



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia

e Psicologia Applicata – FISPPA

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico – Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

***Pattern di Resilienza, Prospettiva Temporale e Adattabilità in adulti coinvolti
in percorsi di riabilitazione neuropsicologica***

***“Patterns of Resilience, Temporal Perspective and Adaptability in adults
involved in neuropsychological rehabilitation programmes”***

Relatore

Teresa Maria Sgaramella

Laureanda: Francesca Carati

Matricola: 2048487

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

CAPITOLO 1

Gli esiti di cerebrolesioni acquisite: processi e risorse psicologiche nel percorso di adattamento ad una nuova condizione di vita

1.1 Il processo di adattamento successivo al danno neurologico: un modello dinamico di transazione socio-cognitiva

1.2 L'impatto del danno neurologico sulle risorse psicologiche

1.3 Risorse psicologiche e un approccio riabilitativo integrato

CAPITOLO 2

Il ruolo della resilienza nel costruire il proprio percorso di vita

2.1 Considerazioni concettuali sulla resilienza: la complessità del fenomeno come processo dinamico

2.1.1 Come definire la resilienza: l'evoluzione storica del costrutto

2.1.2 L'approccio sistemico allo studio della resilienza

2.2 Resilienza ed esiti di danni cerebrali e disabilità acquisite

2.3 Resilienza e riabilitazione neuropsicologica: uno sguardo alla ricerca

CAPITOLO 3

Orientamento temporale e progettualità futura

3.1 La prospettiva temporale: definizioni e prospettive di studio

3.2 Prospettiva temporale futura e benessere psicologico

3.4 Prospettiva temporale bilanciata: il contributo degli studi recenti

3.5 Il ruolo dell'esperienza del tempo nella psicopatologia

3.6 La prospettiva temporale in presenza di danni cerebrali e disabilità acquisite

3.7 Prospettiva temporale e riabilitazione neuropsicologica: uno sguardo alla ricerca

CAPITOLO 4

Risorse psicologiche ed esiti neuropsicologici in adulti coinvolti in percorsi riabilitativi intensivi: uno studio pilota

4.1 Quesiti di ricerca e obiettivi dello studio

4.2 Descrizione degli strumenti

4.3 Partecipanti e procedure

4.5 Analisi dei dati

4.6 Risultati

4.7 Il contributo dello studio

4.8 Sviluppi futuri

Introduzione

Gli esiti di una patologia neurologica acuta, ingravescente o progressiva possono riguardare un ampio spettro di alterazioni funzionali, tra cui cambiamenti fisici, cognitivi, emotivi e comportamentali con rilevanti ripercussioni sulle principali dimensioni della vita della persona. Il percorso di recupero funzionale delle proprie autonomie è un processo lento e dinamico in cui l'impiego di risorse psicologiche risulta indispensabile per avanzare nella nuova situazione, nel progredire degli obiettivi riabilitativi e ridefinire le proprie capacità al fine di ritornare ad una vita nel contesto della propria quotidianità. Questo processo di adattamento psicologico e di ricostruzione identitaria a seguito di una cerebrolesione acquisita costituisce un elemento rilevante e critico nell'ambito della neuroriabilitazione.

Sullo sfondo di questo lavoro troviamo un concetto di salute mutuato dalla psicologia positiva che non guarda solo ai deficit della persona, ma rivolge lo sguardo al funzionamento globale e alle potenzialità dell'individuo (Martz & Livneh, 2016). I costrutti di Resilienza e Prospettiva temporale futura sono dimensioni fondamentali per promuovere una qualità di vita per tutti, ma soprattutto per quelle persone, le cui condizioni di vulnerabilità potrebbero ampliare le incertezze sulla progettazione del proprio futuro e sulla capacità di riorganizzare positivamente la propria vita nonostante situazioni difficili.

È solo negli ultimi anni, che la psicologia sta prestando attenzione a comprendere i cambiamenti psicologici che coinvolgono la persona nell'ambito della neuroriabilitazione, producendo risultati importanti riguardo al ruolo protettivo che la resilienza e la prospettiva temporale svolgono nel processo di recupero e adattamento successivo ad una lesione cerebrale acquisita.

All'interno di questo quadro concettuale e sulla base delle evidenze empiriche finora riscontrate, il presente lavoro di tesi ha l'obiettivo di approfondire la comprensione dei pattern della resilienza e della prospettiva temporale che i pazienti con diversi gradi di danno neuropsicologico ascrivono a sé stessi e di evidenziare il potenziale ruolo delle variabili individuali e della funzionalità successiva alla diagnosi.

Nel presente lavoro verranno innanzitutto presentati i possibili effetti del danno neurologico sul funzionamento psichico, con riferimento alla natura multiforme e dinamica del processo di adattamento psicologico in questa specifica condizione; la rilevanza dell'approccio multidisciplinare nei programmi di riabilitazione olistici.

Vengono poi presentate le principali concettualizzazioni del costrutto della resilienza, evidenziandone la natura dinamica e complessa del processo secondo un approccio sistemico; il ruolo significativo della resilienza assunto nel contesto di adulti coinvolti in processi di neuroriabilitazione. Segue una analisi del costrutto della prospettiva temporale futura, gli sviluppi teorici che hanno permesso di ampliare la conoscenza sulle relazioni che intercorrono tra questo costrutto e una serie di esiti positivi in termini di benessere e adattamento.

Viene quindi descritto lo studio pilota che ha coinvolto 14 persone in riabilitazione intensiva con e senza esiti neuropsicologici. I risultati sottolineano l'importanza delle risorse psicologiche nella riabilitazione a seguito di una lesione cerebrale acquisita.

CAPITOLO 1

Gli esiti di cerebrolesioni acquisite: processi e risorse psicologiche nel percorso di adattamento ad una nuova condizione di vita

Nel seguente capitolo verranno discusse le principali evidenze empiriche in letteratura inerenti agli effetti degli esiti cognitivi e fisici sul funzionamento psichico delle persone colpite da una cerebrolesione acquisita, con particolare riferimento ai processi di adattamento e crescita post-traumatica che ne risultano perturbati. Successivamente, verrà discussa la rilevanza dell'approccio multidisciplinare, maggiormente informato dal punto di vista psicologico, assunto nei programmi di riabilitazione olistici; nel corso dei quali i pazienti sono chiamati ad investire le loro risorse psicologiche al fine di far fronte al percorso di recupero. Lo sguardo sarà maggiormente orientato alla natura multiforme del processo di adattamento e, al riguardo, sarà discusso un modello dinamico al fine di comprendere la varietà delle risposte emotive osservate nel corso di tale percorso.

1.1 Il processo di adattamento successivo al danno neurologico: un modello dinamico di transazione socio-cognitiva

La lesione cerebrale acquisita è una condizione neurologica cronica e debilitante che può causare conseguenze significative sulla vita e un rischio potenzialmente elevato di mortalità. La definizione della patologia comprende danni lievi o gravi al cervello causati da una lesione che si verifica dopo la nascita, in contrapposizione a disturbi genetici, congeniti, ereditari, degenerativi o disabilità dello sviluppo. L'eziologia della lesione cerebrale è complessa e multifattoriale e si distingue in base al nesso di causalità: lesioni cerebrali traumatiche se causate da cause esogene (ad es. traumi dovuti a incidenti, trauma

cranico, ecc.) e lesioni cerebrali non traumatiche se causate da fattori endogeni, come, ictus, tumori cerebrali, infezioni, ipossia, ischemica, encefalopatia, ecc. Tale patologia può provocare un'ampia gamma di alterazioni funzionali, tra cui i cambiamenti fisici, cognitivi, emotivi e comportamentali con conseguenti difficoltà personali, psico sociali e disadattamenti (Giustini et al., 2013; Jones et al., 2011). L'ampia varietà di sequele psicologiche e fisiche provocano diversi effetti coinvolgendo le principali dimensioni della vita della persona. Il recupero spesso richiede un processo di adattamento e ricostruzione attorno alla situazione della persona, rendendo tale processo un elemento critico nella riabilitazione e nel ritorno alla vita sociale. Ne consegue che supportare gli individui nel processo di adattamento psicologico alle conseguenze della lesione è uno degli obiettivi principali della riabilitazione delle lesioni cerebrali.

I pazienti riferiscono un'ampia varietà di risposte individuali a fronte delle mutate condizioni postume ad una cerebrolesione acquisita; alcuni trovano il processo di adattamento estremamente difficile, mentre altri lo affrontano bene; prevedere e comprendere l'adattamento successivo alla lesione cerebrale acquisita pone quindi delle domande e delle sfide all'interno dei contesti riabilitativi. La parola "adattamento" è spesso usata per caratterizzare una risposta positiva alla malattia cronica e talvolta è concettualizzata come un punto finale nel processo di guarigione di un paziente. Sebbene non sia stata accettata una definizione univoca di adattamento, Brennan (2001) lo ha definito come *"i processi di adattamento che si verificano nel corso del tempo mentre l'individuo gestisce, impara e si adatta alla moltitudine di cambiamenti che sono stati precipitati dalle mutue circostanze della sua vita"*. Altri autori definiscono l'adattamento psicologico come *"un internalizzazione affettiva del cambiamento nel proprio concetto di sé"* (Gracey et al., 2009; Brands et al., 2012). Tale definizione suggerisce che, piuttosto

che intendere l'adattamento psicologico come qualcosa che si è verificato o meno, potrebbe essere favorevole inquadrarlo come *“un processo fluido, mutevole, altamente individuale, all'interno del quale possono subentrare difficoltà e che non necessariamente si sviluppa in modo lineare”* (Michael Shonberger et al., 2014).

Uno studio recente, che descrive lo sviluppo dell'adattamento psicologico degli individui con trauma cranico durante il percorso di riabilitazione basata sulla comunità nel primo anno dall'infortunio, ha dimostrato come gli individui differivano tra loro significativamente per quanto riguarda il livello di adattamento psicologico sia all'inizio della riabilitazione e sia allo sviluppo temporale di esso. L'esperienza clinica dei ricercatori suggerisce come tale processo inizi man mano che si sviluppa la consapevolezza e gli individui apprendano di adattarsi ai propri limiti (Lisa Payne et al., 2021). La relazione tra un buon adattamento psicologico al trauma cranico e l'esperienza di una minore discrepanza tra lo stato funzionale attuale e lo stato funzionale desiderato dai partecipanti sembra essere un'importante fattore che contribuisce ad un buon adattamento. Sembra rilevante sottolineare che la relazione tra adattamento psicologico e lo stato funzionale era moderata dalla consapevolezza degli individui: il loro stato funzionale era maggiormente correlato ad un inferiore adattamento psicologico se il livello di consapevolezza circa le conseguenze degli infortuni risulta elevato. A tal proposito, Brands et al (2012) hanno sviluppato un modello di adattamento psicologico secondo il quale l'esperienza di una discrepanza tra obiettivi personali e prestazioni effettive si traduce in una risposta emotiva. Secondo tale modello, gli individui con una consapevolezza limitata delle conseguenze degli infortuni non percepiscono problemi con la propria prestazione e di conseguenza non percepiscono discrepanze tra i loro obiettivi e la loro prestazione effettiva. Allo stesso modo, in uno studio qualitativo dell'esperienza

di sé degli individui con trauma cranico condotto da Nochi (1998), uno dei temi emersi dalle interviste era un senso di perdita di sé rispetto al sé pre-infortunio. In linea con i modelli di adattamento psicologico sviluppati da Gracey et al. (2009) e Brands et al. (2012), diversi studi indicano che le discrepanze del sé sono legate al benessere psicologico. La ricerca attuale indica che gli individui con trauma cranico sperimentano un senso di discrepanza con sé stessi e tali discrepanze del sé sono legate all'adattamento psicologico. In un campione di individui con lesione cerebrale acquisita di eziologia mista, le discrepanze tra l'importanza degli obiettivi di vita e il loro raggiungimento erano significativamente associati a livello inferiore di benessere soggettivo (Doering et al., 2011).

Gli studi recenti, che hanno indagato le esperienze degli anziani durante la riabilitazione fisica a seguito di lesione cerebrale acquisita con l'intento di comprendere meglio il loro senso di benessere, hanno riscontrato che la maggior parte dei partecipanti ha espresso incertezza e ansia riguardo alla propria condizione attuale e al proprio futuro, con conseguenti difficoltà di adattamento alle loro vite cambiate. È utile sottolineare come questi studi rendono più tangibile il concetto di benessere mettendolo in relazione con il grado di adattamento alla nuova situazione e con il potenziale di creazione di un futuro per gli anziani che vivono con una lesione cerebrale acquisita. Essi concludono che il benessere delle persone anziane con esiti di danno neurologico è fortemente influenzato dalle difficoltà di adattamento e di avanzamento nella nuova situazione a causa di fattori intrinseci ed estrinseci. Gli impedimenti intrinseci includono la nostalgia per un sé precedente che non esiste più, il rimanere intrappolati nel passato piuttosto che fare progetti per il futuro, il senso di colpa per il peso che si percepisce per la famiglia e le caratteristiche individuali innate di passività e pessimismo. La condizione legata alla

lesione cerebrale traumatica ha esacerbato un senso di smarrimento nei confronti della loro vita passata, più attiva, che si confrontava in modo sfavorevole con le circostanze attuali, portando alla disillusione nei confronti del presente (Galvin, Todres, 2013). In altri casi, i partecipanti erano maggiormente orientati in un'ottica di recupero di potenzialità future, formavano obiettivi orientati al futuro per sopprimere i comportamenti di coping disadattivi (Chua et al., 2015). Infatti, gli individui che attraversano una fase di transizione nella loro vita sembrano considerare la loro condizione attuale come un passo inevitabile verso la loro futura guarigione, costruendo progetti futuri e mantenendo un forte senso di rinnovamento, dimostrando maggiori livelli di adattamento.

Gli impedimenti estrinseci comprendono un insufficiente sostegno familiare, le influenze culturali relative ai ruoli familiari e sociali, la struttura gerarchica e medicalizzata dei servizi di assistenza formale, la mancanza di personale adeguato e di accesso ai servizi sanitari e la privatizzazione dell'assistenza sanitaria. A tal proposito, le persone affette da una lesione cerebrale acquisita possono raggiungere un maggiore senso di benessere quando il passaggio dalla riabilitazione ospedaliera al domicilio porta un'integrazione riuscita nelle strutture familiari e sociali e alla creazione di una nuova normalità, con livelli il più possibile maggiori di autonomia e una narrazione di vita positiva che incorpora il passato ma se ne allontana in modo significativo verso una nuova presenza e un nuovo futuro. Tali ricerche dimostrano che le persone possano ridefinire le proprie capacità e le sfide che le malattie croniche creano e, così facendo, trovare nuove risorse per andare avanti, dando così energia per continuare a vivere una vita significativa e andare verso un futuro di speranza (Bernyzen et al., 2020; Flinterud et al., 2021). Tuttavia,

l'equilibrio tra il raggiungimento di un senso di benessere e il ritorno a uno stato di sofferenza risulta essere precario.

In sintesi, da una revisione della letteratura più recente sono emersi temi chiave in relazione alle difficoltà di adattamento a un nuovo senso di sé, al valore del supporto sociale e alla natura multiforme del processo di adattamento che incorpora molti fattori interni ed esterni.

Problemi inerenti labilità emotiva, ansia, rabbia e apatia sono comuni tra i sopravvissuti a seguito di una lesione cerebrale acquisita (Lincoln et al., 2011) ed influenzano negativamente le risposte dei pazienti alla riabilitazione e i risultati funzionali a lungo termine (Matsuzaki et al., 2015).

La ricerca sul funzionamento emotivo nei pazienti che hanno subito una lesione cerebrale acquisita si è concentrata principalmente sulla depressione post-ictus, riportando una prevalenza di oltre il 30% (Volz et al., 2016). Quest'ultima colpisce un terzo di tutti i sopravvissuti alla lesione cerebrale, aumenta il rischio di mortalità e ostacola il recupero funzionale (Pohjasvaara et al., 2001). In confronto all'ampia letteratura esistente che evidenzia la gamma di potenziali fattori di rischio per la depressione post-ictus (Sepehri et al., 2008; Gum et al., 2006) si riscontra una relativa mancanza di ricerca che modella il processo di adattamento post-ictus. Tylor, Todman e Broomfield (2011) hanno teorizzato un modello ciclico e dinamico per comprendere le risposte complesse e apparentemente imprevedibili che si verificano quando gli individui vengono a contatto con i cambiamenti che la lesione cerebrale comporta. Tale modello di adattamento di transazione cognitivo-sociale per la Stroke, mette in luce la gamma di esperienze individuali nel processo di adattamento e sembra rappresentare bene il processo di assunzione, disconferma, risposta intra- e interpersonale che si osserva nei sopravvissuti

all'ictus, suggerendo altresì la necessità nonché l'efficacia degli interventi psicologici in quest'area.

È più probabile che, cambiamenti significativi nelle capacità minaccino ruoli e presupposti precedentemente apprezzati; per tale motivo, la disparità tra i livelli di disabilità prima o dopo la lesione cerebrale è particolarmente importante per l'adattamento successivo all'evento di malattia. Tylor, Todman e Broomfield (2011) nel loro modello di adattamento di transazione cognitivo sociale per la Stroke propongono che diverse abilità siano fondamentali per la capacità di adattamento dei pazienti con ictus. Un deficit cognitivo che colpisce l'insight o la consapevolezza di sé, come si osserva nei pazienti anosognosici, può ridurre la capacità di un individuo di comprendere la propria esperienza dell'evento morboso e di impegnarsi in comportamenti che faciliterebbero l'adattamento. La natura e la gravità di tali deficit possono avere un'influenza significativa sull'adattamento post-lesione di un individuo: i pazienti sperimentano un maggiore disagio legato all'adattamento nei casi in cui la loro "consapevolezza intellettuale" rimanga intatta ma la consapevolezza anticipatoria sia compromessa. Al contrario, in alcuni casi estremi di anosognosia, la completa mancanza di consapevolezza delle esperienze di disconferma può comportare minori problemi di adattamento. Allo stesso modo, i deficit di attenzione, linguaggio, memoria o funzione esecutiva, che sono comuni a seguito di un danno neurologico, possono influenzare la capacità dei pazienti di elaborare e ricordare gli esiti dell'evento di malattia. Le stesse difficoltà emotive possono esacerbare i deficit cognitivi e complicare l'adattamento; infatti, la depressione è stata associata in modo indipendente a maggiori deficit cognitivi, come difficoltà di memoria, attenzione e problemi solving (Austin et al., 2001). In sintesi, la ricerca suggerisce che la natura, la gravità e l'impatto a lungo termine dei deficit

cognitivi post-lesione sono influenzati da una serie di variabili neurologiche e psicologiche.

Le risposte interpersonali rappresentano l'impatto dell'esperienza della lesione cerebrale su fattori comportamentali e sociali fondamentali (Tylor et al., 2011): l'attaccamento, i cambiamenti di ruolo (Dowswell et al., 2000), le interazioni sociali (Murray & Harrison, 2004) e le esperienze sanitarie hanno un significato rilevante per quasi tutti i pazienti. A tal proposito, risulta rilevante considerare che le risposte di coping di tipo cognitivo, emotivo, comportamentale e sociale siano dinamicamente e reciprocamente collegate e si verificano all'interno di un particolare contesto sociale, che influenzerà le strategie di coping e il successivo adattamento. Il modello di adattamento emotivo proposto dagli autori (Tylor, Todman, Broomfield, 2011) sottolinea l'importanza dei deficit cognitivi dei pazienti, delle risposte intra-interpersonali e dei modi dinamici in cui queste variabili interagiscono, considerando implicitamente l'adattamento come un processo in cui l'individuo è attivamente impegnato.

Nel tentativo di spiegare ulteriormente il complesso processo di adattamento, diversi studi qualitativi hanno rivelato una varietà di temi rilevanti per le esperienze di adattamento dei pazienti con ictus. I temi comuni includono la discontinuità tra identità e il senso di sé prima e dopo l'ictus (Carlsson, et al., 2009), l'inevitabilità delle difficoltà emotive (Carlsson et al., 2009) e i cambiamenti nelle relazioni, nella sessualità e nelle interazioni sociali (Murray, Harrison, 2004). In linea con la definizione di Brennan (2001), ciò suggerisce che l'adattamento può essere meglio concettualizzato come un processo continuo e dinamico piuttosto che come un processo a tappe.

I pazienti colpiti da una lesione cerebrale e le loro famiglie spesso osservano una chiara scissione tra il loro sé pre e post lesione (Dowswell et al., 2000; Murray et al., 2004). In

questi casi ci sono spesso ipotesi non confermate, che possono riguardare l'indipendenza e la capacità di gestire la propria vita. Le risposte maladattive intra-personali derivanti dalla disconferma del proprio mondo assuntivo possono includere pensieri catastrofici sulla guarigione, percezioni negative di sé, umore basso e ansia. Le risposte negative di coping interpersonale possono includere tentativi di mantenere i ruoli precedenti, ritiro sociale e riduzione dei livelli di attività; anche i deficit cognitivi che riguardano il funzionamento esecutivo possono contribuire all'inflessibilità cognitiva. Molto spesso i pazienti esprimono vissuti di frustrazione e depressione per i lunghi tempi del recupero; in tal caso, le precedenti ipotesi sulle tempistiche necessarie o sull'efficacia personale possono essere state disconfermate, provocando una serie di risposte intra e interpersonali, tra cui disperazione e rabbia. La paura delle recidive e l'ansia per la salute rappresentano un altro tema comune (Townend et al., 2006); queste ultime possono essere sostenute da ipotesi sulla ricorrenza della lesione cerebrale acquisita, sulla disabilità grave e sulla morte.

Brennan (2001) sintetizza l'impatto che la malattia può avere sulle relazioni di attaccamento, creando profondi cambiamenti nei presupposti e nei ruoli interpersonali. Le convinzioni sul cambiamento delle relazioni sessuali e dei ruoli familiari sembrano particolarmente importanti per l'adattamento di molti pazienti colpiti da ictus (Murray, Harrison, 2004). Anche le convinzioni sui ruoli sociali e sull'identità di genere possono contribuire ad aumentare l'ansia dei pazienti per i giudizi che gli altri potrebbero dare sulla loro disabilità. In questi casi, i pazienti spesso adottano strategie di evitamento comportamentale, isolandosi ulteriormente e compromettendo il proprio benessere emotivo. Nel considerare il contesto sociale in cui si verifica l'adattamento, sono importanti anche le ipotesi dei familiari e delle altre persone significative. Le persone

vicine al paziente possono inconsapevolmente rispondere e riflettere risposte negative di coping, come la negazione e l'evitamento. Inoltre, i membri della famiglia possono lottare per fare fronte alla stressante disconferma delle ipotesi sulle proprie relazioni e sui propri ruoli. Queste risposte familiari possono fornire un rinforzo involontario alle risposte di coping del paziente e complicare ulteriormente l'adattamento.

L'impatto emotivo dell'ictus è complesso e multifattoriale. Ci sono importanti considerazioni diagnostiche quando si valuta il disagio psichico legato all'adattamento; pertanto, è necessaria un'attenta valutazione per discriminare e vagliare le possibilità e i problemi individuali. Gli aspetti indicati dal modello possono essere utili per informare tale valutazione. Il modello indirizza infatti a considerare fattori come il funzionamento pre e post ictus, la gravità dell'ictus, il contenuto e la rigidità delle ipotesi, la scelta delle strategie di coping e l'accesso ai supporti sociali. Al contempo, sottolinea l'importanza di valutare i deficit cognitivi, come il livello di consapevolezza, nel considerare l'adattamento post-ictus. Infine, anche quando le sequele linguistiche, fisiche e cognitive dopo l'ictus sono minime, i pazienti devono elaborare i cambiamenti dei loro presupposti fondamentali per adattarsi. È possibile osservare come il modello ponga significativa rilevanza all'importanza clinica dell'incontro terapeutico, la quale non dovrebbe mai essere sottovalutata.

