



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

*Università degli Studi di Padova*

*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e dei Processi di Socializzazione*

*Scuola di Dottorato in Scienze Psicologiche  
Psicologia dello Sviluppo e dei Processi di Socializzazione*

*XXIII Ciclo*

***La perdita di una figura di attaccamento nell'infanzia:  
fattori di rischio e vulnerabilità nell'elaborazione del lutto***

**Direttore della Scuola:** Ch.ma Prof.ssa Clara Casco

**Coordinatore d'indirizzo:** Ch.ma Prof.ssa Lucia Mason

**Supervisore:** Ch.ma Prof.ssa Maria Grazia Fava Vizziello

**Dottorando:** Marilena Moretti

**INDICE**

**Riassunto**

**Abstract**

**Capitolo 1.**

<b>Definizione e teorizzazione: <i>Cognitive Stress Theory</i>, Teoria dell'Attaccamento e <i>Dual-Process Model</i></b> .....	<b>11</b>
1.1. Overview sugli studi e sulle principali ricerche del XX secolo. .....	11
1.2 Perdita e riorganizzazione.....	14
1.2.1 Cognitive Stress Theory, Lazarus e Folkman (1984).....	15
1.2.2 Working through grief, Bowlby (1980).....	17
1.2.3 Dual-Process Model, Stroebe e Schut (1999, 2001).....	23

**Capitolo 2.**

<b>Rottura del legame di attaccamento nel bambino e nell'adulto</b> .....	<b>26</b>
2.1 Nel bambino.....	27
2.1.1 Reazioni e manifestazioni conseguenti alla perdita.....	29
2.1.2. Variabili che influenzano l'outcome nel bambino.....	35
2.1.3. Conseguenze a breve e lungo termine: manifestazioni psicologiche e fisiologiche .....	45
2.2 Nel genitore.....	50
2.2.1 Reazioni e manifestazioni: la perdita del partner.....	50
2.2.2 Variabili che influenzano il processo di elaborazione del lutto nell'adulto.....	53
2.2.3 Lutto normale, lutto complicato e Prolonged Grief Disorder (PGD).....	56

**Capitolo 3.**

<b>Sviluppo ed efficacia dei programmi di intervento</b> .....	<b>62</b>
--	-----------

3.1. Modelli di intervento.....	62
3.1.1. Family Bereavement Programm, Sandler et al. (1992) .....	62
3.1.2. Meaning-making model, Nadeaus (1998) .....	69
3.1.3. Linee guida per la fascia di intervento 0-3, Lieberman et al. (2003) .....	71
3.1.4. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy, Cohen et al. (2004) .....	74
3.2. Efficacia dei programmi di intervento: una meta-analisi (Rosner et al. 2010).....	74

<b>Ricerca</b> .....	<b>78</b>
----------------------	-----------

#### **Capitolo 4.**

<b>Studio 1: Validazione di un questionario sul supporto sociale: Interpersonal Support Evaluation List (Cohen e Hoberman, 1985)</b> .....	<b>80</b>
4.1. Obiettivi e ipotesi.....	81
4.2. Partecipanti.....	83
4.3. Procedura e strumenti.....	85
4.3.1. Misura dello Stress Psicologico (MSP, Di Nuovo, Rispoli e Genta, 2000).....	85
4.3.2. Symptom Check List Revised (Derogatis et al., 1994; Conti, 2001).....	88
4.4. Risultati.....	90
4.4.1. Obiettivo 1: struttura fattoriale dell'ISEL (analisi confermativa).....	91
4.4.2. Obiettivo 2 e 3: consistenza interna, analisi descrittive e associazioni con le variabili socio-demografiche.....	93
4.4.3. Obiettivo 4: relazione fra ISEL e misure di sintomatologia (MSP, SCL-90-R).....	101
4.4.4. Obiettivo 5: verifica del modello di stress buffering.....	102

#### **Capitolo 5.**

<b>Studio 2: Studio longitudinale sulle reazioni conseguenti alla perdita di una figura di attaccamento: focus sul bambino e sul genitore</b> .....	<b>105</b>
---	------------

5.1. Obiettivi.....	105
5.2. Partecipanti.....	108
5.3. Procedura e strumenti.....	109
5.3.1. Genitore.....	111
5.3.2. Bambino.....	113
5.4. Risultati.....	122
5.4.1. Obiettivo 1.....	123
5.4.2. Obiettivo 2.....	127
5.4.3. Obiettivo 3.....	144
<b>Capitolo 6.</b>	
<b>Conclusioni.....</b>	<b>151</b>
<b>ALLEGATO A: Strumenti Studio 1.....</b>	<b>157</b>
<b>ALLEGATO B: Modelli di analisi confermativa.....</b>	<b>167</b>
<b>ALLEGATO C: Analisi dei residui di regressione.....</b>	<b>171</b>
<b>ALLEGATO D: Volantino informativo dello studio 2.....</b>	<b>173</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>175</b>

## Riassunto

La perdita precoce di un genitore è stato da sempre considerato uno degli eventi più traumatici che possono accadere nella vita di un bambino (Coddington, 1972; Yamamoto et al., 1996). Negli Stati Uniti, il 4% dei bambini e degli adolescenti ha avuto esperienze di perdita di almeno un genitore prima dei 15 anni (Bureaus of Census, 1985). Nonostante questa relativa frequenza e l'impatto che tale evento può avere sullo sviluppo del bambino, le conseguenze cliniche e psichiatriche sono talvolta controverse (Cerel et al., 2006). Solo recentemente, studi prospettivi hanno iniziato a studiare l'outcome del bambino da un punto di vista longitudinale, prendendo in considerazione una serie di fattori di mediazione e moderazione che giocano un ruolo determinante per l'insorgenza di eventuale psicopatologia nel bambino (Dowdeny, 2000). L'interesse di studio si è quindi spostato dalla ricerca esclusiva di sintomatologia nel bambino all'indagine di una serie di fattori relativi al genitore sopravvissuto e al funzionamento familiare così come ai fattori di rischio pregressi al trauma. In ambito nazionale l'interesse per questi aspetti è ancora limitato, e nella maggior parte dei casi, il focus di indagine è l'adulto.

Alla luce di quanto esposto, l'obiettivo generale di questo lavoro è stato quello di osservare l'impatto che un evento traumatico può avere sul bambino e sul genitore sopravvissuto. Per verificare tale assunto sono stati effettuati due studi:

- il primo di tipo trasversale (che fa da corollario al secondo) finalizzato alla validazione su popolazione italiana di un questionario americano (Interpersonal Support Evaluation List, Cohen e Hoberman, 1984) che valuta il supporto sociale percepito (studio 1);
- il secondo di tipo longitudinale il cui obiettivo è stato quello di osservare le reazioni che i bambini manifestano a seguito della perdita di una figura di attaccamento e in che modo, assieme al genitore, si (mal)adattano alla nuova condizione (studio 2).

**Studio 1: Validazione del questionario sul supporto sociale (Interpersonal Support Evaluation List).**

*Introduzione.* Numerosi modelli teorici (Sandler et al., 2008) si focalizzano sui fattori di protezione quali determinanti fondamentali per il processo di adattamento alla perdita: uno tra questi è il supporto sociale, variabile di mediazione, che esercita un effetto cuscinetto sulle conseguenze negative dello stress sulla salute. Per queste ragioni si è ritenuto importante introdurre all'interno del disegno di ricerca (studio 2) uno strumento che potesse considerare tali aspetti. Il self report più utilizzato in ambito internazionale e adottato negli studi che si occupano di osservare gli effetti dello stress/ eventi luttuosi sulla salute, è l'Interpersonal Support Evaluation List (Cohen e Hoberman, 1985). Il questionario, composto di 40 item e strutturato in quattro dimensioni, valuta il supporto funzionale percepito, ossia il tipo di risorse fornite dalle altre persone al soggetto in caso di necessità. *Obiettivi.* Gli obiettivi del lavoro sono stati quelli di verificare: 1. la struttura fattoriale dell'ISEL; 2. la consistenza interna delle dimensioni del questionario; 3. se il genere, lo stato civile, l'età e il livello di istruzione influenzano i punteggi dell'ISEL; 4. la relazione tra l'ISEL e misure di sintomatologia: livello di stress percepito e stato di salute (Cohen, 2004; Carlson et al., 2009); 5. la relazione che intercorre tra il livello di stress, di supporto sociale e lo stato di salute, attraverso la verifica del modello *stress buffering* (Bolger, 2007). *Metodo.* Il campione, composto da 308 soggetti (52% donne) appartenenti alla popolazione generale, è stato reclutato principalmente nelle regioni del nord-centro Italia, attraverso un campionamento casuale a pioggia. Oltre all'ISEL e a una scheda contenente domande di tipo demografico, i partecipanti hanno compilato una batteria di self-report contenente una serie di misure che, come riportato in letteratura sono strettamente connesse alla percezione del supporto sociale: Misura dello Stress Percepito (MSP, Di Nuovo, Rispoli e Genta, 2000) e Symptom Check List (SCL-90-R, (Derogatis et al., 1994; Conti, 2001). *Risultati.* I risultati emersi confermano: a) la struttura fattoriale proposta dagli autori (Cohen e Hoberman, 1985; Brookings e Bolton, 1988); b) i criteri di buona affidabilità e consistenza interna allo strumento. Relativamente alle variabili socio demografiche, il supporto sociale sembra essere associato in maniera diretta a: a) l'età, b) il livello di scolarizzazione. Non sono emersi risultati significativi per il genere, lo stato civile e la presenza di traumi pregressi. Il questionario ISEL risulta essere associato (segno negativo) alle variabili relative ai sintomi e allo stress, giocando un ruolo di mediazione fra gli effetti negativi dello stress sulla salute. *Conclusioni.* L'ISEL, self report dalle

buone proprietà psicometriche, è uno strumento affidabile per la valutazione del supporto funzionale percepito, in termini di risorse fornite dalle altre persone al soggetto in caso di necessità.

## **Studio 2: Studio longitudinale sulle reazioni conseguenti alla perdita di una figura di attaccamento.**

*Obiettivi.* Alla luce di quanto espresso precedentemente, gli obiettivi considerati sono su tre livelli:

- a) genitore: - osservare nel primo anno successivo all'evento traumatico le reazioni emotive, somatiche e cognitive in risposta alla perdita improvvisa del partner; - indagare il livello di supporto funzionale percepito in condizioni di stress acuto;
- b) bambino: - analizzare le manifestazioni comportamentali, intrapsichiche e somatiche reattive alla perdita, in termini di sintomatologia clinica; - studiare l'organizzazione e la qualità dell'attaccamento nel bambino a seguito della perdita di una figura di riferimento;
- c) genitore-bambino: verificare se determinate condizioni di vulnerabilità pregressa nel genitore sopravvissuto possono rappresentare un fattore di rischio (o di protezione) per l'elaborazione del lutto.

*Metodo.* Il campione é composto da 12 famiglie che hanno deciso volontariamente di partecipare al progetto longitudinale (2, 4, 6, 9, 12 mesi dopo la perdita). Gli strumenti utilizzati sono, oltre al colloquio clinico: child-report (Test Ansia e Depressione, Indicatori dell'adattamento sociale in età evolutiva), parent-report (Test Ansia e Depressione, Indicatori dell'adattamento sociale in età evolutiva, Children Behavior Check List, Hogan Grief Reaction Check List, Interpersonal Support Evaluation List), test semi-proiettivi (Separation Anxiety Test, Attachment Story Completion Task).

*Risultati.* Le manifestazioni e le reazioni dell'adulto in risposta alla perdita improvvisa del partner sono stabili nel primo anno successivo alla perdita, così come la percezione del supporto sociale.

Relativamente al bambino, è possibile osservare:

- a) un decremento della sintomatologia nel corso del tempo a partire dai 2-4 mesi fino ai 9-12 mesi successivi alla perdita. Valori clinici sono riportati sia in termini di ansia e depressione, sia a livello più ampio per quanto riguarda la

sintomatologia esternalizzante ed internalizzante. Questi dati sono in linea con lo studio di Cerel et al. (2006) che dimostra un decremento della sintomatologia depressiva a partire dai 6 mesi successivi alla morte e fino ai 25 mesi;

- b) un'attivazione del sistema di attaccamento in termini di ricerca della madre nelle situazioni di pericolo;
- c) un pattern di attaccamento sicuro in 3 bambini su 7 e la presenza dello stesso pattern in coppie di fratelli.

