

PROMOZIONE DELLA RESILIENZA E STRATEGIE DI INTERVENTO

Promoting resilience and strategies of intervention

M. Camuffo

M.A. Costantino*

Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile,
UFSMIA Area Grossetana, Area Salute Mentale,
AUSL 9, Grosseto; * Unità Operativa di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS
"Cà Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

RIASSUNTO

La resilienza è la capacità di un individuo di superare esperienze di rischio gravi con una riuscita psicologica relativamente positiva a dispetto di tali esperienze. Gli autori ripercorrono l'evoluzione del concetto di resilienza, dall'attenzione alla sfera individuale fino alle più recenti evidenze di una resilienza multidimensionale, dinamica, multideterminata ed ecologica. Vengono poi esaminati i fattori associati alla resilienza, in particolare le caratteristiche personali e i fattori familiari e della comunità di vita, nonché le ricadute sulla resilienza degli studi sull'interazione gene-ambiente. Infine vengono analizzati gli interventi per promuovere la resilienza, classificandoli per strategie e destinatari, e proposti modelli di intervento già sperimentati con bambini e adolescenti.

SUMMARY

Resilience is the ability of an individual to live through severe risk experiences with relatively positive psychological outcomes. The authors describe the evolution of the concept of resilience, from its original focus on the individual characteristics to the most recent evidence of a highly complex concept, multi-dimensional, multifactorial, dynamic and ecological. They then examine the different factors associated with resilience: personal characteristics, family and community factors and the most recent gene-environment interaction studies. Interventions to promote resilience are then analyzed, classifying strategies and recipients, and models of intervention that have been tested with children and adolescents are proposed.

INTRODUZIONE

La comprensione del modo con cui le persone reagiscono alle situazioni avverse, che si tratti di condizioni di vita sfavorevoli o di eventi traumatici ed inattesi, è diventata oggi un'importante area di ricerca e di approfondimento^{1,2}. La semplice analisi dei fattori di rischio e dei fattori protettivi non è più sufficiente a spiegare perché alcuni bambini crollano sotto il peso degli stress mentre altri sembrano attraversare indenni condizioni di vita avverse ed eventi traumatici anche molto gravi. Il termine "resilienza", che in realtà deriva da altri ambiti (in ingegneria: "capacità di un materiale di resistere ad urti improvvisi senza spezzarsi"; in ecologia e biologia: "capacità di una specie di auto-ripararsi dopo un danno"; nella teoria dei sistemi: "capacità che ha un sistema di resistere ai cambiamenti provocati dall'esterno... mantenendo la coesione strutturale attraverso il processo di sviluppo"), viene ad assumere un significato specifico nell'attuale dibattito sulla salute mentale e soprattutto sui modi per studiarla e promuoverla^{3,4}. La resilienza è la capacità umana di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzato o, addirittura, trasformato. Non corrisponde alla "competenza sociale", alla "salute mentale positiva" o al buon adattamento tout court; non è un tratto psicologico osservabile, non è una

PAROLE CHIAVE

Resilienza e sviluppo - Fattori protettivi - Fattori di rischio - Promozione della resilienza

KEY WORDS

Resilience and development - Protective factors - Risk factors - Promotion of resilience

singola qualità; è essenzialmente *“un concetto interattivo che deriva dalla combinazione di esperienze di rischio gravi con una riuscita psicologica relativamente positiva a dispetto di tali esperienze”*³.

STORIA DEL CONCETTO DI RESILIENZA

Le ultime tre decadi hanno visto almeno tre ondate di studi sulla resilienza⁵: la prima ondata ha fornito le descrizioni dei fenomeni, i concetti di base e le metodologie di studio, mantenendo il focus sull'individuo; la seconda ha studiato la resilienza in modo più dinamico, adottando un approccio evolutivo-sistemico ed evidenziando le interazioni tra le persone e i molti sistemi in cui sono inserite; la terza studia i modi per creare resilienza attraverso interventi preventivi e di presa in carico, diretti a modificare i percorsi di sviluppo.

Inizialmente, gli studi hanno descritto i bambini che funzionavano bene a dispetto delle avversità come *“invulnerabili”* ed hanno tentato di individuare i loro tratti e le loro caratteristiche personali. Poi il termine *“invulnerabilità”* è stato sostituito da quelli di *“resistenza allo stress”* e *“resilienza”*, più dinamici e adatti a cogliere i rapporti tra rischio e processi protettivi che ricorrono nel tempo e coinvolgono l'individuo, la famiglia e le più ampie influenze socio-culturali.

Gli studi di Rutter⁶ sui bambini nati da madri schizofreniche sono stati probabilmente i primi ad attirare l'interesse della comunità scientifica sulla resilienza. Dal momento che molti bambini del campione non presentavano psicopatologia o comportamenti disadattivi, Rutter propose una prima definizione di resilienza quale *“risposta positiva”* di un soggetto allo stress e alle condizioni avverse, intendendo come positiva l'assenza di conseguenze psicopatologiche. In modo analogo, Werner⁷, al termine di uno studio durato 30 anni su una coorte di bambini nati in Kauai (Hawaii) e ritenuti ad elevato rischio per le condizioni di estrema povertà e problematicità dell'ambiente familiare, considerato che almeno un terzo di tali soggetti erano cresciuti sicuri ed esperti, definì la resilienza come *“il consolidarsi delle competenze del soggetto posto in situazioni stressanti”*. Negli anni '80 e '90 sono stati individuati numerosi fattori associati con la resilienza, in assenza però di una comprensione integrata dei processi che possono determinarla nel corso dello sviluppo.

