



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo
e della Socializzazione - DPSS**

Corso di laurea Triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche

Tesi di Laurea Triennale

***La Resilienza nei Percorsi Riabilitativi in presenza di esiti di
Lesioni Cerebrali Acquisite***

***“Resilience in Rehabilitation Pathways in individuals with outcomes from
Acquired Brain Injuries”***

Relatore

Teresa Maria Sgaramella

Laureanda: Márcia do Amaral Prado

Matricola: 2021316

Anno Accademico 2023/2024

Indice

Introduzione

1. Resilienza

1.1 Quadro teorico e definizioni

1.2 Modelli di resilienza

2. Lesioni cerebrali acquisite e resilienza

2.1 Caratteristiche delle lesioni cerebrali acquisite

2.2 Pattern di resilienza in persone con esiti di trauma cranio-encefalico (TCE) e l'Ictus

2.3 Pattern di resilienza in famiglie de persone con esiti di trauma cranio-encefalico TCE e l'Ictus

2.4 Relazione tra resilienza e percorsi di recupero in persone con esiti di lesioni cerebrali acquisite

2.5 Resilienza e qualità di vita

3. Interventi riabilitativi e resilienza in persone con lesioni cerebrali acquisite

3.1 Riabilitazione Cognitivo-Comportamentale; un esempio

3.2 Riabilitazione di gruppo

3.3 Il ruolo delle famiglie nello sviluppo della resilienza nelle persone con lesioni cerebrali acquisite

4. Conclusione e prospettive future

INTRODUZIONE

La resilienza, popolarmente conosciuta come la capacità di adattarsi e superare le avversità, è un concetto che è stato esplorato con maggiore enfasi negli ultimi decenni. Attraverso studi condotti da vari gruppi di ricerca e con obiettivi diversi, i ricercatori hanno cercato di capire come questo tratto della personalità umana possa influire sul modo in cui le persone affrontano i conflitti quotidiani, dalle situazioni avverse agli eventi traumatici.

Un filone di questi studi, in particolare, si è concentrato sulla comprensione della resilienza applicata nei casi di individui che hanno subito lesioni cerebrali acquisite, come le lesioni cerebrali traumatiche (TCE) e l'ictus, entrambi oggetto del presente articolo. Queste lesioni sono caratterizzate da condizioni croniche che alterano la qualità della vita dell'individuo, poiché, a seconda del grado di lesione, possono avere un impatto sulle capacità cognitive, sul funzionamento fisico, sulla sensibilità e altre gravi conseguenze.

In questo contesto, i teorici hanno cercato di sviluppare modelli di resilienza che analizzano il percorso dell'individuo ferito. Alcuni, come Masten (2001), sostengono che la resilienza sia un meccanismo di difesa che esiste negli esseri umani in modo più comune di quanto si pensi; altri, come Bonanno (2004), cercano di differenziare i processi di recupero da quelli di resilienza, in modo da adattare l'analisi dei pazienti ai processi reali che si verificano nel contesto degli eventi post-traumatici.

Ci sono anche autori che elencano i fattori di rischio e protettivi come strumenti necessari per lo sviluppo della resilienza: per ogni evento avverso al di fuori del controllo umano, c'è un insieme di risorse a disposizione dell'individuo che può stimolare la resilienza (Rutter, 1987). Infine, ci sono autori che promuovono un dibattito sull'interazione tra l'ambiente e l'individuo, stabilendo qui lo sviluppo del processo di resilienza, soprattutto attraverso il modo in cui ogni individuo affronta le avversità.

La letteratura scientifica fornisce anche alcuni processi standardizzati che la resilienza offre alle persone con esiti di lesioni per ristrutturare la loro nuova vita, come la capacità di imparare dalle difficoltà (soprattutto con l'apprendimento della psicologia positiva) e la flessibilità cognitiva (con un focus sull'individuo). Inoltre, è pertinente analizzare come le famiglie affrontano la sfida, dimostrando alcuni modelli incentrati sulla capacità delle famiglie di gestire lo stress e di adattarsi al nuovo contesto.

Si comprende quindi l'importanza di questo studio nell'analisi della resilienza applicata ai processi di riabilitazione delle persone con esiti di lesioni. Poiché la resilienza è un argomento di studio in rapida crescita, ci sono ancora molte lacune da colmare e ottimizzare. Questo lavoro cerca di contribuire un po' a questo dibattito, soprattutto fornendo esempi di studi sugli interventi che possono sviluppare la resilienza, come la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia di gruppo.

Questo elaborato consisterà in una breve concettualizzazione della resilienza e del quadro di riferimento affrontato dai principali studiosi sull'argomento, insieme a un approccio ad alcuni dei modelli di resilienza sviluppati negli ultimi decenni; successivamente, verranno presentati i concetti sulla lesione cerebrale acquisita, insieme ai pattern di resilienza nelle persone con esiti di lesione e nelle loro famiglie, la relazione tra resilienza, riabilitazione e qualità di vita. Infine, verranno presentati interventi e descritto come la resilienza può essere potenziata dalle famiglie delle persone con esiti di cerebro lesione.

CAPITOLO 1

La Resilienza

La resilienza è un concetto che negli ultimi anni è stato approcciato gradualmente e in modo più pragmatico. Generalmente diffuso come forza individuale che supera le avversità circostanziali della vita, questo concetto finisce per assumere contorni più tecnici e approfonditi che possono indicare percorsi di studi più elaborati applicati a diversi campi della scienza, come le scienze esatte e quelle umane.

Secondo Yunes e Szymanski (2001), la resilienza può essere caratterizzata come il risultato di processi in cui si verifica il superamento di situazioni avverse che si verificano nella vita degli individui, ei gruppi e nelle organizzazioni. Ciò si riflette in modi diversi nella vita quotidiana privata o collettiva, comprese alcune avversità che si impongono in contesti che non potevano essere previsti. Di conseguenza, alcuni individui soccombono a questi ostacoli, mentre altri non si arrendono.

Al di fuori del campo delle scienze umane, il concetto di resilienza ha già una lunga storia di applicazione, soprattutto nei settori della fisica e dell'ingegneria, in cui il concetto è stato applicato per la prima volta dallo scienziato inglese Thomas Young per spiegare l'elasticità d'un determinato oggetto (Yunes, 2003). In questo esperimento Young cercò la relazione tra la forza che verrebbe applicata a un corpo e, di conseguenza, la deformazione prodotta nel corpo stesso, dimostrando la capacità di una materia di assorbire energia esterna senza subire deformazioni temporanei o permanenti. Successivamente il termine cominciò ad essere utilizzato in Medicina e, a partire dagli anni Cinquanta, anche nell'ambito della Psicologia (Pasqualotto, Löhr, Stoltz, 2015).

Sebbene lo studio della resilienza sia un dibattito recente in psicologia, è evidente che la definizione di questo concetto non è chiara né precisa come in altri ambiti scientifici, poiché la molteplicità e la soggettività di fattori e variabili sono intrinseche allo studio dei fenomeni che caratterizzano le scienze umane. Diversi autori presentano la definizione di resilienza da prospettive diverse, ma che corroborano il costrutto psicologico sviluppato nell'ambito della psicologia positiva, segnando un cambio di prospettiva nel modo in cui questa scienza l'ha affrontata.