Relativamente alla condizione di vulnerabilità pregressa del genitori i risultati emersi confermano quel filone della letteratura che si focalizza sugli aspetti di resilienza e sui fattori protettivi. Infatti, dallo studio, è emerso che i genitori del gruppo vulnerabile:

- a) mostrano una minor intensità di manifestazioni dolorose nel periodo successivo alla perdita;
- b) sono in grado di percepire la maggior presenza di un supporto di tipo emotivo e fisico da parte del contesto familiare e sociale;

Questi dati fanno ipotizzare che il gruppo vulnerabile, avendo sperimentato in passato situazioni di stress acuto, può avere sviluppato nel tempo una risposta alle condizioni di minaccia differente che gli permette di far fronte ad un secondo evento in maniera forse più adattiva.

*Conclusioni.* Questo studio estremamente innovativo in ambito nazionale offre numerosi riflessioni sul piano clinico e dell'intervento, sulla necessità di focalizzare l'indagine sui fattori di protezione e sulle variabile che possono moderare e/o mediare gli effetti di un evento stressante sulla salute dell'individuo e sulla crescita del bambino.

## Abstract

The death of a parent has long been considered the most traumatic event that can occur in the child's life (Coddington, 1972; Yamamoto et al., 1996). Four percent of children and adolescent in the United States experience the death of at least one parent by age 15 (Bureaus of Census, 1985). Despite this relatively frequent occurrence and the clinical belief about the deleterious impact of parental death on child's development, the psychiatric sequelae for the child are not well understood. Recently, prospective examination of child outcome following parental death have considered mediating and moderating variables as important factors that play a role for the child psychopathology (Dowdeny, 2000). The interest of the study has thus moved from the exclusive pursuit of symptoms in children in the survey of a number of factors relating to the surviving parent and family functioning as risk factors prior to the trauma. In the national interest in these issues is still limited, and in most cases, the focus of investigation is the adult. The general aim of this study was to observe the impact of a traumatic on children and surviving parent. To verify this assumption have been carried out two studies:

- the first (which is a corollary to the second) is been done in order to validate an american questionnaire on the Italian population (Interpersonal Support Evaluation List, Cohen and Hoberman, 1984) which assesses perceived social support (Study 1);
- the second study, with longitudinal design, observed the child's reaction after parental death and how, helped by survivor parent, adjusted with the new conditions (study 2).

### **Study 1: Validation of the questionnaire on social support (Interpersonal Support Evaluation List).**

*Introduction.* Several theoretical models (Sandler et al., 2008) focus on protective factors as determinants critical to the process of adaptation to loss: one of them is the social support, mediating variable, which exerts a cushioning effect on the negative consequences of stress health. For these reasons it was considered important to incorporate a specific tool that would take these into account. The most widely used self-report in the international studies, especially in the bereavement researches, is the Interpersonal Support Evaluation List (Cohen and Hoberman, 1985) that takes into account the effects of stress and traumatic event on health. The questionnaire, composed

by of 40 items structured in four dimensions, assesses the perceived functional support, and the quality of resources provided by others to the subject if necessary. *Aims.* The aims of this study were to verify: 1. the factorial structure of the self-report 2. internal consistency of the subscales of the questionnaire, 3. whether gender, marital status, age and educational level influence the scores of the questionnaire, 4. the relationship between the ISEL and measures of symptom onset: the level of perceived stress and health status (Cohen, 2004, Carlson et al., 2009), 5. the relationship between the level of stress and health status mediated by social support (Bolger, 2007). *Method.* The sample consists of 308 subjects (52% women) belonging to the general population, was recruited mainly in the north-central Italy. In addition to ISEL and socio-demographic questionnaire, participants completed a battery of self-report containing a series of measures which, as reported in the literature are closely related to the perception of social support: Misura dello Stress Pecepito, (MSP, Di Nuovo, Rispoli and Genta, 2000) and Symptom Check List (SCL-90-R, Derogatis et al. 1994; Conti, 2001). authors (Cohen and Hoberman, 1985; Brookings and Bolton, 1988), b) the criteria for good reliability and internal consistency of the instrument. With regard to socio-demographic variables, social support appears to be associated directly to:) age, b) the level of schooling. Did not reveal any significant results for gender, marital status and the presence of previous trauma. The ISEL questionnaire appears to be associated (negative) with variables related to symptoms and stress, playing a mediating role between the negative effects of stress on health. *Conclusions.* The ISEL, self-report with good psychometric properties, is a reliable tool for the assessment of perceived functional support, in terms of resources provided by others to the subject if necessary.

### **Study 2: Longitudinal study on the reactions following the loss of an attachment figure.**

*Aims.* Based on literature presented, the aims of this study are considered at three levels: a) parent: - to observe the emotional reactions, the physical and cognitive responses to the sudden loss of a partner, after one year; - to investigate the level of perceived functional support in conditions of acute stress; b) child: - to analyze the behavioral manifestations, intra-psyche and somatic responses to the loss in terms of clinical symptoms; – to study the organization and the quality of attachment in children

due to the loss of an attachment figure; c) parent-child relationship: whether certain pre-existing conditions of vulnerability in the surviving parent may be a risk factor (or protective) for the process of grief. *Method.* The sample consists of 12 families who have voluntarily decided to participate in the longitudinal study (2, 4, 6, 9, 12 months after the loss). The instruments used are, in addition to the clinical interview: child-report (Test Ansia e Depressione, Indicatori dell'adattamento sociale in età evolutiva), parent-report (Test Ansia e Depressione, Indicatori dell'adattamento sociale in età evolutiva, Children Behavior Check List, Hogan Grief Reaction Check List, Interpersonal Support Evaluation List), semi-projective test (Separation Anxiety Test, Attachment Story Completion Task). *Results.* The adult's reactions in response to the sudden loss of a partner are stable in the first year, as well as the perception of social support. With regard to the child, can be observed: a) a decrease in symptoms over time for ages 2-4 months to 9-12 months after the loss. Clinical values are given in terms of both anxiety and depression, both at a broader level with regard to internalizing and externalizing symptoms. These data are consistent with the study of Cerel et al. (2006) which shows a decrease in depressive symptomatology from 6 months up to 25 months after death; b) an activation of the attachment system in terms of searching the mother during dangerous situation; c) a secure attachment patterns in 3 children (up to 7) and the presence of the same pattern in sibling pairs. In relation to the pre-existing conditions of vulnerability in the parent survivor, findings confirm that strand of literature that focuses on aspects of resilience and protective factors. In fact, the study revealed that the parents of the vulnerable group: a) shows a lower intensity of painful events after loss; b) are able to perceive the presence of a greater emotional and physical support from the family and social context. These findings suggest that the vulnerable group, having experienced previous situations of acute stress, may have developed over time a different response to the threat conditions that enable it to respond to a second event in a way perhaps more adaptive. *Conclusions.* This highly innovative study leads to many reflections on clinical issues and intervention, focusing the investigation on protective factors and variables that may moderate and / or mediate the effects of a stressful event on individual health and child development.

## Capitolo 1

### Definizione e teorizzazione:

#### *Cognitive Stress Theory, Teoria dell'Attaccamento e Dual-Process Model*

##### **1.1. Overview sugli studi e sulle principali ricerche del XX secolo.**

###### *Primi sviluppi*

La pubblicazione di Freud “*Lutto e melanconia*” (1917-1957) fornisce una prima analisi sistematica degli aspetti connessi alla perdita. L'autore parla del lutto come di un “doloroso stato d'animo caratterizzato dal venir meno dell'interesse per il mondo esterno, dall'impossibilità soggettiva di accedere ad un nuovo oggetto d'amore e dall'avversione per ogni attività che non si ponga in connessione con la memoria del defunto” (Sgarro, 2008, pp.12). Tale stato d'animo porta con sé aspetti depressivi collegati alla perdita dell'oggetto d'amore e l'impossibilità di effettuare, da parte del soggetto, nuovi investimenti.

Gli studi freudiani rappresentano le prime teorizzazioni focalizzate sulla comprensione delle modalità di coping adattivo e non adattivo. L'enfasi attribuita dall'autore si concentra sulla necessità da parte degli individui di effettuare il “lavoro del lutto”, che implica la comprensione e l'elaborazione dell'evento.

Nei decenni successivi, gli autori Deutsch (1937) e Klein (1940) pongono l'accento – sempre all'interno della tradizione psicoanalitica – sulla definizione di *lutto complicato*, che rappresenta una sorta di alterazione del processo di elaborazione. Tale fenomeno si caratterizza o per l'assenza di manifestazioni o – al contrario – per la persistenza e l'attivazione di stati maniaco-depressivi conseguenti la perdita.

In particolare per Melanie Klein (1940) ogni lutto in età adulta rappresenterebbe la riedizione di potenti sentimenti appartenenti alla vita psichica infantile a partire dalle primissime esperienze di separazione del bambino dalle figure di attaccamento. Il dolore della perdita - di carattere transitorio - verrebbe intensificato dalle fantasie di aver perso, con la persona amata, anche oggetti buoni interni. L'elaborazione del lutto coinciderebbe, quindi, con una ricostruzione del proprio mondo interno a patto che il soggetto, nel corso dell'infanzia, abbia avuto modo di consolidare i propri oggetti interni buoni e di sentirsi al sicuro.

Dalla pubblicazione del lavoro *Sintomatology and managment of acute grief* di Lindemann (1944) i ricercatori hanno iniziato a condurre studi empirici sul lutto e sulle sue conseguenze. Ad oggi, lo stesso range di sintomi associati alla perdita (contenuto in tale lavoro) viene utilizzato in fase di assessment.

#### *Dalla metà del XX secolo in avanti*

A partire dalla seconda metà del '900, i ricercatori hanno avviato studi più sistematici e documentazioni specifiche relative alle manifestazioni e alla durata del lutto. Diversi autori (Clayton et al., 1979; Maddison e Viola, 1968; Maddison e Walker, 1967; Averill, 1968) hanno fornito contributi fondamentali nel campo della ricerca, iniziando a sviluppare una “mappa” delle vulnerabilità fisiche e psichiche che caratterizzano le persone in lutto, cercando attraverso di essa di sviluppare tipologie di cure adeguate.

Tuttavia il limite di questi lavori riguarda la scarsa considerazione degli aspetti di natura contestuale e delle variabili interindividuali del soggetto. Tra i primi, il lavoro pionieristico di Vachon e colleghi (1982) ha focalizzato l'interesse su aspetti interpersonali associati a fattori ambientali, sull'efficienza ed efficacia dei programmi di intervento e sull'impatto che la rete sociale ha sulle persone in lutto, concentrandosi anche sui fattori di rischio psicosociali che possono influenzare le modalità con cui l'individuo risponde all'evento luttuoso. Tale ricerca fu una tra le prime ad ampliare concettualmente l'interesse alle variabili di contesto, dando il via all'attuale prospettiva di studio di queste tematiche, centrata ormai quasi esclusivamente sui fattori di protezione e sulle risorse individuali e contestuali implicate nei processi di risposta ed elaborazione del lutto.

Questi sviluppi e l'ampliamento di interesse verso campi di indagine quali stress e trauma, hanno condotto l'interesse di studio verso la comprensione degli aspetti associati al *lutto complicato*. Nello specifico, le indagini di Parkes e Parkes (1965) e successivamente di Weiss (1983) sono risultate essere di fondamentale importanza, in quanto, basandosi sui fattori di rischio, hanno fornito una prima classificazione degli aspetti connessi alle difficoltà di elaborazione del lutto. Nello stesso periodo il lavoro di John Bowlby (1980) esamina le diverse forme di lutto (assente e cronico) dal punto di

vista della teoria dell'attaccamento. Successivamente nel 1993 Selby Jacobs propone la dicitura *lutto complicato* come potenziale classificazione da inserire nel sistema diagnostico DSM.

Negli ultimi decenni del XX secolo, il lavoro di Bowlby (1980), che organizza in 4 stadi il processo di elaborazione del lutto, e la teoria del *Task Model* di Worden (1982) rappresentano i primi modelli riguardanti la comprensione e il superamento del lutto. Questi due teorizzazioni sono diventate delle vere e proprie linee-guida sia nell'ambito di ricerca che della pratica clinica.

Negli ultimi anni le teorie dello stress cognitivo (Horowitz, 1986) e dell'attaccamento (Bowlby, 1980) hanno particolarmente influenzato la ricerca del settore, focalizzandosi sulla complessità dell'esperienza del lutto.