I risultati hanno delineato un quadro in cui la convivenza con la lesione cerebrale a lungo termine è un processo dinamico in cui vengono utilizzate diverse risorse per sostenere l'adattamento e migliorare la qualità della vita. Tuttavia, questo processo non è sempre fluido, in quanto possono esserci limitazioni, battute d'arresto o fallimenti nelle risorse ai tre livelli (risorse interne, sociali e societarie) che creano barriere e sfide all'adattamento psicologico.

Questi risultati illustrano l'importanza dei fattori psicologici nella riabilitazione a seguito di una lesione cerebrale acquisita ed evidenziano come l'enfasi sui risultati funzionali possa essere un ostacolo alla facilitazione del processo di adattamento psicologico. Ciò fornisce la giustificazione per un approccio olistico più informato dal punto di vista psicologico e ispira un ulteriore dibattito sull'importanza fondamentale dell'adattamento per far fronte al percorso di recupero (Vaghela, et al., 2023).

1.2 L'impatto del danno neurologico sulle risorse psicologiche

La prevalenza delle malattie cerebrovascolari è in aumento a livello globale con circa settantanove milioni di pazienti affetti da ictus in tutto il mondo nel 2016 (Vos et al., 2017). Con il calo dei tassi di mortalità (Organizzazione mondiale della sanità, 2018) e l'aumento dell'aspettativa di vita, un numero crescente di pazienti deve affrontare le conseguenze a lungo termine delle malattie cerebrovascolari sugli aspetti fisici, mentali e sociali: a seguito di una lesione al cervello, una miriade di funzioni corporee può essere compromessa con conseguenti danni fisici, cognitivi e psicosociali. L'insorgenza della lesione cerebrale rappresenta una sfida che mette a rischio la vita nel breve termine, seguita da un periodo di recupero funzionale associato alla riabilitazione. Gli esiti delle lesioni cerebrali sono molto eterogenei: la maggior parte degli individui guarisce completamente, ma un sottogruppo sostanziale sperimenta disabilità prolungate o permanenti in diversi ambiti (Chen et al., 2021). La durata e l'intensità degli esiti funzionali della lesione cerebrale dipendono da diversi fattori di rischio oltre alla gravità della lesione, tra cui il punto di impatto, l'età al momento della lesione, il genere e i problemi di salute co-morbosi.

Nell'ambito dei programmi di neuroriabilitazione, gli individui presentano postumi di lesioni devastanti o malattie che colpiscono il sistema nervoso centrale, tra cui lesioni cerebrali traumatiche, ictus, sclerosi multipla e tumori cerebrali. Oltre al significativo declino della funzione fisica che queste condizioni possono causare, si riscontrano specifiche difficoltà nella cognizione e nella regolazione emotiva che interrompono il funzionamento quotidiano. La lesione cerebrale è associata comunemente a compromissione del funzionamento esecutivo, irritabilità, depressione e difficoltà di partecipazione sociale (Wardlaw et al., 2018); un aumento di tassi di labilità emotiva, ansia, depressione e scarse capacità di comunicazione sono tutti esiti comuni dopo una lesione cerebrale (Liman et al., 2011). Una cerebrolesione acquisita causa una gamma di disabilità fisiche e cognitive più ampia di qualsiasi altra patologia cronica; le conseguenti disabilità possono avere un profondo impatto sulla salute mentale dei pazienti, sulla loro qualità di vita e su quella dei loro familiari (Moretta et al., 2014), alterandone in modo drastico lo stile di vita, i ruoli sociali e familiari. In parte, tali esiti rappresentano una diretta conseguenza delle alterazioni neurobiologiche e neuro-funzionali causate dalle lesioni cerebrali (Wilson et al., 2017): un danno alle regioni frontali, ad esempio, produce effetti sul piano affettivo e comportamentale, oltre che cognitivo (Wilson et al., 2017). La presenza di deficit cognitivi multipli o specifici, insieme con eventuali alterazioni del comportamento e della sfera emotivo-relazione, hanno marcati effetti sul percorso di vita e sulle rappresentazioni di sé, con implicazioni negative sul senso d'identità e sul sentimento di sé. Lo studio di tali problematiche, nelle ultime decadi, ha ricevuto sempre maggiore attenzione ed i contributi empirici derivanti sia da studi quantitativi che qualitativi hanno contribuito a far luce su aspetti chiave in questo campo (Badle et al., 2016; Onsworth et al., 2014; Bryson-Campbell et al., 2013).

Alcuni dei cambiamenti più duraturi a seguito di una cerebrolesione hanno a che fare con l'esperienza del corpo, del sé, dell'identità e delle relazioni (Moretta, 2022). Studi che si sono avvalsi di metodi qualitativi hanno affrontato la questione del senso che le persone danno a sé stesse dopo una lesione cerebrale (Gracey, et al. 2014) evidenziano in particolare l'impatto che la convivenza con le difficoltà implicate rappresenterebbe una sfida maggiore per l'identità. Si è infatti riscontrato che per un periodo prolungato, il sopravvissuto ad una lesione cerebrale lotta con i diversi cambiamenti corporei, emotivi e mentali nel tentativo di trovare un nuovo senso di sé. Per alcuni, ciò si basa principalmente sul confronto tra sé e la vita precedente all'insorgenza della patologia, insieme al desiderio di tornare alla vita precedente, ma sperimentano anche la frustrazione nei confronti di sé stessi e dei progressi lenti. Per altri, questa sfida si trasforma in parte di un processo di cambiamento, in cui si negozia una nuova identità in relazione alle capacità modificate. Il processo di transizione da un'identità precedentemente detenuta all'emergere di una rinnovata identità di sé dopo un ictus può comportare processi di riflessione sulla comprensione di sé che richiedono tempo e fatica (Ellis-Hill et al. 2000). Gli studi qualitativi hanno utilizzato un approccio narrativo per comprendere il recupero all'interno del concetto più ampio di cambiamento di vita nei pazienti che derivavano da una serie consecutiva di ricoveri ospedalieri a causa di un ictus. L'impatto emotivo dell'esperienza di una lesione cerebrale è stato descritto come una "reazione catastrofica" del funzionamento nel mondo (Goldstein, 2014), una rottura nella vita quotidiana con cui l'individuo deve relazionarsi, inaspettata e travolgente; una separazione critica che produce nei sopravvissuti la percezione di un'esistenza estranea; essa ha anche un'influenza significativa sul temperamento personale, sulle capacità, abilità, attività, ruoli e relazioni sociali e sull'identità personale. L'identità delle persone colpite da ictus

è costruita su narrazioni di cambiamenti drastici, senso di perdita di sé e delle proprie capacità e come questi aspetti portino con sé implicazioni pragmatiche in termini di disagio e inefficacia in diversi contesti di vita (Faccio et al., 2023). È possibile parlare di “perdita di sé” analizzandola in tre dimensioni: la perdita di una chiara conoscenza di sé (ad esempio, attraverso la perdita di memoria), la perdita di sé attraverso il confronto (ad esempio, tra sé prima e dopo la lesione) e la perdita di sé agli occhi degli altri.

L'identità di sé è strettamente influenzata dai pensieri e dai sentimenti di una persona nei confronti di sé stessa e dal senso di sé che deriva dall'interazione con gli altri e con l'ambiente. L'esito dell'ictus dipende in parte sia dalla neuropatologia e sia dalle caratteristiche precedenti all'ictus (età, sesso, salute, occupazione, capacità cognitive, fisiche e risorse sociali), dai fattori psicologici (personalità, strategie di coping, motivazione e obiettivi) e dall'ambiente sociale (accesso a risorse di supporto fisico, finanziario, informativo e sociale). Tenendo conto di ciò, dopo l'ictus l'identità di sé può essere influenzata in innumerevoli modi ed è continuamente costruita e verificata dalle esperienze e dalle percezioni delle attività. A tal riguardo, un supporto adeguato da parte della famiglia, degli amici e della comunità è risultato importante per la capacità dell'individuo di superare le sfide emotive e per il reinserimento nella comunità durante il primo anno (Walsh et al., 2015). Per i professionisti è importante vedere l'individuo nel contesto della sua famiglia, dei parenti stretti e della società circostante. L'intero processo di ridefinizione dell'identità di sé sembra aver luogo in tutte le situazioni interattive in cui l'individuo è coinvolto, sia durante che dopo il ricovero. Inoltre, l'impegno in attività significative e apprezzate scelte da sé può sostenere la ricostruzione del "nuovo" sé, ma non tutti i sopravvissuti all'ictus possono riuscire a trovare il loro "nuovo" sé durante il primo anno dopo l'ictus. Uno studio ha concluso che il processo centrale di adattamento

è la ricostruzione di un'identità occupazionale (Waldner & Molineux, 2017), ossia una visione positiva di sé come persona in grado di impegnarsi in attività significative e apprezzate per sostenere la ricostruzione del "nuovo" sé da parte dei sopravvissuti all'ictus. Fare attività per familiarizzare con il nuovo corpo è in sintonia con il filosofo Merleau-Ponty, che ha affermato che il corpo viene sperimentato da una prospettiva interna. Solo quando svolgiamo delle attività facciamo esperienza e diventiamo consapevoli dei limiti corporei (Merleau-Ponty, 2002).

Una varietà di studi rivolge lo sguardo all'esperienza e alla percezione fondate sul corpo indicando la necessità di descrivere come esso viene percepito. Infatti, un'attenzione particolare è dedicata al corpo da tutti coloro che sperimentano una malattia, una lesione o un'alterazione della capacità di funzionamento. Per le persone che hanno subito una lesione cerebrale, i cambiamenti corporei sembrano costituire un tema prioritario nei primi mesi dopo l'insorgenza della patologia (Palesen, 2015). Nel periodo che va da circa due a sei mesi dopo l'ictus, l'attenzione è rivolta maggiormente al modo in cui il corpo funziona e alla ricerca di nuovi modi per affrontare le azioni quotidiane. Il corpo diventa qualcosa di estraneo e separato dal sé e questa nuova esperienza di scissione tra sé e il corpo sembra essere il fulcro della vita per almeno un anno (Ellis-Hill et al. 2000). A tal riguardo, l'approccio fenomenologico propone che, nella riabilitazione dopo un ictus, sia opportuno considerare il corpo come due sistemi diversi ma strettamente correlati: l'immagine corporea e lo schema corporeo, dove l'immagine è un sistema di atteggiamenti percezioni e credenze relative al proprio corpo, e lo schema corporeo consiste in un sistema di capacità sensoriali e motorie che funzionano sia con che senza consapevolezza. Normalmente, questi due sistemi interagiscono e si coordinano, ma quando si verifica un danno cerebrale, essi possono essere influenzati in modi diversi. Inoltre, tale attenzione

diventa ancora più marcata quando gli individui sono sottoposti a trattamenti medici in cui il corpo viene esaminato misurato e valutato. Per coloro che hanno subito un ictus, questo può essere amplificato se sono sottoposti a trattamenti da parte di professionisti in cui i loro arti paralizzati sono maneggiati come oggetti o manipolati e controllati attraverso il trattamento (Palesen, 2015). Pertanto, è stato proposto che l'identità di sé e il corpo si plasmino a vicenda: il corpo è al contempo sia un oggetto e sia un soggetto; gli esseri umani non sono solo capaci di movimenti e funzioni diverse attraverso i processi corporei ma essi stessi costituiscono quei processi.

Il processo di definizione di identità di sé deve quindi essere visto come un'area centrale nella riabilitazione dell'individuo delle sue situazioni specifiche e come obiettivo a lungo termine. Considerando il corpo come fondamento dell'identità di sé diventa significativo indagare come la riabilitazione dopo la lesione cerebrale possa contribuire al processo di costruzione di un'identità positiva di sé.

1.3 Risorse psicologiche e un approccio riabilitativo integrato

Il concetto di riabilitazione implica l'interazione di molti fattori: i deficit specifici della lesione cerebrale interagiscono con l'effetto dell'evento traumatico improvviso e con le caratteristiche pregresse e il funzionamento premorboso. Allo stesso tempo, la disponibilità di molte risorse sia interne che esterne all'individuo predispongono al recupero. Ugualmente, il disagio psichico del paziente è considerato una manifestazione di sofferenza psicologica sulla quale intervengono numerosi fattori individuali e biopsicosociali quali, la struttura di personalità premorbosa, l'eventuale perdita irrisolta, lo stile di attaccamento, le strategie di adattamento, la localizzazione della lesione emisferica, le condizioni cliniche, lo stile di vita precedente, le strutture familiari e la rete

sociale. Una diagnosi precoce e trattamenti riabilitativi integrati, combinati con un sostegno individuale, facilitano la riorganizzazione del sé del paziente attraverso una relazione di supporto e interattiva in accordo con l'equipe riabilitativa (Gestieri, et al. 2019). Un approccio alla comprensione della riabilitazione dopo una disabilità acquisita è costituito dal modello del filo della vita. Un ictus è un cambiamento di vita improvviso e drammatico, *“un'esperienza intensamente personale che comporta la ricostruzione e la ristrutturazione del mondo di un individuo”* (Burton, 2000), la ricerca psicologica narrativa esplora l'effetto dell'acquisizione di una disabilità cronica sulla vita e sull'identità. A fronte di una disabilità acquisita, le persone non affrontano solo sfide fisiche o dolore, ma anche importanti difficoltà e sfide psicologiche ed esistenziali al loro senso di sé. Negli ultimi trent'anni, i ricercatori delle scienze psicologiche e sociali hanno posto sempre maggiore attenzione sul significato e sull'esperienza delle condizioni di malattia invalidante e sulla negoziazione di sé e dell'identità nella vita quotidiana. La ricerca ha dimostrato che il senso di coerenza e di prevedibilità viene messo in discussione quando una persona si trova ad affrontare una diagnosi di una condizione medica a lungo termine. Le persone entrano in un mondo che viene vissuto come sconosciuto, le regole abituali che guidano il comportamento e l'azione vengono meno; questa condizione di interruzione biografica si verifica nell'ictus. L'identità attuale è il risultato della creazione di una storia di vita e che la creazione di un ordine narrativo è essenziale per dare alla propria vita un senso di significato e di direzione (McAdams, 1990). Pertanto, la nostra realtà sociale è costituita da come vediamo la nostra storia di vita nel suo passato, presente e futuro. Da questo lavoro psicologico e sociologico è derivato un modello discorsivo, la cui metafora è costituita dai fili della vita, che rappresentano le storie o i filoni delle persone stesse che creano e ricreano nel corso della vita. I fili della vita o le storie aiutano

a creare una vita passata e futura, creando un senso dell'identità, della situazione e delle possibilità future dell'individuo. Secondo tale approccio, l'identità e il senso di sé non sono fissi all'interno di una persona ma vengono creati e ricreati tra le persone. La continuità è essenziale per il benessere psicologico e l'integrazione personale e per far sì che un individuo si percepisca come un'unica persona, nonostante i cambiamenti e le interruzioni durante il ciclo di vita. Tale processo dà fiducia nel futuro, con l'ipotesi che il mondo continuerà ad andare avanti. Il modello del filo della vita suggerisce che i processi di riabilitazione non sono solo fisici e che sono coinvolti anche processi psicologici e sociali (Ellis-Hill et al. 2008).

Un approccio centrato sul paziente è considerato essenziale nella neuroriabilitazione; esso implica il riconoscimento dell'individuo con lesione cerebrale come una persona unica, con esperienze, valutazioni e reazioni multidimensionali; al contempo, tale approccio valorizza l'importanza nella riabilitazione di migliorare la qualità della vita e aumentare la soddisfazione e lo sviluppo post-traumatico.

Diverse evidenze empiriche suggeriscono che il risultato della riabilitazione può essere migliorato se gli individui con una lesione cerebrale acquisita vengono supportati nel loro processo di gestione delle conseguenze della lesione, non solo a livello funzionale, ma anche in termini di revisione del proprio concetto di sé e crescita personale. Pertanto, viene indicata la necessità di approcci riabilitativi flessibili che supportino gli individui nel loro processo di cambiamento.

Le fondamenta di questa cornice di lavoro sembrano trovarsi nel continuo dialogo tra la teoria e la pratica della psicologia con il campo della riabilitazione neurologica. La maggior parte della letteratura ha esplorato le sfide, gli effetti duraturi e l'impatto significativo della lesione cerebrale traumatica sulla vita, sulla percezione di sé e

sull'integrazione sociale degli individui (Abrhamson et al., 2017; Jones et al., 2022; McPherson et al., 2017).

Diversi studi hanno esaminato l'impatto negativo delle esperienze di riabilitazione di questi individui, come l'esautorazione, la mancanza di controllo, la comunicazione inefficace, la perdita di ruoli e attività di valore, la stigmatizzazione e l'isolamento sociale. Tuttavia, vale la pena notare che solo un numero limitato di studi ha esplorato l'impatto sulle risorse psicologiche e sull'adattamento nel corso della riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero.

Un'area del processo riabilitativo che spesso gli specialisti riconoscono come la più difficile da influenzare positivamente è il funzionamento psicosociale. Le ricerche più recenti sottolineano l'importanza del sostegno emotivo e pratico della famiglia nel recupero fisico ed emotivo delle persone anziane; il sostegno dei familiari crea un senso di parentela e di appartenenza per i partecipanti, favorendo un senso di sicurezza e di unione che funziona a livello terapeutico. Inoltre, la letteratura afferma che il supporto emotivo, il sostegno familiare e un ambiente sociale stimolante possono facilitare l'adattamento degli anziani alla loro nuova realtà dopo una lesione cerebrale acquisita, contribuendo così con successo alla loro riabilitazione, riducendo l'impatto negativo sulla lesione e promuovendo un senso di benessere (Lafiatoglou et al., 2022).

È nell'ambito di programmi riabilitativi multidisciplinari che è possibile affrontare sia le difficoltà cognitive e sia emotive, con obiettivi di trattamento volti a migliorare la capacità funzionale (neuromotoria), l'indipendenza e la conseguente qualità della vita delle persone. I dati riportati dalle ricerche in letteratura suggeriscono che può non essere sufficiente limitare l'intervento riabilitativo esclusivamente al miglioramento delle capacità cognitive e motorie perché è necessario che la persona costretta ad affrontare le

conseguenze di una lesione celebrale sia accompagnata, da guide esperite, nel difficile e complesso cammino che va dalla fase degli esiti alla ripresa di un percorso di vita soddisfacente. Alcuni autori hanno definito questo auspicabile obiettivo come “*ricostruzione identitaria*” (Feenet et al., 2010; Ylvisaker et al., 2008), la quale consiste nel ristabilire il proprio senso di sé e del proprio posto nel mondo. Attraverso l’attuazione di tale processo, coloro che sono in grado di formare un senso di sé che sia contemporaneamente realistico e adattivo hanno maggiori probabilità di sperimentare un adattamento positivo a lungo termine. Per la maggior parte dei pazienti colpiti da cerebrolesione acquisita, questo processo implica il raggiungimento ed il mantenimento dell’equilibrio tra conservazione (cioè la continuità del sé) e cambiamento (cioè la discontinuità del sé). La continuità si ottiene spesso nel corso della riconnessione con i propri valori, attività, reti e ruoli sociali, molti dei quali sono strettamente legati alla propria auto-comprensione (Haslam et al., 2008; Turner et al. 2009); è possibile anche ridefinire positivamente sé stessi formando nuove priorità e interessi, i quali possono ripristinare l’autostima e aumentare i propri livelli di soddisfazione nelle diverse dimensioni di vita. Secondo tale prospettiva, la ricostruzione identitaria, rappresenta la pietra angolare della riabilitazione neuropsicologica con un approccio multidimensionale o dei programmi multidisciplinari basati su interventi che integrano la riabilitazione cognitiva e gli interventi di psicoterapia all’interno di un ambiente terapeutico strutturato e di supporto (Wilson et al., 2009). A tal proposito, è importante sottolineare che tutte le forme di riabilitazione, si focalizzano sulla riduzione dei livelli di disabilità e sul conseguente aumento dei livelli di autonomia, di fatto contribuiscono alla ricostruzione identitaria e alla riduzione dei livelli di distress psicologico.

In conclusione, il lavoro sul senso di sé rappresenta un obiettivo a lungo termine in cui molti ambiti si uniscono al fine contribuire a un senso generale di benessere e soddisfazione per la vita. Quanto descritto evidenzia l'importanza di individualizzare il trattamento, di definire gli obiettivi reciproci, il valore della relazione terapeutica e l'importanza del coinvolgimento dei familiari nel percorso riabilitativo. Inoltre, mette in luce l'interazione tra lo sfondo personale (livello socioculturale, ambiente familiare, riserva cognitiva), la gamma di risposte emotive al trauma (stile di coping e aspetti di personalità) e le conseguenze (deficit conseguenti) ed è in linea con le raccomandazioni della *Cognitive Rehabilitation Task Force (CRTIF)* per la riabilitazione multidimensionale delle persone con trauma cranico, e consente un buon livello di validità ecologica.

Non esiste una base teorica unica e chiaramente definita per la riabilitazione dopo una lesione cerebrale; tuttavia, le evidenze scientifiche nel campo della riabilitazione delle lesioni cerebrali continuano ad emergere, consentendo approcci innovativi diversificati al trattamento e al supporto. Nonostante la mancanza di un approccio unico, esiste un consenso generale tra i professionisti sul fatto che la riabilitazione in questi contesti dovrebbe seguire un *modello bio-psico-sociale olistico*. I ricercatori confermano l'importanza di un modello combinato di riabilitazione, proponendo un passaggio dalla comprensione della malattia esclusivamente come condizione fisiologica per includere l'esperienza di un individuo con questa patologia. L'approccio olistico può essere definito come riconoscimento della relazione dinamica tra la persona e il suo ambiente: non sono solo i fattori biomedici o sociali ed essere rilevanti, ma piuttosto l'inclusione e l'interrelazione di tutti gli aspetti del funzionamento dell'individuo per migliorare i risultati riabilitativi. I punti di forza del quadro olistico riguardano principalmente

l'adattabilità ai bisogni della singola persona e la flessibilità di applicazione degli approcci creativi all'assistenza sanitaria; esso richiede ai professionisti di lavorare in modo interprofessionale in un contesto sanitario complesso, riconoscendo le sfide fondamentali, sia psicologiche che fisiche, del cambiamento corporeo, condividendo conoscenze e risorse disciplinari ma sviluppando una visione condivisa dei bisogni e degli obiettivi della persona coinvolta nel processo di recupero a seguito di una cerebrolesione acquisita. Inoltre, diversi studi sottolineano l'importanza di orientare lo sguardo al significato della disabilità fisica nella vita di un individuo e di conseguenza pianificare interventi più personalizzati, creando un senso di temporalità e coerenza in un mondo incerto, consentendo agli individui di imparare dal proprio passato e di prevedere aspetti del proprio futuro.

CAPITOLO 2

Il ruolo della resilienza nel costruire il proprio percorso di vita

Nel seguente capitolo verrà introdotto il costrutto della resilienza psicologica, presentando inizialmente alla storia della resilienza, nello specifico a come si sono evolute le definizioni nel tempo, per poi prendere in esame gli approcci più recenti che colgono la complessità del processo da un approccio sistemico teorico ed applicativo. Successivamente seguirà una presentazione panoramica dell'attuale ricerca sul significato nonché il ruolo della resilienza assunto in ambito neuro-riabilitativo negli adulti mediante studi tratti dalla pratica clinica, con particolare riferimento ai determinanti più comunemente associati alla promozione della resilienza tra gli adulti coinvolti in processi di riabilitazione a seguito di una cerebrolesione acquisita. Infine, saranno discussi i più recenti approcci alla valutazione e all'intervento che promuovono la resilienza nell'ambito riabilitativo specifico indagato.