1.1 Quadro teorico concettuale

Secondo Rutter (1987), uno dei pionieri nello studio della resilienza in ambito psicologico, la resilienza può essere descritta come la caratterizzazione positiva del

fenomeno che mette in luce la differenza individuale di ogni persona nella risposta allo *stress* e alle avversità. A sua volta, Masten (2014, p.6) la definisce come “la capacità di un sistema dinamico di adattarsi con successo o positivamente ai disturbi che minacciano il funzionamento, la vitalità o lo sviluppo del sistema”. Nella prospettiva di Walsh (1998), il fenomeno della resilienza è definito come la capacità di riprendersi dalle avversità, in cui il soggetto che soffre ne esce più forte e con maggiori risorse. Un altro autore che affronta l’argomento è Newman (2005, p. 227), il quale sottolinea che la resilienza è “la capacità umana di adattarsi di fronte a tragedie, traumi, angoscia, sofferenza ed eventi stressanti della vita”. Pertanto, attraverso diverse definizioni e secondo la prospettiva di Stanley, Sethuramalingam & Pandian (2018, p.6), si suggerisce che la resilienza “può essere considerata come un attributo o caratteristica personale, un processo che si sviluppa e viene influenzato da fattori ambientali e come risultato o prodotto. In questo contesto concettuale, vale la pena evidenziare che prima che il termine resilienza diventasse il centro di queste questioni, i termini *invincibilità* e *invulnerabilità* erano ampiamente utilizzati per caratterizzare situazioni di superamento delle avversità (Yunes, 2003).

Ciò è emerso dagli studi negli anni 70 sullo sviluppo dei processi psicopatologici in bambini che, in un contesto di avversità, presentavano una buona salute mentale e buoni processi di adattamento alle circostanze difficili nella loro vita. Santos-Vitti et al. (2023) affermano che, di conseguenza, si verificò l’idea di invulnerabilità che, applicata a questo contesto, caratterizzava la lotta di fronte alle avversità. Tuttavia, lo sviluppo della ricerca ha individuato diversi scenari nei processi positivi di adattamento e superamento che, a seconda dell’accesso a fattori protettivi, potrebbero generare diversi esiti di salute adattiva. Pertanto, gli autori sottolineano che questo processo ha permesso di comprendere il presupposto dell’esistenza di altri fattori che renderebbero i bambini più o meno adatti alle avversità, mettendo in discussione la nozione di invulnerabilità come unica risposta per superare le difficoltà (Santos-Vitti et al., 2023).

Sempre riguardo alle domande primarie di questo concetto, la ricerca si è chiesta se la resilienza possa essere inquadrata come un fattore innocuo per l’individuo oppure come un processo dinamico; la conclusione, successivamente presentata, ritiene che possa assumere entrambe le forme (Furlan, 2023). Per il primo strato, la resilienza potrebbe essere definita come *resilienza dell’Io* in cui sono presenti una serie di caratteristiche individuali come l’indipendenza, l’autonomia e la capacità di adattarsi ai cambiamenti ambientali. D’altra parte, c’è la corrente che difende la resilienza come un

processo dinamico che, di conseguenza, crea un adattamento positivo in contesto avverso, non rappresentando quindi un tratto della personalità o un'attribuzione personale dell'individuo (Luthar e Cicchetti, 2000). Confermando quest'ultima idea, Masten (2021) afferma che la resilienza è dinamica ed è sempre in flusso, perché il contesto in cui ha luogo cambia costantemente a causa dalle interazioni e che, quindi, il processo della resilienza è più normale di ci si aspetterebbe (Masten, 2001). Infine, la resilienza nasce come risultato della sovrapposizione tra fattori di rischio e fattori di protezione, variabili nei diversi contesti. (Rutter, 2000).

Una delle situazioni in cui gli individui sono esposti alle avversità, e di conseguenza, la possibilità che si manifesti la resilienza è nel contesto di eventi traumatici, come la perdita di persone care o familiari. Questa idea è stata sviluppata da Bonanno (2004), che ha cercato di comprendere la differenza tra persone che hanno vissuto un elevato grado di stress e si sono ripresi, da persone che hanno sofferto meno intensamente e per un breve periodo. L'autore sostiene che un punto chiave di questo processo consiste nella distinzione tra *recupero* e *resilienza*, in cui il primo termine indica una traiettoria normale che attraversa soglie psicopatologiche (come i sintomi della depressione) per un certo periodo, fino a ritornare gradualmente alla normalità, o stato psicologico iniziale. D'altro canto, nel caso della resilienza, c'è la capacità di mantenere sani livelli di salute fisica e psicologica anche in condizioni estreme (come l'esposizione a eventi traumatici, come la morte di un parente), nonché la capacità di provare emozioni positive (Bonanno, 2004).

Pertanto, con i concetti fin qui presentati, è chiaro che il presupposto di questo lavoro non è quello di esaurire l'ampio dibattito sulle definizioni di resilienza, poiché, come già spiegato, si tratta di un concetto di cui vanno tenute in considerazione le tipologie di approcci psicologici e la storicità ad esso correlata. Al contrario, la proposta efficace è quella di basare l'uso della resilienza, attraverso concetti coerenti, sull'applicabilità dei processi di recupero delle persone con esiti di lesioni cerebrali acquisite e sui rispettivi processi riabilitativi. Detto questo, vedremo ora come questi processi di resilienza possano emergere attraverso i fattori che concorrono al loro sviluppo.

1.2 Modelli di resilienza

Come già spiegato, molti studiosi considerano la resilienza come una caratteristica non fissa della personalità, dinamica e suscettibile di cambiamento,

soprattutto perché la capacità di negoziare, gestire e adattarsi alle crisi si basa su un processo di azione e interazione tra l'individuo e l'ambiente (Stanley, Sethuramalingam, Pandian, 2018). Pertanto, la resilienza è considerata il risultato di un adattamento positivo in un contesto avverso, che porta a due presupposti: esposizione a un rischio e adattamento positivo al nuovo contesto risultante da questa esposizione (La Marca, Festeggiante, Schiavone, 2014).

A questo punto, ci sono due gruppi che interagiscono per formare questa equazione: fattori di rischio e fattori protettivi. Per quanto riguarda i fattori di rischio e di protezione, Rutter (2000) ci parla di un modello in cui è evidente come lo sviluppo della resilienza sia particolarmente condizionato dalla presenza di questi due fattori; cioè, a seconda dei fattori di rischio, è necessario avere a disposizione una certa gamma di fattori protettivi per la formazione e l'emergere della resilienza. L'autore evidenzia che i fattori di rischio denotano eventi o situazioni che possono facilitare l'insorgere di un determinato disturbo e che non sono necessariamente legati a problematiche genetiche o psicologiche; esistono poi variabili che possono svilupparsi nel tempo, come malattie, difficoltà nella gestione *dello stress* e un ambiente sociale sfavorevole (Rutter, 2000).

Le prime ricerche sulla resilienza, concentrandosi sulle caratteristiche della famiglia e del bambino, hanno evidenziato variabili promotrici e protettive che influenzano positivamente lo sviluppo di bambini e giovani in contesti avversi (Masten et al. 1990; Rutter 1987). Questi studi sulla resilienza hanno evidenziato caratteristiche familiari come la genitoriale e la coesione, e quelli attribuiti al bambino come le capacità cognitive e l'auto efficacia, oltre che il supporto degli amici, scuola e insegnanti (figura 1). Tali misure multidimensionali sono state progettate per misurare la resilienza, parlando di variabili legate a diversi modelli di rischio e avversità. Alcuni si concentrano sulle qualità individuali, mentre altri includono aspetti protettivi della famiglia o della comunità (Masten et al., 2021). Uno studio clinico su giovani ricoverati in ospedale durante l'adolescenza a causa di gravi problemi di salute mentale ha riportato quattro casi che hanno dimostrato resilienza per 12 anni. Questi casi hanno evidenziato fattori protettivi della famiglia come relazioni positive, ottimismo e ricerca di uno scopo. Un altro notevole esempio di resilienza giovanile è quello di Malala Yousafzai, sopravvissuta a un attacco talebano e premiata con il Premio Nobel per la pace per la sua difesa dei diritti delle ragazze all'istruzione (Masten et al., 2021).