#### *A fine secolo*

Il testo di Stroebe e colleghi "*Handbook of bereavement research*" (2001) fornisce una comprensiva review degli avanzamenti teorico-empirici nel settore di studio. Gli autori considerano tre aspetti principali:

- *consequences* intese come implicazioni in termini di costi sulla salute fisica e mentale del soggetto; ad oggi, diversi aspetti devono ancora essere sviluppati per poter comprendere ed identificare i fattori personali e ambientali che rendono alcune persone capaci di elaborare la perdita, ed effettuare il lavoro del lutto, meglio di altre;
- *coping* si riferisce ai processi, alle strategie, o ad un particolare stile impiegato dal soggetto per far fronte all'evento luttuoso; il lavoro di elaborazione potrebbe anche essere inteso come "modalità di coping";
- *care*, ossia il livello di cura e/o accudimento ricevuto e/o percepito dal soggetto.

Negli ultimi decenni, il focus di indagine si amplia ulteriormente, prendendo in considerazione aspetti differenti. L'obiettivo delle ricerche attuali è quello di indagare come (e se) il soggetto, in condizioni di stress sia in grado di adottare strategie adattive e resilienti che gli consentano di superare l'evento traumatico senza manifestare e/o sviluppare necessariamente psicopatologia. L'indagine è rivolta ai fattori di personalità, agli aspetti socio-relazionali, agli elementi di sostegno sociale ed ambientale. Questa

visione dinamica ed aperta permette di osservare l'individuo "in relazione con", focalizzandosi non solo sui fattori di rischio connessi alla storia e alle caratteristiche personali, ma anche su fattori protettivi, funzionali alla salvaguardia e al benessere del soggetto e, conseguentemente, al superamento dell'evento stressante.

## **1.2. Perdita e riorganizzazione**

Numerosi approcci teorici hanno proposto diversi modelli per determinare e misurare il *coping adattivo*, inteso come processo che conduce ad una condizione di minore sofferenza e che promuove l'adattamento alla nuova situazione; in base alle modalità di coping utilizzate, si determinano differenti outcomes.

A livello generale, tali modelli possono essere classificati in quattro categorie (vedi tabella 1):

- a) stress e trauma;
- b) teorie sul lutto;
- c) modelli di coping specifici per il lutto;
- d) modelli integrativi.

Nel presente paragrafo verranno trattati, in particolare, tre aspetti: la teoria dello stress (punto a), la teoria dell'attaccamento (punto b) e il *dual-process model*, modello integrativo di coping (punto d), in quanto framework di riferimento per il presente lavoro.

Per un'ampia trattazione degli aspetti si rimanda al testo di Stroebe e colleghi (2001, cap 17).

---

## Coping with bereavement: principles of adaptation in theories and models

Stroebe, Schut, 2001

---

### General Life Event Theories

- **Cognitive stress theory** emotion- problem-focused problem; confrontation-avoidance
  - Stress response syndromes cognitive regulation (intrusion/avoidance)
  - Emotional disclosure and sharing communication with others about the loss
  - Assumptive world views revision of assumptions/meanings
- 

### General Grief-related theories

- Psychoanalytic theory grief work
  - **Attachment theory** grief work
  - Psychosocial transition model revision of assumptions; working through
  - Two-track model two-track processing (→ transformation of attachment and recovery)
- 

### Specific coping with bereavement models

- Task model four tasks (working through)
  - Cognitive process model
    - a) rumination/distraction
    - b) positive psychological states
    - c) confrontation-avoidance
  - Incremental grief model symmetry and congruence within bereaved (family) groups
  - "New model of grief" biography (re)construction in (family) groups
  - Meaning reconstruction six principles to shape adaptation (inter)personally
- 

### INTEGRATIVE MODELS

- Four-component model appraisal/evaluation processing and changed representation as part of emotion regulation
  - **Dual-process model** confrontation-avoidance of loss- vs. restoration-oriented stressors: positive-negative meaning (re)construction; oscillation (cognitive control)
- 

Tabella 1. Modelli di coping (Stroebe e Schut, 2001).

#### 1.1. *Cognitive Stress Theory, Lazarus e Folkman (1984)*

La *Cognitive Stress Theory* (CST, Lazarus e Folkman, 1984) adotta alcuni principi di coping che possono essere funzionali per il processo di elaborazione del lutto. In linea generale con la teoria, il lutto viene inteso ed interpretato come stressor, ossia un evento di vita che richiede all'individuo energie, talvolta superiori a quelle disponibili,

mettendo così in pericolo la salute e il benessere del soggetto. Una serie di differenti strategie di coping sono state empiricamente studiate e messe potenzialmente in relazione con l'adattamento alla perdita.

Tale teoria è applicabile all'interno di un contesto di questo tipo per una serie di ragioni; essa infatti fornisce:

- descrizione delle caratteristiche degli stressors (evento traumatico), dei processi e delle strategie di coping (es. confrontation vs. avoidance), degli outcomes (salute fisica e mentale) e delle relazioni di causa-effetto che possono derivare;
- un quadro di ogni singolo stressor alla volta, pur considerando l'interazione fra gli specifici stressors,

Ad oggi, rimangono tuttavia ancora poco chiare quali sono le strategie di coping che hanno un effettivo peso nel determinare la risoluzione del lutto; per studiare quali sono i fattori che possono essere funzionali all'adattamento alla nuova condizione, numerose e differenti strategie di coping sono state esaminate nel corso del tempo, molte delle quali sono attivate in tempi differenti e sono utilizzate in finestre temporali diverse. Tuttavia due sono le strategie che risultano particolarmente rilevanti:

- *problem-focused coping* (strategie orientate al problema) vs. *emotion-focused coping* (strategie orientate sulle emozioni);
- *confrontation* (confronto) vs. *avoidance* (evitamento del problema).

Le strategie orientate al problema sono attive e dirette ed agiscono esplicitamente sul problema che ha causato lo stress; quelle orientate sulle emozioni invece, sono orientate alla gestione delle emozioni conseguenti l'evento stressante (Billings e Moos, 1981). Le prime strategie sono più appropriate per quelle situazioni che possono essere soggette a cambiamento, le ultime – invece – per quelle meno variabili. Alcuni aspetti relativi al processo del lutto possono essere meglio affrontati attraverso strategie *emotion-oriented*, perché hanno a che fare con una realtà che non è soggetta a cambiamento (la morte è irreversibile); altri aspetti invece possono essere affrontati attraverso strategie *problem-focused*, perché soggetti a cambiamento (guadagnare soldi per mantenere le finanze familiari). Tuttavia non è ancora chiaro in che modo queste strategie possono essere applicate ed utilizzate da persone in lutto; allo stesso modo, risulta difficile distinguere le strategie *emotion-focused* in adattive e disadattive sulla base delle definizioni teoriche o dagli strumenti utilizzati per la misurazione del costrutto. Nel caso del lutto, le strategie di coping orientate all'emozioni sono trasversali, perché spaziano da meccanismi che implicano sia aspetti connessi all'elaborazione

del lutto fino ad arrivare all'evitamento dei pensieri legati alla perdita, includendo strategie quali la ruminazione, la soppressione e il diniego. Outcome positivi sono associati all'utilizzo di entrambi i sistemi di coping. Nei casi di lutto, le strategie di coping potrebbero essere talvolta funzionali quando il dolore relativo all'evento traumatico viene soppresso o in qualche modo tenuto sotto controllo o dominato dal soggetto; questo perché la completa mancanza di controllo sugli stati di animo di dolore, solitudine, disperazione potrebbe rappresentare un ostacolo sia per la persona in lutto, che cerca di riprendere la quotidianità e di staccarsi anche solo momentaneamente dal ricordo e dal pensiero dell'evento traumatico, cercando di portare a termine i propri compiti, sia per le persone che aiutano e sono vicine al soggetto. Parallelamente, la possibilità per l'adulto di esprimere sentimenti di dolore per la perdita rappresenta un'importante processo funzionale al superamento dell'evento.

Le strategie *confrontation-avoidance* sono anch'esse di difficile applicazione all'interno studiato, perché l'adulto è soggetto a stress molteplici associati alla condizione luttuosa. Ad esempio, un adulto che ha perso il partner potrebbe evitare alcuni tipi di risposte emotive (evitare di piangere per la perdita), ma potrebbe affrontare altri aspetti dell'esperienza relativi alla persona deceduta (senso di colpa per alcune azioni rivolte al compagno prima della morte).

Dal momento che il lutto implica la presa in considerazione di molteplici stressors, alcuni modificabili ed altri no, l'adulto in lutto, non può semplicemente affidarsi a strategie di evitamento o di confronto. Nello specifico caso del lutto, infatti, molteplici stressors saranno affrontati o evitati allo stesso tempo.

È importante notare che questo modello individua il ruolo di mediazione giocato dalla valutazione cognitiva nell'adattamento alla perdita.

## 1.2. *Working through grief, Bowlby (1980)*

La perdita di una figura di attaccamento è un evento devastante che innesca un'angoscia intesa e pervasiva che viene definita da Bowlby (1969, 1982) *Separation Distress*. L'individuo non è in grado di immaginare la possibilità di riottenere un senso di sicurezza, supporto, protezione e amore senza la disponibilità della figura di attaccamento perduta. La definizione *Separatin Distress* venne ispirata dagli studi di Burlingham e Freud (1944) e dall'osservazione dei filmati di Robertson e Bowlby stesso (1952) su bambini separati, dalla figura di attaccamento, per un lungo periodo. Si osservò che le reazioni dei bambini passavano attraverso i seguenti stati:

- a) *fase di protesta*, in cui il bambino resiste attivamente alla separazione, piangendo, chiamando la madre, cercandola e aggrappandosi nel tentativo di riottenere il contatto. Tali reazioni sono connotate da sentimenti di rabbia e ansia, reazioni in qualche modo adattive allo scopo di prevenire la perdita della fonte di sicurezza protezione rappresentata dalla madre (Bowlby, 1969, 1982);
- b) *fase di disperazione*. Se la protesta fallisce nel tentativo di riottenere la prossimità della figura di riferimento, come nel caso della perdita (morte), le reazioni di ansia e rabbia lasciano il posto ad una disperazione pervasiva, che comprende umore depresso, variazioni di appetito e disturbi del sonno;
- c) *fase di distacco (detachment)* caratterizzata da un apparente recupero e da un graduale investimento in nuove attività e relazioni. Tale fase non rappresenta tuttavia la fine del legame di attaccamento, ma riflette in qualche modo una modalità difensiva caratterizzata dalla soppressione delle emozioni e dei pensieri legati alla mancanza della figura di attaccamento.

In età evolutiva, la comprensione e l'adattamento alla perdita sono processi complessi, non fattibili in forma autonoma da un bambino fino al raggiungimento della preadolescenza. I compiti richiesti si possono riassumere, forse in maniera semplicistica, in due punti: a) l'accettazione della realtà e mantenimento di un legame simbolico con la persona perduta; b) un graduale investimento sul mondo esterno e in nuove relazioni. Questi due processi spesso vengono rivisti e reinterpretati a distanza di anni, a seguito dell'acquisizione di competenze evolutive.

In età adulta, la perdita del partner (maggiore figura di attaccamento, Hazan, Shaver e Bradshaw, 1988) innesca una serie di reazioni molto simili a quelle osservate nei bambini (Fraley e Shaver, 1999; Parkes e Weiss, 1983; Vormbrock, 1993; Weiss, 1993). Gli adulti, infatti, reagiscono con forte protesta, panico, sentimenti di rabbia e desiderio di riunione. Quando la separazione è permanente, la fase di protesta spesso include preoccupazione per la persona perduta, una condizione di disagio pervasivo e una mancanza di interesse nelle altre attività. Quando l'adulto realizza completamente che il partner non tornerà più, subentrano sentimenti di disperazione e disorganizzazione, accompagnati da disturbi dell'alimentazione e del sonno, ritiro sociale, dolore intenso che non può essere alleviato dalla presenza di altri (Weiss, 1993). La perdita del partner è un evento molto doloroso, preoccupante ed emotivamente stressante a tal punto da

elicitare una serie di disagi, quali dolore, solitudine, rabbia, ansia e senso di colpa. Il disagio può essere così intenso e pervasivo da intaccare il funzionamento psicologico per un esteso periodo di tempo e causare sintomatologia e/o disturbi depressivi, post-traumatici e fisici (Murphy et al., 1999). Negli adulti, l'ultima fase di *Separation Distress* viene nominata da Bowlby *Reorganization* piuttosto che *Detachment*, in quanto gli adulti spesso trasferiscono la ricerca di prossimità e di una base sicura investendo in nuove relazioni senza tuttavia rimuovere il partner perduto dalla gerarchia delle figure di attaccamento.