2.1 Considerazioni concettuali sulla resilienza: la complessità del fenomeno come processo dinamico

La capacità di affrontare e crescere sulle esperienze negative, ovvero di superare esperienze potenzialmente traumatiche è un fiorente campo di studio con importanti implicazioni teoriche e pratiche per le scienze della salute. Negli ultimi quattro o cinque decenni, il concetto di resilienza è stato ripreso da molte discipline diverse. Tuttavia, tale costrutto risulta essere relativamente nuovo nel campo della psicologia e indagini specifiche sull'argomento indicano che la complessità e la versatilità intrinseca nella sua concettualizzazione richiedono una valida attenzione, suggerendo al contempo come la sua ampia portata concettuale abbia reso difficile pervenire ad un'unica definizione.

Sebbene alcuni studiosi abbiano messo in luce che l'obiettivo potrebbe non essere quello di concordare su un'unica definizione di resilienza ma di concettualizzarla a seconda del contesto (Southwick, Bonanno, Masten, Panter, Yehuda, 2014); tuttavia, ad oggi sembra mancare una definizione di resilienza che sia scalabile tra diverse discipline e livelli di analisi. Eventi avversi potenzialmente traumatici possono produrre un disagio più o meno profondo, fino allo sviluppo di sintomatologie invalidanti. La Resilienza prende in considerazione la reazione di soggetti e sistemi a tali avversità potenzialmente distruttivi o traumatici. Il termine resilienza comprende quindi traiettorie alternative ed evolutive che si discostano dagli esiti disadattivi dopo l'esposizione alle avversità; non solo si riesce a fare fronte ma addirittura a dare avvio a un'evoluzione positiva (Magrin et al. 2006; Bertetti, 2008). Nel tentare di definire la resilienza, è importante specificare se essa viene vista come un tratto, un processo o un risultato, e spesso si è tentati di adottare un approccio binario nel considerare se la resilienza è presente o assente. In realtà, però, è più probabile che esista un continuum che può essere presente in misura diversa in più ambiti della vita (Pietrzak, Southwick, 2011).

Nonostante i molteplici significati che la resilienza ha assunto nel corso della sua evoluzione storica e culturale, la maggior parte delle definizioni in letteratura mettono in luce gli elementi trasversali presenti nelle stesse, permettendo così di giungere ad ampia definizione del costrutto. Nello specifico, le diverse definizioni condividono un focus sulla natura dinamica, sfaccettata e multidimensionale della resilienza e mettono altresì in discussione l'idea che essa sia caratterizzata dall'assenza di danni funzionali o di psicopatologia in seguito a eventi altamente avversi; inoltre, il meta-messaggio implicito tra le diverse definizioni consiste nella considerazione che l'espressione del trauma non produce solo patologia.

L'American Psychological Association (2014) definisce la resilienza come *“il processo di adattamento positivo di fronte alle avversità, ai traumi, alle tragedie, alle minacce o a fonti significative di stress”* (paragrafo 4, APA, 2014). Pur essendo utile, questa definizione non riflette la natura complessa e dinamica della resilienza, la quale include una serie di fattori biologici, psicologici, sociali e culturali che interagiscono tra loro per determinare il modo in cui rispondere alle esperienze stressanti. La resilienza può cambiare nel tempo in funzione dello sviluppo e dell'interazione con l'ambiente; infatti, la risposta allo stress e al trauma avviene nel contesto di interazioni con altri esseri umani, risorse disponibili, culture e religioni specifiche, organizzazioni, comunità e società. Ognuno di questi contesti può essere più o meno resiliente di per sé e, quindi, più o meno capace di sostenere l'individuo.

La resistenza raffigurata come la possibilità di non sviluppare mai sintomi alle avversità non è affatto la stessa cosa che avere sintomi e riprendersi; in tal senso, la resilienza è meglio identificabile come un processo di avanzamento e di non ritorno; dunque, l'idea di andare avanti risulta essere una componente importante di tale costrutto. Southwick (2014) sottolinea la qualità multidimensionale della resilienza, suggerendo che la sua definizione implica: *“una reintegrazione di sé che include uno sforzo consapevole per andare avanti in modo positivo e integrato, come risultato delle lezioni apprese da un'esperienza negativa”* (Southwick, et al., 2014); pertanto, nell'analisi della resilienza risulta necessario prendere in considerazione più domini della vita, rispetto ai quali gli individui di solito variano per quanto riguarda il loro funzionamento. Analogamente, Panter-Brick definisce la resilienza come *“processo di sfruttamento delle risorse per sostenere il benessere”* (2014); egli spiega che la parola *processo* implica la concettualizzazione della resilienza non solo come attributo o capacità; mentre

l'espressione "*sfruttare le risorse*" pone nella condizione di identificare quali sono le risorse più importanti e, infine, l'espressione *benessere* testimonia il fatto che la resilienza va oltre una definizione ristretta di salute o di assenza di patologia. È importante riconoscere che, la resilienza è un costrutto complesso e sfaccettato che può avere un significato specifico per un particolare individuo, famiglia, organizzazione, società e cultura e che dipende dal contesto. Al tal riguardo, gli individui possono essere più resilienti in alcuni ambiti della loro vita rispetto ad altri e durante alcune fasi della loro vita rispetto ad altre.

Poland (2014) definisce la Resilienza come "*la possibilità del proprio sé di andare in pezzi e di lasciarsi modificare in modo significativo senza perdere il proprio essenziale senso di sé*". Sulla stessa linea di pensiero, Thanopoulos (2021) descrive la Resilienza come "*la capacità dell'essere umano di resistere ed evolversi anche in situazioni traumatiche*" evidenziando come il piacere e il senso del vivere non coincidano nell'equilibrio ma nella sua dialettica perpetua con la destabilizzazione, in tal senso le persone diventano resilienti a seguito di un'esperienza traumatica; al contrario, un apparato psichico totalmente omeostatico, chiuso in sé stesso, intento solo a sopravvivere alle esperienze traumatiche senza alterarsi rischia di reprimere il proprio funzionamento e ridurre il proprio spazio. Dunque, la resilienza può essere intesa come un processo trasformativo che implica la riconfigurazione/ destabilizzazione costante di ogni equilibrio. La maggior parte dei recenti studi in letteratura concordano sulla nozione di resilienza come processo; si tratta, infatti, di una capacità di sopravvivenza, correlata strettamente sia alle capacità intrapsichiche e sia alle esperienze emotive che l'individuo vive attraverso le molteplici interazioni con il proprio ambiente di vita. È pensabile, dunque, come un processo interattivo, con le caratteristiche intra-individuali della

persona, i fattori interpersonali e, infine, con il proprio contesto socio-ecologico. Questo cambio di paradigma nella concettualizzazione della resilienza ha indirizzato i ricercatori ad applicare quanto appreso sui processi che influenzano lo sviluppo della resilienza (Bonanno et al., 2015; Kalish et al., 2017; Chmitorz et al., 2018) per indirizzarla come esito clinico.

2.1.1 Come definire la resilienza: l'evoluzione storica del costrutto

La resilienza è stata concettualizzata come un costrutto ampio e multidimensionale che incapsula concetti relativi a modelli positivi di adattamento nel contesto della avversità. Il lavoro iniziale sulla resilienza si è concentrato sulla descrizione delle qualità personali resilienti come l'autostima, l'autoefficacia, il benessere soggettivo, l'ottimismo, la fede e l'autodeterminazione. Più recentemente, la psicologia positiva ha contribuito all'idea che il rafforzamento degli attributi adattivi può aiutare gli individui a prosperare; pertanto, l'attenzione si è concentrata sulla scoperta di processi legati alle qualità resilienti, inclusa la capacità di adattarsi alle avversità, far fronte, mantenere una prospettiva positiva, appattare adattamento positivi, mantenere la funzione durante eventi stressanti e perseguire obiettivi dopo un evento traumatico. Oltre ai fattori personali, anche i fattori ambientali svolgono un ruolo fondamentale nella resilienza, essi costituiscono il contesto della vita della persona all'interno del quale affrontano le avversità e tentano di superarle e includono relazioni di sostegno, risorse familiari e comunitarie. Alcune ricerche suggeriscono che la resilienza non ha un impatto unitario e può esercitare la sua influenza attraverso un continuum di adattamento.

Il significato iniziale del termine è stato trasposto dall'ambito delle scienze fisiche come la capacità di un materiale modificato nel suo equilibrio, a causa di una forza esterna, di

tornare senza alterazioni permanenti allo stato precedente alla modificazione; il suo uso è stato successivamente esteso nel campo della psicologia per definire la capacità di reagire a traumi e difficoltà ambientali in modo da ritrovare l'equilibrio psichico perduto. Secondo un approccio binario, la resilienza si definì come un tratto statico e stabile all'interno degli individui, riflesso della resistenza o del recupero alla psicopatologia, sia spontaneamente che nel corso del trattamento (Cicchetti et al., 2020). In tal senso, la resilienza era pensata come un elemento innato della personalità, in quanto un individuo nasceva con una predisposizione alla resilienza o non era "programmato" per gestire l'esposizione ad eventi avversi (Grafton et al., 2010; Chmitorz et al., 2018); pertanto, il concetto era concepito come presente o assente negli individui; è chiaro come ciò non prometteva di tener conto delle variazioni di resilienza nell'arco della vita (Gartland et al., 2011). Con l'evolversi della ricerca divenne evidente che la resilienza era sia relativa che contestualizzata, di conseguenza il termine "invulnerabile", con cui venivano distinti i bambini resilienti, perse di pregnanza. Questa prima ondata di ricerche poneva domande su "cosa", incentrate sull'identificazione dei fattori associati alla resilienza; la metodologia incentrata sia sulla persona e sia sulla variabile ha stabilito i fenomeni della resilienza: caratteristiche, tratti della personalità e fattori ambientali di supporto associati a risultati resilienti. La seconda ondata di ricerca ha indagato maggiormente il processo di acquisizione dei fattori protettivi, identificati come associati a risultati resilienti; pertanto, l'attenzione della ricerca si è spostata su questioni relative al "come" e ai processi coinvolti nello sviluppo di fattori che promuovono la resilienza e proteggono dai rischi o dalle avversità. In questo periodo le prospettive teoriche e applicative hanno cercato di comprendere come i fattori accertati nella prima ondata di ricerca contribuissero o interagissero per produrre risultati resilienti; inoltre, si evidenziò

l'importanza di un sistema innato che faciliti lo sviluppo e operi per mantenerlo in progresso anche di fronte agli eventi traumatici. Contemporaneamente, sono stati teorizzati diversi modelli di ricerca della resilienza; si trattava di modelli semplici, lineari che descrivevano il livello di omeostasi, disgregazione, reintegrazione di un individuo e una serie di possibili risultati, tra cui il più vantaggioso era la reintegrazione resiliente. La teoria descritta postula che la progressione attraverso la vita avviene in funzione di reintegrazioni ricorrenti a seguito di interruzioni, ad esempio, sia l'inizio di un nuovo lavoro o un incidente non pianificato (Richardson et al., 1990). La terza ondata di ricerca sulla resilienza ha esplorato i processi della sua promozione quando non era innata, traducendo pertanto i risultati delle prime due ondate di ricerca al fine di sviluppare strategie di prevenzione e intervento per rafforzare la resilienza e favorire un adattamento positivo (Masten, 2007) orientate prevalentemente a popolazioni identificate ad alto rischio di avere un esito negativo. La terza ondata di ricerca può essere considerata come il punto in cui la resilienza ha iniziato a essere indagata come forza motivazionale innata che ci spinge verso la reintegrazione e l'assimilazione dopo l'interruzione dovuta a un evento o una situazione avversa (Richardson, 2002). A tal proposito, secondo Richardson et al. (2016) ogni singolo individuo è caratterizzato da un'innata propensione alla resilienza, che gli permette di affrontare la rottura di un equilibrio preesistente, favorendo al contempo un'opportunità di crescita evolutiva. I successivi studi longitudinali di Werner e Smith (2001) hanno cercato di identificare i fattori che consentono l'attivazione di tali processi evolutivi, verificatosi nel corso di momenti critici ed emotivamente dolorosi, spostando così l'analisi dai fattori di rischio a quelli protettivi. La ricerca sulla resilienza ha continuato ad evolversi verso la quarta ed ultima ondata, nel corso della quale le prospettive si sono spostate verso una visione della resilienza orientata al

processo, in cui essa si sviluppa nel tempo sulla base di un'interazione adattiva tra la persona, le sue esperienze e il suo ambiente (Liu et al., 2017), aprendo, dunque, una direzione verso una comprensione più approfondita della resilienza. Le recenti definizioni di Resilienza mettono in luce come essa non sia identificabile come il rovescio della medaglia della vulnerabilità o l'invulnerabilità allo stress ma piuttosto possa configurarsi come crescita post-traumatica, che riflette un adattamento positivo, misurato nel tempo, di fronte alle avversità. La maggior parte degli studi si riferiscono ad essa come un processo dinamico, variabile nel tempo e in relazione al contesto; si delinea, pertanto, come un cambiamento che consente di trovare un nuovo equilibrio ed evolvere positivamente in assenza di conseguenze psicopatologiche.

Uno studio di revisione della letteratura sul concetto di resilienza ha identificato una possibile definizione trasversale del costrutto della resilienza identificabile *“nella capacità di mantenere il proprio orientamento verso scopi esistenziali nonostante le avversità e gli eventi stressanti”* (Vella et al., 2019). Quanto osservato fino ad ora ha portato all'idea che la resilienza sia molto più della capacità di resistere a traumi proteggendosi dall'influenza delle circostanze esterne; bensì essa esprime la possibilità di reagire positivamente nonostante le difficoltà, trasformando quest'ultime in opportunità di crescita.

In sintesi, inizialmente la resilienza era definita come un tratto statico e stabile all'interno degli individui; si pensava che fosse un elemento innato della personalità, in quanto un individuo nasceva con una predisposizione alla resilienza o non era “programmato” per gestire sfide. In seguito, le prospettive si sono spostate verso una visione della resilienza orientata al processo, che si sviluppa nel tempo sulla base di un'interazione adattiva tra la persona, le sue esperienze e il suo ambiente (Liu et al., 2017). L'estensione del costrutto

di resilienza ha permesso di concettualizzarla come non solo modificabile nell'arco della vita ma anche trasmissibile (Chmitorz et al.,2018). A conseguenza di ciò, è possibile intendere come la resilienza possa essere massimizzata attraverso un processo transazionale tra la persona e le interazioni con l'ambiente.

2.1.2 L'approccio sistemico allo studio della Resilienza

In linea con la concettualizzazione olistica del sé come essere incorporato socialmente, fisicamente e temporalmente, Siegel (2001) concepisce il funzionamento umano come derivante dall'interazione di fattori personali (ad esempio, la cognizione, il comportamento) e l'ambiente sociale. Tali fattori concettualizzano gli individui come sistemi complessi e auto-organizzati, con l'attività mentale legata al corpo, a sua volta inserito in una rete sociale. Tali sistemi complessi sono definiti non solo dai loro comportamenti ma anche dalle connessioni, il che significa che il comportamento e il funzionamento mentale sono inestricabili dal corpo e dall'ambiente sociale. Questo quadro interattivo e reciproco può essere applicato alla resilienza.

Nel corso degli anni, la definizione di resilienza è diventata maggiormente orientata ai sistemi. Esponenti dell'approccio sistemico hanno evidenziato come attraverso la prospettiva della resilienza è possibile conoscere e cercare di utilizzare l'estrema complessità dei fenomeni evolutivi ed esistenziali umani: fenomeni dolorosi e negativi sono esperienza comune e normale dell'essere umano e, se si mantengono entro certi limiti, o se vengono vissuti in contesti relazionali supportivi, possono rappresentare una sfida evolutiva che consente di fare un'esperienza di forza, fino allo sviluppo di speciali attitudini (Selvini et al., 2012). Analogamente, Cyrulnik fa l'esempio del granello di sabbia che penetra nell'ostrica e la disturba inducendola a produrre una secrezione che da

vita ad un oggetto meraviglioso: la perla. *“La metafora è calzante poiché permette di mettere in luce alcune variabili del processo di resilienza: il sassolino deve essere abbastanza piccolo da disturbare, ma non distruggere il mollusco; la secrezione è una capacità che l’ostrica possiede, l’ambiente marino in cui il bivalve è ambientato deve essere appropriato allo sviluppo delle sue caratteristiche di “mollusco sano”* (Cyrulnik, 2020).

Più recentemente, diversi studi hanno concettualizzato la resilienza come un fenomeno multilivello poiché opera su più sistemi e dipende dall’interazione dinamica tra questi livelli. In altre parole, la resilienza, in termini di processo, è considerata una risorsa su cui dipende una favorevole transazione tra l’individuo e il suo contesto, dove i fattori protettivi e quelli di rischio agiscono simultaneamente e dinamicamente; l’effetto è il risultato della loro interazione (Masten et al. 2014). Pertanto, al fine di comprendere la resilienza e l’impatto degli eventi traumatici sull’individuo risulta necessario pensare in termini di sistemi multipli che interagiscono e considerare i processi dinamici sottostanti coinvolti nel processo di adattamento. Il ricercatore Masten (2014) definisce la resilienza come *“la capacità di un sistema dinamico di adattarsi con successo ai disturbi che minacciano la vitalità, la funzione o lo sviluppo di quel sistema”*. Così intesa, la resilienza si riferisce alla capacità di adattamento utilizzabile a tutti i livelli del sistema, da quello molecolare a quello del comportamento o addirittura sociale.

Gran parte della resilienza, in tutto l’arco della vita, è incorporata nelle relazioni strette con le altre persone; per esempio, parte della capacità di adattamento intrinseca nei bambini in evoluzione è incorporata nel legame con il caregiver. In altre parole, traiamo una grande capacità di adattamento dalle relazioni con gli altri.

La resilienza è un fenomeno complesso in cui entrano in gioco diversi fattori sia interni e sia esterni, come padronanza, regolazione emotiva, autoefficacia, supporto sociale e abilità che possono proteggere o contrastare potenziali rischi e vulnerabilità. Secondo Cyrulnik (1999) il concetto di resilienza si riferisce ad un processo complesso che comporta un'ampia interazione tra soggetto e ambiente, sottolineando che *dove c'è resilienza c'è trauma*, quale agente stesso della resilienza. Gli attuali studi convergono su un modello di resilienza che si basa sulla *teoria dei sistemi di sviluppo relazionale*, secondo cui la capacità di competenza in un dato momento riflette le possibilità che derivano da molti sistemi interagenti, sia all'interno dell'individuo che nel suo ambiente di vita. Di conseguenza, per comprendere la resilienza è necessario esaminare molteplici sistemi, dalle famiglie, scuole, quartieri fino alle nazioni. Queste interazioni tra un sistema individuale e il contesto circostante di rischi e risorse contribuiscono a processi sfumati di successo alle sfide, cioè processi di resilienza. Per esempio, nel bambino che si comporta e si sente ragionevolmente bene nonostante l'esposizione alle avversità, esistono sistemi neurali funzionali e di risposta allo stress che gli consentono di mobilitare attenzione, comportamento ed emozioni al servizio di un adattamento efficace. Al di fuori di questo stesso bambino, possono esserci adulti o caregiver impegnati e solidali, ambienti educativi infatti, una comunità con funzionalità di base e una cultura che gli conferisce un senso di prevedibilità. Pertanto, qualsiasi modello di resilienza deve considerare l'interazione tra molteplici livelli di influenze, e gli sforzi per promuovere la resilienza devono fare lo stesso (Bianchi, 2017).

Dalla disamina della recente letteratura, troviamo diversi studi che colgono la natura multidimensionale, interattiva e dinamica del processo di resilienza come interazione tra gli individui e il loro più ampio contesto socio-ecologico; in particolare, nel loro lavoro

Lui et al. (2017) hanno teorizzato un *modello multisistemico di resilienza* che, oltre ad affrontare i limiti dei modelli esistenti, chiarisce l'ambiguità causata da definizioni eterogenee di resilienza, riconoscendola quale processo che attraversa l'intero arco di vita. Questo modello si basa sulla convinzione che la resilienza non debba esistere nel vuoto; piuttosto, essa viene intesa come un processo interattivo tra il trauma e i fattori/variabili intra-individuali, interindividuali e socio-ecologici. Entrando nel dettaglio, esso rappresenta la resilienza come un sistema a più livelli simile a quello delle sfere di controllo o a fattori biopsicosociali che si riferiscono al recupero da un trauma, come identificato da Monson, Fredman e Dekel (2010). Nello specifico, il modello si compone di:

- Un nucleo di resilienza, composto da fattori intra-individuali, o caratteristiche simili a tratti di un individuo che facilitano intrinsecamente la resilienza.
- Resilienza interna, che evidenzia le differenze interindividuali e interpersonali e le caratteristiche di personalità sviluppate o acquisite nel corso del tempo.
- Resilienza esterna, che contestualizza le circostanze uniche di ogni individuo in un ambiente socioecologico più ampio.

Il fine del modello è quello di cogliere le variazioni all'interno dell'individuo, i fattori interindividuali e gli aspetti ambientali più ampi che influenzano le relazioni dinamiche e i risultati della resilienza. Piuttosto che essere legato al trauma, tale modello include un ambito globale e completo di resilienza che non è condizionato a nessun evento o risultato, consentendo così un modello ampio e multidimensionale di resilienza come parte del funzionamento quotidiano. Tale modello consente di apprezzare la resilienza sia

situazionale che globale, che non è guidata dal rischio e non è predeterminata dall'esperienza del trauma.

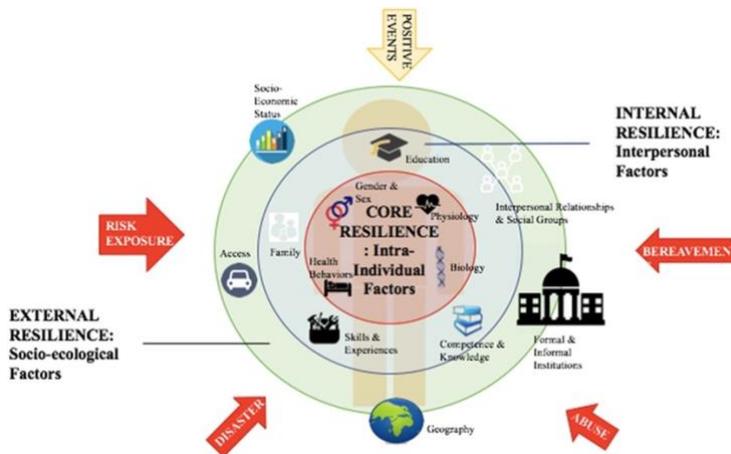


Figura 2.1. Il Multi-systems model of resilience describe la resilienza non come trauma-relata, ma composta da più componenti: fattori intra-individuali; resilienza interna, resilienza esterna (Liu et al., 2017).