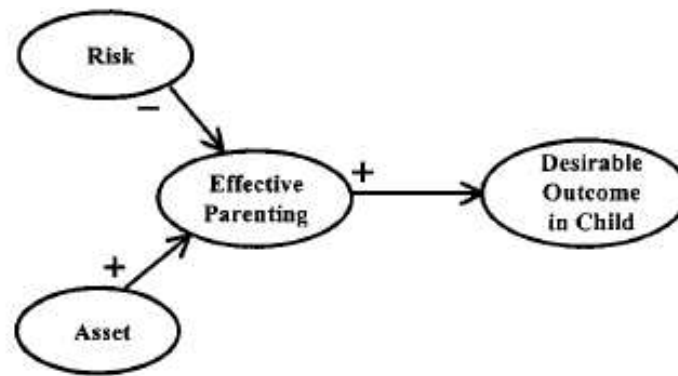


Figura 1 – Esempio di Modello di Rischio Indiretto e di Resilienza (Masten, 2001)

Per quanto riguarda l'interazione tra fattori ambientali e individuali, c'è il modello di Kumpfer (1999). Questo modello afferma che le sfide e le situazioni di stress sono stimoli per la resilienza, poiché questi fattori esterni interrompono l'equilibrio precedente e portano l'individuo in un contesto in cui esiste una relazione dinamica tra l'ambiente, l'individuo stesso e le sue scelte personali. In questo modo, interagendo nel contesto in cui vive, con l'obiettivo di creare resilienza, l'individuo finisce per sviluppare capacità di risoluzione dei problemi e dei conflitti, aumentando la sua capacità di gestire lo stress a cui è sottoposto. In definitiva, questo porta a un'interazione costante in cui i tratti di resilienza vengono adeguati, passando attraverso vari processi di adattamento, costruzione e ricostruzione.

Il modello di Kumpfer (1999) è noto come modello biopsicosociale, in cui si distingue tra fattori protettivi interni ed esterni, ponendo l'accento sull'interazione tra individuo e ambiente, e la resilienza è il risultato dell'integrazione tra gli elementi presenti nell'individuo e il contesto in cui si trova .

Un altro punto importante da sottolineare è che per Kumpfer lo stress non deriva dall'evento conflittuale, ma dal modo in cui viene percepito dall'individuo. In questo modo, l'individuo si troverà sempre di fronte a una convalida dell'evento, della sua intensità e della disponibilità di risorse per affrontarlo.

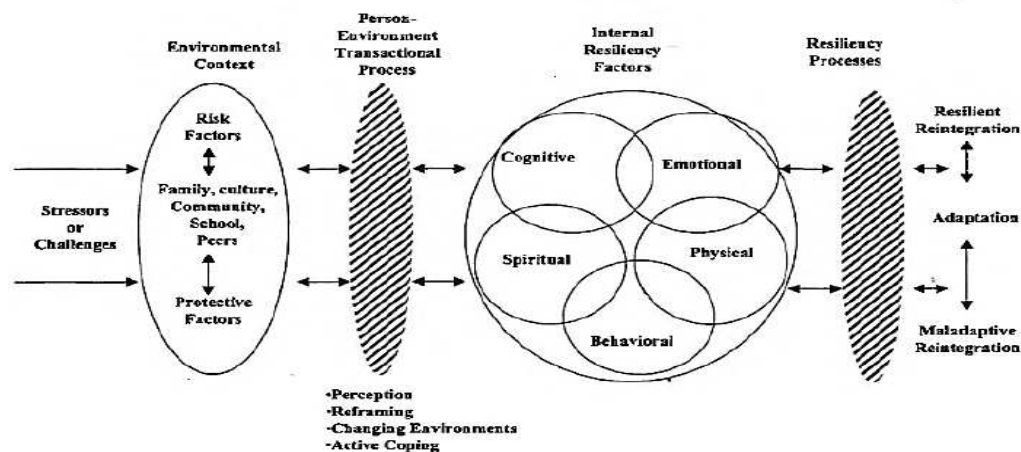


Figura 2: la figura mostra la struttura del modello di Kumpfer (1999)

Come si può notare nella figura 2, il modello evidenzia sei fasi per lo sviluppo della resilienza:

- Eventi di stress: quando si verifica un'interruzione dell'equilibrio tra l'individuo e il contesto circostante, creando una percezione di conflitto, avversità, disagio o minaccia;
- Contesto ambientale: comprende tutto ciò che riguarda i fattori di rischio, i fattori protettivi e le loro interazioni;
- Processo transazionale tra persona e ambiente: si riferisce alla reazione dell'individuo all'ambiente e alle dinamiche di interazione.
- Fattori interni di resilienza: si riferisce alle risorse dell'individuo, siano esse cognitive, emotive, fisiche, spirituali o comportamentali;
- Processi di resilienza: comprende le sfide e i fattori di stress a cui l'individuo è sottoposto;
- Adattamento e reintegrazione: si verifica nella fase di raggiungimento di un equilibrio resiliente e precede una reintegrazione derivante da un precedente momento di squilibrio e stress.

A sua volta, Bonanno (2004) presenta un modello di resilienza in cui mette in discussione studi precedenti che caratterizzavano la resilienza come un stato patologico o qualcosa visto solo in individui che godevano di una salute eccezionale. Nei suoi studi, incentrati sulla costruzione della resilienza nel mezzo di una perdita o di un trauma grave, l'autore presenta la resilienza come un tratto distinto di ciò che si intende

per recupero. Utilizzando il primo termine, Bonanno (2004) caratterizza la resilienza come la capacità di mantenere lo stato di equilibrio a livello fisico dopo l'esposizione a eventi traumatici.

Inoltre, lo studio di Bonanno (2004) fornisce dati interessanti riguardo al percorso degli individui esposti ad eventi traumatici (figura 3). Ad esempio, un sondaggio sulla popolazione condotto un mese dopo gli attacchi terroristici dell'11 settembre a New York City, ha stimato che il 7,5% dei residenti di Manhattan soddisfaceva i criteri per il disturbo da stress post-traumatico e che un altro 17,4% soddisfaceva i criteri per il disturbo da stress post-traumatico *sub-syndromal*. Come in altri studi, un sottogruppo alla fine ha sviluppato un disturbo da stress post-traumatico cronico, e questo era più probabile se l'esposizione era elevata. Tuttavia, la maggior parte degli intervistati ha evidenziato un rapido declino dei sintomi nel tempo.