Gli adulti, quindi, sono in grado di riorganizzare le rappresentazioni di sé e del partner deceduto affinché quest'ultimo possa continuare a rappresentare una fonte di protezione e conforto simbolico, senza impedire all'adulto sopravvissuto di investire nella vita e nelle relazioni. La fase di riorganizzazione è quella che Bowlby definisce la risoluzione psicologica ottimale per superare l'evento doloroso. Tale processo implica due compiti: a) l'accettazione della perdita, il ritorno alle attività quotidiane e la formazione di nuovi legami di attaccamento; b) il mantenimento di una sorta di attaccamento simbolico con il partner deceduto e l'integrazione di tale relazione nella nuova realtà. La fase di riorganizzazione richiede un certo grado di strategie di *iperattivazione* e *deattivazione*.

La riattivazione ripetuta di ricordi del partner deceduto, la realizzazione che la egli non tornerà più, il desiderio di riottenere la sua vicinanza e il suo amore sono aspetti, afferenti al sistema di *iperattivazione* dell'attaccamento, che permettono al soggetto in lutto di comprendere il significato della perdita della relazione e al contempo di riorganizzare su un piano simbolico il legame di attaccamento. Quando questa forma di attivazione non è travolgente, paralizzante o disorganizzante, l'adulto è in grado di incorporare in maniera funzionale il passato con il presente, senza necessariamente eliminare importanti segmenti del legame di attaccamento con il partner deceduto che hanno a che fare con la propria identità sociale e personale.

Le strategie di *detachment* possono contribuire efficacemente al processo di riorganizzazione, permettendo al soggetto un momentaneo distacco e inibendo i sentimenti e le emozioni dolorose associate alla perdita. Ciò avviene utilizzando un certo grado di evitamento e negazione, l'adulto è in grado di gestire il funerale, di creare ed esplorare nuove realtà, ritornando alle attività quotidiane e riconoscendo che la

relazione con il partner deceduto continua ad avere significato, anche se in forma differente.

Senza questa fase il soggetto non sarebbe in grado di considerare ed esperire tutti gli aspetti connessi alla nuova condizione e di trovare un nuovo significato e una nuova funzione alla figura di attaccamento perduta. Allo stesso modo, senza strategie di deattivazione, il soggetto potrebbe rimanere bloccato in ricordi e sentimenti connessi con la persona perduta, incapace di attivare strategie adattive funzionali alle nuove circostanze di vita.

La fase di riorganizzazione richiede l'attivazione di strategie secondarie che si alternano all'interno di un processo dinamico, definito da Stroebe, Shut e Stroebe (2005) *oscillazione*<sup>1</sup>. Tale termine indica un processo dinamico, una sorta di alternanza di stati affettivi e processi cognitivi orientati ora alla persona perduta ora all'ambiente circostante. Questo meccanismo, ripetuto nel tempo, consente al soggetto da un lato di pensare e riflettere sulla persona amata e dall'altra, l'evitamento di tale condizione, permette di processare ed espletare altre azioni e funzioni. L'adattamento alla perdita richiede al soggetto di considerare questo lento e doloroso processo, come parte integrante per il superamento dell'evento. Con una riorganizzazione del sistema di attaccamento positiva, questa oscillazione è ridotta e il soggetto si sente sicuro e protetto, sia dal ricordo del partner deceduto, sia dall'investimento in nuove e preesistenti relazioni con altri adulti.

La riflessione di Bowlby (1980) è in linea con il *dual-process model* di Stroebe e Schut (1999).

Suddetti autori interpretano l'adattamento alla condizione luttuosa come una oscillazione dinamica fra strategie *loss-oriented* (orientate all'evento doloroso) e *restoration-oriented* (rivolte all'investimento sulla nuova realtà). La dinamica *loss-oriented* è contettualmente molto simile all'iperattivazione del sistema di attaccamento che include nostalgia, ruminazione, ansia da separazione, rivalutazione del significato e delle implicazioni connesse alla perdita. La strategia *restoration-oriented* invece è sovrapponibile alla funzione di deattivazione del sistema di attaccamento, che implica sentimenti di evitamento e negazione dell'evento doloroso, orientamento verso cose

---

<sup>1</sup> "oscillation occurs in the short term (transient fluctuations in the course on any particular day) as well as across the passage of time, because adaptation to bereavement is a matter of slowly and painfully exploring and discovering what has been lost and what remains: what must be avoided or relinquished versus what can be retained, created, and built on" (p. 52)

nuove che distraggono il soggetto dal pensiero del partner. (Tale teoria verrà ripresa per un ampliamento nel paragrafo successivo).

L'oscillazione fra *iperattivazione* e *deattivazione* del sistema di attaccamento dipende da due fattori:

a) la qualità della relazione di attaccamento fra i partner (la persona deceduta rappresentava una fonte di sicurezza?);

b) la qualità delle relazioni che il partner sopravvissuto ha stabilito e stabilisce con gli altri adulti (le relazioni preesistenti e quelle attuali sono sufficienti per provvedere ad un senso di sicurezza e conforto della persona sopravvissuta?).

Quando la relazione fra i partner in vita era caratterizzata da sentimenti di non disponibilità e rifiuto, il sistema di iperattivazione dell'attaccamento della persona sopravvissuta potrebbe essere caratterizzato da sentimenti di disagio ed ambivalenza; il pensiero verso la persona deceduta potrebbe infondere scarso conforto e protezione all'adulto. Inoltre, la possibilità di incontrare nuove persone emotivamente distanti e non responsive potrebbe in qualche modo ostacolare la formazione di un nuovo legame di attaccamento sicuro. In entrambi i casi, il processo di riorganizzazione potrebbe fallire qualora l'iperattivazione del sistema di attaccamento interferisse con i tentativi dell'adulto di ricostruire un significato alla perdita della figura di riferimento e alla simbolica continuazione del legame.

Bowlby suggerisce che la riorganizzazione dell'attaccamento dipende anche dallo stile di attaccamento organizzato nel corso dello sviluppo; l'autore infatti ha osservato che gli adulti che possiedono modelli negativi di sé e degli altri e che hanno quindi uno stile di attaccamento insicuro, manifestano difficoltà nel superamento del lutto.

In particolare, gli individui con attaccamento ansioso, incapaci di mantenere un normale livello di autonomia e di portare a termine i compiti quotidiani individualmente, trovano discrete difficoltà a deactivated ed inibire le emozioni di dolore, pensieri e ricordi legati alla persona deceduta; così facendo, il processo di oscillazione che prevede anche strategie di deactivated risulta difficoltoso. Field e Sundin (2001) hanno rilevato che un legame di attaccamento ansioso, valutato a distanza di 10 mesi dalla perdita del partner, era predittivo di un elevato livello di disagio psicologico a 14, 25 e 60 mesi dopo la perdita.

Gli individui con attaccamento evitante, che di norma tendono a minimizzare pensieri e sentimenti relativi all'attaccamento e a distanziarsi cognitivamente dalla fonte di disagio, sono incapaci di esperire sentimenti, emozioni e ricordi del deceduto; così facendo, risulta difficoltoso creare ed attribuire un significato alla perdita (Mikulincer, 2008).

In entrambi i casi, la prevalenza di una delle due strategie secondarie (iperattivazione vs. oscillazione) ostacola e complica il processo del lutto.

Numerosi studi non hanno trovato associazioni fra la dimensione dell'attaccamento evitante e sintomi di depressione, disagio e dolore (Field e Sundin, 2001; Fraley e Bonanno, 2004). Tuttavia, Wayment e Vierthaler (2002) hanno rilevato che lo stile di attaccamento evitante era spesso associato ad una maggiore presenza di sintomatologia somatica; gli autori ipotizzano che le difese evitanti bloccano l'accesso consapevole ai sentimenti di ansia e depressione, senza tuttavia riuscire ad inibire le reazioni somatiche conseguenti alla perdita, meno consapevoli.

Gli individui con attaccamento sicuro tendono a richiamare alla memoria e a pensare al partner senza particolare difficoltà, capaci di parlare di sentimenti di amore verso la persona deceduta e di dolore. Attivano strategie di coping funzionali nell'esprimere sentimenti di dolore, rabbia, disagio senza essere sopraffatti da sentimenti che ostacolano il normale funzionamento. I modelli di sicurezza positivi di sé e degli altri permettono al soggetto in lutto di adattarsi alla perdita e di investire in nuove relazioni.

Van Doorn e colleghi (1998) hanno condotto uno studio su soggetti adulti che si prendevano cura del partner malato in fase terminale. Gli autori hanno rilevato come la sicurezza nel legame di attaccamento con il partner risulti essere associata a reazioni di dolore meno intense in risposta alla situazione critica di malattia del partner. Fraley e Bonanno (2004), in un ulteriore studio, riportano come persone classificate come sicure a 4 mesi dalla perdita del partner, presentino una minore sintomatologia connessa all'ansia, alla depressione e allo stress post-traumatico, rilevata a 4 e a 18 mesi successivi alla perdita. Risultati simili sono stati riportati da Waymken e Vierthaler (2002) e Waskowic e Chartier (2003).

Tali lavori sono in linea con quanto precedentemente espresso da Bowlby (1980). L'attaccamento insicuro contribuisce a sviluppare due forme disadattive di risoluzione del lutto (per una trattazione più esaustiva si rimanda al paragrafo 2.2):

- a) lutto cronico;
- b) assenza prolungata di lutto.

### 1.3. *Dual-Process Model, Stroebe e Schut (1999, 2001)*

Il Dual-process Model (DPM) è un modello teorico sviluppato per la comprensione delle strategie di coping adattive e non, attive dal periodo immediatamente successivo alla perdita. L'obiettivo è quello di fornire indicazioni sulle modalità con cui un soggetto "viene a patti" con un evento doloroso e di identificare dei pattern rappresentativi delle modalità di reazioni e risoluzione del lutto. Il DPM integra due approcci teorici da sempre considerati come aspetti di process implicati nelle fasi elaborazione del lutto: la teoria dello stress cognitivo (*cognitive stress theory*, Lazarus e Folkman, 1986) e la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1980).

Il DPM postula che la perdita di una figura di riferimento, come il partner, rappresenta una fonte di stress molto forte; l'adulto si trova ad avere a che fare con due principali fonti di stressors: a) *loss-oriented*, orientate verso gli aspetti connessi alla mancanza e alla perdita della figura di riferimento; b) *restoration-oriented*, orientate invece verso la riorganizzazione e l'investimento verso l'esterno (vedi figura 1).

Le modalità di valutazione e di coping *loss-oriented* portano all'elaborazione della perdita della persona amata. Il focus è su tre aspetti:

- a) il lavoro di elaborazione del lutto (*grief work*);
- b) rivalutazioni positive e negative del significato della perdita;
- c) sforzi di ricollocare il partner deceduto all'interno di un nuovo contesto, che non prevede più la sua presenza fisica. Le strategie che vengono quindi utilizzate si rifanno alla teoria dell'attaccamento e al faticoso lavoro di elaborazione del lutto, che si focalizza sul legame con la persona deceduta, ruminazioni, pensieri sulla vita trascorsa insieme e sulle circostanze della morte. Tale lavoro comprende inoltre sentimenti di nostalgia per la persona perduta, che si manifestano anche nel guardare vecchie foto e nell'immaginare come la persona amata avrebbe reagito alla perdita di una persona cara.

Le reazioni emotive implicate variano da ricordi piacevoli della persona amata a dolorosi sentimenti legati alla perdita; nel caso di malattie prolungate che hanno portato alla morte, i sentimenti possono variare dalla gioia perché il partner non é in una condizione di sofferenza alla disperazione per essere rimasto solo.

Nel periodo successivo alla perdita le emozioni positive e negative si alternano rapidamente, e spesso quelle negative tendono a predominare sulle altre, soprattutto nel primo periodo successivo alla perdita.