I FATTORI PROTETTIVI

Nei primi studi, i fattori protettivi erano concepiti prevalentemente come l'opposto dei fattori di rischio: se una relazione genitore-figlio inadeguata costituiva un fattore di rischio, si supponeva che una buona relazione costituisse un elemento di protezione. L'osservazione che percentuali rilevanti di bambini posti nelle medesime condizioni di trauma *“potenziale”* reagivano positivamente ed in modo adattivo aveva portato a focalizzarsi sullo studio di fattori individuali, tratti o variabili di personalità che sembravano favorire l'adattamento positivo. Il bambino poteva essere definito come *“invulnerabile”* o *“invincibile”*, il che non solo implicava una svalutazione degli aspetti contestuali, ma comportava anche una colpevolizzazione della vittima, che non era stata in grado di far fronte ad un abuso o ad un qualsiasi altro evento traumatico.

Oggi, il termine *“fattore protettivo”*⁸ è usato per intendere la qualità di una persona o del contesto o delle loro interazioni che predice esiti migliori, soprattutto in situazioni di alto rischio o di grave avversità. In questo senso, il sentimento di una base sicura interna, la stima di sé (autostima) e il sentimento di efficacia personale sono stati tra i primi elementi che hanno dimostrato di favorire un funzionamento resiliente. Il sentimento di una base sicura interna rimanda al senso di appartenenza alla rete sociale e relazionale: appartenere ed essere riconosciuti parte di un gruppo (famiglia, scuola, comunità) induce una sensazione di sicurezza interna e sviluppa resilienza; in ugual modo, essere riconosciuti e amati da un genitore o da un suo sostituto favorisce il senso di sicurezza interna. La costruzione della stima di sé si fonda sulla consapevolezza delle proprie competenze e presuppone la positiva riuscita in campi considerati importanti per la persona. Il sentimento di efficacia personale è, invece, più strettamente collegato con lo stile genitoriale, che può influenzare nel bambino lo sviluppo del controllo di sé e della capacità di perseguire e raggiungere un obiettivo. Proprio la sensazione di avere un *“locus of control”* interno è considerato oggi il più consistente tratto comportamentale predittivo di resilienza a tutte le età⁹. I bambini/adolescenti resilienti sembrano provare un livello sostanziale di fiducia nella personale capacità di controllare l'ambiente, mentre gli individui

ad alto rischio che non manifestano resilienza percepiscono l'ambiente come incontrollabile e dominato dal caso ¹⁰.

Ancora, considerati nel loro complesso, i bambini/adolescenti resilienti manifestano generico ottimismo e speranza in un futuro migliore. In altre parole, credono in loro stessi e questa sensazione non è confinata ad una singola situazione o al confronto con gli altri, ma si estende piuttosto ad una generale, ampia prospettiva di vita; hanno l'idea di poter pianificare strade percorribili per raggiungere i propri obiettivi personali e fino a quando i livelli di stress ambientali sono sotto una certa soglia, il meccanismo è efficace e si autorinforza.

Anche le relazioni affettive e di sostegno contribuiscono allo sviluppo della resilienza, e gli individui che poi risulteranno resilienti crescono più frequentemente in famiglie con livelli di attenzione genitoriale alti, aspettative consistenti, regole note, risposte chiare per i comportamenti problematici e sistemi efficaci di monitoraggio sia dei bambini che degli adolescenti. Secondo alcuni, i genitori che limitano l'esposizione dei loro figli ad esperienze ad alto rischio forniscono un ambiente protettivo, in cui i più giovani possono sviluppare punti di forza personali.

RESILIENZA MULTIDIMENSIONALE, DINAMICA, MULTIDETERMINATA, ECOLOGICA

Gli studi della "seconda ondata" si sono focalizzati in modo più specifico sulla comprensione delle interazioni, complesse e sistemiche, tra bambino e contesto di vita, che portano sia agli esiti positivi che a quelli negativi, enfatizzando la resilienza come un processo evolutivo complesso ¹¹⁻¹² o come un fenomeno che deriva da più processi ¹³.

Le evoluzioni significative sono dipese non solo dall'approfondimento dei possibili fattori individuali coinvolti, ma anche dall'inclusione, nella comprensione del fenomeno, dei fattori familiari e sociali. Gli studi sulla psicopatologia dello sviluppo hanno così dimostrato che la resilienza è multidimensionale (resilienza/vulnerabilità, ambiente protettivo/ambiente avverso) e multideterminata ¹⁴, dal momento che sia la resilienza che la vulnerabilità costituiscono l'effetto dell'interazione di diversi fattori: predisposizioni genetiche (nel tempera-

mento, nell'intelligenza, nella personalità, nella diversa suscettibilità ai possibili eventi ambientali), qualità personali (abilità sociali e autostima), fattori ambientali (legami familiari, aspettative, apprendimento, tipologia e quantità degli eventi ambientali stressanti ecc.). Non si tratta neppure di un fenomeno "tutto o nulla": i bambini possono manifestare vari livelli di resilienza di fronte a fattori stressanti differenti ed in tempi diversi nel corso della vita ¹⁵. In altre parole, la resilienza non può essere concepita come una condizione statica o un tratto permanente: si può essere resilienti di fronte ad un evento e non ad un altro (ad esempio, al maltrattamento ma non al conflitto genitoriale), per alcuni "risultati di sviluppo" ma non per altri (essere "protetti" nei confronti della schizofrenia ma non della depressione), in alcuni momenti della vita ma non in altri.