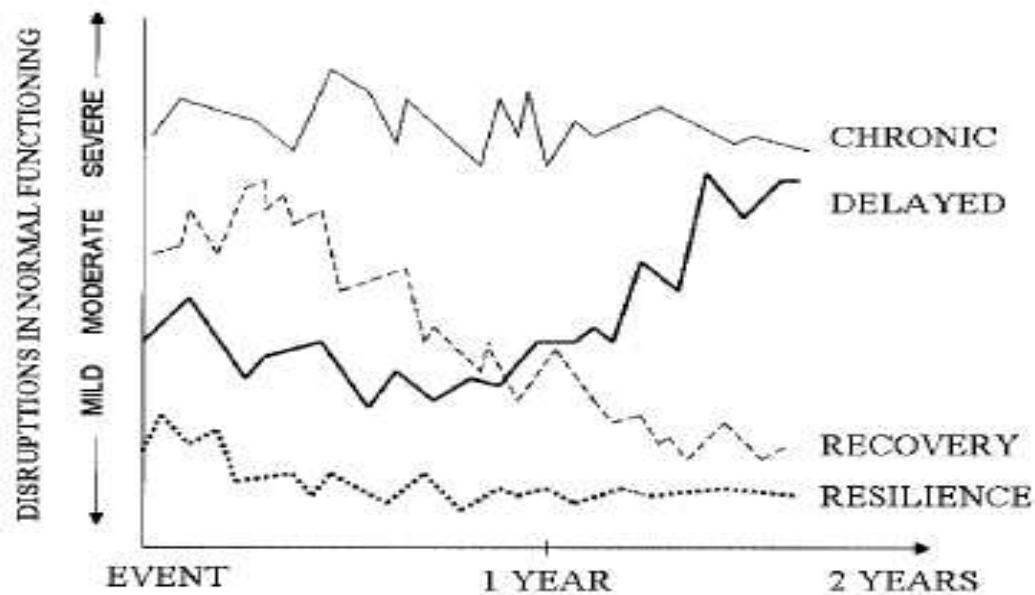


Figura 3 - Modelli di interruzione del normale funzionamento nel tempo in seguito a perdite interpersonali o eventi potenzialmente traumatici (Bonanno, 2004)

CAPITOLO 2

Lesioni cerebrali acquisite e resilienza

Questo capitolo affronterà le questioni relative alle lesioni cerebrali acquisite e come la resilienza può essere utilizzata nel processo di riabilitazione. Inizialmente verranno introdotti concetti rilevanti relativi alle caratterizzazioni delle lesioni cerebrali, concentrandosi su trauma cranio encefalico (TCE) e l'ictus. Successivamente verranno presentati *i pattern* di resilienza in persone con trauma cranico e ictus e nelle loro famiglie. In entrambi i casi, utilizzeremo come base teorica gli studi di esperti di resilienza, avanzando una panoramica dell'applicazione delle teorie nei casi di pazienti con esiti di lesioni cerebrali acquisite. Verranno infine stabilite le relazioni tra resilienza ed efficacia nella riabilitazione di persone con lesioni cerebrali acquisite e il ruolo della resilienza nella loro qualità della vita.

2.1 Caratterizzazione delle lesioni cerebrali acquisite

Secondo Carati (2024), la lesione cerebrale acquisita è caratterizzata da una condizione cronica che provoca conseguenze sostanziali nella vita dell'individuo. Inoltre, le lesioni cerebrali possono essere: lesioni cerebrali traumatiche esogene (come un trauma cranico) e lesioni cerebrali non traumatiche endogene (come tumori, infezioni, ischemie, ecc.)

Secondo Vieira (2014), il trauma cranico è caratterizzato da un colpo al cervello da parte di una forza esterna che, di conseguenza, produce una diminuzione e un deterioramento delle capacità cognitive o anche del funzionamento fisico stesso. Inoltre, secondo lo stesso autore si possono presentare altri sintomi come: stanchezza, affaticamento, perdita di energia, perdita di sensibilità ed epilessia post-traumatica.

Nel caso dell'Ictus, Vieira (2014) afferma che sono caratterizzati dalla rapida perdita della funzione neurologica, decorrente dall'ostruzione (ischemia) o dalla rottura (emorragia) dei vasi sanguigni cerebrali. L'autore sottolinea che il paziente può sviluppare paralisi o difficoltà nel muovere parti del corpo, oltre a problemi di linguaggio e deterioramento del campo visivo. Si ricorda che, trattandosi di un problema complesso (in quanto coinvolge il cervello) in organismi complessi (gli esseri umani), le conseguenze di queste lesioni sono variate, il che può rendere difficile stabilire un percorso standardizzato da seguire nel recupero del paziente (Vieira, 2014)

2.2 Pattern di resilienza in persone con esiti di trauma cranico-encefalico (TCE) e l'Ictus

La letteratura scientifica consente una migliore analisi del *modus operandi* che la resilienza può agire sulle persone con esiti di trauma cranico e ictus . Questo lavoro ha già affrontato i modelli di resilienza che sono stati sviluppati dagli studiosi sull'argomento, adesso, verranno discussi alcuni meccanismi di resilienza (*pattern*) individuati dalla Psicologia che possono fornire condizioni migliori nei processi di recupero dei pazienti con TCE e ICTUS. Tra questi modelli: la capacità di imparare dalle difficoltà e flessibilità cognitiva.

Capacità di imparare dalle difficoltà. La psicologia positiva sottolinea la necessità di concentrarsi sulle capacità umane e sui sistemi adattivi che promuovono uno sviluppo sano e funzionale, potenziando la capacità di superare le difficoltà (Yunes, 2003). In questo modo, la capacità di imparare dalle difficoltà si caratterizza come un *pattern* di resilienza legato alla competenza dell'individuo di cercare opportunità per crescere e svilupparsi, anche in contesti avversi. Inoltre, i pazienti che si sottopongono a processi riabilitativi post-trauma dimostrano capacità di adattamento e di re-apprendimento di competenze compromesse dal trauma, poiché le sequele fisiche e psicologiche di tali traumi provocano effetti che influenzano molteplici dimensioni della vita dell'individuo (Carati, 2024).

Le persone con esiti di lesioni cerebrali acquisite, a seconda del danno, possono dimostrare la capacità di adattarsi alla nuova realtà, a seguito dell'esperienza traumatica, con una frequenza non molto rara. La resilienza si riflette nella capacità di mantenere uno stato di equilibrio anche in condizioni avverse. Inoltre, la resilienza è una caratteristica più comune di quanto precedentemente previsto ed esistono molteplici modi per svilupparla (come la capacità di auto-miglioramento e l'impegno a trovare uno scopo nella vita). Pertanto, lo sviluppo della resilienza può significare la ricerca del superamento delle difficoltà, come l'adattamento a una nuova realtà con limitazioni fisiche o cognitive (Bonanno, 2004).

Flessibilità cognitiva. In un'ottica positiva di focalizzazione sulle competenze dell'individuo, Bonanno (2004) ci parla sullo sviluppo di una resilienza emotiva, capace di spingere il paziente verso il recupero e l'adattamento alle nuove circostanze. La resilienza non è una caratteristica che si riscontra solo nelle persone straordinarie, al contrario, molte persone sono in grado di sviluppare resilienza quando vivono eventi

traumatici. Pertanto, la flessibilità cognitiva agisce in modo che gli individui regolino le proprie percezioni e atteggiamenti nei confronti della nuova realtà (Bonanno, 2004).

2.3 Pattern di resilienza in famiglie de persone con esiti di trauma cranico encefalico TCE e l'Ictus

Gli eventi drastici come le malattie che possono causare invalidità e perfino la morte sono eventi a cui tutte le famiglie sono soggette. In questo senso, le famiglie devono sviluppare modelli che contribuiscano positivamente alle variabile affettive legate alla malattia e associate alle fasi di un trauma, come le lesioni cerebrali acquisite. Per raggiungere questo obiettivo, sarà necessario che la famiglia adotti comportamenti e atteggiamenti funzionali, in modo da facilitare l'incorporazione delle mutevoli priorità di sviluppo, mirate al nucleo familiare e ai singoli membri in relazione alle sfide di un disturbo cronico (Rolland, 2012).