### **Dual Process Model of Coping with Bereavement: task of grieving**

*Stroebe & Schut, 1999, 2001*

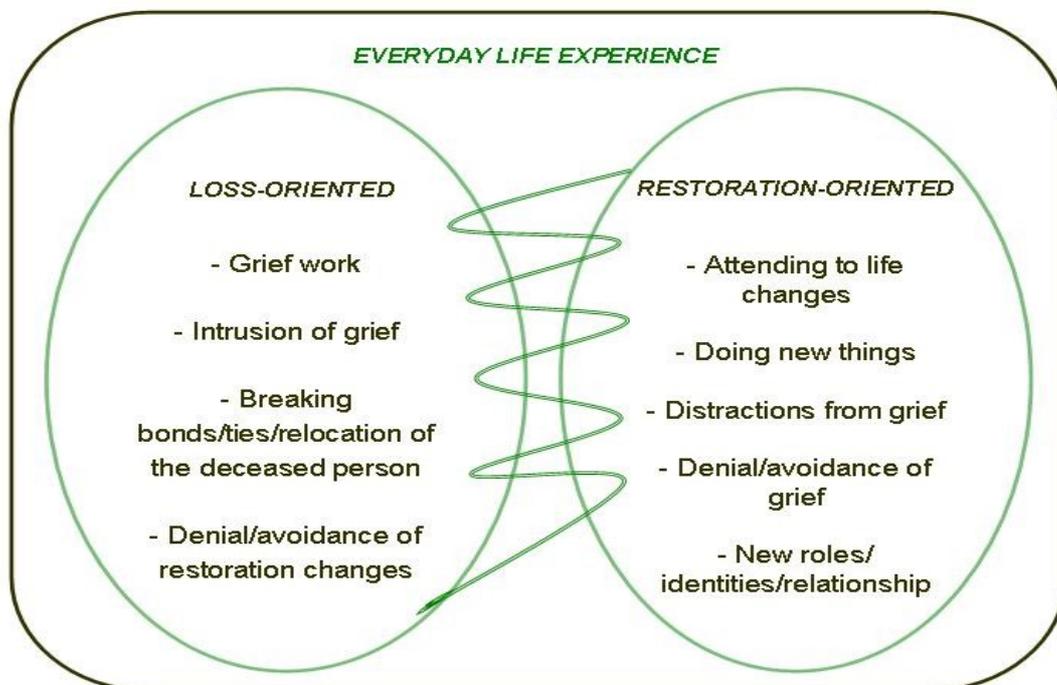


Figura 1. Dual-Process Model (Stroebe e Schut, 1999).

Le strategie *restoration-orientated* vengono considerate come fonti aggiuntive di stress, ansia e sconvolgimento, perché conseguenze dirette dell'evento traumatico. Esse includono:

- compiti che solitamente venivano svolti dalla persona deceduta e che adesso, inevitabilmente, diventano un ulteriore peso per l'adulto sopravvissuto (finanze, cucinare);
- riorganizzazione della vita senza il partner (vendere casa, etc);

- cambiamento di identità (da sposato a vedovo, o da genitore a genitore di un bambino morto). Anche in questa fase, una quantità enorme di emozioni può essere implicate nell'adattamento alla nuova condizione; da sentimenti di sollievo ed orgoglio per essere riuscito ad effettuare qualcosa di nuovo, al coraggio per riuscire ad uscire da solo, da sentimenti di ansia e paura di non farcela a sentimenti di solitudine per essere da solo.

A seguito della perdita del partner, parte dell'adattamento alla nuova condizione avviene all'interno del contesto domestico: il partner sopravvissuto si trova di fronte all'acquisizione e al mantenimento di responsabilità, in un momento in cui la motivazione e le abilità di adattamento sono ridotte al minimo.

Una componente centrale del modello è rappresentata da quello che viene definito *oscillation*, ossia processo dinamico, funzionale e fondamentale per un coping adattivo. Questo termine, come anticipato precedentemente, si riferisce all'alternanza delle strategie di coping *loss-* e *restoration-oriented*, che un soggetto attua quando cerca di adattarsi alla condizione dolorosa. Tale oscillazione è necessaria per un adattamento ottimale nel corso del tempo, perché permette al soggetto da un lato di esperire sentimenti connessi alla perdita e dall'altro di potersi distarre dalla condizione di vedovo per intraprendere nuove attività. Questo processo di oscillazione costa inevitabilmente fatica al soggetto, in termini cognitivi ed emotivi.

## Capitolo 2

### Rottura del legame di attaccamento nel bambino e nell'adulto

#### *Premessa*

Nell'adulto l'adattamento alla perdita è profondamente influenzato dalla presenza e disponibilità di persone capaci di fornire aiuto e conforto e sulle quali il soggetto può fare riferimento nei momenti di bisogno (supporto emotivo, aiuto materiale, etc); la necessità di avere un rete supportiva è condizione ancora più importante per il bambino. Infatti, mentre la maggior parte degli adulti ha imparato che può "sopravvivere" senza la presenza più o meno continua di una figura di attaccamento, i bambini non hanno maturato questa esperienza. Per tale ragione, la possibilità per il bambino di rimanere da solo, come nel caso degli orfani, o di perdere un genitore, rappresenta un'esperienza devastante. In tali casi, l'adulto sopravvissuto riveste un'importanza rilevante per il piccolo, perché quest'ultimo "dipende" dalle cure del genitore sopravvissuto.

Questa sorta di "dipendenza" del bambino dall'adulto, può rappresentare un elemento funzionale e/o disfunzionale nel processo di comprensione ed elaborazione dell'evento. Vengono elencate qui di seguito una serie di ragioni che mettono in discussione tale relazione:

- mentre il genitore può essere presente al momento della morte, così come venire a conoscenza dei dettagli precisi relativi all'evento, il bambino, nella maggior parte dei casi, è interamente dipendente dalle informazioni e dalle decisioni che l'adulto prende per lui: il piccolo quindi non è nella posizione di venire a conoscenza dell'evento direttamente, quanto piuttosto tramite il genitore, la cui tendenza è quella di tenerlo all'oscuro di tutto;
- mentre un adulto può, qualora lo desideri, chiedere informazioni ulteriori e cercare conforto in diverse persone, il bambino raramente è capace di mettersi nella posizione di cercare conforto da più adulti;
- il bambino, avendo meno strumenti dell'adulto per la comprensione degli aspetti relativi alla vita e alla morte, tende ad effettuare false inferenze dalle informazioni che riceve, fraintendendo il significato degli eventi che osserva e dei commenti che ascolta. Di conseguenza, è necessario per l'adulto prendersi cura del bambino dandogli la possibilità di discutere dell'accaduto.

Nella maggior parte dei casi quando la comprensione dell'evento risulta fallimentare per il piccolo (assenza di reazioni, "come se niente fosse"), la ragione va ricercata non tanto nel bambino, quanto piuttosto nella quantità e qualità di informazioni a sua disposizione; infatti, l'inadeguatezza (scarsità, contraddittorietà) delle informazioni fornite dal genitore, l'impossibilità di trovare un significato all'evento e l'assenza di uno spazio di discussione impediscono al bambino di cogliere la natura e l'entità dell'evento accaduto.

## **2.1 Nel bambino**

La comprensione del concetto di morte, le manifestazioni conseguenti alla perdita e la disponibilità di alcuni meccanismi di coping funzionali al superamento dell'evento doloroso, sono aspetti connessi alle capacità evolutive del bambino che variano in corrispondenza degli stadi evolutivi (capacità cognitive, psicosociali e di coping). Di seguito verranno presi in considerazione le età comprese fra i 4 e i 7 anni (middle childhood) e fra i 7 e gli 11 anni (late childhood), fasce di età considerate dalla presente ricerca.

### *- Capacità cognitive e linguistiche*

Secondo la prospettiva Piagetiana (Piaget, 1963) i bambini piccoli, al di sotto dei 5 anni, non comprendono i concetti relativi a universalità della morte, irreversibilità, cessazione delle funzioni vitali fino a quando non entrano nello stadio denominato "operatorio concreto". Un bambino in età prescolare che ancora crede che la morte sia reversibile può porre domande come "Quando torna la mamma?". Risposte ripetute a questa domanda non possono essere comprese fin quando il bambino non possiede le abilità cognitive tale da far comprendere la persistenza della morte. Le principali caratteristiche del modo di pensare la morte, dei bambini, sono riassunti in tabella 2.

Spesso, bambini piccoli in età prescolare non hanno le capacità lessicali per descrivere le loro emozioni o per chiedere quello che accade. Il più delle volte comunicano in altri modi, comportamentali o simbolici; ad esempio la regressione a livelli di funzionamento pregressi o comportamenti di acting out, modi che il bambino adotta per comunicare e per richiedere attenzione. Senso di dolore ed isolamento dopo la perdita del genitore possono essere espresse nel gioco, o nella sua assenza. Queste

manifestazioni comportamentali sono indizi importanti che forniscono informazioni sullo stato emotivo del bambino e servono come utili strumenti di valutazione per comprendere le strategie di coping del bambino (Cook e Dworkin, 1992, Fleming e Balmer, 1991).

<b><i>Child's developmental capacity and challenges</i></b> <b><i>Oltjenbruns, 2001</i></b>	
<b>Middle childhood (4-6 years)</b>	<b>Late childhood (7-11 years)</b>
• magical thinking, diminishes overtime	• concrete operational stage
• understand death is irreversible, final	• understand death is final
• understand dead people are nonfunctional	• have increased understanding of future
• understand death is universal (age 5-)	• more realistic understanding of causality of death

Tabella 2. Capacità evolutive nel bambino (Oltjenbruns, 2001).

*- Capacità di coping*

Le capacità di coping di un individuo forniscono importanti informazioni su come egli risponde alle situazioni stressanti.

Il repertorio di strategie del bambino è molto limitato rispetto a quello dell'adulto (vedi tabella 3). Tale aspetto è connesso a:

- a) capacità cognitive "immature" rispetto a quelle dell'adulto;
- b) esperienze di vita del bambino;
- c) span attentivo breve.

<b>Coping</b> <b>Oltjenbruns, 2001</b>
<b>Child compared with adults</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• more limited repertoire of coping strategies</li> <li>• (often) little experience dealing with previous loss</li> <li>• regression tendencies (young children)</li> <li>• diminished comfort drawn from words-immature language capacity</li> </ul>

Tabella 3. Capacità di coping (Oltjenbruns, 2001).

I meccanismi di coping (meccanismi di difesa) più frequentemente utilizzati dai bambini sono la regressione, la repressione, la negazione e lo spostamento. A partire dall'età scolare, il bambino diviene capace di descrivere le proprie emozioni, verbalizzare i suoi bisogni e ricercare supporto sociale. Prima di raggiungere questo livello di sviluppo, il bambino spesso riflette la tipologia di coping e lo stile comunicativo adottato dall'adulto che si prende cura di lui (Bowlby, 1980).

Diversi autori sostengono che i bambini piccoli non possono tollerare lunghi periodi di dolore intenso; perciò, come forma di protezione verso di sé, oscillano tra sentimenti dolorosi orientati verso la perdita e l'impegno in nuove attività. Questo processo di oscillazione fra sentimenti di dolore e momenti di interessamento verso l'ambiente circostante è parte del normale processo di elaborazione del lutto.

Tali oscillazioni sembrano riprendere il *dual-process model* di Stroebe e Schut (1999) che descrive i comportamenti di coping (adattivo e non) utilizzati dall'adulto. Tale modello, pensato originariamente per gli adulti, sembra sempre più applicabile anche in ambito evolutivo.

### 2.1.1 Reazioni e manifestazioni conseguenti alla perdita

Il lutto é una risposta multidimensionale alla perdita. Alcune manifestazioni, come la regressione, il sentimento di impotenza, il pensiero magico connesso al senso di colpa per avere causato la morte o il desiderio che la persona perduta ritorni, sono più prevalenti durante la prima infanzia (2-4 anni). Altre manifestazioni, come problemi

scolastici, rabbia, ipocondria, identificazione con il deceduto, sono piú spesso riscontrabili nella tarda infanzia o latenza (7 – 11 anni).

Anche se sono state riscontrate delle similitudini con le reazioni degli adulti, il lutto in età evolutiva differisce nella costellazione delle risposte, nell'intensità e nella loro durata (Deveaus, 1977). Il lutto del bambino, quindi non può essere inteso come una differente versione di quello adulto, ma piuttosto come una manifestazione tipica del bambino in rapporto alle sue capacità (Sekaes e Katz, 1986). La figura 2 include una lista delle manifestazioni piú comuni esibite dai bambini, organizzate in tre livelli: a) somatico, b) intrapsichico: c) comportamentale.