Più recentemente, i ricercatori hanno iniziato ad applicare quanto appreso sui processi che influenzano lo sviluppo della resilienza (Bonanno et al., 2015; Kalish et al. 2017; Chmitorz et al., 2018) per indirizzarla come esito clinico. Lo studio della resilienza ha portato ad una trasformazione da modelli di intervento basati sul deficit a modelli che riconoscono e promuovono risorse e processi protettivi nel corso dello sviluppo dell'individuo ispirando interventi di ampio interesse, enfatizzando obiettivi positivi e di competenza raggiungibili, piuttosto che prestazioni ottimali (Masten, 2011). La ricerca sulla resilienza ha altresì informato la scienza della prevenzione chiarendo obiettivi multilivello, identificando meccanismi che dovrebbero portare cambiamenti positivi in vari sistemi, informando la misurazione delle variabili chiave e fornendo un quadro concettuale per guidare la forma e l'applicazione di sforzi di intervento dinamici e sensibili al contesto. Per sviluppare interventi efficaci per migliorare la resilienza, è fondamentale comprendere che gli esseri umani sono inseriti nelle famiglie, le famiglie

nelle organizzazioni e nelle comunità e le comunità nelle società e nelle culture. Gli interventi mirati a uno di questi livelli influenzeranno il funzionamento ad altri livelli.

In sintesi, gli esseri umani sono dotati di un grande potenziale per affrontare le intemperie, le avversità e la capacità di cambiare o adattarsi quando necessario, ma per farlo hanno bisogno di risorse sociali e materiali di base. Uno dei modi più importanti per favorire la resilienza è promuovere ambienti familiari e comunitari sani che permettono ai sistemi protettivi naturali dell'individuo di svilupparsi e funzionare efficacemente.

2.2 Resilienza, esiti di danni cerebrali e disabilità acquisite

La resilienza è stata identificata come un costrutto chiave nel determinare il modo in cui gli individui integrano l'evento traumatico ed evolvono positivamente a seguito di questo. Un'ampia letteratura ha esaminato la resilienza in popolazioni sane e cliniche, con risultati che indicano associazioni positive con il benessere psicologico e sociale, alla capacità di far fronte a stress e all'assenza di psicopatologia (Bowles et al. 2019, Wong, Hanks, Rapport, 2019, Liu et al. 2018). Nell'ambito delle disabilità acquisite e della riabilitazione, la resilienza è stata descritta come "protettiva" da deficit funzionali nella vita quotidiana, dall'isolamento sociale, dalla depressione e da altri disturbi psicologici (Manning et al., 2016, Silverman et al., 2015; Castor, Massiou, 2018). La disponibile letteratura suggerisce che la resilienza possa funzionare come cuscinetto al trauma anche nel contesto difficile dell'insulto cognitivo; si evidenziano, infatti, recenti iniziative empiriche finalizzate a studiare la resilienza negli adulti con condizioni neurologiche e ad espanderne i risultati in applicazioni terapeutiche. L'esperienza di un grave evento di salute e il perdurare di disabilità acquisite sono sfide significative per qualsiasi individuo e la capacità di superare o perseverare attraverso queste sfide ha implicazioni dirette e

indirette per il recupero. La ricerca sui traumi fisici e mentali ha suggerito che la capacità di una persona di adattarsi bene di fronte ad avversità o traumi, denominata resilienza, può proteggere dagli esiti negativi conseguenti all'esperienza di un fattore di stress. Nelle popolazioni riabilitative, la resilienza è risultata essere il percorso di adattamento più comune. Negli ultimi anni, sono emerse prove crescenti del fatto che la resilienza è importante per la riabilitazione dopo una cerebrolesione acquisita. A tal proposito, i ricercatori si sono interessati sempre più a questo costrutto, producendo risultati importanti riguardo al ruolo che la resilienza svolge nel processo di recupero e adattamento successivo, fornendo obiettivi di intervento per facilitarne risultati positivi. Rispetto a quanto osservato in altre popolazioni, la resilienza e i suoi correlati potrebbero essere diversi dopo una cerebrolesione acquisita, a causa dell'interruzione delle capacità cognitive e delle risposte emotive che sono alla base dei risultati resilienti. La risposta acuta alla lesione cerebrale interagisce con fattori protettivi che coinvolgono caratteristiche e risorse individuali implicate nei processi affettivi, cognitivi e comportamentali; ciascuno di questi è influenzato dal contesto unico del danno neurologico.

Sebbene la conoscenza sulla resilienza e sui potenziali benefici della sua promozione nelle pratiche di riabilitazione neuropsicologica risulti essere limitata, i risultati disponibili riportano associazioni positive tra resilienza, funzionamento psicologico, sociale e risultati positivi in termini di recupero funzionale.

Nell'ambito delle lesioni cerebrali acquisite, diversi studi hanno riscontrato che bassi livelli di resilienza erano correlati a livelli più elevati di disagio emotivo, disadattamento psicosociale e stress post-traumatico (Sullivan et al., 2015, Lukow et al., 2015). Oltre a essere correlata positivamente alla salute psicologica auto-percepita, la resilienza tra le

persone con trauma cranico e ictus da lieve a grave gioca un ruolo negli esiti favorevoli della riabilitazione. I risultati di un recente studio esplorativo (British, et al., 2014) forniscono prove a sostegno delle relazioni tra la resilienza e la percezione delle capacità funzionali post-lesione cerebrale: la resilienza può contribuire alla percezione sia a breve che a lungo termine delle capacità funzionali e delle aspettative di trattamento. Come corollario, i risultati suggeriscono che la resilienza ha un impatto significativo sul modo in cui gli individui possono valutare positivamente i propri punti di forza e funzionalità a seguito di una cerebrolesione. Inoltre, gli individui con risorse interne più forti potrebbero vedere il trattamento come un mezzo per migliorare le proprie risorse esistenti, anche prima dell'inizio dello stesso. Una considerazione importante specifica della psicologia riabilitativa nello studio dei punti di forza e della percezione delle capacità funzionali post-infortunio è l'anosognosia o consapevolezza dei deficit su base organica secondaria a lesione cerebrale. Pertanto, quando si integrano questi costrutti nella riabilitazione, è necessario considerare l'equilibrio tra consapevolezza, autoconsapevolezza, autovalutazione dei tratti positivi, abilità funzionale e reazioni al trattamento.

Come osservato da questi risultati, mantenere una lettura resiliente sulla capacità di superare le barriere e gestire le sfide dopo una lesione cerebrale probabilmente facilita il benessere emotivo generale nonché il lavoro di recupero neuromotorio, neuropsicologico e psicologico in sé.

Come descritto in precedenza, tali risultati sono coerenti con la ricchezza della letteratura pubblicata in altre popolazioni e mettono in discussione l'idea che la resilienza non sia possibile nei soggetti con limitazioni cognitive. In questo senso, si ritiene che i meccanismi che formano la resilienza siano fondamentali per la vita quotidiana dei sopravvissuti al danno neurologico, poiché necessitano di cure continuative per la

riabilitazione delle sequele, con l'esecuzione di fisioterapia, logopedia, controllo nutrizionale, trattamento farmacologico, tra altri con l'obiettivo di minimizzare le complicanze e prevenire il verificarsi di un nuovo evento. È fondamentale coinvolgere gli operatori sanitari durante sia il percorso assistenziale, dal ricovero al follow-up domiciliare, al fine di valutare il potenziale e i fattori di rischio per una ridotta resilienza elaborando un piano assistenziale che coinvolga il paziente, la famiglia e la comunità, al fine di favorire il recupero, minimizzare le disabilità e favorire l'integrazione sociale.

Un recente studio che indaga la resilienza come considerazione clinica principale nel contesto della neuroriabilitazione suggerisce che pensare alla resilienza come esito clinico potrebbe offrire al personale sanitario e ricercatori l'opportunità di sviluppare interventi efficaci incorporando il costruito nelle pratiche cliniche esistenti al fine di ottimizzare gli obiettivi riabilitativi (Rothbart et al., 2020).

2.2.1 Resilienza ed esiti di trauma cranico

Esistono prove a sostegno del fatto che persone con trauma cranico riportano livelli di resilienza inferiori rispetto alla popolazione generale e alle norme non cliniche. Kreutzer et al. (2016, 2018); Hanks, Rapport, Waldron, Perrine, Millis, (2016) hanno esaminato la resilienza in un campione di adulti che hanno intrapreso una riabilitazione ospedaliera a seguito di una patologia di trauma cranico da moderata a grave, rilevando in essi livelli più bassi di resilienza a tre mesi dopo l'infortunio rispetto alla popolazione generale. Ugualmente, nel 2016, uno studio multicentrico sul *traumatic brain injury Model System* ha esaminato la resilienza a tre mesi dalla lesione, basandosi su un campione di adulti con lesione cerebrale traumatica da moderata a grave, dimostrando che i livelli di resilienza risultavano essere relativamente bassi rispetto alla popolazione generale. Al contempo,

questi studi supportano l'associazione della resilienza con il benessere soggettivo, come il disagio psicologico e il disadattamento psicosociale dopo un trauma cranico (Rapport et al., 2019); livelli bassi di resilienza erano associati a livelli più bassi di istruzione, abuso di sostanze prima dell'incidente e maggiore ansia concomitante. Una bassa resilienza era, inoltre, associata a un adattamento comportamentale ed emotivo più scarso e a sintomi più depressivi.

La bassa resilienza è emersa come un importante predittore degli esiti auto-riferiti a seguito di un trauma cranico. Uno studio prospettico osservazionale di coorte su 504 persone con trauma cranico complicato dal punto di vista medico di grado lieve, moderato e grave ha rilevato che la resilienza era un predittore unico dei risultati della partecipazione al trattamento riabilitativo. Bertisch et al. (2013) hanno scoperto che la resilienza così come altri costrutti psicologici positivi, inclusi i punti di forza del carattere e l'affetto positivo, erano associati a risultati funzionali positivi. Losoi et al. (2015) hanno studiato la relazione tra resilienza e risultati autoriferiti in un campione di 74 persone con trauma cranico lieve durante il primo anno successivo all'infortunio. Hanno scoperto che le persone con una resilienza da moderata ad alta a un mese dall'infortunio presentavano meno sintomi e una migliore qualità della vita rispetto alle persone con bassa resilienza a un mese dopo l'infortunio.

In uno studio recente, Lukow et al. (2015) hanno studiato la relazione tra resilienza, disagio emotivo e partecipazione in un campione ambulatoriale in cerca di trattamento con trauma cranico lieve, moderato e grave. I ricercatori hanno trovato una relazione tra resilienza, adattamento emotivo e sintomi depressivi. Livelli più bassi di resilienza erano associati a livelli più elevati di disagio psicologico. Gli autori hanno lasciato intendere che gli interventi che mirano con successo alla resilienza apportano benefici al benessere

emotivo e all'adattamento generale. In sintesi, esiste un consenso generale sul fatto che la resilienza è una qualità che può aiutare le persone con trauma cranico a fronteggiare meglio il percorso di recupero e di riabilitazione. Il disagio emotivo acuto, la disabilità fisica, la minore istruzione e i livelli più elevati di abuso di sostanze prima della lesione risultano correlati a una minore resilienza.

I ricercatori concordano sul fatto che una migliore comprensione della resilienza può aiutare la formulazione di strategie di intervento più efficaci al fine di supportare i pazienti nel percorso di riabilitazione ospedaliera successivo all'ictus.

2.2.2 Resilienza ed esiti di incidenti cerebrovascolari

L'ictus è un evento che cambia la vita e richiede un adattamento significativo e aumenta la vulnerabilità al declino funzionale a lungo termine. Il livello di resilienza psicologica dei pazienti con ictus convalescente risulta essere relativamente basso (Bai et al, 2020). Studi che hanno esplorato la resilienza e i fattori associati ad essa tra i pazienti nei primi sei mesi successivi a un primo ictus ischemico, hanno riscontrato che la resilienza del campione è diminuita significativamente un mese dopo la dimissione dall'ospedale.

Da un'analisi della resilienza nei pazienti con lesione cerebrale di origine traumatica e ictale è stato osservato che un livello elevato di resilienza era associato positivamente a un migliore recupero nelle capacità cognitive compromesse. Tali risultati suggeriscono che la resilienza risulta essere un significativo predittore nel recupero delle funzioni cognitive; pertanto, gli individui con un'alta resilienza possono recuperare meglio e più velocemente. In altre parole, maggiore è la resilienza, maggiori sono le prestazioni cognitive dei pazienti coinvolti in un percorso di recupero neuropsicologico a seguito di una lesione cerebrale sia di origine traumatica che ictale. È stata stabilita anche una

relazione tra le componenti psicologiche e cognitive: quando la resilienza era elevata anche le prestazioni cognitive risultavano elevate, mentre i sintomi depressivi e ansiosi erano bassi. La presenza di tale risorsa pare dunque influenzare significativamente le capacità cognitive dei partecipanti con danni cerebrali ed essere quindi un fattore dinamico coinvolto nel recupero. L'associazione riscontrata del coinvolgimento della resilienza sul recupero cognitivo potrebbe spiegare la rilevanza degli aspetti psicologici nel percorso di recupero. A fronte di quanto evidenziato, la resilienza dovrebbe essere considerata maggiormente nella riabilitazione cognitiva delle patologie neurologiche con un potenziale di recupero (Cator et al., 2020). Tali risultati dimostrano altresì una relazione tra resilienza e varie emozioni positive: quando i partecipanti avevano un alto grado di resilienza non comparivano sintomi di depressione e ansia, come già riscontrato in diversi studi (Losoi et al., 2015, Rainey et al., 2014). In sintesi, tali studi hanno dimostrato che livelli bassi di resilienza potrebbe predire la depressione post-ictus e la qualità della vita, e che i pazienti colpiti da ictus con un alto livello di resilienza tendevano a riprendersi dai disturbi depressivi (Zhou et al., 2020).

Ciò è significativo, in quanto il deterioramento cognitivo è spesso associato a una peggiore qualità della vita e una maggiore probabilità di sintomi depressivi nei sopravvissuti all'ictus. Storicamente, la ricerca sulla riabilitazione dell'ictus si è concentrata principalmente sulla funzione fisica, mentre la riabilitazione dei danni psicologici e cognitivi ha ricevuto relativamente meno attenzione. L'identificazione dei fattori psicologici e psicosociali che possono modificare il rischio di una scarsa funzione cognitiva è quindi importante per migliorare questi esiti.

Sebbene lo stress sia probabilmente una risposta comune e naturale all'ictus, può potenzialmente interferire negativamente con la riabilitazione e il recupero; la resilienza

può fornire un'opportunità per migliorare gli effetti dello stress sugli esiti cognitivi post-ictus, in quanto maggiori livelli di resilienza sono stati associati a migliori esiti cognitivi post-ictus. Lo stress psicologico è un probabile modulatore dei cambiamenti cognitivi a lungo termine associati all'ictus. Questi risultati sono relativamente nuovi, poiché modellano il ruolo che la resilienza può svolgere nel contesto del disagio emotivo in soggetti con lesioni cerebrali da moderate a gravi.

Uno studio trasversale, che ha preso in considerazione il modo in cui lo stress e la resilienza si relazionano con i risultati funzionali nei sopravvissuti all'ictus, ha prodotto diversi risultati degni di nota. In primo luogo, è stato identificato che i sopravvissuti all'ictus nella fase cronica del recupero hanno riportato livelli più elevati di stress percepito e livelli più bassi di resilienza rispetto ai controlli di pari età. In secondo luogo, abbiamo osservato che lo stress percepito era associato negativamente agli esiti dell'ictus in tutti i domini cognitivi ed emozioni, e che questa relazione esiste indipendentemente dal tempo trascorso dopo l'ictus. Poiché lo stress è riconosciuto come un fattore determinante per la successiva comparsa di psicopatologia, in particolare la depressione, e per accelerare le sequele neurodegenerative innescate dall'ictus, i nostri risultati suggeriscono che i costrutti di stress e resilienza meritano ulteriori indagini per il loro ruolo potenziale nel mediare gli esiti a lungo termine dell'ictus. È stato riscontrato che i sopravvissuti all'ictus hanno mostrato livelli statisticamente più elevati di stress auto-riferito rispetto a quelli osservati nei controlli appaiati per età. Questi risultati sono in linea con i lavori precedenti che dimostrano l'esistenza di un carico significativo di stress percepito nei sopravvissuti all'ictus rispetto ai controlli appaiati. Abbiamo anche identificato che lo stress percepito nei sopravvissuti all'ictus sembra rimanere elevato rispetto ai controlli indipendentemente dalla durata dell'ictus. È stato anche osservato che,

un livello più alto di stress percepito era significativamente associato a esiti peggiori nei domini di memoria, pensiero, umore, emozione, partecipazione e funzione di ruolo. È interessante notare che si tratta di risultati cognitivi e psicologici/emotivi.

La crescente letteratura sulla resilienza negli esiti dell'ictus suggerisce come essa sia un fattore importante per il recupero (Sadel et al., 2017). Se si dimostra che una maggiore resilienza predice migliori esiti a lungo termine dell'ictus, lo sviluppo di interventi per aumentare la resilienza può quindi migliorare gli esiti cognitivi ed emotivi post ictus (Wardlaw et al. 2018). Sia lo stress che la resilienza sono associati in modo indipendente all'impatto dell'ictus in una serie di domini cognitivi, tra cui l'umore e le emozioni, la comunicazione, la memoria, il pensiero e la partecipazione complessiva del recupero. Pertanto, diversi fattori psicologici possono essere associati ai risultati cognitivi nella fase cronica dell'ictus.

La letteratura attuale riporta come la resilienza ha mostrato essere un predittore della qualità della vita e dell'indipendenza fisica (Norvang et al., 2022); gli individui che avevano un livello di resilienza più elevato sperimentano un livello di disabilità inferiore (Chen et al., 2021). La capacità funzionale è risultata un predittore della resilienza delle persone con sequele post lesione cerebrale, il che dimostra che maggiore è l'indipendenza, maggiore è la resilienza, fondamentale per il mantenimento della funzionalità e del benessere soggettivo. Resta inteso, quindi, che la capacità di svolgere attività quotidiane ha ripercussioni sul processo di recupero, e quindi azioni multiprofessionali sono essenziali per fornire attività che favoriscono l'indipendenza di questa popolazione. Inoltre, le evidenze suggeriscono che il supporto sociale percepito predispone alla resilienza, in particolare l'offerta di supporto nella dimensione emotiva (Chen et al., 2021). Per questo motivo, la resilienza è un fattore che deve essere

considerato nell'ottimizzazione delle capacità funzionali dei pazienti dopo un ictus, inclusa la loro capacità di prendersi cura di sé stessi.

Uno studio finalizzato a stimare la prevalenza e l'associazione della resilienza con la qualità della vita tra i pazienti al momento del ricovero ha riscontrato che la resilienza è stata l'unica misura psicologica che ha influenzato la qualità della vita nei pazienti acuti con ictus ischemico. Tale studio ha aggiunto la scoperta che la resilienza è importante anche nella qualità della vita post-ictus; inoltre, gli stessi autori suggeriscono che la resilienza potrebbe potenzialmente essere un fattore protettivo per il disagio emotivo e attenuare l'impatto dell'ansia e della depressione sulla qualità della vita (Liu et al., 2019). Gli interventi volti a migliorare la resilienza al ricovero acuto potrebbero essere un'utile aggiunta per ridurre i disturbi emotivi e promuovere la qualità della vita dopo l'ictus.

2.2.3 Resilienza nelle persone con storia di Sclerosi Multipla

Il concetto di resilienza rimane poco studiato nella letteratura sulla sclerosi multipla. Si ritiene che la resilienza sia un costrutto sfaccettato influenzato sia da fattori stabili (per esempio, predisposizioni genetiche, ottimismo di tratto) sia da fattori modificabili (per esempio, supporto sociale, mindfulness e capacità di coping). L'attuale comprensione del contributo unico e congiunto delle variabili specifiche della disabilità, delle abilità cognitivo-comportamentali e delle risorse sociali a questo processo dinamico è limitata. La natura imprevedibile della SM può rappresentare sfide uniche per un adattamento resiliente, a causa della velocità di progressione e impatto sulla qualità della vita, costringendo l'individuo a dover affrontare livelli anormali di incertezza, soprattutto durante la mezza età. Tuttavia, diversi fattori suscettibili di intervento possono contribuire

alla resilienza e alla qualità della vita. La resilienza ha un importante contributo alla qualità di vita nonostante la disabilità fisica e la malattia (Silverman, 2015).

Tuttavia, poco si sa su come le persone con SM sviluppano e mantengono la resilienza di fronte a un declino funzionale progressivo e imprevedibile. Negli individui con sclerosi multipla è stato riscontrato che la resilienza è associata a un minor disagio, una migliore qualità della vita e una protezione dai sintomi depressivi e dalle percezioni stressanti della vita. Inoltre, in questa popolazione, la resilienza è correlata a una maggiore autoefficacia, maggiore autostima e maggiore esperienza di affetti positivi. La resilienza di fronte a condizioni di salute croniche protegge dagli esiti negativi (per esempio, tassi più bassi di depressione e ansia (Kristanto, 2015) e facilita gli esiti positivi (per esempio, un migliore funzionamento del ruolo sociale nel tempo) (Silverman, 2015). Purtroppo, le persone con SM possono essere a rischio di bassa resilienza. In una recente indagine, (Terril, 2014) persone con SM hanno riportato livelli di resilienza mediamente più bassi rispetto ai campioni della comunità e alle persone con altre condizioni fisiche di lunga durata, come le lesioni del midollo spinale. La resilienza è risultata particolarmente bassa tra i giovani e gli adulti di mezza età con SM, suggerendo che le barriere alla resilienza possono essere particolarmente prominenti durante la prima età adulta e la mezza età. Uno studio qualitativo su persone che invecchiano con disabilità fisiche, tra cui la SM, ha rilevato un punto di svolta nella mezza età in cui le persone iniziano a adattarsi ai cambiamenti fisici e psicosociali dovuti all'età e a quelli dovuti alla loro disabilità. La SM sfida la capacità di resilienza di un individuo a causa della variabilità dei sintomi e dell'impatto, dell'imprevedibilità e delle perdite potenzialmente accumulabili. Da un'analisi della letteratura al riguardo, diversi studi hanno identificato cinque facilitatori e cinque barriere allo sviluppo e al mantenimento della resilienza. I fattori principali che sostengono la

resilienza nella loro vita sono: l'adattamento psicologico, la connessione sociale, il significato della vita, la pianificazione e il benessere fisico, che vengono descritti di seguito. Mentre sono state descritte cinque barriere alla resilienza: esaurimento della resilienza, pensieri e sentimenti negativi, limitazioni sociali, stigma e fatica fisica. I partecipanti agli studi riportati hanno descritto l'uso di una varietà di strategie di coping per mantenere la resilienza, come la flessibilità psicologica, il mantenimento di un legame sociale, la ricerca di un significato della vita e l'impiego di strategie per gestire le sfide logistiche e i sintomi fisici. Inoltre, i pensieri e i sentimenti negativi possono interferire con una sana risposta psicologica, mentre l'isolamento sociale e lo stigma della società possono impedire la piena partecipazione e il mantenimento delle necessarie connessioni sociali. Infine, l'impatto della fatica per le persone che vivono con la SM è ben documentato nella letteratura sulla sclerosi multipla e gli interventi per ridurre e gestire la fatica sono numerosi. Coerentemente, la fatica cronica è associata al disagio e alla perdita di funzionalità nelle popolazioni con disabilità. I facilitatori e le barriere alla resilienza forniscono obiettivi centrali per gli interventi di resilienza (Asano et al. 2015). Nonostante queste evidenti sfide, la resilienza è ancora agli inizi dello studio delle persone che vivono con la SM.