La letteratura scientifica ha dimostrato che esistono alcuni modelli centrati sulla capacità della famiglia di gestire lo stress e di adattarsi a nuovi ruoli e responsabilità in risposta a cambiamenti significativi in presenza di un familiare con esiti di trauma cranico o ictus, che possono influenzare la resilienza e l'adeguamento. Studi recenti indicano che la flessibilità, la comunicazione e le capacità di problem solving sono fattori chiave per l'adattamento della famiglia in uno scenario difficile. Ad esempio, contesti di comunicazione efficaci possono ridurre lo stress delle interazioni tra la persona con esiti di lesione cerebrale, la famiglia e il caregiver (Zhang et al., 2020).

Infine, le famiglie che mantengono una prospettiva positiva nei confronti dei propri familiari con esiti di lesioni sono in grado di affrontare meglio le sfide e avere un atteggiamento positivo all'interno delle dinamiche familiari, come la riorganizzazione delle routine. Inoltre, promuovono una comunicazione più aperta all'interno di un ambiente più accogliente e costruttivo, sviluppando un forte senso di resilienza familiare (Rolland, 2012).

2.4 Relazione tra resilienza e percorsi di recupero nelle persone con esiti di lesioni

Fattori di resilienza come la regolazione emotiva, strategie di coping flessibili e solidi sistemi di supporto sociale contribuiscono a migliorare il funzionamento e la qualità di vita delle persone con esiti di lesioni e le loro famiglia. Ciò deriva dalla correlazione diretta di questi fattori con successi positivi nella riabilitazione, di

conseguenza queste variabili forniscono supporto nella gestione dello stress quotidiano associato al recupero. Essere flessibili e saper regolare le emozioni influenza direttamente la capacità della famiglia di fornire un supporto efficace (Norvang et. al, 2022).

Come esempio di relazione tra resilienza e percorso di recupero dalla lesione, si può citare uno studio sull'indipendenza nelle attività di base della vita quotidiana 3 mesi dopo un ictus (Norvang et. al, 2022). L'obiettivo era verificare se la resilienza aumentava man mano che il paziente recuperava l'indipendenza di base. I pazienti inclusi nello studio erano quelli a cui era stato diagnosticato un ictus acuto e che avevano ottenuto un punteggio di 4 nella Scala Rankin. Per le analisi è stata utilizzata la regressione lineare bivariata e multivariata (la Brief Resilience Scale nelle prime 2 settimane dopo l'ictus). Sono state prese in considerazione anche le caratteristiche personali (età, sesso, gravità dell'ictus). Lo studio ha concluso che (figura 4), su 64 partecipanti, con un'età media di 75,9 anni, il 54,7% dei quali erano uomini, che non sono stati verificati incrementi significativi nella resilienza tra la valutazione iniziale e 3 mesi dopo. I valori di regressione erano bassi e gli intervalli non indicavano alcun effetto rilevante. Di conseguenza, si è concluso che la resilienza è una caratteristica personale stabile che non è direttamente correlata al recupero funzionale fisico dopo un ictus, richiedendo quindi ulteriori indagini per scoprire se la resilienza può influenzare l'adattamento alle avversità psicosociali.

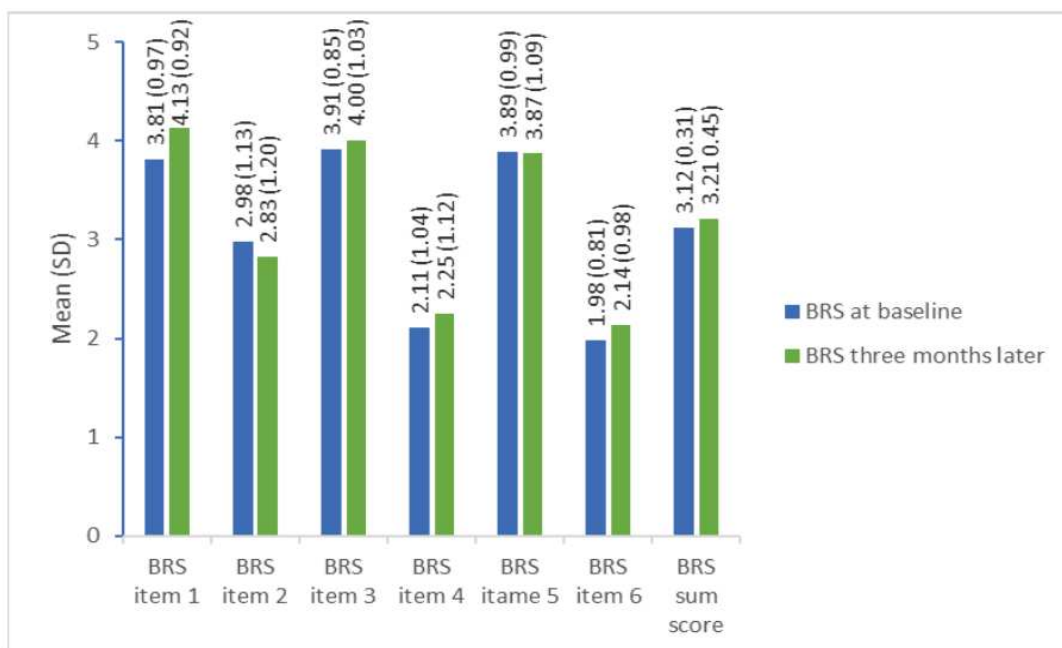


Figura 4. Resilienza a singolo elemento e punteggio pieno misurata dalla Brief Resilience Scale all'inizio e al follow-up a 3 mesi (n = 64). (Norvang et. al, 2022)

2.5 Resilienza e qualità della vita

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la qualità della vita (QoL) si riferisce alla comprensione che ogni persona ha del proprio posto nella vita, nel contesto del sistema culturale e delle concezioni in cui è inclusa, ai propri scopi, possibilità, norme, paure e ecc (WHOQOL Group, 1994). È un concetto ampio, influenzato da diverse variabili come la salute fisica, lo stato psicologico, il grado di autonomia, le relazioni sociali e l'interazione della persona con l'ambiente che la circonda. L'analisi della QoL comprende, quindi, la valutazione del grado di soluzione che viene offerto alle richieste delle persone e, di conseguenza, del livello di gioia delle esperienze nei diversi ambiti della loro vita (Guerreiro, 2014).

La resilienza è stata identificata come un fattore predittivo della qualità della vita delle persone con esiti di lesioni cerebrali acquisite. A seguito di un trauma, non ci sono solo limitazioni fisiche e cognitive, ma anche sfide emotive e sociali che influiscono sulla loro salute mentale, nonché sulla loro capacità di adattamento. Studi recenti sottolineano che la capacità di superare situazioni avverse, così come di adattarsi a nuove realtà, è essenziale per facilitare un adattamento emotivo positivo e, di conseguenza, una maggiore soddisfazione per la vita. In questo senso, gli interventi riabilitativi possono aiutare a ridurre i sintomi di ansia e depressione, facilitando il processo terapeutico riabilitativo, nonché il recupero funzionale e psicosociale del paziente (Rauen et. al., 2020).