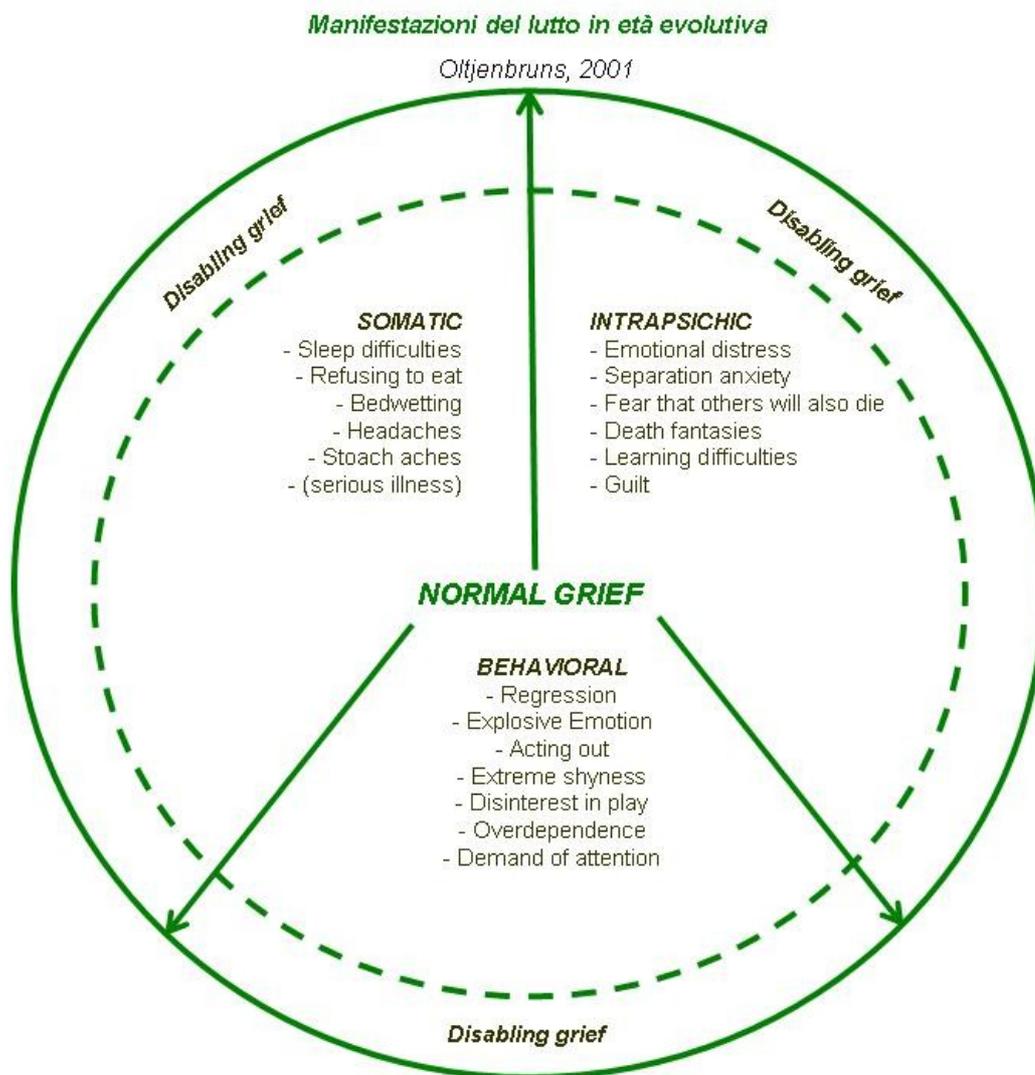


Figura 2. Manifestazioni del lutto in età evolutiva (Oltjenbruns, 2001).

Molte reazioni sono prevalenti nei primi mesi immediatamente successivi alla perdita ed alcune di esse permangono a lungo termine; altre non compaiono se non un paio di anni dopo. Alcuni autori (Worden e Silverman, 1996) hanno riscontrato una relazione curvilinea fra l'importanza di alcune manifestazioni (sentimenti e comportamenti) e il periodo successivo alla perdita. Gli studiosi sostengono che ci sia una iniziale distinzione nelle risposte di tipo emotivo e comportamentale fra bambini che hanno perso un genitore e il gruppo di controllo; tuttavia, queste differenze tendono ad attenuarsi nell'arco del primo anno successivo alla perdita. Dopo due anni, le differenze fra gruppo sperimentale e gruppo di controllo sembrano accentuarsi: la percentuale di bambini che presenta maggiori problemi è rappresentata dal gruppo sperimentale, ossia da coloro che hanno perso una figura di attaccamento

Molti bambini manifestano alcune e non necessariamente tutte le reazioni riportate; l'intensità, così come la durata delle risposte varia da soggetto a soggetto e nel corso del tempo. Una parte della letteratura considerata nel lavoro di Stroebe e colleghi (2007), sostiene che alcuni bambini, a seguito di una perdita, non manifestano necessariamente sintomatologia, a testimonianza del fatto che esistono una serie di fattori resilienti che rendono il bambino meno vulnerabile e quindi capace di gestire la perdita; l'evento doloroso viene studiato prendendo in considerazione una serie di variabili (di moderazione e mediazione) che influenzano il processo di elaborazione della perdita.

#### - *Re-grief phenomenon*<sup>2</sup>

La perdita di un genitore, la sua relazione con lui, può essere interpretata in modi differenti in funzione dello stadio evolutivo del bambino.

Quando il bambino acquisisce e sviluppa nuove competenze, inizia ad elaborare, interpretare e a ripensare l'esperienza della perdita da un punto di vista più maturo ed evoluto di quanto non gli fosse possibile prima. Alcuni autori come Newman e Newman (1999) sostengono che *“one can review and reinterpret previous stages in the light of new insight and/or new experiences... themes of earlier stages may re-emerge at any*

---

<sup>2</sup> *“Developmental transition... may precipitate a resurgence of grief which provide opportunities for further accommodation of the loss in relation to the current life stage... Issues of bereavement are superimposed on those of development”*(Miller, 1995, p. 101).

*point, bringing a new meaning or a new resolution to an earlier conflict*” (p. 17). In particolare, ad un bambino in età prescolare e/o scolare può mancare il genitore inteso come primario caregiver, persona che si prende cura di lui, che lo protegge. Al contrario, un adolescente può soffrire della perdita del genitore in relazione alla propria identità; egli può interrogarsi sull’influenza che il genitore deceduto ha sulla sua vita attuale, e ancora come sarebbe stata la sua vita se il genitore fosse ancora vivo.

- *Compiti evolutivi, “task mourning” e “disabling grief”*

Per compiti evolutivi si intendono quelle competenze che vengono acquisite in una particolare fase di vita dal bambino e necessarie per il suo sviluppo. Tali compiti si riferiscono a diversi ambiti che includono lo sviluppo fisico, sociale, emotivo e psicologico del piccolo. Il fallimento nel raggiungimento di una competenza, o compito evolutivo, potrebbe comportare delle difficoltà relativa all’acquisizione delle successive. Il raggiungimento dell’autonomia, ad esempio, è un obiettivo importante già dalla prima infanzia; la ricerca di indipendenza ed interdipendenza diventa un importante aspetto che ritorna in diverse fasi evolutive, come ad esempio nell’esplorare l’ambiente (prima infanzia), nelle relazioni con i pari (periodo di latenza), e nella costruzione di una relazione intima (preadolescenza, adolescenza e età adulta).

I bambini che vivono un lutto oltre ad affrontare e superare le competenze evolutive, si trovano a dover “padroneggiare”, e a far fronte ai compiti richiesti dalla condizione luttuosa, definiti da alcuni autori *task mourning* (Baker, Sedney e Gross, 1992, 1996).

Numerosi autori (Worden, 1991; Baker, Sedney e Gross, 1992, 1996; Cook e Oltjenbruns, 1998), basandosi sul lavoro con gli adulti, hanno definito *task mourning* quelle attività che facilitano la risoluzione di un lutto significativo. Worden (1991) è stato uno dei primi autori che si è occupato di identificare i *tasks mourning* dell’adulto. Successivamente, basandosi sulle prime teorizzazioni, Worden e colleghi (1992) hanno sviluppato un paradigma specifico per l’età evolutiva, che mette in luce quali sono i compiti che il bambino si trova ad affrontare a seguito di una perdita significativa; tali studi sono stati condotti prendendo in considerazione lo stadio di sviluppo del bambino (come mostrato nella terza colonna della seguente tabella). In tabella 4 vengono presentati i modelli.

**Adult tasks of mourning compared to children's**

<b>Adult's task of mourning (Worden, 1991)</b>	<b>Child's tasks of mourning (Baker et al. 1992, 1996)</b>	<b>Developmental context: child's life stage as an influence on grief (Cook e Oltjenbruns, 1998)</b>
Accept the reality of the loss	Understand that someone has died	Mature understanding is tied to the cognitive capacity to understand that death is permanent
Experience the pain or emotional aspects of the loss	Face the psychological pain of the loss	Immaturity of child's coping mechanisms influences certain grief responses
	Cope with periodic resurgence of pain	As developmental tasks shift and cognitive capacity matures, individuals often grieve an earlier loss
Adjust to an environment in which the deceased is missing	Invest in new relationship	Child's developmental needs help to define significance of the loss during a particular life stage
	Develop a new sense of identity that include experience of loss	A significant loss during childhood is often grieved (during adolescence a young person struggles with the primary task of refining personal identity)
Emotionally relocate the deceased; move on with life	Reevaluate the relationship to the person who is lost	Over time, children use a variety of strategies to retain a connection with the deceased
	Maintain an internal relationship with person who has died	
	Return to age-appropriate developmental tasks	If the child is unable to master particular tasks at this time, future success in various developmental areas will be jeopardized

Tabella 4. I compiti del lutto nel bambino e nell'adulto.

Webb (1993) sostiene che il termine piú adeguato per descrivere il lutto complicato in età evolutiva sia *disabling grief*. L'autrice definisce il concetto contestualizzandolo dal punto di vista evolutivo; è necessario determinare – secondo lei

– in che modo e per quanto tempo il bambino è in grado di compiere le attività quotidiane e di far fronte alle richieste evolutive. Nella misura in cui un bambino mostra dei segnali che interferiscono con il suo sviluppo sociale, emotivo e fisico, il processo di comprensione ed elaborazione del lutto può – a qualche livello – interferire con gli stadi evolutivi del bambino. Tale interazione viene definita *disabling grief*.

Attualmente, dopo quasi 20 anni dalle teorizzazioni di Webb, anche a causa della molteplicità di varianti con cui il bambino affronta ed elabora gli eventi stressanti, vi è un ampio dibattito non ancora risolto sulla definizione delle caratteristiche del lutto complicato o traumatico e sugli aspetti legati alla sua osservazione e valutazione. Ad oggi, si delineano due principali filoni di studio su questo tema: il primo, si basa sull'applicazione, in fase precoce, delle caratteristiche del lutto complicato tipiche dell'età adulta; che si caratterizzano per le condizioni di stress implicate dalla separazione, l'emergenza di sintomi di evitamento e mancata ricerca della persona perduta.

Il secondo filone teorico trae origine dalle ricerche effettuate sullo sviluppo del bambino e dagli studi orientati al trattamento precoce del trauma. Da questo punto di vista, il *lutto traumatico* (Childhood Traumatic Grief, CTG, Cohen e Mannarino 2004) viene concettualizzato rispetto al vissuto soggettivo del trauma da parte del bambino e rispetto allo svilupparsi di sintomi ad esso connessi che gli impediscono di far fronte ai compiti evolutivi relativi ad un efficace superamento del lutto. E' bene specificare che, sebbene i costrutti CG e CTG impieghino differenti strumenti di valutazione (Inventory of Complicated Grief vs. Extended Grief Inventory, rispettivamente per CT e CTG) e si basino su teorizzazioni differenti, i risultati delle ricerche concordano su tre principali aspetti. Il primo riguarda la correlazione tra CG/CTG e la sintomatologia del disturbo post-traumatico da stress<sup>3</sup>. Si evidenzia come vi sia un'associazione piuttosto stretta tra i segni connessi alle difficoltà di elaborazione del lutto e la sintomatologia descritta per definire il disturbo post-traumatico, come se le due manifestazioni possedessero un'area comune di sovrapposizione, pur non essendo del tutto parallele.