2.4 Resilienza e riabilitazione neuropsicologica: uno sguardo alla ricerca

Lefebvre e Levert (2017) affermano che la resilienza è probabilmente un fattore primario nell'adattamento dei sopravvissuti all'infortunio e nella creazione di nuove competenze. Per sviluppare interventi che promuovono la resilienza e portino a migliori risultati possibili dopo una lesione cerebrale acquisita l'esame delle differenze nei sintomi comuni tra i sopravvissuti resilienti e non resilienti è un passo necessario.

La valutazione della resilienza potrebbe essere utile al gruppo di riabilitazione per comprendere i pazienti e le loro famiglie, sia nella fase acuta e sia nella pianificazione della dimissione, dove le convinzioni sulle capacità personali di riprendersi dalle avversità modellano i probabili comportamenti futuri. L'integrazione di tecniche di valutazione e intervento nel processo di recupero e neuroriabilitazione per promuovere e rafforzare la resilienza può contribuire a migliorare i risultati per questa popolazione. I ricercatori concordano sul fatto che una migliore comprensione della resilienza aiuterà a sviluppare strategie di intervento più efficaci. Gli interventi psicoterapeutici orientati alla resilienza possono essere utili per accelerare il recupero e la reintegrazione sociale delle persone con lesioni cerebrali traumatiche (Rabinowitz et al., 2018; Lukow et al., 2015; Wardlaw et al., 2018; Vos et al., 2019) e potrebbero ridurre rischi di suicidio (Yurgil, et al., 2021). È possibile affermare che l'individuazione delle forze di resilienza sia un aspetto rilevante per la comprensione degli esiti delle lesioni cerebrali e dimostra altresì di costituire un valore nella pianificazione degli interventi clinici (Marwitz, et al 2018). Godwin e Kreutzer (2016), hanno discusso come l'adattamento alla teoria della resilienza alle persone con lesioni cerebrali traumatiche rifletterà uno spostamento del pensiero dalle "narrazioni sature di problemi" che si incontrano frequentemente nei contesti riabilitativi verso l'identificazione di punti di forza, flessibilità, adattabilità e risultati. Per aiutare le persone ad affrontare la vita dopo una lesione cerebrale acquisita, i pazienti possono essere guidati a identificare abilità, credenze e valori su cui hanno fatto affidamento con successo in passato per adattarsi a situazioni di vita difficili e fattori di stress. Un altro modo per migliorare potenzialmente la resilienza è incorporare interventi psicologici positivi che riconoscono i punti di forza personali, sui valori e sugli obiettivi significativi e promuovono il benessere emotivo.

È dimostrato che il supporto emotivo è un fattore importante nel recupero della salute in cui la famiglia svolge un ruolo chiave, in quanto la sua protezione e il suo sostegno riducono l'isolamento sociale e contribuiscono a una migliore qualità della vita. Ciò dimostra che fornire supporto psicologico dopo una lesione cerebrale acquisita è fondamentale per la riabilitazione e il conseguente aumento della resilienza di questi individui. Inoltre, le relazioni instaurate nell'ambiente domestico agiscono come stimolo a superare la vulnerabilità e la fragilità di fronte ai sentimenti negativi, rafforzando la costruzione della resilienza. Va notato che tale sostegno deve essere offerto dalle diverse reti esistenti (famiglia, amici, operatori sanitarie/o istituzioni religiose) per migliorare la salute di questo gruppo. Tra le strategie che favoriscono questo fattore, si può citare la maggiore intensità di contatto tra i pazienti e i loro parenti, amici e professionisti. In relazione alle dimensioni del supporto sociale, quelle che hanno avuto una correlazione statisticamente significativa con i livelli di resilienza sono state quella emotiva e informativa. La dimensione del sostegno emotivo riguarda il ricevere dimostrazioni di fiducia, empatia, affetto, amore, ascolto e interesse, il sostegno informativo è la disponibilità di consigli, suggerimenti e informazioni. Quanto al supporto informativo, esso può essere considerato come un meccanismo di partecipazione e cittadinanza, che offre a questa popolazione la conoscenza dei diritti, coadiuva le strategie decisionali per la scelta e la valutazione del trattamento e della riabilitazione. Il sostegno sociale contribuisce al benessere riducendo la vulnerabilità a situazioni difficili e spesso inaspettate. Pertanto, è possibile percepire l'importanza del supporto sociale per lo sviluppo e/o il rafforzamento della resilienza nelle persone che hanno subito un danno neurologico, contribuendo al processo di superamento degli eventi divergenti nel corso della vita. In questo senso, è fondamentale valutare in fase precoce le perdite funzionali

conseguenti alle sequele dell'ictus, identificare la rete di supporto disponibile, analizzare l'efficacia del supporto offerto e misurare il livello di resilienza presentato, al fine di stabilire un piano assistenziale adeguato alle condizioni di vita e di salute di ciascun paziente (Zhao et al, 2022).

La resilienza pare essere uno dei principali fattori che contribuiscono al mantenimento della percezione temporale durante lo stress; essa è, infatti, associata alla speranza, all'orientamento al futuro (Seginer, 2008) e alle aspettative positive sul futuro. È stato riscontrato che l'atto di aumentare l'orientamento al futuro protegge dallo stress (Zheng et al., 2019) e costituisce un obiettivo di intervento come mezzo per aumentare la resilienza (Li et al. 2017). Inoltre, questi risultati supportano il ruolo svolto dalla prospettiva temporale futura nel predire la resilienza (Neil et al. 2020).

Nell'ambito della neuroriabilitazione, se da un lato è utile identificare i principi generali relativi alla resilienza, dall'altro è importante riconoscere che i suoi fattori determinanti possono variare da una persona all'altra in base a molteplici fattori come la personalità, le sfide specifiche, le risorse disponibili e il contesto ambientale. Inoltre, ci sono prove a sostegno del fatto che la resilienza è associata alla capacità di impiegare una varietà di strategie di coping in modo flessibile, a seconda della sfida specifica (Masten, 2014).

Questi risultati presi insieme suggeriscono che la resilienza può avere un ruolo importante nel processo di recupero e adattamento successivo alla lesione cerebrale acquisita. Pertanto, l'integrazione di tecniche di intervento e valutazione nel processo di recupero e neuroriabilitazione per promuovere e rafforzare la resilienza può contribuire a migliorare i risultati per questa popolazione.

CAPITOLO 3

Orientamento temporale e progettualità futura

L'oggetto di indagine di questo capitolo è il costrutto della prospettiva temporale. In principio, ci si propone di discuterne l'inquadramento su un piano concettuale per poi approfondire gli studi che hanno compreso le associazioni tra il costrutto e le i risultati su un piano psicologico e comportamentale in termini di benessere e qualità dell'equilibrio psichico. Successivamente, l'attenzione verrà spostata sulla prospettiva temporale bilanciata, con particolare riferimento alle relative evidenze, riscontrate in letteratura, riguardo la sua correlazione con i risultati positivi in termini di benessere e adattabilità. Attraverso questi passaggi teorici, si cercherà di comprendere meglio quale ruolo svolge l'esperienza del tempo soggettivo nella psicopatologia e nella pratica clinica, in particolar modo, la qualità di tal esperienza nel contesto dei disturbi caratterizzati dall'impulsività. Infine, ci si propone di riflettere sullo specifico dominio temporale della prospettiva futura e sulla rilevanza confermata dall'investimento di tale risorsa nel contesto di esperienze di vita che richiedono di fronteggiare un cambiamento adattivo.

3.1 La prospettiva temporale: definizioni e prospettive di studio

La definizione psicologica del concetto di tempo ha da sempre costituito una questione densa e complessa nonché fonte di controversie tra diversi ambienti scientifici, quali la filosofia, la fisica e la psicologia. Gli interrogativi a cui l'uomo ha cercato di trovare una risposta riguardano principalmente le modalità attraverso cui viene vissuto e percepito il tempo. Secondo un vertice psicologico di osservazione, il tempo pare fornire all'uomo un punto di riferimento per orientare il sé e una metrica saliente con cui organizzare, costruire, recuperare e interpretare le esperienze passate, presenti e future; esso pare dare

un senso, una coerenza e una continuità agli eventi; pertanto, è possibile osservare che gli aspetti temporali figurano nell'esperienza interiore e nelle rappresentazioni della realtà vissuta dell'individuo. L'esperienza del vivere pare essere caratterizzata da due dimensioni valoriali del tempo quali, il tempo vissuto e il tempo durata; avvertiamo, infatti, costantemente l'esistenza sia di un tempo soggettivo (*pathos*) che di un tempo – durata (orologi, clessidre, ecc.). A tal proposito, i ricercatori discutono da tempo le differenze tra tempo oggettivo e tempo soggettivo; il primo si riferisce al passaggio lineare del tempo attraverso misure tangibili come l'orologio o il sorgere e il tramontare del sole; tale visione ritrae le unità di tempo come unidirezionali, omogenee e assolute (Shipp et al., 2015). Al contrario, il tempo soggettivo si riferisce al processo psicologico conscio o inconscio attraverso cui gli individui percepiscono, sperimentano e interagiscono con il tempo. È possibile stabilire che il tempo soggettivo è ciclico (ovvero i pensieri possono viaggiare dal presente al passato e viceversa), eterogeneo (la differente percezione della velocità delle esperienze vissute) e interpretativo (il tempo può essere compreso solo nel contesto della situazione e delle percezioni dell'individuo) (Wackerman, 2014).

Il concetto di tempo psicologico, cioè di tempo vissuto soggettivamente, può essere spiegato con diverse nozioni. Negli ultimi vent'anni, un filone di ricerca nell'ambito del tempo soggettivo nonché una premessa fondamentale alla base della ricerca temporale è il fenomeno noto come “viaggio mentale nel tempo” ossia la tendenza caratteristica degli individui a pensare al passato, al presente e/o al futuro (Zimbardo et al., 1999). Questa tendenza è stata definita con il termine *focalizzazione temporale*, il cui uso è stato esteso per indicare una varietà di concetti temporali, rispetto ai quali è importante fare chiarezza

concettuale al fine di distinguere i diversi modi con cui gli individui si relazionano al tempo:

Prospettiva temporale. Essa costituisce la visione complessiva che una persona ha nei confronti dei vari aspetti del tempo; si tratta di un concetto globale che comprende una varietà di concetti legati al tempo, tra cui l'orientamento temporale e l'attitudine al tempo.

Orientamento temporale. Esso costituisce il coinvolgimento cognitivo ovvero i pensieri e i comportamenti rivolti principalmente al passato, al presente e al futuro. Si tratta di un'attenzione predominante, tale da fare da orientare il pensiero in modo caratteristico; è importanti sottolineare che, com'è stato bene evidenziato da diversi autori (Shipp, et al., 2009), la concezione di orientamento temporale prevede che la quantità di attenzione dedicata al passato, al presente e al futuro sia una questione di grado, senza la restrizione che una persona si concentri tipicamente su un unico tempo periodo di tempo. Il focus temporale consente dunque una maggiore variazione rispetto al tempo e all'orientamento temporale in termini di come le persone allocano la loro attenzione al passato, al presente o al futuro. Pertanto, tale concettualizzazione include sia che gli individui si possono concentrare su un solo arco di temporale e sia che si concentrino in egual misura su più archi temporali.

Profondità temporale. Essa cattura la distanza temporale del passato e del futuro dal presente, può essere meglio definito come orizzonte temporale.

Atteggiamento temporale. Esso descrive quanto una persona si senta positiva o negativa nei confronti del passato, del presente e del futuro. Per esempio, un atteggiamento

positivo nei confronti di un particolare periodo, come il futuro, può aumentare il suo valore soggettivo e motivare azioni dirette verso questo periodo.

Le prime teorie di Frank (1939) sottolineavano l'idea che i traumi possono influenzare le prospettive globali degli individui riguardo al tempo. Egli sosteneva che i traumi del passato possono avere un impatto negativo sui pensieri attuali degli individui, mentre i pensieri attuali cercano di dare un senso agli eventi passati. Gli eventi traumatici possono avere un impatto negativo sulle aspettative future, le quali possono avere un impatto sui comportamenti attuali. Si ritiene quindi che le dimensioni del tempo siano intrecciate e che ciascuna dimensione abbia la capacità di influenzare le altre in modo positivo o negativo, in particolare quando gli individui si adattano a eventi di vita significativi. Sembra quindi esserci una complessa interazione tra le dimensioni del tempo passato, presente e futuro, con ogni dimensione che può avere un impatto sulla altre. La *prospettiva temporale* deriva dai primi lavori in psicologia, tra cui quello di Lewis (1943) il quale sosteneva che gli individui sperimentano il presente nel contesto del passato e del futuro ovvero per comprendere e dare un senso alle loro esperienze attuali, gli individui si rivolgono al “passato consolidato” e alle “oscure preconfezioni di ciò che li attende”. A tal riguardo, l'autore si riferiva al concetto di Prospettiva temporale, definendola come *“la totalità delle visioni dell'individuo del suo futuro psicologico e del suo passato psicologico esistenti in un dato momento”*. La ricerca sulla focalizzazione temporale è cresciuta costantemente in diverse aree di ricerca, in particolare dopo l'influente articolo di Zimbardo e Boyd (1999), i quali, basandosi sulla prime teorie, hanno condotto una ricerca fondamentale nell'area della valutazione della prospettiva temporale.

Il modello concettuale proposto dagli autori continua ed estende la tradizione lewiniana avanzando un'ampia concettualizzazione della prospettiva temporale come processo fondamentale individuale e sociale. Gli autori danno la seguente definizione: *“la prospettiva temporale è il processo, spesso non consapevole, attraverso il quale i continui flussi di esperienze personali e sociali vengono assegnati a categorie temporali, o cornici temporali, che aiutano a dare ordine, coerenza e significato a questi eventi”*. Essi hanno teorizzato che i processi cognitivi astratti riorganizzano le esperienze passate e costruiscono le aspettative future influenzando entrambi il comportamento attuale dell'individuo. Lo psicologo P. Zimbardo sostiene che la felicità e il successo trovano le loro radici nell' approccio personale adottato nei confronti del passato, del presente e del futuro; suggerisce quindi di calibrare la nostra percezione del tempo al fine di migliorare la qualità della vita. In tal senso, la prospettiva temporale fornisce una misura sia di quanto i tre fattori temporali (passato, presente e futuro) influenzano il comportamento e sia di quanto l'uomo è capace di adattarsi al cambiamento. Uno dei contributi più influenti e notevoli offerti dalla teoria sulla prospettiva temporale è stato il suggerimento che le persone possono concentrarsi su più di una dimensione temporale. Ad esempio, una maggiore attenzione al presente non implica necessariamente una minore attenzione al passato o al futuro, in altre parole l'attenzione al presente non è necessariamente correlata negativamente all'attenzione al passato o al futuro. Pertanto, nonostante la progressione lineare del tempo, gli individui possono differire nella loro percezione di esso, muovendosi mentalmente tra differenti orientamenti temporali. Tuttavia, la medesima teoria afferma che un bias verso una dimensione può diventare un fattore disposizionale e spiegare i pattern di comportamento; infatti, bias estremi possono compromettere e negativizzare il comportamento. Quindi, sebbene il viaggio mentale nel tempo possa

avvenire in risposta a numerosi stimoli ambientali, gli individui sviluppano un modello caratteristico di concentrazione su determinati periodi di tempo (Zimbardo et al., 1999).

Al riguardo, Zimbardo e Boyd hanno sviluppato una misura self-report per valutare la variazione personale della messa in prospettiva del tempo; i cinque domini teorici di prospettiva temporale concettualizzati e valutati dagli autori sono i seguenti:

Passato positivo relativo a una visione calorosa e avvolgente del passato, spesso sentimentale e prevalentemente accettante, con attaccamento a tradizioni e rituali. Le persone con pregiudizio positivo sul passato possono provare piacere nel pensare al passato o apprezzare le storie su come erano le cose un tempo.

Passato negativo relativo a una visione negativa e avversa del passato; tale atteggiamento, nel modello di Zimbardo e Boyd, può derivare sia da effettive esperienze spiacevoli o traumatiche del passato, sia da ricostruzione negativa del passato.

Presente fatalistico riflette un atteggiamento impotente e senza speranza nei confronti del futuro e della vita. Gli individui con una tendenza alla prospettiva fatalistica del presente possono credere che il futuro sia predestinato, che non sia influenzato dalle azioni individuali e che le persone siano in balia del destino.

Presente edonistico che descrive un orientamento al piacere, collegato a scarsa considerazione delle conseguenze future, all'assunzione di rischi e all'impulsività. La prospettiva edonistica del presente indica la capacità di godere del presente.

Futuro riflette un orientamento generale verso il futuro, pensando ad esso e soppesando le conseguenze delle proprie azioni; comprende un comportamento incentrato sulla ricerca e sul raggiungimento di obiettivi futuri. Gli individui con un orientamento al futuro possono essere più capaci di resistere alle tentazioni nel presente, mentre lavorano per il futuro.

Secondo Zimbardo e Boyd, le varie prospettive temporali possono essere apprese o modificate da una serie di influenze personali, sociali e istituzionali. In linea con ciò, i risultati delle ricerche sull'esperienza soggettiva del tempo dimostrano che la prospettiva temporale di un individuo può cambiare in base a diversi fattori personali o situazionali, sottolineando al contempo come essa sia in larga misura influenzata dalla dimensione culturale dell'individuo (Zakay et al., 2011). Diversi studi evidenziano il verificarsi di questo cambiamento nella prospettiva temporale in base a diversi fattori, tra cui: le esperienze come eventi sostanziali, fluttuazioni all'interno della persona, l'età (Abbie et al., 2020).

Le prospettive temporali possono influenzare il ricordo, l'interpretazione di eventi passati, l'anticipazione di eventi futuri e l'esperienza emotiva immediata. A tal riguardo, negli ultimi decenni, l'interesse dei ricercatori in ambito psicologico ha approfondito il modo in cui la percezione degli eventi passati, presenti e futuri della vita influisce sul benessere soggettivo, dimostrando in tal senso correlazioni significative tra specifici orientamenti temporali e comportamenti positivi. Ad esempio, l'attenzione al passato può migliorare l'apprendimento quando le azioni precedenti vengono analizzate per trarne insegnamenti rilevanti ma può diminuire il benessere quando i pensieri sul passato consistono in ruminazioni di errori o rimpianti. L'attenzione al presente può favorire il benessere quando spinge le persone a cogliere le opportunità, ma può metterlo a repentaglio quando l'attenzione al presente porta a comportamenti impulsivi, all'assunzione di rischi non motivati e alla disattenzione per le conseguenze dei comportamenti attuali. L'orientamento al futuro può promuovere la definizione di obiettivi, la motivazione e la ricerca di risultati, ma può ostacolare il benessere quando il raggiungimento di questi obiettivi crea pressione sul tempo e ansia.

3.2 Prospettiva temporale futura e benessere psicologico

Il concetto di prospettiva temporale futura viene definita da Lewin (1951) in senso lato come *“l’insieme delle opinioni dell’individuo sul suo futuro psicologico e sul suo passato psicologico esistenti in un determinato momento”*. Dopo l’ampia concettualizzazione di Lewin sono state proposte molteplici concettualizzazioni dell’esperienza del tempo.

Negli ultimi decenni, le teorie socio cognitive e quelle basate sugli obiettivi della motivazione hanno evidenziato il ruolo del futuro anticipato come determinante fondamentale dell’azione. In tale prospettiva, si ipotizza che l’esperienza individuale del tempo futuro svolga un ruolo importante nel plasmare gli obiettivi, i piani e le attività di autoregolazione che regolano l’azione e i risultati rispetto alla realizzazione, all’adattamento e al benessere. Le evidenze suggeriscono che l’esperienza del tempo futuro influisce anche su una serie di risultati chiave nell’ambito della salute mentale, delle esperienze affettive e dell’uso delle sostanze e dei comportamenti a rischio.

L’attuale panorama di ricerche suggerisce la necessità di adottare un approccio integrativo per fornire una comprensione più approfondita delle relazioni tra antecedenti e conseguenze della prospettiva temporale futura in diversi domini comportamentali, nonché della misura in cui essa fornisce conoscenze uniche nella previsione del benessere, della motivazione e del comportamento.

La prospettiva temporale futura è stata recentemente concettualizzata come una struttura malleabile, cognitiva e motivazionale, che si concentra sulla tendenza di un individuo ad anticipare e strutturare il proprio futuro; si differenzia dai tratti di personalità affettivi e agenziali che colgono il modo in cui un individuo tende a vivere le situazioni e a rispondere ad esse affettivamente e a livello comportamentale (Kooij, et al. 2018). I ricercatori hanno concettualizzato la prospettiva temporale futura come *“la misura in cui*

gli individui considerano i potenziali risultati lontani dai loro comportamenti attuali e la misura in cui sono influenzati da questi potenziali risultati". Wallace (1960), ad esempio, definiva la prospettiva temporale futura, come *"la tempistica e l'ordine degli eventi futuri personalizzati"*, una definizione che mette in risalto i processi cognitivi organizzativi. Allo stesso modo, Trommsdorff e Lamm (1975) hanno descritto il costrutto in termini di contenuto cognitivo definendolo come "un insieme di aspettative e credenze soggettive di una persona sul suo futuro". Infine, Seijts (1998) ha definito la prospettiva temporale futura come una struttura cognitiva malleabile, piuttosto che come uno stato o un tratto. Le definizioni più recenti di Carstensen (2006) e Cate et al. (2007) seguono tale visione quale costrutto cognitivo-motivazionale malleabile che si sviluppa e cambia in funzione dell'esperienza nell'arco di vita. Gli studiosi che si concentrano sull'aspetto cognitivo della prospettiva temporale futura hanno distinto cinque dimensioni: l'orientamento al tempo, l'estensione, la continuità, la densità e la direzionalità. Altri ricercatori hanno enfatizzato la valenza emotiva ovvero l'affettività degli eventi futuri. Queste dimensioni prevedono che il futuro sia visto in modo ottimistico, con un senso di fiducia nel raggiungimento degli obiettivi futuri, oppure come una sorta di minaccia. Un'affettività maggiormente elevata riflette anche l'attribuzione di un valore maggiore agli obiettivi, anche se questi possono essere raggiunti solo in un futuro lontano.

A fronte delle diverse incongruenze rispetto alla definizione, si riscontra un ampio consenso sul fatto che la prospettiva temporale futura rifletta un'attenzione e una riflessione generale sul futuro, ovvero come *"una preoccupazione generale e una corrispondente considerazione del proprio futuro"* (Kooij, et al. 2018). In tal senso, è possibile affermare che si tratta di un costrutto auto-contestualizzante ovvero determinato dalle situazioni, flessibile e cognitivo-motivazionale (Zacher et al., 2009) che si distingue

dai costrutti di personalità più normativi. Si rileva un consistente corpo di ricerche sulla relazione tra prospettiva temporale futura e cinque ampie classi di risultati: il raggiungimento degli obiettivi, il benessere, il comportamento in materia di salute e assunzione di rischi.

