrazione nel processo di *decision making* tra il potere dei curanti e il potere del soggetto, in un continuo interscambio comunicativo e non prevaricativo;
- integrazione (ove possibile) della famiglia e dei *caregivers* nei processi di consultazione, informazione e supporto;
- integrazione ed adeguamento delle misure riabilitative al contesto sociale ed ambientale e alle scelte del soggetto, incluse caratteristiche di età, genere, origini etniche, religione.

Quindi accanto al concetto di qualità della vita occorre inserire il concetto di qualità dell'integrazione e probabilmente si configura la possibilità che gli aspetti dell'attività terapeutica debbano essere misurati anche da strumenti che valutino la presenza, l'efficacia e la durata dell'integrazione. Su questi presupposti si basa anche l'attività fisica adattata, i cui aspetti terapeutici non sono legati esclusivamente agli esercizi proposti, ma anche all'integrazione, alla corretta osservazione di stili di vita salutari, alla socializzazione e soprattutto ad un modo di interpretare la necessità di armonia nei comportamenti e nelle azioni che sono indispensabili per raggiungere o mantenere il benessere. Anche l'aderenza ai programmi AFA e soprattutto l'attività continuativa nel tempo in palestra o al proprio domicilio, elementi fondamentali per la buona riuscita di questo tipo di intervento, sono strettamente legati alle motivazioni costruite nel più breve tempo possibile, anche per merito degli istruttori, che devono possedere una formazione specifica in tal senso.

Bibliografia

1. Airlie, G. , Baker, G.A, Smith, S.J. &Young, C.A.(2001). Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale . *Clinical Rehabilitation*, 15(3), 259-265.
2. Amir, M. , Roziner, I. , Knoll, A. & Neufeld, M.Y. (2005).Self-Efficacy and Social Support as Mediators in the Relation Between Disease Severity and Quality of Life in Patients with Epilepsy. *Epilepsia*,40 (2), 216 – 224.
3. Arnstein P, Caudill M, Mandl CL, Norris A, Beasley R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*,80(3),483-49 .
4. Ba, G. (1994). *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Milano: Franco Angeli.
5. Bajo, A. & Fleminger, S. (2002). Brain injury rehabilitation: What works for whom and when? *Brain Injury*, 16 (5), 385-395.
6. Bandura, A.(1996). *Il senso di autoefficacia*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
7. Bion, W.R. (1965) *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando.
8. Bolacchi, M.G., & Lera, S. (1994). La malattia cronica ed il suo effetto sulla psiche. In M. Mengheri (a cura di) *E allora... il corpo recita i drammi della mente* (ed.), Roma: Melusina.
9. Bray, S. R. & Cowan, H. (2004). Proxy Efficacy: Implications for Self-Efficacy and Exercise Intentions in Cardiac Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 49(1), 71-75.
10. Calman, K.C.(1984). Quality of life in cancer patients- an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
11. Campbel, A. (1981). *The sense of Well-Being in America: Recent patterns and trends*. New York :McGraw-Hill.
12. Carlson, J. J. , Norman, G. J., Feltz, D. L., Franklin, B. A. , Johnson, J. A. & Locke, S. K. (2001). Self-efficacy, Psychosocial Factors, and Exercise Behavior in Traditional Versus Modified Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 21(6), 363-373.
13. Carozza, P. (2006).*Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano: Franco Angeli.
14. Cella, D.F. & Tulskey, D.S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 9 ,186-192.
15. Crittenden, P.M.(1999).*Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.
16. Damasio, A. (2010). *Self comes to mind constructing the conscious brain*. New York: Pantheon Random House.
17. Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Toronto: Multihealth Systems.
18. Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: the missing measurement in health*. London: Souvenirs Press.
19. Ferrans, C.E.(1990) Quality of life: Conceptual issues.*Seminars Oncology Nursing*, 6, 248-254.
20. Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Manual for the ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
21. Fosha,D., Siegel, D.J. & Solomon, M. (2009). *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice*. New York: Norton.
22. Fosha,D., Siegel, D.J. & Solomon, M. (a cura di)(2012). *Attraversare le emozioni*.
23. Volume II. Milano: Mimesis Edizioni.
24. Greenberg,L. S.& Paivio, S.C.(2000).*Lavorare con le emozioni in psicoterapia*
25. *integrata*. Roma: Sovera Edizioni.
26. Keers J.C., Links T.P., Bouma, J., & Scholten Jaegers, S.M.H.J. (2000). Multidisciplinary Intensive Education Programme (MIEP) for Diabetes Patients: the Role of Health Locus of Control (HLOC) in Metabolic Control and Quality of Life (QoL). Abstracts Book EHPS, 211.
27. Kennedy, P., Lude, P. & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord* , 44, 95–105.