Il secondo aspetto, in continuità con quanto accennato precedentemente, sottolinea come la sintomatologia connessa al lutto complicato e traumatico sia

---

<sup>3</sup> Melham et al (2007) documentano risultati di correlazione di .62 tra ICG-R e sintomatologia depressiva valutati tramite intervista diagnostica. Brown e Goodman (2005) evidenziano una inter-item correlazione di .73 tra EGI-CTG e sintomatologia post-traumatica.

un'entità separata dal disturbo post-traumatico<sup>4</sup> e che il trattamento clinico può avere effetto sull'uno e non sull'altro (trattamento orientato al trauma vs. al lutto), ribadendo la vicinanza tra le due sindromi ma non la loro necessaria continuità.

Il terzo aspetto riguarda la mancanza di associazione fra CG/CTG e la tipologia di morte del congiunto. Alcune ricerche (McClatchey e Vonk 2005) suggeriscono infatti come la presenza di sintomatologia post traumatica e di lutto irrisolto non sia associata alla tipologia di morte, sia essa violenta o inattesa.

### *2.1.2 Variabili che influenzano l'outcome nel bambino*

Ricercatori ritengono che la perdita precoce di un genitore sia un fattore di rischio per l'insorgenza di sintomatologia depressiva in età adulta (Beck, Sethi e Tuthill, 1963; Brown, 1961); studi hanno individuato nella popolazione di adulti depressi una maggiore incidenza di eventi luttuosi nell'infanzia rispetto alla popolazione generale (Caplan e Douglas, 1969; Forrest, Fraser e Priest, 1965; Gree, 1964; Mireaults e Bond, 1992; Wolfenstein, 1966). Da questi dati, quindi, molti ricercatori hanno postulato la presenza di un legame diretto fra la perdita precoce di un genitore nell'infanzia e la conseguente sintomatologia depressiva in età adulta (Birtchnell, 1972; Brown, Harris, Copenland, 1977). La validità di questo legame è stata messa in discussione negli studi successivi per due ragioni principali:

- la mancanza di evidenze empiriche quale conferma dell'associazione fra perdita precoce e depressione in età adulta;
- una serie di inadeguatezze metodologiche, come ad esempio bias nella selezione del campione, assenza di un gruppo di controllo appropriato, mancanza di attenzione ai fattori di mediazione e una inconsistente definizione della variabile dipendente della depressione (Crook e Eliot, 1980).

Tennant, Bebbington e Hurry (1980) sostengono che la perdita precoce di per sé non è associata a psicopatologia in età adulta; questo aspetto viene confermato anche da Harris e colleghi (1986) i quali sostengono che il lutto non necessariamente conduce a depressione in età adulta; questi autori sottolineano come siano i fattori associati al lutto, come ad esempio, la qualità delle cure genitoriali, la presenza di altri fattori

---

<sup>4</sup> In due studi sul trattamento di Cohen et al. (2004, 2006) hanno dimostrato che durante un modulo di trattamento focalizzato sul trauma i punteggi di PTSD e CTG migliorano significativamente, mentre durante un trattamento basato sul lutto migliorano significativamente solo i punteggi relativi al lutto complicato. Questi risultati enfatizzano come il CTG sia un costrutto clinico distinto dal PTSD.

negativi (problemi sociali e/o economici) conseguenti alla perdita, che possono influenzare l'outcome. Detto questo, studiare le conseguenze di una perdita precoce significa considerare una prospettiva multidimensionale che esamina le variabili individuali e familiari (Saler e Skolnick, 1992).

In tabella 5 (Oltjenbrunts, 2001), vengono elencate le variabili individuali, familiari e contestuali che hanno un effetto nel processo di elaborazione del lutto e nell'insorgenza di psicopatologia. Come mostrato, le dimensioni considerate riguardano molteplici aspetti che hanno a che fare con:

- le circostanze della morte e le reazioni alla perdita;
- il deceduto e la tipologia di relazione instaurata con lui;
- le caratteristiche del genitore sopravvissuto;
- il funzionamento familiare;
- le caratteristiche del bambino.

**Variables influencing child's bereavement outcome**  
**Krupnick, 1984; Worden, 1996; Oltjenbruns, 2001**

DEATH	DECEASED	SURVIVING PARENT	FAMILY	SURVIVING CHILD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• inability to anticipate</li> <li>• type of death</li> <li>• reaction of surviving parent</li> <li>• lack of preparation for the funeral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gender of deceased</li> <li>• nature of pre-death relationship</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• level of dysfunction or vulnerability</li> <li>• discrepancy of perception between parent and child</li> <li>• consistency of discipline provided to child</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• size</li> <li>• cohesiveness</li> <li>• coping style</li> <li>• SES</li> <li>• (in)ability to provide support</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• age</li> <li>• gender</li> <li>• birth order</li> <li>• understanding of concept of death</li> <li>• earlier psychological difficulties</li> </ul>

Tabella 5. Variabili che influenzano il processo di elaborazione del lutto nel bambino.

La quasi totalità di queste variabili è stata considerata nell'eccellente review di Linda Downey (2000) la quale effettua una rassegna delle variabili di moderazione e mediazione coinvolte nel processo di elaborazione del lutto in età evolutiva.

*Variabili di moderazione (Downey, 2000):*

- *Morte e circostanze di morte:*

- o *Omicidio o suicidio*

Il suicidio o l'omicidio di un genitore sono relativamente rari e le ricerche sistematiche in questo settore sono scarse; infatti alcuni studi utilizzano questo aspetto come criteri di esclusione dalla ricerca (Fristad et al., 1993; Sanchez et al., 1994; Sood et al., 1992). I dati disponibili indicano che la perdita traumatica ed improvvisa del genitore è associata a particolari forme di disturbo nel bambino. Black e Harris-Hendriks (1992) documentano la presenza di sintomatologia post traumatica da stress (PTSD) nei bambini che, accolti dai servizi psichiatrici, avevano perso un genitore per omicidio. Solo uno studio sistematico è stato condotto sulla causa di morte per suicidio (Pfeffer et al., 1997). Gli autori hanno studiato 16 famiglie con bambini dai 5 ai 14 anni, nelle quali un genitore o un fratello/sorella si era suicidato recentemente (1-3 anni). I risultati testimoniano che nel 63% delle famiglie i bambini mostrano sintomi internalizzanti (ansia, depressione, etc, misurati attraverso la Children Behavior Check List) e nel 37% mostrano sintomatologia di stress post traumatico (da moderata a severa). Nel 25% delle famiglie, almeno un bambino mostra sintomatologia depressiva e post-traumatica. Nessun bambino, invece, ha riportato livelli clinici di depressione in assenza di sintomatologia post traumatica. Questi dati sottolineano il legame forte fra perdita traumatica e l'insorgenza di PTSD e sintomi internalizzanti (CBCL). Il suicidio e l'omicidio complicano il processo di comprensione ed elaborazione del lutto del bambino, perché spesso associati ad immagini e ricordi traumatici (Pynoos, 1992). Black e Harris-Hendriks (1992) riportano che la maggior parte dei bambini del loro campione con PTSD erano presenti quando l'omicidio è avvenuto. Allo stesso modo, bambini che hanno avuto esperienze altamente stressanti ed esperite nel contesto in cui la morte è avvenuta, sono a rischio di sviluppare PTSD (Yule, 1994).

- o *Morte attesa o improvvisa*

Si crede che quando la perdita di un familiare è attesa, il lutto anticipato può facilitare l'adattamento alla perdita negli adulti (Parker, 1972), anche se tale relazione non è lineare (Raphael, 1996). Poco è conosciuto sugli effetti che una morte attesa o improvvisa può avere sul bambino; tale aspetto è stato considerato nella letteratura che studia le famiglie con una persona malata terminale. Siegel e colleghi (1992) riportano che i bambini (7 – 17 anni) con un genitore malato terminale mostrano livelli più alti di ansia e depressione rispetto al gruppo di controllo. A distanza di 7 – 12 mesi dalla morte del genitore, tali differenze non erano più significative (Siegel et al., 1996). Altri studi che valutano gli effetti fra morte attesa ed improvvisa si differenziano nella definizione stessa del termine. Alcuni definiscono “morte attesa” sulle basi di una conoscenza da parte dei familiari della situazione da un minimo di un giorno (Silverman e Worden, 1996) ad un massimo di due settimane (Kranzler et al., 1990). Altri studi, invece, hanno basato la loro distinzione sulla causa di morte, ad esempio malattia terminale vs. attacco cardiaco (Weller et al., 1991). Indipendentemente dalla definizione, ad oggi non ci sono ancora evidenze empiriche che associano la morte attesa o improvvisa alla comparsa o ad un particolare tipo di disturbo in età evolutiva (Dowdney et al., 1999; Fristad et al., 1993; Kranzler et al., 1990; Sanchez et al., 1994; Sood et al., 1992).

- *Perdita della madre o del padre*

L'adattamento del bambino alla perdita dipende da quale dei due genitori muore? La letteratura più datata indica una sorta di interazione fra il sesso del bambino e quello del genitore deceduto, quale possibile moderatore nell'outcome del bambino. Ad esempio, Brown e colleghi (1977) riportano che le femmine che hanno perso la madre prima degli 11 anni sono a rischio di sviluppare sintomatologia depressiva in età adulta. Inevitabilmente, gli studi effettuati sulla morte di un genitore sono influenzati dai differenti tassi di mortalità fra uomini e donne. Dati epidemiologici riferiti alla morte di un genitore nell'infanzia indicano che i padri muoiono due volte più frequentemente delle madri. Di conseguenza i ricercatori incontrano probabilmente più madri che padri. In aggiunta, i padri sopravvissuti tendono ad essere meno disposti a partecipare a ricerche nella quali si cerca di offrire loro un aiuto (Gersten et al., 1991). Questo sbilanciamento rende difficile riuscire ad esaminare gli effetti che il sesso del deceduto può avere, in particolare quando si considerano campioni di ridotta numerosità. Van

Eederwegh e colleghi (1982) hanno riscontrato un'associazione fra la morte del padre e l'insorgenza di depressione severi nei bambini maschi. Weller e colleghi (1991) sottolineano le differenze nei parent-report fra padri e madri, queste ultime infatti tendono a riportare più sintomatologia depressiva di quanto non facciano i padri.

Dati questi fattori, non è sorprendente che non ci siano associazioni significative fra il sesso del deceduto e l'insorgenza di disturbi psichiatrici, somatizzazioni e funzionamento psicosociale nel bambino (Fristad et al., 1993; Sanchez et al., 1994; Sood et al., 1992; Weller et al., 1991).

- *Età e sesso del bambino*

Età e sesso del bambino sono aspetti che influenzano l'insorgenza e il tipo di psicopatologia. Ad esempio, il livello di depressione cresce con l'età, in età scolare maschi e femmine hanno punteggi pressoché sovrapponibili, in adolescenza è più comune nelle femmine (Harrington, 1994). I disturbi esternalizzanti sono più frequenti nei maschi che nelle femmine (Earls, 1994). Queste caratteristiche esercitano un effetto di moderazione sull'outcome nel bambino?

Relativamente all'età, è risaputo che la morte del genitore ha un impatto differente a seconda dell'età del bambino. Ad esempio, la perdita della madre ha un effetto diverso nella routine di un bambino in età prescolare che in un adolescente. Inoltre, anche lo sviluppo emotivo e cognitivo del bambino, come spiegato precedentemente, influenzano la comprensione e la modalità di risposta all'evento (Lansdown e Benjamin, 1985). Anche se gli studi di casi clinici hanno illustrato le differenze nelle risposte emotive e cognitive di bambini in età prescolare ed adolescenti (Raphael, 1996), le ricerche non hanno ancora individuato differenze nei disturbi in riferimento all'età del bambino. I risultati più consistenti sono emersi dallo studio di bambini al di sotto dei 5 anni; essi manifestano una serie di disturbi non specifici, adeguati al loro sviluppo emotivo e comportamentale; ansia da separazione, dipendenza, paura del buio, ad esempio sono i disturbi più diffusi (Kaffman e Elizur, 1979; Kranzler et al., 1990). Bambini più piccoli, nello studio di Van Eederwegh (1982), soffrono più frequentemente di enuresi notturna rispetto ai bambini del gruppo di controllo della stessa età; mentre lo studio di Cheifetz e colleghi (1989) riporta le caratteristiche di irritabilità ed impazienza come le reazioni più frequenti nel campione studiato. In età

scolare e successivamente in adolescenza, gli studi che indagano la presenza di disturbi psichiatrici riportano risultati contrastanti. Due studi sottolineano che la depressione e il senso di colpa sono più comuni negli adolescenti che nei bambini di età scolare (Cheifetz et al., 1989; Weller et al., 1991). In contrasto, Van Eerderwegh e colleghi non riportano differenze significative di sintomatologia (depressione, ritiro e disforia) in rapporto all'età. Similmente, non ci sono differenze in rapporto all'età per l'ansia e i sintomi somatici (Sacher et al., 1994; Sood et al., 1992). Le ragioni di questi risultati discrepanti vanno ricercate nella distribuzione per età all'interno del campione e fra i diversi gruppi oggetto di studio. Ad esempio, alcuni studi con ridotta numerosità rappresentano un range di età molto vasto, per cui risulta difficile fare i confronti all'interno del gruppo (Cheifetz et al., 1989; Silverman e Worden, 1992). Altri includono bambini al di sotto degli 8 anni incapaci di completare un self-report, misura standardizzata di confronto (Gersten et al., 1991). Anche se un forte interesse per gli adolescenti (Balk, 1991), essi tendono ad essere sotto rappresentati (Dowdney et al., 1999). Gli studi che hanno considerato gli adolescenti si sono concentrati a chiarire il processo di elaborazione del lutto in rapporto alle fasi di sviluppo (Meshott e Leitner, 1992; Van Epps, Opie e Goodwin, 1997) oppure a sviluppare modelli teorici di elaborazione del lutto (Balk, 1996). Così, gli effetti specifici che la perdita di un genitore ha sulla salute del bambino, in rapporto all'età, rimane ancora inesplorato.