In conclusione, dal punto di vista della ricerca mancano studi che indagano i cambiamenti nella prospettiva temporale in individui coinvolti in un percorso di riabilitazione integrata a seguito di una lesione cerebrale acquisita. I dati presenti in letteratura convergono nel dimostrare che la prospettiva temporale ovvero la possibilità di organizzare le esperienze personali in archi temporali nonché la percezione stessa del fluire del tempo, possa essere profondamente modificata a seguito di un evento traumatico. Nell'ambito degli studi sul trauma, è chiaro che all'aumentare del livello psicopatologico si indebolisce la capacità di sperimentare, ricordare e interpretare in modo adattivo e favorevole gli eventi e i ricordi del passato (Mastowik, 2022). La cura stessa si basa sul fatto che il paziente, pur adeguandosi alle circolarità e ai ritorni imprevedibili del tempo, divenga consapevole della sua storia e storicità, ricostruendo il passato, fronteggiando il presente e prefigurando il futuro. Nell'ambito della medicina riabilitativa, il dolore psichico che nasce da una ferita del corpo mette in crisi l'immagine del sé e di ciò si desidera essere o rimanere, ed è anche il dolore fisico con le sue lacerazioni che incide sulla salute mentale (Enrico, 2022). Nei pazienti colpiti da una lesione cerebrale acquisita, sia l'impatto dell'evento di malattia sull'equilibrio psichico e sia la compromissione delle funzioni cognitive, quale comune sequela funzionale della lesione celebrale, possono influire negativamente sulla percezione del tempo interferendo con l'integrazione dell'evento traumatico e la ricostruzione della propria vita attraverso un processo di cambiamento adattivo. Di conseguenza, trovare conforto, forza e significato personale esaminando il proprio

passato, così come raggiungere un senso di ottimismo e chiarezza sugli obiettivi futuri, risulta essere fondamentale. La possibilità di raggiungere un orientamento al futuro favorisce risultati positivi in termini di qualità di vita e benessere soggettivo; nello specifico, esso risulta essere associato a una maggiore autoefficacia e capacità di affrontare le situazioni in modo adattivo; inoltre, è più probabile che influenzi lo sviluppo di un approccio pianificato e volto alla risoluzione di problemi, che a sua volta ha implicazioni per il benessere psicologico. La rilevanza di ciò che comporta possedere un orizzonte temporale futuro, come anche le implicazioni inerenti alla sua essenza o precarietà, potrebbero trovare un riscontro concreto nella pratica clinica in termini di adattamento psicologico nei pazienti che stanno affrontando le sfide implicate in un percorso di riabilitazione neuropsicologica e neuromotoria per riacquisire le funzionalità perse a seguito del danno neurologico.

La produzione di nuove evidenze empiriche al riguardo faciliterebbe una comprensione maggiore circa la rilevanza dell'investimento di tale risorsa all'interno del contesto di riabilitazione neuromotoria e neuropsicologica e potrebbe altresì avere un valore diretto al fine di riconoscere i fattori che facilitano i cambiamenti verso una prospettiva temporale ottimale ed equilibrata.

3.4 La Prospettiva temporale bilanciata: il contributo degli studi recenti

Zimbardo e Boyd (1999) hanno definito la prospettiva temporale bilanciata come *“la capacità di passare efficacemente da una prospettiva temporale all'altra a seconda delle caratteristiche del compito, delle considerazioni situazionali e delle risorse personali”* (p. 1285), suggerendo che rappresenti una forma più o meno cosciente di sé temporale derivante dall'uso riflessivo delle proprie risorse cognitive. Secondo tale definizione, la

prospettiva temporale è un processo percettivo e dinamico; tuttavia, gli individui solitamente pongono un' enfasi relativa o sviluppano un focus abituale degli intervalli temporali, riflesso nel profilo della prospettiva temporale individuale. Oltre alla delineazione delle cinque prospettive temporali, Zimbardo e Boyd (1999) hanno proposto che una prospettiva temporale equilibrata consente agli individui di alternare le varie prospettive temporali al variare delle situazioni. La flessibilità implicita in questo costrutto consente agli individui di operare le varie prospettive temporali al variare delle situazioni, consentendo in tal senso un equilibrio tra esperienze passate, desideri presenti e conseguenze future. La prospettiva temporale equilibrata descrive la tendenza a concentrarsi su orizzonti temporali passati, presenti e futuri che favoriscono risultati di vita positivi; è stato dunque dimostrato come essa costituisce un predittore robusto e bene confermato di vari aspetti del benessere. A tal riguardo, recenti ricerche hanno indicato che le prospettive temporali equilibrate sono le più desiderabili; nello specifico, esse costituirebbero alti livelli di prospettiva positiva del passato, livelli moderatamente alti di prospettiva edonistica del presente e del futuro e bassi livelli di prospettiva negativa del passato e fatalistica del presente. Al contrario, uno squilibrio costituente l'uso eccessivo o insufficiente di una o più prospettive temporali risulta essere indotto da una varietà di fattori appresi, dall'organizzazione del funzionamento intrapsichico individuale e dalla rispettiva matrice delle dinamiche interpersonali (Stolarski, et. al 2011).

Nell'ambito della psicologia positiva sono state ampiamente studiate le conseguenze dell'avere una prospettiva temporale bilanciata (Boniwell et al., 2010); le revisioni teoriche e le evidenze empiriche in letteratura supportano l'idea che una prospettiva temporale equilibrata è associata a caratteristiche chiave della psicologia positiva, come maggiore vitalità, affetti positivi e a punteggi più alti nelle misure di felicità e benessere.

Essa, infatti, risulta essere associata a numerosi risultati positivi, tra cui umore positivo (Stolarski et al., 2014), soddisfazione di vita, felicità, soddisfazione dei bisogni psicologici, autodeterminazione (Zhang et al., 2013). Tali evidenze suggeriscono che gli individui con una prospettiva temporale bilanciata sono maggiormente efficaci nell'affrontare le esigenze della vita quotidiana e si adattano meglio al cambiamento.

È stato mostrato che la prospettiva temporale equilibrata svolge un ruolo significativo in molti esiti psicologici, compresi quelli legati alla motivazione, all'equilibrio psichico, alle relazioni interpersonali, al senso di sé e ai cambiamenti di dipendenza, tra molti altri (Webster et al., 2013). Gli individui che esplorano congiuntamente il proprio passato e anticipano il proprio futuro in modo positivo sembrano avere vantaggi in termini di salute mentale rispetto a coloro che si concentrano esclusivamente sul passato o sul futuro, o tendono a non pensare molto frequentemente a nessuno dei due orientamenti temporali. Diverse revisioni in letteratura indicano generalmente che un futuro aperto ha implicazioni per il perseguimento di obiettivi sia informativi che emotivi e che, in media, gli adulti più giovani ottengono punteggi più nella prospettiva temporale futura rispetto agli adulti più anziani. D'altro canto, questi ultimi, meno orientati al futuro, sono motivati a perseguire la soddisfazione emotiva.

Il tempo interiore ha assunto un ruolo profondamente diverso anche in ambito clinico, per la persona stessa e per le prassi di cura. Esso è al centro di molte riflessioni sulla sofferenza psichica. A tal proposito, lo studio del senso soggettivo/percettivo del tempo interiore ha assunto un ruolo fondamentale nel campo psicoterapeutico sia per la centralità che le emozioni ad esso legate assumono nella vita delle persone in generale e sia per il ruolo che la triade passato-presente-futuro assume nel perseguimento del benessere (Enrico, 2022). Nel campo della ricerca psicologica-psichiatrica, diversi studi hanno

affrontato le questioni inerenti all'uso del tempo interiore ai fini terapeutici, quale parametro importante per un percorso di cura nonché un obiettivo in sé. A tal proposito, risulta rilevante come esso si modifica profondamente a seguito delle diverse forme di espressione della sofferenza psichica, dinanzi ad essa infatti il tempo interiore, spesso, si arresta nella sua evoluzione, non ha più futuro, solo presente e passato, con conseguente dilagare delle esperienze di colpa, e con il franare della speranza come apertura al futuro e al cambiamento. Diversi studi al riguardo hanno messo luce come il processo di accompagnare il paziente, durante la cura, a convivere e comprendere la propria coscienza del tempo interiore potrebbe costituire un punto di partenza da cui prende forma la cura terapeutica legata alla singola persona (Enrico, 2022).

3.5 Il ruolo dell'esperienza del tempo nella psicopatologia

Sebbene il numero di pubblicazioni disponibili sulla teoria della prospettiva temporale in ambito clinico non sia esaustivo, i risultati delle ricerche indicano chiaramente la sua importanza in diversi gruppi diagnostici. Il lavoro di Zimbardo e dei suoi collaboratori ha contribuito in modo significativo alla crescita nonché alla divulgazione della ricerca sulla prospettiva temporale in ambito psicologico. Tuttavia, diverse descrizioni e studi sui modi in cui le persone con diversi disturbi mentali percepiscono e vivono il tempo sono stati riportati molto prima; infatti, nella seconda metà del ventesimo secolo, Melges ha avviato studi sulle relazioni tra tempo e psicopatologia; nella sua pratica clinica, egli osservò che il problema del tempo era un tema frequente nel corso delle sedute terapeutiche e concluse che la percezione del tempo era differente e caratterizzante ciascun gruppo clinico; per esempio, egli notò che per le persone con depressione, il presente e il futuro rappresentano una sofferenza senza possibilità di miglioramento; ancora, che i gruppi clinici con

disturbo da stress post traumatico percepiscono il tempo in modo simile alle persone con disturbi depressivi; esse sembrano infatti bloccate nel passato negativo che riduce la loro capacità di vivere il presente e la percezione positiva del futuro. Studi successivi hanno evidenziato che tra i pazienti con disturbi di personalità, l'intensità dei sintomi e dei tratti d'ansia si correlano positivamente con il grado di concentrazione sul passato negativo e sul presente fatalistico e anche con un minor livello di controllo percepito nella vita quotidiana. Inoltre, maggiore risulta essere la concentrazione sul passato negativo, sul presente fatalistico e edonistico e meno sul futuro, più grande risulta il numero di meccanismi di difesa primari e minore quello dei meccanismi maturi (Tomich, et. al 2022).

Le attuali ricerche conferma che il nostro orientamento temporale è legato agli stati emotivi vissuti e previsti – ansia, rabbia, aggressività – e alle diagnosi nosografiche – disturbi d'ansia, depressione, mania, disturbo da stress post traumatico, dipendenze, schizofrenica e disturbi di personalità. Risulta chiaro che il fattore differenziale tra i gruppi clinici sono le proporzioni di particolari orientamenti temporali nella struttura della prospettiva temporale. A tal proposito, i risultati di diverse ricerche che hanno esplorato le relazioni tra le dimensioni relative alla prospettiva del passato, del presente e del futuro e l'umore hanno concluso che la prospettiva temporale possa strutturare l'esperienza affettiva dell'individuo (Stolarski et al., 2011). Le evidenze riscontrate suggeriscono diverse correlazioni tra specifiche prospettive temporali e risultati dell'umore; in particolare, gli individui che si posizionano in alto nella scala della negatività passata mostrano una maggiore irritabilità e depressione, un minore controllo degli impulsi e livelli di energia. Allo stesso modo, individui che si posizionano in alto nella scala del Passato Positivo mostrano un tono edonico e un'energia maggiore e livelli

più bassi di tensione; le persone che provano emozioni positive nei confronti degli eventi passati hanno un livello di disagio inferiore a quello delle persone che si concentrano sul passato in relazione alle emozioni negative. Diversamente, l'umore influenzato dall'atteggiamento fatalista è maggiormente caratterizzato da sentimenti di disperazione e impotenza e da una sensazione di scarso controllo, imprevedibilità e instabilità sulla propria vita. L'atteggiamento edonistico indica la capacità di godere del momento presente e riflette al contempo un bisogno di ricerca di stimoli, tali persone sembrano essere maggiormente felici e creative. La prospettiva futura è spesso collegata a motivazioni pianificate per agire in modo mirato, utilizzando il coping focalizzato sul compito, una strategia che aumenta gli stati d'animo positivi; le persone orientate al futuro presentano meno comportamenti aggressivi, un umore maggiormente conservato, sono più energetiche e sicure di sé, mostrano una maggiore autostima, si preoccupano della propria salute e infine hanno un migliore controllo dei propri impulsi (Kleftaras, 2014; Mostowik, 2018).

3.6 La prospettiva temporale in presenza di danni cerebrali e disabilità acquisite

Diverse evidenze empiriche hanno mostrato che i costrutti della prospettiva temporale fanno parte di un processo di sviluppo che, in condizioni favorevoli, aiuta a produrre un ritardo nella gratificazione e un buon autocontrollo (Bandura, 1997). La letteratura esistente suggerisce evidenze di alterazioni nella percezione della prospettiva temporale in persone con disturbi dell'impulsività o altre condizioni con problematiche di impulsività, come lesioni cerebrali, alcuni disturbi della personalità, disturbi del comportamento di dipendenza e gioco d'azzardo patologico. L'impulsività si riferisce ad una difficoltà di autocontrollo, che può manifestarsi nella routine quotidiana in diversi

modi, ad esempio: estroversione, impazienza, disattenzione, negligenza, coinvolgimento in situazioni di rischio, ricerche di nuove esperienze e sensazioni e una visione ridotta dell'infortunio (Hollander et al., 2001). L'impulsività è un sintomo caratterizzante diversi diagnosi psicopatologiche nosografiche considerate dalla letteratura come disturbi del controllo degli impulsi; ad esempio, abuso di sostanze e gioco d'azzardo patologico, disturbo borderline e antisociale e disturbi dell'umore (ad esempio, il disturbo bipolare). Nel loro insieme, i dati suggeriscono che le persone che manifestano tratti marcati di impulsività mostrano la tendenza a scegliere ricompense più piccole e immediate, invece di ricompense ritardate ma più grandi; inoltre, esse mostrano la tendenza a sovrastimare il passare del tempo presupponendo una sensazione del tempo accelerato.

Diverse ricerche hanno dimostrato parimenti che i pazienti ricoverati in strutture di trattamento per problemi di dipendenza da sostanze sono maggiormente orientati al presente e meno propensi ad organizzare sistematicamente il proprio futuro ovvero mostrano una prospettiva temporale futura poco espansa (Klingemann, 2001). Orizzonti temporali significativamente più brevi sono stati riscontrati anche nei giocatori d'azzardo patologici rispetto a quelli sociali.

Diversi studi hanno esplorato il funzionamento cognitivo come fondamento della prospettiva temporale bilanciata; alcune risorse cognitive, infatti, sembrano essere necessarie per l'uso flessibile di diverse prospettive temporali. Diverse funzioni esecutive quali, la flessibilità cognitiva, la memoria di lavoro, la flessibilità dell'attenzione e l'inibizione della risposta risultano essere centrati per passare efficacemente tra diverse prospettive temporali. In particolare, l'inibizione ovvero la capacità di *“inibire deliberatamente le risposte dominanti, automatiche o prepotenti quando necessario”* (Mayake et al., 2000) è importante per l'autoregolamentazione emotiva, quale risposta

emotiva adattiva; ad esempio, alcuni autori hanno scoperto che un alto livello di inibizione diminuisce l'intensità delle emozioni negative e che una maggiore inibizione cognitiva è associata a una minore rabbia e ostilità (Tang et al., 2014; Wilkpwski et al., 2010). Dato il fondamento cognitivo della prospettiva temporale bilanciata, è possibile descriverla come un prodotto di processi di autoregolazione metacognitivi (Zajenkowski et al, 2016). Dunque, la percezione del tempo, la funzione esecutiva e il controllo degli impulsi sono tutti intrinsecamente connessi.

Diverse evidenze suggeriscono che gli individui con un orientamento al futuro hanno maggiori probabilità di impegnarsi nella pianificazione e nel monitoraggio del comportamento, mentre quelli con un orientamento al presente sono più reattivi ai fattori situazionali immediati. Ciò è coerente con il modello di Berkley (1997), secondo cui le funzioni esecutive aiutano a collegare sequenze di comportamento più piccole in brevi periodi di tempo in strutture comportamentali più complesse organizzate nel tempo in comportamenti persistenti e diretti ad uno scopo.

L'orientamento al futuro si sviluppa tra gli individui che imparano a ottenere ricompense che richiedono uno sforzo maggiore ma hanno conseguenze significative a lungo termine, mentre l'orientamento al presente si sviluppa tra gli individui che sono più reattivi alle esperienze che producono soddisfazione immediata (ad esempio, l'uso di sostanze) ma hanno minore valore di ricompensa nel lungo termine (Wills, et al. 2001).

Epel, Bandura e Zimbardo (1999) hanno scoperto che l'orientamento futuro era correlato a una maggiore autoefficacia e capacità di affrontare le situazioni in modo più adattivo mentre l'orientamento attuale tendeva ad essere inversamente correlato. È pertanto rilevante che l'orientamento al futuro influenzi lo sviluppo di un approccio pianificato e

volto alla risoluzione dei problemi, che a sua volta ha implicazioni per il benessere psicologico.

La letteratura evidenzia soltanto pochi studi che hanno esplorato la percezione temporale nei pazienti con lesione cerebrale traumatica. I dati emersi al riguardo riportano evidenze di significative differenze nei compiti di riproduzione e di discriminazione temporale, i quali coinvolgono una maggiore richiesta di attenzione, memoria di lavoro e funzioni esecutive, rispetto alla popolazione non clinica. Pertanto, il deficit della percezione del tempo nei pazienti con lesione cerebrale traumatica pare essere correlato alle alterazioni inerenti alle funzioni cognitive che costituiscono i fondamenti della prospettiva temporale bilanciata.

In sintesi, i dati esistenti in letteratura suggeriscono la presenza di significativi cambiamenti nella percezione del tempo associati all'impulsività, caratterizzati dalla tendenza a sovrastimare il passare del tempo ed a eseguire risposte più premature e caratterizzati pertanto da un orizzonte temporale futuro poco esteso.

3.7 Prospettiva temporale e riabilitazione neuropsicologica: uno sguardo alla ricerca

La ricerca psicologica suggerisce che una malattia cronica interrompe la storia di vita di una persona e mina il senso di coerenza e continuità, in modo che il futuro diventi incerto e imprevedibile. Questo processo è stato definito "*interruzione biografica*" (Bury, 1982), in quanto la diagnosi separa la persona del passato da quella che si aspettava di essere in futuro.

Esplorando l'area del Sé nel futuro adottando un approccio qualitativo di analisi della ricostruzione dell'identità dopo un danno cerebrale, sono emersi diversi posizionamenti collocabili su un continuum che va dall'anticipazione passiva all'attivazione intenzionale.

Più nel dettaglio, i principali posizionamenti riferiti al sé nel futuro rivelano la previsione di scenari infausti e miserabili, negando persino la possibilità di immaginarli a causa delle sequele previste dalla lesione cerebrale, fino all'inclusione del proprio coinvolgimento nell'immaginare e progettare il proprio futuro. Sebbene sia presente come possibilità, alcuni partecipanti non hanno contemplato l'idea di una prospettiva futura; essa non riesce ad essere immaginata né desiderata perché sembra essere smussata dall'impatto delle conseguenze dell'infortunio nel momento presente. Le persone si sono definite “smarrite” “disorientate” o “impaurite” dal pensiero del futuro per il timore che un evento del genere possa ripetersi con esiti letali o peggiori, o che le sequele della lesione possono portare a un peggioramento piuttosto che a un leggero miglioramento (Faccio et al., 2023). Al contempo, altri partecipanti evidenziavano la spinta a fare, utilizzando i possibili limiti dati dalla lesione e dalle risorse individuali e interpersonali tracciate nella propria storia. Può esserci un riferimento al recupero totale o parziale di alcune capacità, ma soprattutto in riferimento alle intenzionalità di andare avanti sulla propria strada, definendo nuovi obiettivi e progetti di vita. La lesione non è necessariamente presente in questa storia, dove invece c'è la contemplazione della possibilità, del progetto e dello sviluppo dell'agency sia nell'uso del proprio corpo sia nello sviluppo e nel mantenimento delle relazioni con gli altri.

Tali posizionamenti si diversificano secondo varie sfumature di agency e intenzionalità in direzione di un obiettivo di costruzione e gestione delle sfide riscontrate. Contemporaneamente, passano da una polarità che implica un riferimento a sé stessi come indipendenti e capaci di affrontare le difficoltà a una polarità che contempla la collaborazione, la co-costruzione e l'invenzione di nuovi ruoli e strategie in dialogo con l'altro.

Un posizionamento rilevante è quello che vede la storia ruotare intorno alla propria persona come principale risorsa e punto di riferimento nella direzione della portata performativa. Espressioni come “dover combattere” o “vai avanti o sei morto” sono rappresentative di questo posizionamento. Allo stesso tempo, emergono altre sfaccettature di adattamento, sforzo e pazienza, tolleranza e riferimenti alla gestione di una situazione difficile. Nelle diverse aree di indagine sono emerse posizioni e narrazioni che attribuiscono all'evento la causa di problemi attuali visti come insormontabili e che vengano utilizzate per generare nel racconto una frattura identitaria tra un tempo passato e un tempo presente. Collegata a questo tipo di narrazione causale dominante e anche una peculiare visione del futuro, che in alcuni casi viene evitato e immaginato come ancora più critico del presente. Le posizioni personali raccolte possono essere collocate lungo una serie di continuum che vanno all'impossibilità di immaginare o dalla paura del futuro alla posizione di continuare e/o di dover tornare a sentirsi utili per gli altri.

Riassumendo brevemente, l'orientamento al futuro risulta essere elemento di fondamentale importanza nel processo di adattamento e di ricostruzione della situazione della persona, richiesto dalle specifiche sfide poste dagli esiti eterogenei del danno cerebrale.

CAPITOLO 4

Risorse psicologiche ed esiti neuropsicologici in adulti coinvolti in percorsi riabilitativi intensivi: uno studio pilota

Nel capitolo che segue saranno forniti i dettagli dello studio pilota realizzato iniziando dagli obiettivi e dai quesiti che hanno guidato la seguente indagine. Successivamente, sarà fornita una presentazione degli strumenti utilizzati, così da comprendere chiaramente in che modo si ha scelto di osservare e analizzare le dimensioni oggetto di indagine. In seguito, sarà riportata una descrizione dei partecipanti e delle modalità con cui hanno preso parte alla ricerca. Infine, sarà esposto il lavoro di analisi svolto e i relativi risultati.

4.1 Obiettivi dello studio e quesiti di ricerca

Ad oggi, si sa poco su come le persone con esiti di patologia neurologica acquisita (per esempio sclerosi multipla, patologie cerebrovascolari e trauma cranico) sviluppano e mantengono la resilienza e l'orientamento al futuro di fronte a un declino o ad una compromissione temporanea delle funzionalità neuropsicologiche progressivo e/o imprevedibili.

Il presente studio nasce dal desiderio di indagare la presenza del pattern di risorse psicologiche, nello specifico la resilienza e la prospettiva temporale, in adulti coinvolti in un percorso di riabilitazione intensiva a seguito di una cerebrolesione acquisita. In particolare; individuare possibili relazioni tra le risorse psicologiche oggetto d'indagine e i livelli di funzionamento cognitivo in seguito al danno cerebrale di origine acquisita.

Il primo quesito del presente studio indaga i pattern di resilienza che i pazienti con diversi gradi di danno neuropsicologico ascrivono a sé stessi.

Nella recente letteratura è possibile riscontrare un numero consistente di studi che indagano la resilienza nella popolazione con danno neurologico a seguito di patologie acquisite; non sono però presenti studi significativi che indagano l'orientamento al futuro in questa specifica popolazione. Ugualmente, non sono stati condotti studi che hanno esplorato in modo specifico quanto livelli elevati di resilienza possono incidere favorevolmente sull'orientamento al futuro.

Conferma della rilevanza di questa risorsa viene dagli studi in letteratura, questi riportano il contributo significativo che l'impiego della resilienza fornisce nel contesto riabilitativo a seguito di un danno neurologico. In generale, nell'ambito della riabilitazione da una lesione cerebrale, esistono prove crescenti di livelli di resilienza inferiori nelle popolazioni colpite da un danno cerebrale rispetto a gruppi non clinici; la resilienza è risultata particolarmente bassa tra gli adulti di mezza età con sclerosi multipla, suggerendo che le barriere alla resilienza possono essere particolarmente prominenti durante la prima età adulta e la mezza età, a causa della variabilità dei sintomi e dell'impatto, dell'imprevedibilità e delle perdite potenzialmente accumulabili (Silverman et al., 2015).