La resilienza si riferisce allora ad un generale stato di adattamento nella vita quotidiana (non è detto che un individuo lo sia ogni giorno e in ogni momento della giornata) e gli stessi fattori protettivi non possono essere considerati attributi fissi. Alcune variabili possono costituire un fattore di rischio in una data circostanza e divenire protettive in un'altra (il divorzio, ad esempio, costituisce un fattore di rischio per alcuni bambini, non per altri, che magari subiscono abusi intrafamiliari e per i quali la separazione dei/dai genitori favorisce l'allontanamento da un ambiente violento).

È possibile, altresì, che fattori protettivi e fattori di rischio tendano ad accumularsi e ad essere pervasivi, aumentando la probabilità di successo/insuccesso di un soggetto (ogni successo nel superamento di un compito evolutivo, comportando l'acquisizione di nuove competenze, incrementerebbe le probabilità di successo nei compiti successivi; viceversa, un fallimento aumenterebbe le probabilità di andare incontro ad ulteriori fallimenti). Soprattutto, nessun fattore da solo appare realmente predittivo né del successo né del fallimento, mentre le interazioni possono determinare effetti significativi. Un buon livello intellettivo, ad esempio, sebbene sia stato collegato ad esiti psicologici e sociali più positivi, se considerato da solo non sembra in grado di proteggere contro il rischio e non appare correlato con la resilienza ¹⁶. Se invece si analizza l'intreccio tra buon livello intellettivo, temperamento positivo e quantità di eventi ambientali stressanti, si evidenzia una resilienza significativamente elevata fino a

quando si è in presenza di un numero limitato di eventi stressanti; situazione che si rovescia trasformandosi in minore resilienza con il loro accumulo ¹⁷.

Anche per quanto riguarda gli studi relativi all'impatto del genere sulla resilienza, i risultati non sono univoci, variando in rapporto all'età e alla tipologia dell'evento stressante. Uno studio retrospettivo su adulti abusati in età evolutiva conclude che le femmine sono almeno due volte più resilienti dei maschi ¹⁸, dato confermato da altri studi su popolazioni simili. Indagini precedenti avevano dimostrato un'influenza del genere solo in determinati periodi dello sviluppo (ad esempio, i maschi sembrano più vulnerabili ad alcuni eventi stressanti, come il divorzio, durante l'infanzia, mentre lo sarebbero meno delle femmine durante l'adolescenza).

Le relazioni di sostegno, infine, sono necessarie in ogni fase della vita, non solo in età evolutiva, e la loro presenza o assenza può modificare significativamente la resilienza nel tempo, confermando la necessità che la stessa venga considerata in una prospettiva "life span" ³. Se si analizzano le modificazioni tra adolescenza ed età adulta in soggetti ad alto rischio ¹⁸, si riscontra che i soggetti resilienti in adolescenza poi non resilienti da adulti erano con minori probabilità coinvolti in relazioni altamente supportive (ad esempio con il partner), relazioni che rappresentavano invece un importante fattore di resistenza e di recupero nei pochi adolescenti non resilienti divenuti adulti resilienti.

LA RESILIENZA FAMILIARE E SOCIALE

Di particolare interesse è anche l'intreccio tra i fattori familiari che sostengono la resilienza individuale e il concetto di resilienza familiare come caratteristica unitaria. Anche le famiglie, infatti, possono attraversare stress e difficoltà ed uscirne rafforzate o crollare sotto il peso degli eventi. Le famiglie resilienti sono caratterizzate da atteggiamenti positivi nei confronti degli eventi, humour, capacità di essere flessibili partendo però da ruoli definiti ed autorevoli, stile comunicativo che non nega gli aspetti critici e le difficoltà ma li condivide nella ricerca di soluzioni comuni, spiritualità (intesa come capacità di riferirsi ad un sistema di valori comune che consenta di attribuire senso agli

eventi anche negativi, e non solo come religiosità) e capacità di mantenere nel tempo spazi anche piccoli ma stabili per attività condivise e routines comuni ¹⁹. Come quella individuale, la resilienza familiare non è tutto o nulla, ma trae nutrimento dalla rete delle relazioni in cui è inserita e dall'ambiente esteso. Le famiglie resilienti non solo utilizzano il supporto sociale in cui vivono, ma lo restituiscono alla comunità; hanno la forza di ammettere di avere bisogno di aiuto e utilizzano appieno le risorse della famiglia allargata, degli amici, dei servizi disponibili. Si tratta di una grande ricchezza di esperienze che vengono trasmesse da famiglia a famiglia e che permettono di far fronte alle avversità in modo più efficace quando queste si presentano, per averne già fatto esperienza indiretta attraverso altre famiglie.