29. Kent, R.M. & Chamberlain, M.A. (2007). *A new ambition for stroke-consultation on a national strategy*. British Society of Rehabilitation Medicine response to the Department of Health, October.
30. Kobasa, S.C.(1979). Stressful life events, personality and health:an inquiry into hardiness.*Journal of Personality and Social Psychology*, 37,1.
31. Lepore, M., Gayle, G. W. & Stevens, S. (2007).*Adapted Aquatics Programming. A Professional Guide*. Champaign, IL: Human Kinetics.
32. Lera, S., et. al. (1996). Standardization and evaluation of treatments in relation to quality of life. Thematic Group 2°, Functional Rehabilitation Sector, Helios II, programmed and financed by the European Commission DG V.
33. Lera, S., & Intini, R. (1996), Qualità della narrazione: dal telegramma alla tragedia, Quaderni di Psicoterapia cognitiva, 1.
34. Lera, S., Bolacchi, M.G., Intini, R., Misuri, G., Gigliotti, F., Sanna, A., & Scano, G., (1997). Psychological Dimensions of Coping in Respiratory Rehabilitation, The European Respiratory Journal, 10, suppl. 25, Abstracts of ERS Annual Congress.
35. Lera, S. (2001). Il Locus of Control della Malattia. In Spinanti,S. (a cura di) *L'educazione come terapia*. Roma: ESSE EDITRICE.
36. Lera, S.(2001). Aspetti psicologici della qualità della vita: il coping di malattia. *Atti del Convegno Qualità della Vita: obiettivo della cura*, Pozzolatico, Giugno 2001.
37. Lera, S. (2005). Il counseling nell'handicap: esempi di interventi operativi. In Sirigatti, S. & Di Fabio, A.M. (a cura di). *Counseling: Prospettive e Applicazioni*. Milano: Ed. Ponte alle Grazie.
38. Le Shan, L. (1959). Psychological states as factors in development of malignant disease: A critical review.*Journal of the National Cancer Institute*, 22, 1-18.
39. Maddi, S. (2004).Hardiness: An Operationalization of Existential Courage.
40. *Journal of Humanistic Psychology* , 44(3), 279-298.
41. Majani, G. (1999).*Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica*. Milano: Mc Graw-Hill Companies.
42. Marchese,A.(1990).*L'officina del racconto.Semeiotica della narritività*. Milano:Mondadori
43. Marty, P. & de M'Uzan, M.(1963) La"penseè opératoire".*Revue Francaise de Psychanalyse*,27,1345-56.
44. Menoni, E.(2011). I processi diagnostici in una prospettiva integrativa. In Moselli,P. *Il Nostro mare Affettivo*. Roma: Alpes Italia.
45. Menoni,E. & Iannelli, K.(2011) Modelli psicoterapeutici integrativi e neuroscienze. In Petrini,P.& Zucconi, A.(Eds.) *Psicoterapie e Neuroscienze* (pp.171-208).Roma:Alpes.
46. Merlau-Ponty, M.(1945). *Phénomologie de la perception*, Paris, 1945(Tr.it. *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore, 1972).
47. Molinari, E. & Taverna, A. (2000). *La riabilitazione psicologica nel disturbo mentale*. Torino: Centro Scientifico Editore.
48. Nätterlund, B. (2001). Living with Muscular Dystrophy: Illness Experience, Activities of Daily Living, Coping, Quality of Life and Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* ,8(3), 2001, 157-167.
49. Oakley,R. (2004). How the Mind Hurts and Heals the Body. *American Psychologist*, 59(1), 29-40.
50. Piccardo, C. (1995). *Empowermwnt. Strategie di sviluppo organizzativo centrale sulla persona*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
51. Rinaldi,S., Doria, A., Vescovo, F., Corbanese, S., Iaccarino, L.& Della Libera, S. (2001). La qualità della vita nel lupus eritematoso sistemico. *Reumatismo*, 53 (2), 108-115.
52. Rotter, J.B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
53. Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal vs. External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, whole no. 609.
54. Salaffi, F & Stancati, A. (2001). Valutazione della qualità della vita nelle malattie reumatiche: strumenti e metodi. In F. Salaffi & A. Stancati (Eds.). *Scale di valutazione e malattie reumatiche*. Fidenza: Mattioli 1885.
55. Salbach, N. M., Mayo, N. E., Robichaud- Ekstrand, S. ,Hanley, J. A., Richards, C. L. &Wood-Dauphinee, S. (2005).The Effect of a Task-Oriented Walking Intervention on Improving Balance Self-Efficacy Poststroke: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 53(4):576-582.

56. Sandström, K. (2007). The lived body – experiences from adults with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation*, 21, 432–441.
57. Schore, A.N.(2008). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio.
58. Siegel,D.J.(2001).*La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
59. Sifneos,P.(1973). The prevalence of “alexithimic” characteristics in psychosomatic patients.*Psychotherapy and Psychosomatics*,45,1616-165.
60. Solano, L. (2001).*Tra mente e corpo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
61. Spivak, M.(1987). Introduzione alla riabilitazione sociale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 3, 522-574.
62. Strauser, D. R.(1995). Applications of Self-Efficacy Theory in Rehabilitation Counseling. *The Journal of Rehabilitation*, 61.
63. Taylor, G.J. & Taylor, H.L. (1997). Alexithymia. In Mc Callum, M. & Piper, W.E.(Eds). *Psychologica mindedness: a contemporary understanding*. Mahwah,NJ: Elbraum.
64. Temoshock, L.R.(1987). Personalità, coping style, emotion and cancer: Toward an integrative model. *Cancer Surveys*, 6,837-857.
65. Trevarthen, C.(2009). The Function of Emotion in Infancy. In Fosha,D., Siegel, D.J.
66. & Solomon, M. (2009). *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience,*
67. *Development and Clinical Practice*.New York: Norton.
68. Tunks, E., Lera, S., & Pesaresi, F. (1998). *Terapia cognitivo-comportamentale in Riabilitazione*. Milano: Edi. Ermes.
69. Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the Focus Isn't Just on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Ther. Res.*, 16, 183-199.
70. Wallston, K.A., Stein, M.J., & Smith, C.A. (1994). Form C of the MHLC Scales: A Condition-Specific Measure of Locus of Control. *J. Person. Assessment*, 63, 534-553.
71. Zanobini, M. & Usai, M.C. (1995). *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*. Milano: Franco Angeli.