Gli studi riportano l'esistenza di associazioni significative tra resilienza ed esiti positivi: gradi più elevati di resilienza sono spesso associati ad un migliore funzionamento psicologico, in particolare a bassi livelli di depressione, ad una diminuzione dei sintomi post-concussivi (Losoi et al., 2015; Manning et al., 2016). In particolare, da un'analisi della resilienza nei pazienti con lesione cerebrale di origine traumatica e ictale è stato osservato che un livello elevato di resilienza era associato positivamente a un miglior recupero nelle capacità cognitive compromesse (DeRoon-Cassini, et al., 2010; McCauley et al., 2012, Robottom et al., 2012; Tallman et al., 2010).

In linea con la letteratura ci si attende che la *resilienza e alcune delle sue dimensioni potrebbero essere compromesse dopo una cerebrolesione acquisita, a causa delle possibili interruzioni coinvolte sia nelle capacità cognitive (esiti funzionali) e sia nelle risposte emotive (disagio psichico) che sono alla base dei risultati resilienti (Wardlaw et al., 2018)*. In particolare, si ipotizza che *adulti con maggiore compromissione nel grado e nel numero delle funzionalità neuropsicologiche compromesse presentino livelli più limitati di resilienza*.

Con il secondo quesito si intende *analizzare il pattern dell'orientamento al futuro sperimentato da adulti coinvolti in percorsi di riabilitazione neuropsicologica a seguito di una cerebrolesione acquisita*. Gli studi in letteratura al riguardo indicano che la resilienza risulta essere uno dei principali fattori che contribuiscono al mantenimento della percezione temporale durante lo stress; essa è, infatti, associata alla speranza, all'orientamento al futuro (Seginer, 2008) e alle aspettative positive sul futuro. È stato riscontrato che l'atto di aumentare l'orientamento al futuro protegge dallo stress (Zheng et al., 2019) e costituisce un obiettivo di intervento come mezzo per aumentare la resilienza (Li et al., 2017). *Ci si attende, quindi, che i pazienti con livelli più alti di resilienza presentino livelli più elevati di orientamento al futuro*.

Una lettura neuropsicologica delle basi cognitive della prospettiva temporale bilanciata suggerisce come essa sia favorita da processi di autoregolazione metacognitivi (flessibilità cognitiva, memoria di lavoro, flessibilità dell'attenzione e l'inibizione della risposta), gli stessi che risultano più frequentemente compromessi a seguito di un danno neurologico (K. Cyranka, 2018).

4.2 Descrizione degli strumenti

Lo studio include due set di strumenti, i primi finalizzati a fornire una valutazione di base del funzionamento esecutivo dei partecipanti, i secondi volti ad indagare gli specifici quesiti dello studio.

Strumenti di valutazione di base

Il funzionamento esecutivo globale è stato indagato attraverso la proposta della versione aggiornata della *Frontal Assessment Battery (FAB)* (Dubois et al., 2000) una batteria di screening composta da prove cognitive e comportamentali; le funzioni indagate sono le seguenti: concettualizzazione astrazione in assenza di capacità di giudizio (somiglianza); strategia auto organizzativa, flessibilità cognitiva (fluenza fonemica); programmazione, pianificazione ed organizzazione del comportamento (serie motorie); sensibilità all'interferenza (istruzioni contrastanti); controllo inibitorio, impulsività (go-on-go); autonomia ambientale, comportamento di utilizzazione che consta nell'afferrare, usare e manipolare oggetti contestualmente limitrofi (comparto di prensione).

La valutazione del funzionamento esecutivo è stata integrata con la proposta del protocollo *dell'Esame neuropsicologico (ENB-2)* (Mondini et al., 2011), il quale è strutturato in 16 prove, ognuno delle quali indaga il funzionamento cognitivo e globale della persona, arrivando a delineare un profilo cognitivo-comportamentale verosimilmente compatibile con la propria condizione psicofisica.

Il punteggio globale è considerato come la misura complessiva del profilo cognitivo di chi ha eseguito la batteria neuropsicologica. Il punteggio massimo è di 100 con un cut-off medio di 66/100 e non deriva dalla semplice somma dei vari test che compongono l'ENB-2 ma dalla trasformazione del punteggio di ciascun test in percentuale rispetto al

punteggio massimo ottenibile di ciascuna prova. Una volta ottenuti i punteggi percentuali di ogni test, il punteggio viene ottenuto dalla media dei sedici test.

Strumenti specifici per i quesiti dello studio

Per valutare la resilienza è stata utilizzata la versione italiana di L. Di Fabio e A. Palazzeschi (2012) della *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), (Campbell-Sills e Stein, 2007). La CD-RISC è composta da 10 item con formati di risposta a una scala Likert di risposta con un intervallo di 5 punti che vanno da *mai* (0) a *sempre* (4). Dalla verifica delle proprietà psicometriche di tale strumento si è riscontrata una versione unidimensionale della scala con una buona coerenza interna e validità concorrente, risultando un valido strumento per rilevare la resilienza nel contesto italiano. La scala consente di rilevare un punteggio totale di resilienza. Esempi di item sono: “*Sono capace di adattarmi ai cambiamenti*”; “*Fronteggiare lo stress può rendermi più forte*”; “*Sono in grado di raggiungere gli obiettivi nonostante gli ostacoli*”.

Per misurare la prospettiva temporale futura è stata utilizzata la versione italiana della Scala di misura *Temporal Focus Scale* (Shipp et al., 2009; validazione italiana di Diotaiuti, Valente, Mancone). Lo strumento è volto ad indagare la misura in cui gli individui dedicano la loro attenzione al passato, al presente e al futuro; è composto da 10 item, che convergono separatamente su tre fattori, a cui i partecipanti danno una risposta in base a quanto si identificano nell’affermazione proposta. Piuttosto che classificare gli individui come prevalentemente di un solo tipo, questa definizione tripartita rappresenta tre dimensioni in cui le persone possono essere contemporaneamente alte o basse su più archi temporali. Le persone possono spostare la loro attenzione tra questi periodi di tempo, e pensare a un solo di essi non preclude la possibilità di pensare agli altri, e lo

stesso individuo può avere più focalizzazioni temporali. La prima dimensione misura la propensione della persona a focalizzare l'attenzione su eventi del proprio passato (*“rivivo nella mia mente i ricordi del passato”*); il secondo fattore della TFS misura la propensione della persona a pensare al futuro (*“penso ai momenti che verranno”*); il terzo fattore misura la tendenza a concentrare l'attenzione e i pensieri sul momento presente (*“mi concentro su ciò che accade attualmente nella mia vita”*). Il primo studio di validazione italiano della TFS (Diotiauti et al., 2021) ha dimostrato l'affidabilità della misura per la valutazione accurata della tendenza degli individui a pensare al presente, al passato e al futuro. L'attenzione temporale si è dimostrata una caratteristica significativa associata a vari aspetti del benessere e del disagio personale, mostrando indicazioni predittive con la soddisfazione di vita, l'orientamento ottimistico/pessimistico, le modalità di autoregolazione, l'ansia e la depressione.

4.3 Partecipanti

Al presente studio hanno partecipato 14 persone (8 di sesso maschile e 6 di sesso femminile) con età media di 68 anni e con una media del periodo dall'insorgenza dell'evento morboso pari a 22 giorni. Di queste, 7 presentano danno funzionali in diversi domini cognitivi; 7 non hanno riportato sequele nel funzionamento cognitivo. I partecipanti erano stati dimessi dopo la loro stabilizzazione clinica post lesione e sono stati trasferiti presso l'ospedale di riabilitazione intensiva.

Al momento della partecipazione allo studio, le persone reclutate erano coinvolte nella fase della riabilitazione intensiva, la quale si colloca nell'immediata post-acuzie della malattia o dell'intervento chirurgico. A tale fase segue quella di completamento e stabilizzazione dei risultati raggiunti durante la riabilitazione intensiva. Il percorso

terapeutico affrontato dai partecipanti mira a ridurre al minimo i postumi della lesione, a massimizzare le residue abilità del paziente e migliorare la prognosi funzionale delle conseguenze di patologie patologiche o traumatiche, disabilitanti, localizzate o generali. I pazienti sono stati coinvolti in specifici programmi riabilitativi multidisciplinari, parte integrante delle prime fasi post -lesione cerebrale, con obiettivi a medio e lungo termine, finalizzati al recupero funzionale con diversi approcci terapeutici singoli o combinati, tra cui la riabilitazione neuromotoria, neuropsicologica, la terapia del linguaggio e della comunicazione, psicologica e farmacologica.

Le patologie acute che hanno subito i pazienti degenti coinvolti nel seguente studio riguardano: ictus emorragico e ischemico, trauma cranico, malattie ad andamento progressivo, come ad esempio sclerosi multipla, polineurite; tali problematiche neurologiche sono associate a disturbi delle funzioni, superiori e/o del linguaggio. La Tabella 4.1 ne riassume le caratteristiche.

Tabella 4.1 *Caratteristiche dei partecipanti*

Diagnosi	N. Partecipanti	Età media	Sesso M	Scolarità Media	Distanza dall'evento Media	Sintomi ansioso-depressivi
Trauma cranico	6	70	6 M	18,33	29	3
Ictus	5	70	3M; 2F	5,5	13	3
Sclerosi multipla	1	69	1F	24	27	-
Altro	2	57	2F	18	23,5	2

Inoltre, si evidenzia che per 10 partecipanti il team sanitario ha individuato sintomi ansioso-depressivi e parallelamente al percorso di riabilitazione delle funzionalità aderivano al servizio di consulenza psicologica.

Il Progetto di riabilitazione intensiva prevedeva un trattamento neuromotorio, completato dalla valutazione e trattamento logopedico e neuropsicologico. Nella riabilitazione cognitiva era

interessato il lavoro sia sulle funzioni danneggiate che sulla stimolazione delle abilità residue, utilizzando protocolli e strumenti specialistici sulla base delle specifiche esigenze. Le sedute ambulatoriali prevedevano l'esecuzione di esercizi carta-matita e computerizzati di attenzione selettiva e divisa, controllo inibitorio, doppio compito e memoria di lavoro verbale e visuo - spaziale a difficoltà crescente, a seconda delle specifiche esigenze.

Gli indici di funzionamento generale e dei singoli domini cognitivi sono stati ricavati dall'Esame neuropsicologico condotto in uno o due incontri con la proposta della batteria *Frontal Assessment Battery (FAB-15)* e dall' *Esame Neuropsicologico Breve (ENB-2)*

La tabella 4.2 mostra, in sintesi, i punteggi medi dei livelli di funzionamento dei partecipanti nelle prove dell'esame FAB-15.

Tabella 4.2 *Livelli di funzionamento dei partecipanti*

Diagnosi	FAB <i>Media PE (d.s.)</i>	FAB <i>Media PE</i>	N. partecipanti nella norma
Trauma cranico	12,51 (4,48)	1,3	2/ 14
Ictus	7,4 (1,97)	2,4	3/14
Sclerosi multipla	10,4	0	0/14
Altro	-	3	2/14

Legenda: *Le prestazioni delle prove seguenti sono espresse in punteggi equivalenti (PE), che esprimono la prestazione in una scala da 0 a 4 in cui 0 corrisponde ad una prestazione al di sotto dei limiti di tolleranza per il 95% della popolazione di controllo con il 95% di confidenza; 4 corrisponde ad una prestazione superiore alla mediana del campione.

La Tabella 4.3 mostra, in sintesi, il numero dei pazienti divisi per diagnosi con specifiche funzioni compromesse, ottenuti con la proposta dell'esame neuropsicologico breve (ENB-2).

Tabella 4.3 *Numero pazienti con specifiche funzioni deficitarie*

<i>Diagnosi</i>	<i>Deficit memoria e attenzione</i>	<i>Deficit linguaggio</i>	<i>Deficit esecutivi</i>	<i>Deficit prassie</i>
Trauma cranico	3	2	4	3
Ictus	2	1	2	2

Sclerosi Multipla	1	1	1	-
Altro	-	-	-	-

I pazienti con esiti di trauma cranico presenta deficit nelle funzioni di memoria, attenzione e prassiche, I limiti nelle funzioni esecutive caratterizzano la totalità dei gruppi con diagnosi di Trauma cranico, Ictus, Sclerosi Multipla; solo la minoranza di questo gruppo riporta delle compromissioni significative nell'area del linguaggio. Nello specifico, il funzionamento cognitivo dei pazienti con patologia cerebrovascolare è caratterizzato da compromissioni sia nelle funzioni di memoria e attenzione e sia nei deficit esecutivi. Le abilità prassiche risultano integre unicamente nel paziente con Sclerosi multipla.

La Tabella 4.4 mostra, in sintesi, i livelli di funzionamento che caratterizzano i partecipanti nelle singole prove dell'ENB-2.

Tabella 4.4 Livelli di funzionamento divisi per numero di funzioni compromesse

<i>Diagnosi</i>	<i>Nella norma</i>	<i>Funzioni coinvolte ≤ 2</i>	<i>Funzioni coinvolte 3</i>	<i>Funzioni coinvolte ≥ 3</i>
Trauma cranico	2	1	-	3
Ictus	3	-	-	2
Sclerosi Multipla	-	-	-	1
Altro	2	-	-	-

La metà dei pazienti con trauma cranico presenta un profilo di funzionamento cognitivo caratterizzato da più di tre domini compromessi; ugualmente si presenta il quadro del paziente con diagnosi di Sclerosi Multipla. Mentre, i partecipanti con diagnosi di ictus si polarizzano tra un funzionamento nella norma e, al versante opposto, un funzionamento con tre funzioni deficitarie. Diversamente, i pazienti con diagnosi di polineurite mostrano un profilo cognitivo nella norma.

4.4 Procedure

Gli obiettivi e le strategie di lavoro sono stati condivisi con l'intero Team multidisciplinare dei professionisti della struttura, responsabili degli specifici progetti riabilitativi di ogni paziente.

I criteri di selezione prevedevano: una diagnosi di lesione cerebrale acquisita, un'età non superiore ai 75 anni e l'intenzione e la capacità di sostenere e interagire verbalmente o per iscritto con l'intervistatore.

La proposta dei questionari è stata effettuata in collaborazione sia con gli psicologi clinici sia del servizio di psicologia clinica e sia con il servizio di neuropsicologia della struttura ospedaliera. Gli indici di funzionamento generale e dei singoli domini cognitivi sono stati effettuati entro la prima settimana di degenza dei partecipanti da parte degli psicologi clinici del servizio di neuropsicologia.

Nel corso dell'attività proposta si sono considerate le attuali limitazioni funzionali che presentano le persone coinvolte al fine di permettere alle stesse di partecipare alla compilazione dei quesiti in maniera affidabile e autentica.

4.5 Analisi dei dati

Al fine di indagare i quesiti di ricerca proposti sono state effettuate una serie di analisi statistiche sui dati raccolti attraverso il protocollo di indagine descritto nel paragrafo precedente, nelle misure complessive di resilienza e prospettiva temporale.

In particolare, sono stati utilizzati il Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti e con il test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti per confrontare le distribuzioni nei pattern di entrambe le risorse.

Al fine di analizzare le differenze rispettivamente in resilienza e prospettiva temporale, sono stati formati gruppi di partecipanti sulla base sia del numero dei domini cognitivi compromessi e sia delle specifiche funzioni coinvolte nel danno neurologico.

Successivamente, al fine di verificare l'impatto della resilienza sull'orientamento al futuro, utilizzando la mediana come cut-off sono stati individuati due gruppi di partecipanti (alto vs basso) nei livelli di resilienza che ascrivono a sé stessi.

4. 6 Risultati

Nei paragrafi successivi sarà esposta una presentazione dei risultati dell'analisi effettuata rispetto ai pattern di resilienza e prospettiva temporale, al ruolo del disagio psichico sui pattern di resilienza e prospettiva temporale e, infine, al ruolo della resilienza sulla prospettiva temporale.

A. Pattern di resilienza e prospettiva temporale

In primo luogo, sono stati analizzati i pattern delle risorse in relazione alla patologia (Tabella 4.5).

Tabella 4.5 *Pattern di risorse psicologiche in relazione alla patologia (medie e deviazioni standard)*

		N	Media	Deviazione standard.
RESILIENZA	Trauma cranico	6	36,66	7,22
	Ictus ischemico	5	42,40	2,70
	Altro	3	37,66	6,42
	<i>Totale</i>	<i>14</i>	<i>38,92</i>	<i>6,00</i>
	Trauma cranico	6	35,16	2,63

PROSPETTIVA	Ictus ischemico	5	32,40	9,39
TEMPORALE	Altro	3	37,00	7,54
	<i>Totale</i>	<i>14</i>	<i>34,57</i>	<i>6,47</i>

L'analisi con il test di Kruskal-Wallis non ha evidenziato differenze significative nei pattern della resilienza e della prospettiva temporale in relazione alla diagnosi (Chi square = 0,672; df = 2; p = 0.715). Il fattore patologia non sembra avere nei partecipanti un'influenza significativa sulle loro risorse psicologiche.

Dato il limitato gruppo di partecipanti non sono state condotte altre analisi in funzione delle caratteristiche anagrafiche.

I pazienti sono stati poi raggruppati in base al numero di funzioni compromesse. Sono stati quindi analizzati i pattern della resilienza e della prospettiva temporale in relazione ai diversi profili di deficit funzionali (Tabella 4.6).

Tabella 4.6 *Gruppi di partecipanti sulla base del numero di funzioni deficitarie*

	<i>Funzioni deficitarie ≤ 2</i>	<i>Funzioni deficitarie ≥ 3</i>
	<i>Media (d.s.)</i>	<i>Media (d.s.)</i>
Resilienza	41(2,82)	37 (7,74)
Prospettiva temporale	35 (2,83)	32,33 (1,52)

L'analisi con il test di Mann-Whitney non ha evidenziato differenze significative nella resilienza tra i partecipanti che presentano un numero diverso di funzioni neuropsicologiche compromesse (U= 6, p=1). Parimenti, non sono state riscontrate differenze significative nella prospettiva temporale tra i medesimi partecipanti (U= 4, p=.502). Il numero di funzioni non sembra influenzare in modo significativo i pattern delle risorse psicologiche esplorate. Tuttavia, l'affidabilità del risultato potrebbe essere

compromessa dalla ridotta numerosità campionaria dei pazienti che presentano un diverso numero di deficit.

Successivamente l'attenzione si è focalizzata sulla specificità dei pattern di limitata resilienza ed orientamento al futuro nei pazienti con patologie diverse e in funzione della presenza e della ampiezza dei deficit. I livelli limitati di resilienza e prospettiva temporale vengono identificati da un punteggio minore o uguale a 39, corrispondente a punti z -1.5 nella popolazione di riferimento per età. La tabella 4.7 mostra in sintesi i risultati.

Tabella 4.7 *Partecipanti che riferiscono livelli limitati in una delle risorse psicologiche o in entrambe, ai diversi livelli di deficit neuropsicologico*

<i>Numero di funzioni coinvolte</i>	<i>Risorse psicologiche</i>			<i>Totale</i>
	<i>Resilienza</i>	<i>Orientamento al futuro</i>	<i>Resilienza e orientamento al futuro</i>	
No deficit	1	3	1	5/7
1 funzione	-	-	1	1/1
>3	1	1	4	6/6
Totale	2	4	6	12/14

Come si può osservare dalla distribuzione delle frequenze, non sembra esserci una relazione specifica tra presenza di deficit cognitivi e risorse psicologiche limitate: livelli inferiori in almeno una risorsa psicologica caratterizzano sia i partecipanti con compromissioni funzionali e sia i pazienti che non presentano deficit cognitivi.

Al contempo, è rilevante evidenziare che la maggiore frequenza di limitati livelli in entrambi i pattern di risorse psicologiche caratterizza in modo più specifico i pazienti con deficit multipli (4/6).

B. Il ruolo del disagio psichico sui pattern di resilienza e prospettiva temporale.

Sono stati suddivisi i partecipanti in due gruppi sulla base della presenza o assenza di sintomi ansioso-depressivi individuati attraverso la valutazione clinica.

L'analisi con il test di Mann-Whitney ha evidenziato differenze significative nella resilienza tra i partecipanti con e senza sintomi ansioso-depressivi ($U=4,5$, $p=.011$).

I pazienti senza sintomi ansioso-depressivi riferiscono livelli più elevati di resilienza.

Tabella 4.8 *Punteggi medi e deviazione standard nella resilienza e prospettiva temporale riferita da pazienti con/senza sintomi ansioso-depressivi*

	Pazienti con sintomi ansioso-depressivi <i>Media (ds)</i>	Pazienti senza sintomi ansioso-depressivi <i>Media (ds)</i>
Resilienza	35,87 (6,07)	43,00 (2,6)
Prospettiva temporale	31,50 (5,7)	38,50 (5,35)

Si riscontrano risultati simili anche per quanto riguarda la prospettiva temporale, rispetto alla quale entrambi i gruppi differiscono in modo significativo nei punteggi medi ($U=7,5$, $p=.033$). I pazienti senza sintomi ansioso-depressivi riferiscono livelli più elevati di Prospettiva temporale.

Tabella 4.09 *Partecipanti che riferiscono limitati livelli di resilienza e prospettiva temporale con o senza sintomi psicopatologici*

<i>N. Partecipanti</i>	<i>Resilienza</i>	<i>Prospettiva temporale</i>	<i>Resilienza E Prospettiva temporale</i>	<i>Totale</i>
Sintomi ansioso-depressivi	1	2	5	8/8
Senza sintomi ansiosi-depressivi	1	2	-	3/6
Totale	2	4	5	11/14

Osservando la Tabella 4.09, si nota che livelli limitati di resilienza e prospettiva temporale caratterizzano tutti i pazienti inclusi nello studio che riferivano sintomi ansioso-depressivi; in particolare, la maggior parte di essi riportava livelli limitati in entrambi i pattern di risorse psicologiche (5/8). Si evince che il disagio psichico può costituire un fattore di influenza significativa rispetto sia alla resilienza che alla prospettiva temporale.

D. Il ruolo della resilienza sulla prospettiva temporale

Si è infine analizzata la relazione tra i livelli di resilienza riferiti e la prospettiva temporale futura che i pazienti ascrivono a sé stessi. Dividendo i partecipanti in due gruppi, alta e bassa resilienza, non emergono differenze significative rispetto ai punteggi medi della prospettiva temporale ($U=27.5$, $p=.701$). Come mostra, in sintesi, la Tabella 4.10 a livelli più limitati di resilienza non corrisponde necessariamente una prospettiva temporale più limitata.

Tabella 4.10 *Pattern di prospettiva temporale in relazione a livello alto/basso di resilienza*

	prospettiva temporale limitata	prospettiva temporale nella norma
Elevata resilienza	4/7	3/7
Limita resilienza	5/7	2/7
Totale	9/14	5/14

Emerge, comunque, la possibilità di riscontrare frequenti pattern di associazione tra limiti nella resilienza e nella prospettiva temporale.

4.7 Il contributo dello studio: la discussione dei risultati

Con questo studio ci si proponeva di indagare i pattern della resilienza e della prospettiva temporale futura che i pazienti con diversi livelli di funzionamento neuropsicologico ascrivono a sé stessi, e di evidenziare il potenziale ruolo di variabili individuali e della funzionalità successiva alla diagnosi.