L'ambiente sociale in cui la famiglia è inserita non supporta solo la resilienza familiare, ma fornisce a sua volta risorse protettive che sostengono la resilienza degli individui. In particolare, la presenza di relazioni di sostegno con individui esterni alla famiglia di origine sembra fornire all'individuo modelli alternativi di resistenza e di superamento dello stress in tempi di avversità. Relazioni efficaci si possono sviluppare in ambito scolastico, sportivo, lavorativo, così come nel vicinato, in parrocchia e in altri contesti. Gli ambienti scolastici positivi e di reale sostegno possono svolgere, per individui ad alto rischio, una funzione essenziale nel promuovere la resilienza. Una scuola positiva significa adulti "positivi", capaci di interessarsi dei ragazzi, incoraggiarli e riconoscere le loro competenze. Anche l'ambiente sociale parrocchiale è stato a volte citato come associato alla resilienza, sebbene la ricerca non sia unanime. L'investimento nella religione sembra proteggere contro il rischio solo a certe età, per certi gruppi razziali e in modo differenziato per sesso.

In ogni caso, a scuola, in parrocchia o nella comunità, i giovani resilienti hanno l'opportunità di partecipare ad attività di aiuto agli altri, che rinforzano le loro competenze e l'immagine che hanno di sé e, conseguentemente, la loro resilienza. Il volontariato e le attività solidali, soprattutto se svolte a scuola e connesse ad esperienze di leadership positiva, possono migliorare il senso dell'auto-controllo e della possibilità di realizzarsi ²⁰.

RESILIENZA E GENETICA

Un'area di particolare interesse è rappresentata dagli studi sull'interazione tra geni e ambiente⁸ (GxE). Un maggiore approfondimento dei processi sottostanti le differenze nella resilienza individuale a fronte di analoghi fattori di rischio ha infatti dimostrato che il polimorfismo genetico non rappresenta un fattore di rischio in sé, né in modo trasversale a diversi esiti, e che non può produrre alcun effetto in assenza dell'incrocio con fattori ambientali specifici. È verosimile, piuttosto, che esso possa condividere con tali fattori alcuni processi sottostanti, che rappresenterebbero allora un'area di ricerca di grandi prospettive. Significativi appaiono, ad esempio, l'intreccio tra il maltrattamento in età infantile ed i polimorfismi del gene MAOA nei confronti del rischio di sviluppare comportamento antisociale e l'intreccio tra uso di cannabis, genotipo COMT e rischio di sviluppare schizofrenia. Nel primo caso, si evidenziano un'assenza di effetto del gene da solo, un lieve effetto del solo maltrattamento ed un potente risultato della combinazione dei due. Nel secondo caso, se il genotipo val/val appare protettivo rispetto agli altri in assenza del fattore ambientale e l'uso di cannabis indipendentemente dal genotipo sembra non avere alcun effetto sul rischio di schizofrenia, l'insieme dei due ribalta completamente il quadro, quasi decuplicando il rischio e trasformando il genotipo val/val in quello a maggior rischio⁸. In entrambi i casi, sembra che polimorfismo genetico e fattore ambientale vadano ad agire su vie biologiche comuni. Altrettanto interessante è l'esempio del maltrattamento infantile e dei polimorfismi del gene 5-HTTLPR nei confronti del rischio di depressione. Anche qui, polimorfismo genico da solo o fattore ambientale da solo mostrano scarso effetto, mentre la combinazione dei due è significativa. Se aggiungiamo, però, l'effetto del supporto sociale come fattore protettivo ambientale, vediamo che esso agisce in modo più marcato proprio nelle situazioni in cui il tratto genetico aveva aumentato il rischio²⁰, risultando uno dei modulatori ambientali positivi più potenti.

EVOLUZIONE SPONTANEA E MOMENTI DI SVOLTA

I momenti di svolta (adozione, migrazione, istruzione, impiego stabile, matrimonio riuscito) possono indurre

cambiamenti durevoli in un percorso evolutivo individuale... ma questo non significa che tutti i bambini recupereranno.

In alcuni studi, la maggior parte dei ragazzi con gravi disturbi della condotta in adolescenza, rivisti a 30 o più anni di età, avevano risolto i loro problemi. Tra le esperienze che avevano facilitato il recupero, sono risultati significativi lo sviluppo di risorse personali, il proseguimento della carriera scolastica, la rete delle amicizie, un matrimonio riuscito, il servizio militare.

I limiti di una prospettiva basata sui soli "snodi di vita" appaiono oggi evidenti. Infatti, un importante e recente studio di follow-up su bambini ospiti di istituti gravemente deprivanti in Romania³ ha evidenziato: 1) assenza di sequele se i bambini avevano lasciato l'istituto prima dell'età di 6 mesi; 2) problemi multipli (emotivi, comportamentali, cognitivi) quando vi avevano trascorso da 6 a 12 mesi; 3) un rischio immutato con l'allungarsi del periodo di permanenza (almeno fino all'età di 42 mesi). Come se le situazioni di grave carenza richiedessero alcuni mesi per manifestare i loro effetti, poi, quando prolungate oltre i 6 mesi d'età, tendessero a provocare conseguenze durevoli. Nonostante gli effetti negativi persistenti, è stato peraltro osservato un cambiamento cognitivo tra i 6 e gli 11 anni; il cambiamento è risultato più evidente nel gruppo con ritardo più grave a 6 anni.