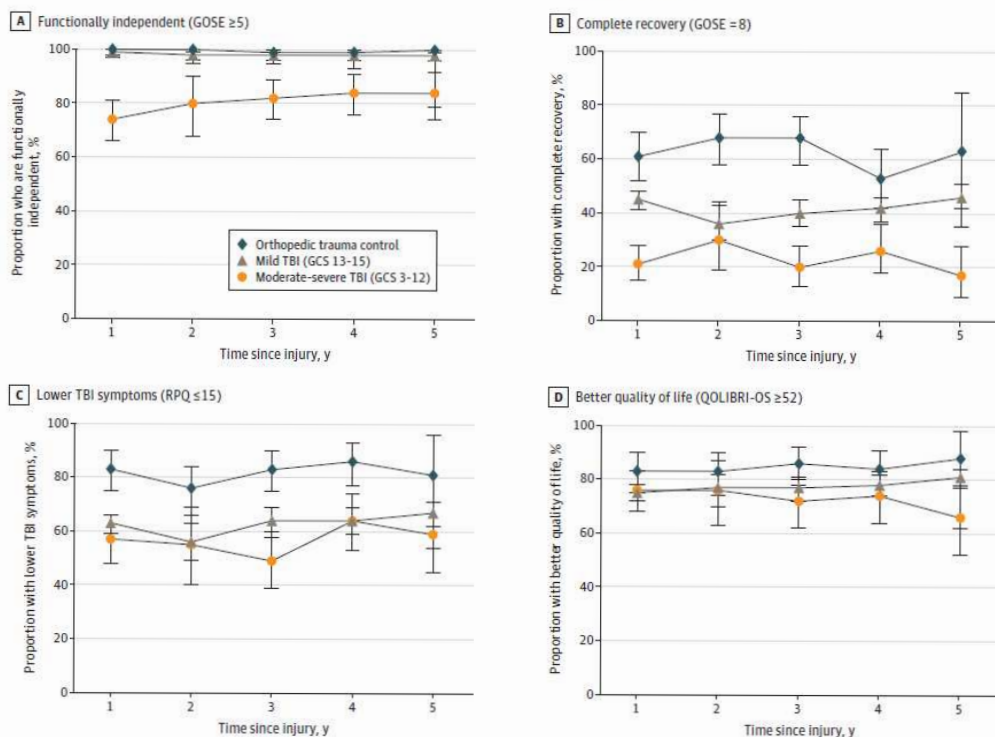
Inoltre, uno studio recente suggerisce che, anche molti anni dopo il trauma cranico, la qualità della vita di molti pazienti rimane compromessa, soprattutto in aree quali l'indipendenza funzionale e l'integrazione sociale. I fattori che influenzano maggiormente il benessere a lungo termine includono la gravità iniziale della lesione, il livello di supporto sociale e la resilienza degli individui. I pazienti con maggiore sostegno familiare e comunitario avevano punteggi di qualità della vita più elevati, suggerendo che gli interventi continui e il supporto emotivo sono essenziali per il recupero a lungo termine (Rauen et al., 2020).

Come esempio della relazione tra resilienza e qualità della vita, è stato condotto uno studio con l'obiettivo di analizzare il recupero funzionale in pazienti con esiti di lesioni cerebrali (medio-moderate e gravi) tra 1 e 5 anni dopo l'evento traumatico (Nelson et al, 2023). La rilevanza dello studio deriva dal fatto che i pazienti feriti presentano sequele un anno dopo l'esperienza traumatica e i risultati a lungo termine richiedono più dati per sviluppare buoni servizi di monitoraggio e riabilitazione. Lo

studio si è concentrato sui pazienti analizzati tra il 2014 e il 2018, entro 24 ore dal trauma e seguiti fino a 5 anni dopo l'infortunio. Le scale di misurazione applicate furono GOSE (Glasgow Outcome Scale-Extended, punteggio 5 o superiore), recupero funzionale completo (GOSE, punteggio 8), migliore (minore) carico di sintomi correlati al trauma (Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire, punteggio 15 o inferiore) e migliore qualità di vita correlata alla salute (Quality of Life After Brain Injury Scale-Overall Scale, punteggio 52 o superiore).

I risultati (figura 5) mostrano che su un universo di 1196 pazienti di livello 1 (859 con lesione cerebrale traumatica lieve, 188 con lesione cerebrale traumatica moderata-grave e 152 controlli con trauma ortopedico), a un follow-up di 5 anni dopo la lesione, i traumi lievi sono stati associati a una maggiore mortalità, sebbene abbiano anche mostrato una migliore indipendenza da 1 a 5 anni. D'altra parte, i sopravvissuti a un trauma moderato-grave hanno avuto esiti peggiori rispetto al gruppo di controllo. Si è quindi concluso che è necessaria una maggiore comprensione della lesione per un migliore controllo e follow-up dei pazienti con lesioni cerebrali.

Figure. Unweighted Mean Percentages of Patients With Better Outcomes From 1 to 5 Years Postinjury by Group



GCS indicates Glasgow Coma Scale; GOSE, Glasgow Outcome Scale-Extended; QOLIBRI-OS, Quality of Life After Brain Injury Scale-Overall Scale; RPQ, Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire; TBI, traumatic brain injury.

Figura 5. Percentuali delle migliori medie da 1 a 5 anni dopo la lesione - gruppo (Nelson et al., 2023)

CAPITOLO 3

Interventi riabilitativi e resilienza in persone con esiti di lesioni cerebrali acquisite.

In questo capitolo saranno presentati esempi di interventi destinati alle persone con esiti di lesioni cerebrali acquisite, ovvero la terapia Cognitivo-Comportamentale e la terapia di gruppo. Successivamente, sarà esplorato il ruolo delle famiglie nello sviluppo della resilienza in persone con esiti di lesione cerebrali acquisite. Successivamente, la conclusione e le prospettive future.

Le cerebro lesioni acquisite, come il trauma-cranio encefalico e l'Ictus, portano grosse sfide alla vita delle persone coinvolte e hanno un impatto significativo nelle loro funzione fisiche, cognitive, emozionali e sociali, creando conseguenze sia per il paziente, sia per la famiglia. Capire di che forma si possono potenziare la riabilitazione non può passare soltanto per l'analisi della gravità della lesione, ma invece per la valutazione multifattoriale dello impatto delle capacità funzionale e cognitiva. La necessità de prevedere gli esiti cognitivi e funzionali allungo termine dopo la lesione, è uno dei principali obiettivi della valutazione neuropsicologica, poiché il valore del prognostico è fondamentale per il processo decisionale nella pianificazione del trattamento e della riabilitazione (Bulsh et al., 2003).

Davanti di tale avversità, interventi riabilitativi diventano fondamentali non solo nel recupero funzionale del paziente, ma anche sul sviluppo e sull'aumento della resilienza (Putton e Fortugno, 2006). Questi interventi hanno l'obiettivo di promuovere l'adattamento della capacità de affrontare le difficoltà, utilizzando gli approcci come la terapia occupazionale, i programmi di supporto psicosociale, addestramento cognitivo e attività fisiche adattate al contesto delle persone con esiti di lesioni cerebrali. Inoltre, le strategie che promuovono il sostegno sociale, l'ottimismo, auto efficacia e la ricerca di significato sono fondamentali per aumentare la resilienza, aiutando gli individui a ricostruire la propria autonomia e la qualità di vita. In questo contesto, l'integrazione di pratiche personalizzate e multidisciplinari è essenziale per massimizzare i risultati e offrire un supporto completo ai pazienti e alle loro famiglie (Valorio et al., 2016)

3.1 Terapia Cognitivo-Comportamentale: un esempio

La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) è molto utilizzata per trattare le condizioni di salute mentale, oltre a promuovere la conoscenza di sé. Si basa sull'identificazione e cambiamento di pensieri e comportamenti problematici, guidando i pazienti a sviluppare strategie più adattive per affrontare le avversità. Per le persone con restrizioni neurologiche, che hanno esiti di un ictus, la TCC si adatta con tecniche che comprendono il cambiamento delle convinzioni disfunzionali e strategie di coping oltre a promuovere la resilienza. Queste strategie orientano alle competenze sociali, evitando l'isolamento e promuovendo la socializzazione. Combinando aspetti cognitivi e comportamentali, la TCC offre un supporto completo che ottimizza la riabilitazione fisica e psicologica aiutando a riprendere le attività quotidiane e a gestire l'ansia (Beck, 2021).