La maggioranza degli studi sulla Resilienza nelle popolazioni con lesione cerebrale acquisita ha indagato le correlazioni e l'impatto della resilienza in termini di esiti positivi nel percorso di adattamento e recupero alle disabilità acquisite (Sullivan et al. 2015, Lukow et al., 2015). Inoltre, questi studi si sono maggiormente concentrati sull'analisi dei numerosi fattori individuali e biopsicosociale che intervengono sulla compromissione di questa risorsa impedendo ai pazienti coinvolti un adattamento significativo alle sfide e ai cambiamenti sperimentati.

Allo stesso modo, sebbene sia limitato il numero degli studi che ha indagato la prospettiva temporale nell'ambito delle disabilità acquisite, la maggior parte delle ricerche ha messo in evidenza i suoi effetti positivi in termini di benessere psicologico e salute mentale in persone con disturbo da stress post-traumatico (Tomich & Tolich, 2021), che soffrono di sintomi depressivi (Van Beek et al., 2011) o persone in riabilitazione e con malattie croniche, come schizofrenia e disturbi bipolari (Livneh, 2013).

Con questo studio pilota ci si è proposti, innanzitutto, di indagare le specificità dei pattern della resilienza e della prospettiva temporale nei pazienti coinvolti, distinguendoli sulla base della patologia. I risultati ottenuti dalle analisi statistiche effettuate suggeriscono che la natura della patologia non influenza in modo significativo le risorse psicologiche esplorate.

Si sono poi analizzati i pattern della resilienza e della prospettiva temporale rispetto al grado di compromissione funzionale, distinguendo i partecipanti con esiti neuropsicologici sulla base del diverso numero di deficit cognitivi riportati. I risultati non hanno mostrato differenze significative tra i punteggi medi delle singole risorse in entrambi i gruppi, suggerendo che l'ampiezza dei deficit non influenza in modo significativo le risorse psicologiche necessarie per adattarsi e fronteggiare le sfide significative poste nel percorso di recupero.

Non sono presenti studi in letteratura che hanno esplorato i pattern delle risorse psicologiche indagate in funzione degli esiti neuropsicologici possibili a seguito di una lesione cerebrale acquisita. Gli unici studi presenti in letteratura (Cator & Massioui (2020) riscontrano una relazione positiva tra la resilienza e l'indipendenza funzionale (motoria e neuropsicologica) percepita. I pattern di limitata resilienza e orientamento al futuro in funzione della presenza/assenza di funzioni compromesse, non sembra esserci una relazione specifica e sistematica tra presenza di deficit cognitivi e presenza di risorse psicologiche limitate; tuttavia, si è osservato che i partecipanti allo studio con domini multipli compromessi riferivano più frequentemente livelli inferiori in entrambe le risorse psicologiche.

Un ulteriore risultato all'interno di questo studio riguarda il ruolo del disagio psichico sui livelli di resilienza e prospettiva temporale. Dai risultati emersi, è stato osservato che i pazienti che non riferivano sintomi ansioso-depressivi riportavano un punteggio medio significativamente più elevato in entrambe le risorse psicologiche. Pertanto, si evince che la sofferenza psichica potrebbe essere un fattore influente sulle risorse indagate e di conseguenza nel percorso di recupero funzionale delle proprie autonomie. Questi risultati sono in linea con quanto osservato in diversi studi recenti (Bowles et al. 2019, Wong, et

al., 2019, Liu et al. 2018) condotti nell'ambito della neuroriabilitazione, i quali hanno riscontrato che bassi livelli di resilienza erano correlati a livelli più elevati di disagio emotivo, i sintomi depressivi (Sullivan et al., 2015; Lukow et al., 2015); riportano anche una relazione significativa tra resilienza e varie emozioni positive: quando i partecipanti avevano un alto grado di resilienza non comparivano sintomi di depressione e ansia, come già riscontrato in diversi studi (Losoi et al., 2015, Rainey et al., 2014). Per quanto riguarda invece la prospettiva temporale, in letteratura soltanto un numero limitato di studi ha esplorato la percezione temporale futura nei pazienti con lesione cerebrale; tuttavia, in altre popolazioni cliniche e non cliniche l'orientamento al futuro assume un ruolo chiave come indicatore di benessere psicologico e adattamento a seguito di condizioni precisate come traumatiche (Enrico, 2022).

I profili emersi ai questionari ponendo in relazione resilienza e prospettiva temporale suggeriscono l'esistenza di un pattern in cui coesistono. Tale risultato è importante dal momento che la resilienza viene definita come la capacità di poter superare un percorso in maniera positiva e di crescere sull'esperienza traumatica; mentre, la prospettiva temporale riguarda l'intenzionalità di coltivare con fiducia obiettivi, anche se questi possono essere raggiunti solo in un futuro lontano, di contemplare possibilità in termini di progetti di vita e dello sviluppo dell'agency (Neil et al., 2020; Kooij, et al., 2018).

È importante considerare alcuni limiti che presenta questo studio. Innanzitutto, i risultati riscontrati risentono della numerosità generale ridotta del gruppo di pazienti coinvolti nell'indagine e del limitato numero di persone che rappresentavano i diversi quadri clinici, alcuni in particolare. Inoltre, come suggeriscono da Stolaski e colleghi (Stolarki et al. 2018) la personale configurazione della prospettiva temporale e della resilienza può essere sensibile alle influenze situazionali, e ai modi dinamici con cui queste variabili

interagiscono. Ci possono essere, pertanto, altri fattori che risultano essere preponderanti nel caratterizzare i pattern delle risorse esplorate nei pazienti con esiti di danno neurologico, come il ruolo del contesto riabilitativo e le esperienze di vita delle persone con una cerebrolesione acquisita.

Innanzitutto, nel presente studio non è stato possibile valutare l'influenza della funzionalità motoria compromessa sui pattern di risorse indagate, che risulta principalmente caratterizzare, assieme ai deficit neuropsicologici, i quadri di patologie neurologiche acute, croniche e degenerative. Studi recenti, infatti, hanno riscontrato la rilevanza, evidenziano come la capacità funzionale sia risultata un predittore della resilienza nelle persone con sequele post lesione cerebrale (Cator & Massioui, 2020).

Osservazioni emergenti recentemente dalla pratica clinica e dagli studi condotti in ambito riabilitativo, hanno evidenziato una compromissione della salute e degli indici funzionali dei pazienti in riabilitazione intensiva che migliorano sensibilmente alla dimissione. Pertanto, un altro elemento che potrebbe essere valutato in indagini future sulle risorse psicologiche in persone che vivono in questa condizione complessa, è la distanza dall'evento clinico (Gestieri et al., 2022).

Un altro fattore di influenza sui pattern della resilienza e della prospettiva temporale che potrebbe essere indagato è l'eventuale presenza di anosognosia o consapevolezza dei deficit su base organica secondaria a lesione cerebrale nei pazienti con un livello di compromissione neuropsicologica rilevante (Taylor et al., 2011).

In sintesi, il presente studio pilota suggerisce la rilevanza di valutare le relazioni che l'individuo ha con il proprio orientamento al futuro e l'impiego della resilienza per permettere di comprendere gli esiti delle lesioni cerebrali e dirigere consapevolmente l'attenzione verso la promozione di programmi d'intervento psicologico positivo, validati

empiricamente, al fine di massimizzare il potenziale riabilitativo. Ciò è in linea con il consenso crescente sul fatto che, per essere massimamente efficace, la riabilitazione neuropsicologica deve affrontare insieme sia i deficit cognitivi, sia i fattori attitudinali motivazionali ed emotivi soggettivi, come l'autoefficacia, la fiducia e l'autostima (Ellis-Hill et al., 2008).

I risultati ottenuti forniscono suggerimenti per poter progettare ricerche future al fine di incrementare la conoscenza proposta in quest'ambito e le relative proposte applicative, che possono sostenere la progettazione del futuro e promuovere la resilienza in adulti con esiti di danno neurologico coinvolti in percorso di recupero funzionale e psicologico.

Una possibile direzione applicativa suggerita dai risultati del presente studio riguarda l'importanza di includere valutazioni delle risorse disponibili per il recupero, al fine di implementare strategie terapeutiche di intervento all'interno dell'approccio riabilitativo multidisciplinare, attività per la stimolazione e la promozione delle risorse psicologiche.

Riferimenti bibliografici

Alberto F., Reues R., Corbetta F., (2014). Design and development of a planer cable-driven VSA based robot for upper limb rehabilitation, POLItesi-Archivio digitale delle tesi di laurea e dottorato, Politecnico Milano.

Arbour C., Gosselin N., Levert M-J., Gauvin-Lapage J., Michallet B., Lefebvre H. (2017). Does age matter? A mixed methos study examining determinants of good recovery and resilience in young and middle-aged adults following moderate to severe traumatic brain injury. Jan, Hournal of advanced nursing. Volume 73, pp. 3133-3143.

Bai W., Liu Y., Hou Y., Lei S. (2020). Relationship Between Social Support and Psychological Resilience Patients with Convalescent Stroke: mediating effect of self-efficacy, 4(2), pp. 21-27.

Bertisch HC., Long C., Langenbahn DM., Rath JF., Diller L., Ashman T. (2013). Anxiety as a primary predictor of functional impairment after acquired brain injury: A brief report. Rehabilitation Psychology, 58(4), 429-435.

Bonanno GA., Romero SA., Klein SI (2015). The temporal elements of psychological resilience: an integrative framework for study of individuals, families, and communities. Psychological Inquiry. Volume 26, pp. 139-169.

Boniwell I., Zimbardo PG. (2015). Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. Positive psychology in practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday Life, Second Edition. Chapter 13.

Bryson-Campbell M., Shaw L., Brien J'O., Holmes J. (2013). A scoping review on occupational and self-identity after a brain injury. Work, volume 44. Pp.57-67.

Buhl I., Pallesen H. (2015) Early rehabilitation of patients with severe acquired brain injury: strategies to promote participation. Scandinavian journal of occupational therapy. Volume 22, pp. 181-195.

Burton CR. (2000). Living with stroke: a phenomenological study. Wiley Online Library. Volume, 32, pp. 301-309.

Carlsson GE., Moller A., Blomstrand C. (2009). Managing an everyday life of uncertainty – a qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disability and rehabilitation*. Volume 31, pp. 773-782.

Carstensen LL. (2006). The influence of a sense of time on human developmental. *Science*. Volume 312, pp. 1913-1915.

Castor-Guyonvarch N. (2020). The impact of parental treatment on resilience in adolescent. *Journal of Education and Social Sciences*, Volume 15.

Chen R., Xie Y., Liu Y. (2021). Defining, conceptualizing, and measuring organizational resilience: A multiple case of study. *Sustainability*, 13(5).

Chmitorz A., Kunzler A., Helmerich I-, Tuscher O. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical psychology*. Volume 59, pp. 78-100.

Cummins C, Worrall LM., McPherson KM. (2017). Co-constructing engagement in stroke rehabilitation: a qualitative study exploring how practitioner engagement can influence patient engagement. *Journals. SageJournals*. Volume 31.

Denckla CA, Cicchetti D., Kubzansky LD., Seedat S., Teicher MH., Williams DR., Koenen KC. (2020). Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal and research recommendations. *European Journal of Psychotraumatology*. Volume 11.

Drummond A., Nouri F., Thomas S. (2021). Managing post-stroke fatigue: a qualitative study to explore multifaceted clinical perspective. *Sage journals*. Volume 85.

Eliss-Hill C., Payne, S., Ward C. (2008). Using stroke to explore the life thread model: an alternative approach to understanding rehabilitation following an acquired disability. *Disability and rehabilitation*. Volume 30, pp. 150-159.

Ellingsen S., Moi AL., Gjengedal E., Flinterud SI., Natvik E., Raheim M., Sviland R., Sekse RTJ. (2021). Finding oneself after critical illness: voices from the remission society. *Medicine, Health Care and Philosophy*. Volume 24, pp. 35-44.

Enrico G. (2022). Il tempo vissuto e l'anticipazione quali momenti prevalenti dell'atto di comprensione della sofferenza psichica. *Phenomenajournal*. Volume 4.

Faccio E., Fonte Cristina, Smania N., Neri J. (2023). (Re)constructiong identity following acquired brain injury: the complex journey of recovery after stroke. Volume 27.

Farinelli M., Baldoni F., Gestieri L., Leo M.R., C.A. Fossi, M. Ercolani (2006). Paziente in riabilitazione intensiva e familiare di riferimento: aspetti clinici e attaccamento. Associazione italiana di Psicologia. XII Congresso di sessione di psicologia sperimentale AIP.

Gartland D., Bond L, Olsson CA, Buzwell S. (2011). Developmental of a multidimensionale measure of resilience in adolescents: the adolescent resilience questionnaire. BMC medical research. Volume 11, n. 134.

Richardson GE, Neiger BL, Jensen J (1990). The resilience models. Health Education, volume 21.

Gestieri L., Romaniello C., Leonardi G., Prostrati S., Leo MR., Cevolani D., Farinelli M. (2019). Psychological and functional recovery in rehabilitative practice. Psychotherapy and psychosomatics.

Giustini A., Pistarini C., Pisoni C. (2013). Traumatic and nontraumatic brain injury. Handbook of clinical neurology. Volume 110, pp. 401-409.

Gracey F., Evans JJ., Malley D. (2009). Capturing process and outcome in complex rehabilitation interventions: a “Y shaped” model. Neuropsychological rehabilitation. Volume 19, pp. 867-890.

Greenwood N., Mackenzie A., Wilson N. (2009). Managing uncertainty in life after stroke: a qualitative study of the experiences of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. International journal of Nursing Studies. Volume 46.

Gritti MC., Sorrentino AM., Selvini M. (2012). Promuovere la resilienza individuale – sistemica: un modello a sei fasi. FrancoAngeli, pp. 32-51.

Hanks RA., Rapport LJ., Waldron Perrine B., Millis RS. (2016). Correlates of resilience in the first 5 years after traumatic brain injury. Rehabilitation Psychology, 61(3), pp. 269-276.

Hollander E., Evers M. (2001). New developments in impulsivity. The Lancet. Volume 358, pp. 949-950.

Jones F., Riazi A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. Disability and rehabilitation. Volume 33, pp. 797-810.

Kooij DTAM., Kanfer R., Betts M. (2018). Future time perspective: a systematic review and meta-analysis. Journal of Applied psychology, 103(8), pp. 867-893.

Keogh KA., Zimbardo PG., Boyd JN. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and applied social psychology*, 1999. Volume 21.

Klingemann H. (2001). The Time game. *Time & Society*. Volume 10.

Lafiatoglou P., Ellis-Hill C., Gouva M., Plomis A., Mantzoukas S. (2022). Asystematic review of the qualitative literature on older individuals' experiences of care and well-being during physical rehabilitation for acquired brain injury. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 78, pp. 377-394.

Liu S., Wang X., Liu M., Zhu J. (2017). Towards better analysis of machine learning models: a visual perspective. *Visual Informatics*. Volume 1, pp. 48-56.

Li JJ., Dou K., Wang YGJ., Nie YG. (2019). Why awa promotes prosocial behaviors? The mediating effects of future time perspective and self-transcendence meaning of life. *Frontiers in psychology*. Volume 10.

Lincoln NB., Kneebone II., Macniven JAB., Morris RC. (2011). Psychological management of stroke.

Losoi H., Silverberg ND., Waljas M., Turunen S. (2015). Resilience is associated with outcome from mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*. Volume 32.

Lukow HR., Godwin EE., Marwitz JH. (2015). Relationship between resilience, adjustment, and psychological traumatic brain injury: a preliminary report. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*.

Masten AS. (2007). Resilience in developing system: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology*. Volume 19, pp. 921-930.

Magrin ME., Scignaro M., Viganò V. (2007). Fattori di resilienza e benessere psicologico. *FrancoAngeli*, pp. 9-24.

Martz E., Livneh H. (2016). Psychosocial adaptation to disability within the context of positive psychology finding from the literature. *Journal of occupational rehabilitation*. Volume 26.

Marwitz JH., Kreutzer JS., Dreer LE., (2018). Longitudinal examination of resilience after traumatic brain injury: A traumatic brain injury model systems study. *Archives of physical*. Volume 99, pp. 264 – 271.

McAdams, D. P. (1990). Unity and purpose in human lives: The emergence of identity as a life story. In A. I. Rabin, R. A. Zucker, R. A. Emmons, & S. Frank (Eds.), *Studying persons and lives* (pp. 148–200). Springer Publishing Co.

Michallet B., Lefebvre H. (2017). Does age matter? A mixed methods study examining determinants of good recovery and resilience in young and middle-ages adults following moderate to severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 73, pp. 3133-3143

Miyake A., Friedman NP., Emerson MJ., Witzki AH. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*. Volume 41, pp. 49-100.

Miller LR., Divers R., Pugh E. (2023). Resilience as a moderator of depression and anxiety: a bidimensional approach. *Aging & Mental Health*. Volume 12, pp. 29-34.

Murray CD., Harrison L., (2004). The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and rehabilitation*. Volume 26, pp. 808-816.

Moreira D., Pinto M., Almeida F., Barbosa F. (2016). Time perspective deficit in impulsivity disorders: A systematic review. Volume 27, pp. 87-92.

Monson, C. M., Fredman, S. J., & Dekel, R. (2010). Posttraumatic stress disorder in an interpersonal context. In J. G. Beck (Ed.). *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment*, pp. 179–208. American Psychological Association.

Mostowik J., Mielimaka K., Ruthowski K., Ostrowski T. (2022). Time in the mental health context: Neurotic symptomatology, defense mechanisms and the perception of time perspective among patients with neurotic and personality disorders – A Clinical study. *Sage Journal*. Volume 126.

Neils-Strunjas J., Paul D., Clark AN., Mudar R., Duff MC. (2015). Role of resilience in the rehabilitation for adult with acquired brain injury. *Brain Injury*, volume 31.

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.

O’Neil E., Clarke P., Fido D., Vione KC. (2022). The role of future time perspective, body awareness, and social connectedness in the relationship between self-efficacy and

resilience. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Volume 20, pp. 1171-1181.

Poland WS. (2014). On empathy in and beyond analysis. *Empathy I. Psychology Revivals*.

Rabinowitz AR., Arnett PA. (2018). Positive psychology perspective on traumatic brain injury recovery and rehabilitation. *Applied Neuropsychology: Adult*. Vol. 25, pp. 295-303.

Rapport LJ., Wong CG., Hanks RA. (2020). Resilience and well-being after traumatic brain injury. *Disability and rehabilitation*. Volume 42, pp. 2049-2055.

Rainey EE., Petrey LB., Reynolds M., Agtarap S. (2014). Psychological factors predicting outcome after traumatic injury: the role of resilience. *The American Journal of Surgery*. Vol. 208, pp. 517-523

Rothbart A., Sohlberg MKM. (2020). Resilience as a mainstream clinical consideration for speech-language pathologists proving post-acquired brain injury neurorehabilitation. *Perspectives of the ASHA Special interest*. Volume 6, pp. 1026-1032.

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national sample: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822.

Schonberger M., Herrberg M. (2014). Development and predictors of psychological adjustment during the course of community-based rehabilitation of traumatic brain injury: a preliminary study. *Neuropsychological Rehabilitation*. Volume 24.

Schmeichel BJ., Tang D. (2014). The relationship between individual differences in executive functioning and emotion regulation: a comprehensive review. *Motivation and its regulation*, p. 19.

Seginer R. (2008). Future orientation in times of threat and challenge: how resilient adolescents construct their future. *International Journal of Behavioral Development*. Volume 32.

Siegel DJ. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*.

Shipp, A. J., Gabriel, A. S., & Lambert, L. S. (2022). Profiles in time: Understanding the nature and outcomes of profiles of temporal focus. *Journal of Applied Psychology*, 107(9), 1640–1654.

Shipp AJ., Jansen KJ. (2020). The “other” time: A review of the subjective experience of time in organizations. *Academy of Management Annals*. Volume 15.

Ship AJ., Edwards JR., Lambert LS. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: the subjective experience of the past, present, and future. *Organizational behavior and human decision process*. Volume 110, pp. 1-22.

Silverman AM, Molton IR, Alschuler KN (2015). Resilience predicts functional outcomes in people aging with disability: A longitudinal investigation. *Archives of physical Medicine and Rehabilitation*. Volume 96, pp. 1262-1268.

Southwick SM., Bonanno GA., Masten AS. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of Psychotraumatology*. Volume 5, 2014.

Southwick SM., Pietrzak RH., White G. (2011). Interventions to enhance resilience and resilience-related constructs in adults. *Resilience and mental health*.

Stolarski M., Fieulaine N., Zimbardo PG. (2018). Putting time in a wider perspective: the past, the present, and future of time perspective theory. *The SAGE Handbook of Personality and Individuals differences*, pp. 1840.

Sullivan KA., Kempe BC., Esdmed SL. (2016) Resilience and other possible outcomes after mild traumatic brain systematic review. *Neuropsychology review*. Volume 26, pp. 173-185.

Taylor GH., Todman J., Broomfiel MN. (2011). Post-stroke emotional adjustment: a modified social cognitive transition model. *Neuropsychological Rehabilitation. An International Journal*. Volume 21.

Thanopulos S. (2021). La “resilienza”, la resistenza e la trasformazione. *Il Manifesto*. Società psicoanalitca italiana.

Tomich PL., Tolich A., DeMalio (2022). Strive for balance: Deviation from a balanced time perspective mediates the relationship between lifetime trauma exposure and PTSD symptoms. *Current Psychology*. Volume 41.

Townend E., Brady M., McLaughlan K. (2007). Asystematic evaluation of the adaptation of depression diagnostic methods for stroke survivors who have aphasia. *Stroke*. Volume 38.

Trommsdorff G., Lamm H. (1975). An analysis of future orientation and some of its social determinants. *The Study of Time II: proceedings of the Second*, pp 343-361.

Vaghela R., Santoro C., Braham L. (2023). The psychological adjustment needs of individuals following an acquired brain injury: a systematic review. *Applied Neuropsychology*. Volume 30, pp. 469-482.

Vickery CD., Sepehri A., Evans CC. (2008). Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. *Sage Journals*. Volume 22.

Volz M., Mobus j., Letsch C., Werheid K., (2016). The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. *Journal of affective disorders*. Volume 26, pp. 252-255.

Vella SLC., Pai NB. (2019). A theoretical review of psychological resilience: defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), pp. 233-239.

Vos E., Greebe P., Anne Visser-Meily JM., Rinkel GJE., Vergouwen DI. (2017). Subjective hearing impairment after subarachoid haemorrhage Prevalence and risk factors. *Journal of the Neurological Sciences*. Volume 372, pp. 184-186.

Wallace M., Rabin AI. (1960). Temporal experience. *Psychological bulletin*, 57(3), pp. 213-236.

Wardlaw C., Hicks AJ, Ponsford JL (2018). Psychological resilience is associated with participation outcomes following mild to severe traumatic brain injury. *Frontiers in neurology*. Volume 9.

Webster JD., Ma X. (2013). A balanced time perspective in adulthood: Well-being and developmental effects.

Wills TA., Sandy JM., Yaeger AM. (2001). Time perspective and early-onset substance use: A mode based on stress-coping theory, 15(2), pp. 118-125.

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.

Zheng Q., Cheng YY., Sonuga-Barke E. (2022). Do executive dysfunction, delay aversion, and time perspective deficit predict ADHD symptoms and early academic performance in preschoolers. *Research on child and adolescent Psychopathology*. Volume 50, pp. 1381-1397.

Zakay D., Fleisig D. (2011). Psychological time, time perspective, culture and conflict resolution. *Culture and neural frames of cognition and communication*, pp. 123-137.

Zacher H., Frese H., Remaining time and opportunities at work: relationships between age, work, characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and aging*, 24(2), pp. 487-493.