In definitiva, tale studio avrebbe mostrato un'ampia eterogeneità degli esiti, con alcuni bambini capaci di un funzionamento cognitivo migliore a dispetto della prolungata deprivazione. I fattori che hanno promosso la resilienza in questi casi rimangono sconosciuti³.

GLI INTERVENTI PER PROMUOVERE RESILIENZA

La "terza ondata" di studi rappresenta la confluenza di obiettivi, modelli e metodi della scienza preventiva e degli studi sulla resilienza "naturale"^{21 22}.

Sebbene molto lavoro rimanga da fare per capire i processi (di mediazione, moderazione, promozione e compenso) tanto bene da poterli manipolare in modo efficace perché siano di beneficio per i bambini e la società, nel campo della resilienza è ormai disponibile un'ampia gamma di riferimenti validati per la pratica e per la politica^{23 24}, mentre in campo preventivo molti

modelli di intervento vengono oggi descritti come processi protettivi per promuovere resilienza^{25 26}.

Le caratteristiche salienti di numerosi programmi di prevenzione di cui è stata dimostrata l'efficacia comprendono molti dei fattori protettivi già identificati.

Il modello di riferimento resta quello classico⁶: 1) analisi dei processi protettivi, ossia del modo in cui i fattori protettivi agiscono in condizioni di rischio; 2) potenziamento del serbatoio delle capacità e delle risorse che consentono di far fronte alle difficoltà e ai problemi, anche in condizioni particolarmente avverse (sviluppare le risorse presenti; incrementare l'attività, l'autonomia, l'emancipazione individuale attraverso la promozione di attitudini, capacità, conoscenze; coinvolgere in maniera attiva i principali contesti e agenti di socializzazione); 3) azione contemporanea su almeno due fronti: da un lato riduzione dei rischi (soprattutto se ineliminabili), dall'altro promozione dei fattori protettivi.

Elementi chiave di tutti gli interventi che hanno dimostrato di promuovere resilienza sono lo spostamento dello sguardo dai deficit (limiti, mancanze...) alle risorse (competenze, punti di forza, desideri, progetti ecc.) e un approccio positivo alla condizione di vita, con il coinvolgimento non solo della persona e delle strategie che possono essere messe in atto ma anche dei professionisti. Si tratta, in definitiva, di riconoscere che ogni persona è in grado, potenzialmente, di resistere, far fronte, trasformare, integrare, costruire..., diventare "il proprio guaritore"²⁷.

Gli interventi proposti suggeriscono di non ridurre mai una persona ai suoi problemi, ma di dichiarare anche le sue potenzialità e richiedono di modificare alcuni dei presupposti culturali, valoriali e teorici sottesi alla presa in carico, considerando sempre che il percorso non è dato e che l'altro ha competenza su se stesso. I loro campi, teorici, di applicazione comprendono la possibilità di incrementare il capitale sociale e di sostenere lo sviluppo di comunità solidali, la prevenzione e la promozione della salute (mentale), intesa come interazione complessa tra condizioni psico-fisiche e fattori contestuali, la presa in carico e la cura, individuale o di gruppo e in differenti ambiti e contesti, di chi vive condizioni e situazioni difficili a causa di eventi dolorosi e complessi da gestire (resilienza congiunturale e strutturale).

Possono essere distinti per strategie o per destinatari degli interventi stessi²⁸.

Classificazione per strategie

Strategie centrate sul benessere: sfruttano il ruolo protettivo contro lo stress e l'effetto favorevole, su molti disturbi, del benessere psicologico (focalizzando gli interventi sulle aree meno sviluppate, sulla qualità della vita, sulle strategie di coping, sul supporto sociale ecc.).

Strategie centrate sul rischio: rimuovono o riducono l'esposizione del bambino a rischi/traumi di vario tipo (cure prenatali; sostegno alla relazione genitori-figlio; servizi territoriali per l'età evolutiva; interventi per ridurre i problemi della casa, della mancanza di lavoro, dell'abuso di alcol e sostanze ecc.).

Strategie centrate sull'assetto: incrementano o stimolano le risorse del bambino per lo sviluppo delle sue competenze (ausili e tutori; servizi sanitari per l'età evolutiva; centri ricreativi; programmi per promuovere lo sviluppo delle abilità psico-sociali e affettive ecc.).

Strategie centrate sul processo: modificano i processi che cambieranno la vita del bambini (programmi per migliorare le relazioni di attaccamento, programmi per sviluppare il sistema motivazionale del bambino ecc.).

Classificazione per destinatari

Programmi di intervento universale: sviluppano risorse che promuovono resilienza in tutta la popolazione, riducendo le possibilità di eventi avversi o facilitando competenze che promuovono un adattamento sano quando le avversità si verificano; tendono, ad es., a rinforzare le capacità del bambino (*coping skills, life skills*, competenze scolastiche), e/o le competenze familiari (calore, disciplina, comunicazione) e/o le risorse organizzative (qualità dell'insegnamento, gruppi di pari, politiche scolastiche, coinvolgimento del vicinato ecc.).