In uno studio di caso condotto da Moretta (2022), viene presentato il caso clinico di un paziente che ha avuto un evento stradale traumatico grave con esiti di lesioni cerebrali. L'uomo di 46 anni ha riportato una lesione assonale diffusa ed è stato valutato a circa due anni dopo essere stato sottoposto ad un approccio riabilitativo multidimensionale nella fase post-intensiva. L'intervento per trattare i danni cognitivi è stato strutturato sulla base di approcci riabilitativi standardizzati e allo stesso tempo, per migliorare la regolazione emotiva, sono stati utilizzati metodi cognitivo-comportamentale. Per tutto il percorso riabilitativo, l'uomo è stato seguito da un psicoterapeuta e l'obiettivo era quello di assistere il paziente nella ridefinizione degli aspetti della propria identità, oltre che l'aiuto nella integrazione delle difficoltà nel contesto del ricominciare (figura 6).

Il caso clinico sopra presentato è un esempio pratico dell'intervento basato sull'approccio terapeutico multidimensionale integrato alla riabilitazione neuropsicologica in persone con esiti di lesioni cerebrali acquisite, in particolare persone con esiti di traumatismo crani-encefalico (Moretta, 2022).

Aree di soddisfazione	Pre	Post
Funzionalità fisica	60%	90%
Psicologica	45%	80%
Funzionalità lavorativa	-	60%
Funzionalità sociale	20%	70%
Qualità del sonno	50%	80%
Alimentazione	60%	70%
Vita sociale	30%	70%
Hobby e svago	10%	60%

Figura 6 - Punteggi di CN al SAT-P pre- e post-trattamento (Range 0-100), rispettivamente a 7 e a 14 mesi dall'evento (Moretta, 2022)

3.2 Intervento 2 - Terapia di gruppo

Oltre alla terapia cognitivo-comportamentale, le terapie di gruppo svolgono un ruolo complementare. Affrontano aspetti emotivi, psicosociali e comportamentali, che servono come strategie essenziali per rafforzare la resilienza dei pazienti, promuovere la ricostruzione dei legami sociali e supportare una gestione efficace e collaborativa delle sfide associate agli infortuni (Putton e Fortugno, 2006).

La terapia di gruppo aiuta le persone coinvolti all'osservazione di sé stessi e degli altri, e serve per la presa di coscienza delle difficoltà, ma anche è importante per favorire l'insorgere delle proprie risorse e possibilità. Oltre che permettere l'interazione e la socializzazione in un ambiente protetto delle regole e norme sociale (Mazzucchi, 2012).

Per esemplificare i programmi di riabilitazione focalizzati nella terapia di gruppo, saranno riportate in questo lavoro, gli interventi psico-educativi destinati alle persone con esiti di lesione cerebrale acquisite, intrapreso dell'Azienda Ospedaliera Nazionale "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo". Il progetto era costituito di 12 incontri (uno a settimana), con la durata di un'ora e mezza, durante tre mesi. I partecipanti sono stati i pazienti ricoverati in sistema di Day Hospital (6 pazienti) e sotto la consulenza alla SSA Psicologia. La diagnosi doveva essere gli esiti di grave cerebrolesione acquisita (GCA) trascorso un anno prima al progetto. Oltre a questo, c'erano i criteri di esclusioni e inclusione: i primi centravano con le patologie psichiatriche, pregressi deficit neurologici, demenza e per fine i gravi deficit sensoriali. Mentre il secondo i partecipanti dovevano essere coinvolti in programmi riabilitativi, vale a dire la riabilitazione cognitive, occupazionale e la fisioterapia. Infine, come metodologia di indagine prima e dopo trattamento, i partecipanti sono stati sottoposte a esame neuropsicologico, la somministrazione, sia al paziente che al caregiver, del protocollo *Patient Competency Rating Scale* (PCRS) sviluppato da Prigatano (1986). Per ogni incontro c'erano 2 gruppi coinvolti - Gruppo 1 - Consapevolezza Intellettiva: "*Come funziona la mia cognizione?*". L'obiettivo principale di questo gruppo è stato quello di promuovere la conoscenza metacognitiva sul proprio funzionamento cognitivo, aiutandoli a identificare risorse e difficoltà, aumentare la attenzione, memoria e funzioni esecutive, favorendo l'utilizzo di strategie funzionali nella vita quotidiana per una maggiore autonomia. Inoltre, rafforzare il coinvolgimento del paziente nel progetto riabilitativo, aumentandone la motivazione e la collaborazione. Gli incontri hanno trattato temi quali attenzione, memoria, funzioni esecutive, comunicazione ed emozioni.

Nel Gruppo 2. Consapevolezza Emergente: “Come mi comporto?”, l’obiettivo principale era quello di aumentare la consapevolezza personale attraverso la riflessione, l’osservazione e l’esperienza in situazioni interpersonali, esplorando i significati delle emozioni e le motivazioni per il recupero. Ha inoltre cercato di promuovere una maggiore partecipazione sociale e rafforzare la percezione di padronanza e auto-efficacia nei ruoli quotidiani. Alla fine, nell’incontro finale, tutti i partecipanti e le loro famiglie, hanno condiviso le sue esperienze, riflessioni e cambiamenti. La presenza dei familiari ha facilitato la condivisione delle conoscenze e rafforzato il significato degli aspetti trattati, contribuendo alla generalizzazione delle esperienze nel contesto riabilitativo.

Sarebbe opportuno, in ricerche posteriori, analizzare le interazioni tra questi interventi e la resilienza, con lo utilizzo della Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), in persone che hanno subito lesioni cerebrali acquisite, in particolare traumatismo cranio encefalico (TCE) e ictus.

3.3 Il ruolo delle famiglie nello sviluppo della resilienza in persone con lesioni cerebrali acquisite

Invulnerabilità o autosufficienza non sono sinonimi di resilienza poiché la resilienza è sostenuta dall’interdipendenza. La forza delle relazioni interpersonali è essenziale per traiettorie resilienti; perciò, sia il sostegno familiare che quello sociale sono elementi cruciali nel processo di riabilitazione, una volta che agiscono come un importante meccanismo di protezione. Inoltre, è fondamentale considerare l’impatto secondario della lesione nei familiari, rafforzando l’importanza della resilienza familiare, che coinvolge i processi di adattamento e coping del nucleo familiare nel suo complesso (Wash, 2003).

In uno studio condotto da Daniels e Bryan (2021), gli autori hanno applicato la regressione multipla gerarchica per indagare le relazioni tra trauma, ambiente familiare, coesione familiare e resilienza in 485 giovani adulti (18-35 anni) con diversi percorsi educativi ed esperienze traumatiche (figura 7). È stato riscontrato che livelli più elevati di traumi complessi sono associati a una minore resilienza. Tuttavia, coloro che hanno riferito ambienti familiari positivi e un’elevata coesione familiare prima dell’età adulta avevano maggiori probabilità di dimostrare resilienza, anche di fronte a esperienze traumatiche.

Variable	M	1	2	3	4	5	6
1. Resilience	7.40	—					
2. Low exposure	1.86	-.016	—				
3. High exposure	5.50	-.120*	-.505*	—			
4. No trauma	0.00	.127*	-.604*	-.367*	—		
5. Family environment	49.77	.378*	-.008*	-.259*	.253*	—	
6. Family cohesion	5.70	.352*	-.054	-.419*	.454*	.665*	—

Note. $N = 480$.