Programmi di intervento selettivo: sviluppano risorse per promuovere un adattamento efficace nei confronti di avversità specifiche; tendono, ad es., a rinforzare le competenze del bambino per affrontare il divorzio dei genitori, le competenze dei genitori nelle famiglie alle prese con la povertà, gli accordi comunità-scuola per facilitare il passaggio dei bambini e dei ragazzi da un ordine di scuola all'altro ecc.

Programmi di intervento mirato: sviluppano risorse per migliorare i processi di adattamento nei bambini che

manifestano problemi di salute mentale come risultato di esposizione alle avversità; tendono, ad es., a rinforzare le capacità di pensiero positivo negli adolescenti che sperimentano sintomi depressivi, le capacità di gestione del proprio comportamento nei genitori di bambini oppositivi, le procedure giudiziarie per dirottare giovani delinquenti verso gli interventi di cura piuttosto che verso la detenzione ecc.

ESEMPI DI INTERVENTI GIÀ SPERIMENTATI

Il programma (di intervento universale) *Skills for life* dell'OMS si propone di promuovere la resilienza nei contesti scolastici, migliorando il benessere e la salute psico-sociale dei bambini e degli adolescenti tramite l'apprendimento di abilità (competenze) utili per la gestione dell'emotività e delle relazioni sociali²⁹⁻³³.

"La mancanza di tali abilità può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta allo stress: tentativi di suicidio, tossicodipendenza, fumo di sigaretta, alcolismo, ecc. Per insegnare ai giovani le "Skills for life" è necessario introdurre specifici programmi nelle scuole o in altri luoghi deputati all'apprendimento"²⁹.

Le *life skills* sono innumerevoli e la loro natura può variare in rapporto al contesto socio-culturale in cui vengono considerate. Il nucleo fondamentale, che dovrebbe rappresentare il fulcro di ogni programma di intervento, comprende: capacità di prendere decisioni, capacità di risolvere i problemi, creatività, senso critico, comunicazione efficace, competenze per le relazioni interpersonali, autocoscienza, empatia, gestione delle emozioni, gestione dello stress. Il presupposto teorico del progetto è la Teoria dell'Apprendimento Sociale³⁴, che considera l'apprendimento un'acquisizione attiva, realizzata attraverso la trasformazione e la strutturazione dell'esperienza.

La *Life Skills Education*, basata sul contributo congiunto e sinergico di discente e docente, è da anni utilizzata in Italia nella conduzione di esperienze di educazione socio-affettiva e sessuale nei contesti scolastici, proponendo strategie che facilitano il coinvolgimento e la partecipazione dei bambini e degli adolescenti, quali il lavoro in sottogruppi, il *role-playing*, il *brainstorming* e le discussioni. È destinata non solo ai bambini e giovani già a rischio o con problemi ma a tutti (proprio

per la sua valenza preventiva e l'efficacia nel migliorare la qualità della vita) e può essere utilizzata anche in contesti extra-scolastici, soprattutto se caratterizzati da un alto abbandono scolastico. La fascia di età più idonea è quella tra i 6 e i 16 anni.

L'Azienda USL 9 di Grosseto (U.O.C. Educazione alla Salute) ha realizzato, nel corso dell'anno scolastico 2008/09, 11 campi formativi con studenti (270 partecipanti), 4 campus di formazione di base per insegnanti (91 partecipanti) e 2 campus di secondo livello per insegnanti (46 partecipanti). I risultati ottenuti appaiono incoraggianti e vanno nella direzione di replicare quelli già descritti, comprendendo: miglioramento delle relazioni insegnanti-studenti, riduzione dei problemi comportamentali nelle classi, miglioramento del rendimento scolastico, aumento della frequenza scolastica, riduzione dei comportamenti violenti, minor richiesta di consulenze specialistiche, miglioramento del rapporto genitori-figli.

"*Valutazione e promozione della resilienza in bambini vulnerabili*"²³ è un programma di intervento (selettivo) anglo-americano che si propone di rafforzare la capacità di resistenza in bambini a rischio costruendo sulle aree potenziali di resilienza (ad es. massimizzando le possibilità di trovare nuovi amici, di sperimentare successi, di aiutare gli altri, di coinvolgersi in hobbies), sviluppando una rete di sostegno a partire dalle risorse disponibili, aggiungendo supporto professionale quando necessario.

Il progetto prevede una realizzazione in quattro fasi: valutazione su 6 domini (base sicura, educazione, amicizie, talenti ed interessi, valori positivi, competenze sociali), con il coinvolgimento di ogni parente significativo o adulto di riferimento; identificazione delle aree di attuale o potenziale resilienza ad ognuno dei tre livelli ecologici (bambino, relazioni familiari, comunità più ampia); programmazione dell'intervento, utilizzando strategie codificate e manualizzate per ciascun dominio, condividendole con le persone-chiave nella vita del bambino e identificando il responsabile per ciascuna strategia; monitoraggio continuo dei risultati.

Il Progetto "*Prevenzione, individuazione precoce e trattamento dei disturbi neuropsichici della prima e della seconda infanzia*" è un progetto sperimentale (mirato) dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia

e Adolescenza dell'Area Grossetana (A.USL 9 Grosseto), finanziato dalla Regione Toscana per il 2008 e il 2009. Il progetto ha sviluppato un programma di intervento precoce di tipo clinico, con due polarità: la prima più preventiva, finalizzata all'individuazione delle situazioni potenzialmente a rischio e alla loro presa in carico; la seconda più curativa, finalizzata al trattamento delle relazioni madre-bambino o genitore-figlio francamente anomale. Un'equipe del servizio territoriale, composta da neuropsichiatra infantile, psicologo clinico ed educatore professionale, ha operato direttamente in ospedale, in prossimità della Pediatria ospedaliera, a stretto contatto con il Consorzio per le Politiche Sociali del Comune, l'Unità Funzionale Consultoriale, l'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti e i Pediatri di libera scelta, con modalità di intervento flessibili (comprendenti di visite domiciliari), ricevendo invii e segnalazioni precoci soprattutto dal Pronto Soccorso Pediatrico e dalla Patologia Neonatale.

Gli interventi attivati hanno perseguito l'obiettivo prioritario di migliorare le condizioni di salute e di benessere dei bambini e di sostenere il compito dei genitori, cercando di rompere il circolo vizioso attaccamento insicuro/disarmonia dello sviluppo/psicopatologia³⁵. Il lavoro svolto sembra aver inciso significativamente sulla salute dei bambini e migliorato le competenze genitoriali e, di conseguenza, la qualità delle relazioni genitori/figli.

CONCLUSIONI

Tutte le ricerche più recenti evidenziano che la resilienza non può essere considerata una semplice riproposizione dei concetti di fattore di rischio e fattore di protezione. Rischio e protezione si focalizzano infatti sull'analisi delle variabili, implicando che gli effetti debbano essere simili in tutti gli individui e che le variazioni negli esiti dipendano sostanzialmente dal bilanciamento tra le diverse influenze. Al contrario, il concetto di resilienza considera innanzitutto gli esiti, nella prospettiva che la comprensione dei meccanismi che ne sottendono l'estrema variabilità possa gettare luce sui processi causali e quindi avere implicazioni per le strategie di intervento, di tipo sia preventivo che curativo.

La resilienza, per poter essere studiata ed essendo un concetto interattivo, richiede certamente di passare

attraverso la misurazione del rischio e dei fattori protettivi, ma aggiunge ad essi una nuova dimensione. Essa sposta l'attenzione dai fattori di rischio esterni a come tali fattori vengono affrontati dall'individuo e dal suo contesto, e costringe a prendere in considerazione il processo dinamico in cui si inseriscono gli eventi (e come, quindi, possiamo agire per modificarlo), più che la semplice sommatoria degli elementi coinvolti.

Alcuni processi appaiono di particolare rilievo sia per gli approfondimenti futuri che per la messa in atto di nuove strategie di intervento nell'ambito della salute mentale:

- 1) *Gestire lo stress*; la capacità di reggere gli stress ambientali sembra essere connessa ad un'esposizione controllata al rischio più che all'evitamento del rischio stesso. Un "buon" contatto con lo stress è in grado di rinforzare la resistenza nei confronti di esperienze sfavorevoli successive (il cosiddetto effetto "steeling"): ad esempio, l'esperienza di separazioni positive nella prima infanzia può aiutare a tollerare meglio ricoveri ospedalieri che avvengono in fasi successive della vita. Quando tutto va bene, i bambini "si mettono dentro" la sensazione di potercela fare e la consapevolezza che esistono strategie tali da permettere di trasformare lo stress in competenza, e in occasioni successive riescono ad affrontare esperienze analoghe con maggiore tranquillità.
- 2) *Riconoscere i momenti di svolta all'interno di una prospettiva "life span"*; retrospettivamente, molti adolescenti resilienti indicano un momento di svolta nella loro vita, spesso caratterizzato da una nuova opportunità o da un nuovo rapporto, che ha fornito lo stimolo e suscitato la determinazione necessaria per un cambiamento di traiettoria. Tale momento di svolta può anche risultare da un processo di auto-riflessione, che porta la persona a riconoscere il bisogno di cambiare direzione. Il senso di auto-efficacia che deriva dal controllo di una nuova situazione o dal superamento di un ostacolo può contribuire a sviluppare, nel bambino/adolescente a rischio, la fiducia di diventare un agente attivo nel proprio processo di sviluppo. I momenti di svolta sembrano essere determinanti nell'ambito delle situazioni di "resilienza tardiva", ovvero quelle

- situazioni nelle quali un adolescente non resiliente diventa ad un certo punto della vita un adulto resiliente, verosimilmente attraverso una sorta di processo di "recovery".
- 3) *Considerare gli elementi culturali specifici*; la maggior parte delle ricerche sulla resilienza sono state effettuate in paesi occidentali, e basate sull'analisi di elementi significativi per la cultura occidentale. Compaiono ora i primi studi che provano a confrontare i "turning points" dei soggetti resilienti di diverse culture, suggerendo l'apertura di nuovi scenari.
- 4) *Promuovere la salute mentale attraverso program-*