* $p < .01$.

Figura 7 – Intercorrelazione per le variabili principali (Daniels, Bryan, 2021)

CONCLUSIONE E PROSPETTIVE FUTURE

La resilienza gioca un ruolo fondamentale nel processo di recupero e riabilitazione delle persone che hanno subito lesioni, siano esse fisiche, neurologiche o psicologiche. Perciò, studiare la resilienza in queste popolazioni è fondamentale per comprendere come i fattori emotivi e cognitivi influenzano la capacità di adattamento e di far fronte ai cambiamenti imposti dalle condizioni di salute. Inoltre, lo studio della resilienza aiuta a identificare le lacune nelle attuali strategie riabilitative e fornisce informazioni sulla personalizzazione delle cure in base alle esigenze individuali.

I programmi che promuovono lo sviluppo della resilienza non solo potrebbero aiutare i pazienti ad affrontare le limitazioni derivanti dalle lesioni subite, ma riducono anche il rischio di condizioni quali depressione, ansia e isolamento sociale. L'analisi della letteratura mostra che questi interventi dovrebbero includere tecniche di ristrutturazione cognitiva, formazione sulle abilità sociali, strategie di coping gradualmente e supporto psicosociale, tutti volti ad aumentare la motivazione, l'autostima e il senso di controllo del paziente sul recupero.

Integrando approcci basati sulla resilienza nei programmi di riabilitazione, è possibile promuovere un processo di recupero più efficiente e sostenibile. In questo contesto un ruolo centrale è svolto dagli psicologi che operano nelle strutture riabilitative per persone con esiti di lesioni cerebrali acquisite. È essenziale che psicologi e riabilitatori abbiano conoscenza della letteratura scientifica e della rilevanza di una attenzione sistematica e teoricamente fondata sulla resilienza; siano in grado di accedere agli studi ed utilizzare i risultati della ricerca per migliorare le pratiche riabilitative; sappiano padroneggiare le tecniche di intervento, utilizzando strumenti adeguati che contribuiscono a favorire un recupero fisico ed emotivo più completo.

Per facilitare questo processo è necessario che un numero maggiore di studi esplori la relazione tra la resilienza e la riabilitazione, in particolare sull'impatto della resilienza su aspetti specifici della vita del paziente, ad esempio l'adattamento, l'inclusione e la partecipazione sociale, il benessere emotivo e funzionale.

BIBLIOGRAFIA

Beck, J. S (2021). *Terapia Cognitivo-Comportamentale: Teoria e pratica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021

Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

Bush BA, Novack TA, Malec JF, Stringer AY, Millis SR, Madan A. Validation of a model for evaluating outcome after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 Dec;84(12):1803-7. doi: 10.1016/s0003-9993(03)00367-8. PMID: 14669187.

Carati, F. (2024). Pattern di Resilienza, Prospettiva temporale e Adattabilità in adulti coinvolti in percorsi di riabilitazione neuropsicologica. <https://hdl.handle.net/20.500.12608/67975>

Cicerone, K.D., Azulay, J., & Trott, C. (2009). Methodological quality of research on cognitive rehabilitation after traumatic brain injury. *Archives of Physical Rehabilitation*, 90(1), 152-59.

Daniels, A. D., & Bryan, J. (2021). Resilience Despite Complex Trauma: Family Environment and Family Cohesion as Protective Factors. *The Family Journal*, 29(3), 106648072110007. <https://doi.org/10.1177/10664807211000719>

Furlan, L. (2024). Scuola e resilienza: una proposta da un consultorio. <https://hdl.handle.net/20.500.12608/51482>

Guerreiro, S. (2015). *Avaliação dos impactos de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica: medidas de ativação cerebral, funcionamento cognitivo, estabilidade emocional, funcionalidade e qualidade de vida*. Tese de Doutorado. Universidade do Porto.

Kumpfer, K.L., (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz e J. L. Johnsons (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptation* (179-224). New York: Academic Plenum.

La Marca, A., Festeggiante, M., Schiavone, S. (2014). Docenti precari: resilienza e promozione del benessere. *GIORNALE ITALIANO DELLA RICERCA EDUCATIVA*, 13, 115-130.

Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol.* 2000 Autumn;12(4):857-85. doi: 10.1017/s0954579400004156. PMID: 11202047; PMCID: PMC1903337.

Masten AS, Best KM, Garmezy N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev. Psychopathol.* 2(4):425–44

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238, doi: 10.1037//0003-066X.56.3.227.

Masten, A.S. (2014), Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Dev*, 85: 6-20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>

Masten AS (2021). Resilience of children in disasters: A multisystem perspective. *Int J Psychol.* Feb;56(1):1-11. doi: 10.1002/ijop.12737. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33325580.

Nelson LD, Temkin NR, Barber J, et al. Functional Recovery, Symptoms, and Quality of Life 1 to 5 Years After Traumatic Brain Injury: Findings From the TRACK-TBI Study. *JAMA Netw Open.* 2023;6(3):e233660. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.3660

Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 227-229, doi: 10.1037/0735-7028.36.3.227

Norvang OP., Dahl AE., Askim T. (2022). Resilience and its association with activities of daily living 3 months after stroke. *Frontiers in neurology.* Volume 13.

Putton A., Fortugno M. (2006), *Affrontare la vita. Che cos'è la resilienza e come svilupparla*, Carocci Faber, Roma.

Rauen, K., Reichelt, L., Probst, P. *et al.* Quality of life up to 10 years after traumatic brain injury: a cross-sectional analysis. *Health Qual Life Outcomes* 18, 166 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01391-3>

Rolland, J.S. (2012). Mastering family challenges in serious illness and disability. In Walsh, F. *Normal Family Processes* (4th ed. Pp. 452-482). New York: Guilford Press

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>

Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (Eds), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 651-678). New York: Cambridge University.

Santos-Vitti, L. ; Oliveira, k. S. ; Nakano, t. C. ; Dellazzana-Zanon, L. L. (2023). Resiliência e seu impacto na saúde e no desenvolvimento infantil. In: André Faro; Elder Cerqueira-Santos; Joilson Pereira da Silva; Julian Tejada. (Org.). *Pesquisas em psicologia, saúde e sociedade*. 1ed. São Paulo: Edições Concern, v. 1, p. 91-112.

Stanley, S., Sethuramalingam, V., & Pandian, S. (2018). Resilience: its nature and significance (A theoretical overview). *Indian Journal of Social Work*, 79 (1), 5-30.

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>

Valorio, P., Manfredi, V., Bassano, A., Cacciabue, L., Sterpone, R., & Montobbio, G. (2016). Assessment and treatment of emotional-behavioral disorders after traumatic brain injury (Cranial Encephalic Trauma): literature review and psychological interventions. *Working Paper of Public Health*, 5(1). <https://doi.org/10.4081/wpph.2016.9200>

Vieira, M. (2015). A resiliência em pessoas com lesão cerebral adquirida: estudo exploratório de percepções e significados inerentes à repercussão da lesão.

Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press.

Yunes, M.A.M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84, doi: 10.1590/s1413-73722003000300010.

Zhang W., Liu Z, Zhou L. (2020). Resilience is associated with post-stroke depression in Chinese stroke survivors. A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, Volume 273, pp. 402-409.

Zhang W., Liu Z, Zhou L. (2020). Resilience among stroke survivors: A cohort study of the 6 months. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 76, pp. 504-513.