mi di promozione della resilienza; la resilienza non può diventare una scusa per investire meno risorse ("tanto chi è resiliente lo è comunque"), ma deve portarci verso investimenti certi e mirati e la costruzione di servizi efficaci ed efficienti, che investano su progetti e programmi di promozione della salute, sulla prevenzione, sul capitale sociale del territorio. La possibilità di creare reti di relazioni e percorsi longitudinali raccordati è un moltiplicatore di salute, che nel tempo permette un miglior uso delle risorse spesso distribuite (o non distribuite) senza una vera ottica programmatoria di lungo periodo²⁷.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Camuffo M. *Resilienza e salute mentale in età evolutiva*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2007;74:505-14.
- 2 Camuffo M, Costantino MA. *Fattori protettivi e promozione della resilienza nel bambino e nell'adolescente*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2009;76:179-90.
- 3 Rutter M. *Implications of resilience concepts for scientific understanding*. *Ann NY Acad Sci* 2006;1094:1-12.
- 4 Costantino MA, Camuffo M. *Trasformazioni del concetto di resilienza e ricadute nella pratica: Ricerca e Pratica* (Istituto Mario Negri) 2009;25:57-64.
- 5 O'Dougherty Wright M, Masten AS. *Resilience process in development*. In: Goldstein S, Brooks RB eds. *Handbook of Resilience in Children*. New York: Springer 2005, pp. 17-37.
- 6 Rutter M. *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. *American Journal of Orthopsychiatry* 1987;57:316-31.
- 7 Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Iitaca: Cornell University Press 1992.
- 8 Rutter M. *Biological implications of gene-environment interaction*. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:969-75.
- 9 Scudder L, Sullivan K, Copeland-Linder N. *Adolescent resilience: lessons for primary care*. *The Journal for Nurse Practitioners* 2007;4:535-43.
- 10 Turner MG. *Good kids in bad circumstances: a longitudinal analysis of resilient youth*. Rockville-MD: National Institute of Justice 2007.
- 11 Cicchetti D Foreword. In: Luthar SS, ed, *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press 2003, pp. 2-28.
- 12 Yates TM, Egeland B, Sroufe LA. *Rethinking resilience: a developmental process perspective*. In: Luthar SS, ed, *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press 2003, pp. 234-256.
- 13 Roberts JM, Masten AS. *Resilience in context*. In: DeV Peters R, McMahon R, Leadbeater B, eds, *Resilience in children, families, communities: linking context to practice and policy*. New York: Kluwer Academic/Plenum 2004, pp. 13-25.
- 14 Waller MA. *Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept*. *Am J Orthopsychiatry* 2001;71:290-7.
- 15 Luthar SS. *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*. *Child Dev* 2000;71:543-62.
- 16 Rutter M. *Resilience, competence, and coping*. *Child Abuse and Neglect* 2007;31:205-9.
- 17 Jaffee SR, Caspi A, E. Moffitt TE, et al. *Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model*. *Child Abuse Neglect* 2007;31:231-53.
- 18 Dumont KA, Widom CS, Czaja SJ. *Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighbourhood characteristics*. *Child Abuse Neglect* 2007;31:211-29.
- 19 Black K, Lobo M. *A conceptual review of family resilience factors*. *Journal of Family Nursing* 2008;14-1:33-55.
- 20 Scudder L, Sullivan K, Copeland-Linder N. *Adolescence resilience-lessons for primary care*. *The Journal for Nurse Practitioners* 2008;4:535-43.
- 21 Ozbay F, Fitterling H, Charney D. *Social support and resilience to stress across the life span: a neurobiologic framework*. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10:304-10.
- 22 Cicchetti D, Rappaport J, Sandler I, et al. *The promotion of wellness in children and adolescents*. Washington DC: CWLA 2000.
- 23 Daniel B, Wasswell S. *The early years. Assessing and promoting resilience in vulnerable children*. London: Jessica Kingsley Publishers 2002.

- ²⁴ Masten AS, Powell JL. *A resilience framework for research, policy and practice*. In: Luthar SS, ed, *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press 2003, pp. 1-25.
- ²⁵ Sandler I, Wolchik S, Davis C et al. *Correlational and experimental study of resilience in children of divorce and parentally bereaved children*. In: Luthar SS, ed, *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press 2003, pp. 213-240.
- ²⁶ Weissberg RP, Kumpfer KL. *Prevention that works for children and youth*. *American Psychologist* 2003;58:425-90.
- ²⁷ Malaguti E. *Educarsi alla resilienza*. Trento: Erickson 2005.
- ²⁸ Winslow EB, Sandler IN, Wolchik SA. *Building resilience in all children*. In: Goldstein S., Brooks R.B. eds. *Handbook of Resilience in Children*. New York: Springer 2005, pp. 17-37.
- ²⁹ WHO. *Skills for health: An important entry-point for health promoting/child-friendly schools*. Geneva: WHO, 2004.
- ³⁰ Bertini M, Braibanti P, Gagliardi MP. *I programmi di Life skills education (LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute*. *Psicologia della Salute* 1999;2:11-31.
- ³¹ Morosini P, Perraro F. *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*. Torino: Centro Scientifico 2001.
- ³² Marmocchi P, Dall'Aglio C, Zannini M. *Educare le Life Skills*. Trento: Erickson 2004.
- ³³ Garelli F, Palmonari A, Sciolla L. *La socializzazione flessibile: identità e trasmissione dei valori tra I giovani*. Bologna: Il Mulino 2006.
- ³⁴ Bandura A. *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press 1977.
- ³⁵ Ammaniti M (ed). *Psicopatologia dello Sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2010.

Corrispondenza: Mauro Camuffo, via Uranio 45, 58100 Grosseto - E-mail: m.camuffo@usl9.toscana.it