Relativamente al sesso del bambino i risultati sono più consistenti. I maschi esibiscono più comportamenti aggressivi e acting-out delle femmine (Dowdney et al., 1999; Elizur e Kaffman, 1982; Kranzler et al., 1990); queste ultime, invece, manifestano una maggior presenza di sintomi internalizzanti. Nello studio di Gersten e colleghi (1991) i due terzi del campione che mostrava sintomatologia depressiva era rappresentato dalle femmine; in un altro studio (Van Eederwech et al., 1985) le femmine mostrano maggiori disturbi del sonno, enuresi e sintomatologia depressiva del gruppo di controllo.

- *Difficoltà fisiche e mentali pregresse:*

- o *Nel bambino*

La presenza di disturbi nei bambini pregressi alla perdita rappresenta un fattore di rischio? A questa domanda è stata riservata scarsa attenzione. I livelli di disturbo sono

certamente più alti se includiamo i bambini che, precedentemente all'evento luttuoso, avevano mostrato delle difficoltà (Cheifetz et al., 1989; Kranzler et al., 1990). Negli studi in cui è stata posta attenzione alla storia clinica del bambino (disturbi psicologici e/o psichiatrici), la vulnerabilità del bambino nel periodo successivo alla perdita, così come i disturbi, erano più evidenti. Ad esempio, Weller e colleghi (1991) riportano che i bambini con disturbi psichiatrici (non trattati) pregressi all'evento mostrano una maggior presenza di sintomatologia depressiva del campione rappresentato da bambini in lutto senza storia clinica pregressa. Altri studi, tuttavia, non supportano tali risultati (Gersten et al., 1991; Silverman e Worden, 1992).

*o Nel genitore sopravvissuto*

Pochi studi hanno analizzato l'impatto che una pregressa storia clinica del genitore sopravvissuto può avere sul funzionamento del bambino. Weller e colleghi (1991) ha riscontrato un'associazione fra la presenza di sintomatologia depressiva nel genitore pregressa all'evento e l'insorgenza di sintomatologia depressiva nel bambino a seguito della perdita. Van Eederwegh e colleghi (1982, 1985) ritengono che la presenza di depressione severa nei bambini è più probabilmente associata alla presenza della medesima sintomatologia nel genitore sia prima che dopo il lutto. Un incremento della morbilità psichiatrica è stata riscontrata nei familiari di vittime di suicidio, prima dell'evento. Questo dato potrebbe indicare la preesistente disposizione di un disturbo psichiatrico (Brent et al., 1993).

*Variabili di mediazione (Dowdney, 2000):*

- *Difficoltà fisiche e/o mentali del genitore nel periodo successivo alla perdita*

È noto che la perdita del partner è associata ad alti livelli di sintomatologia nell'adulto sopravvissuto nel periodo successivo alla perdita, le madri riportano livelli maggiori di depressione e problemi relativi alla salute psichica, rispetto ai padri (Dowdney et al., 1999; Weller et al., 1991). Il bambino in lutto, quindi, ha a che fare con il proprio lutto all'interno di un contesto luttuoso e di comorbilità con il genitore sopravvissuto. Associazioni chiare sono emerse in letteratura fra la salute mentale del genitore e l'outcome del bambino. Ad esempio, gli studi sulla depressione materna indicano che il bambino con madre depressa mostra una presenza significativamente maggiore di

problemi emotivi e comportamentali (Downey e Coyne, 1990). Questi risultati sono applicabili anche ai campioni in lutto? Gli indici piú generali relativi alle difficoltà psicologiche dei genitori nel periodo successivo alla perdita, come ad esempio i punteggi del General Health Questionnaire (Goldberg e Williams, 1988), correlano positivamente ed in maniera consistente sia con i punteggi ottenuti alla Children Behavior Check List (Downey et al., 1999; Pfeffer et al., 1997) sia con parent-report relativi alla depressione, ansia e ai disturbi della condotta nel bambino (West et al., 1991). Similmente, associazioni significative sono risultate fra child- and parent-report su altre forme di disagio psicologico. Sood e colleghi (1992) hanno individuato correlazioni fra le somatizzazioni riportate dai genitori e un incremento della frequenza di mal di testa e dolori addominali nei bambini. Il disagio psicologico del genitore é un significativo predittore di una serie di sintomi nel bambino, come ad esempio disturbo post traumatico, depressione e ansia (Pfeffer et al., 1997). Alcuni limiti nei risultati sono rilevabili quando il genitore é l'unica fonte di informazione sia per sé che per il bambino. Alcuni studi, per ridurre la quota di errore che può essere associata a tale condizione, utilizzano diverse fonti di informazioni, come il bambino o l'insegnante (Downey et al., 1999; Kranzler et al., 1990), o valutazioni psichiatriche del bambino indipendenti (Weller et al., 1991). Al di lá di questo aspetto, é piú che ragionevole concludere che la salute psichica del genitore sopravvissuto nel periodo successivo alla perdita rappresenta un importante fattore di mediazione capace di influenzare l'outcome del bambino.

- *Fattori familiari:*

- o *Processo del lutto*

Le modalità con cui le famiglie affrontano i rituali relativi alla perdita (funerale, etc) e il modo in cui i bambini sono coinvolti, variano in base ad una serie di fattori che dipendono da aspetti etnici e culturali (Sutcliffe, Tufnell e Cornish, 1999). Un aspetto che esemplifica il coinvolgimento del bambino nel processo familiare del lutto é rappresentato dalla partecipazione al funerale. La letteratura in ambito clinico suggerisce che la presenza del bambino al funerale facilita la comprensione e il processo di elaborazione del lutto nel piccolo (Furman, 1974; Raphael, 1982). Testare questa ipotesi a livello empirico risulta piuttosto difficile, dal momento che i dati indicano che

la maggior parte dei bambini in età scolare partecipa al funerale del genitore (Silverman e Worden, 1992; Weller, Weller, Fristad, Cain e Bowes 1988). Ciononostante, Welle e colleghi (1998), nel loro studio riguardante la presenza dei bambini (6-12 anni) ai funerali, non hanno trovato associazione significativa fra la presenza del minore al funerale e la presenza di sintomatologia psichiatrica nei due mesi successivi.

o *Funzionamento familiare e cure genitoriali*

I resoconti teorici e clinici sugli effetti che la morte di un genitore ha sul funzionamento familiare enfatizzano l'importanza della organizzazione familiare pregressa e successiva all'evento, in termini di coesione, comunicazione e differenza di ruoli (Sutcliffe et al., 1999). Ad alto rischio sono considerati quei bambini la cui storia familiare, pregressa al trauma, era caratterizzata da conflitti coniugali, separazioni e divorzio. Il rischio di disturbo rimane elevato quando il bambino è altamente coinvolto nella relazione con il genitore deceduto e scarsamente con il genitore sopravvissuto, e quando la famiglia è meno coesa (Elizur e Kaffman, 1983; Kranzer et al., 1990; West et al., 1991).

Masten e colleghi (Masten, Burt, Roisman, Obradovic, Long e Tellengen, 2004) hanno identificato nella qualità delle cure genitoriali una risorsa fondamentale che promuove la resilienza nel bambino. Altri studi hanno mostrato che gli outcome positivi (in termini di resilienza) a seguito di una perdita precoce sono predetti dall'apporto affettivo e dal calore del caregiver così come dalla coerenza nella disciplina (Lin, Sandler, Ayers, Wolchik e Luecken, 2004; Raveis, Siegel e Karus, 1999). A livello più ampio, il parenting positivo, inteso come calore e affetto del caregiver e come coerenza nella disciplina, è stato considerato un importante fattore di protezione per i bambini in lutto (Haine, Wolchik, Sandler, Millsap e Ayers, 2006). Haine e colleghi (2006) hanno individuato che il parenting positivo è una sorta di fattore protettivo "compensatorio", perché esercita un effetto benefico sulla salute psichica del bambino, indipendentemente dagli effetti degli eventi negativi. Sandler e colleghi (1992, 2003) sostengono che la coesione familiare e la presenza consistente di eventi familiari positivi contribuiscono alla positività degli esiti, in termini di resilienza, nel bambino.

- *Altre potenziali variabili di mediazione:*

La perdita di un genitore è spesso succeduta da una serie di eventi: a) la modificazione (talvolta drastica) della routine domestica potrebbe implicare il coinvolgimento di

un'altra figura adulta capace di prendersi cura del bambino; b) l'insorgenza di difficoltà finanziarie, a seguito della perdita del "capofamiglia", potrebbe comportare la necessità di trasferimenti o cambiamenti di casa; tali variazioni implicano per il bambino e per la famiglia la perdita della rete di amicizie e sociale costruita nel corso del tempo (Pfeffer et al., 1997).

Alcuni ricercatori hanno valutato se la perdita precoce di un genitore é in grado di influenzare il funzionamento scolastico del bambino; tale aspetto non é stato ampiamente studiato soprattutto in relazione al punto di vista dei compagni di scuola e delle insegnanti. Alcune variazioni in termini di minor attenzione, distraibilità e difficoltà di concentrazione, sono state individuate da Dowdney e colleghi (1991), tramite l'utilizzo dell'Achenbach Teachers Report Form (Achenbach e Edelbrock, 1980).

Come sottolineato precedentemente, una proporzione di bambini in lutto mostrerá una comparsa tardiva del disagio e tassi piú elevati di disturbo nelle fasi di follow-up, rispetto ai bambini del gruppo di controllo (Worden e Silverman, 1996). Questo potrebbe riflettere un aumento della vulnerabilità alle perdite successive, cosí come in corrispondenza di altri fattori stressanti e/o altri eventi di vita che conseguono la perdita di un genitore.

### *2.1.3 Conseguenze a breve e lungo termine: manifestazioni psicologiche e fisiologiche*

- Conseguenze psicologiche a breve termine: i due anni successivi alla perdita (Cerel, Fristad, Verducci, Weller e Weller, 2005).

Le ricerche piú datate, cosí come i resoconti clinici, hanno evidenziato gli effetti che la perdita precoce di un genitore puó avere sull'adattamento psicologico del bambino. In molti di questi studi, la perdita viene vista come un grande evento traumatico che puó mettere a rischio la salute psichica del bambino. É altresí chiaro che il bambino e l'adulto sopravvissuto sperimentano a seguito dell'evento traumatico un periodo di acuta e profonda crisi. Nel periodo successivo alla perdita, il bambino é a rischio di sviluppare una serie di sintomi che includono depressione, ansia, problemi di condotta, compromissione delle prestazioni scolastiche, ritiro sociale, sentimenti di insicurezza e

vulnerabilità rispetto a sé e scarso autocontrollo (Lutzke, Ayers, Sandler e Barr, 1997; Tremblay e Israel, 1998; Van Eedewegh, Bieri, Parilla e Clayton, 1982; Worden e Silverman, 1996).

Il numero dei fattori di rischio aumenta la vulnerabilità del bambino e aumenta la possibilità di sviluppare sintomatologia. Studi hanno mostrato che la perdita del partner comporta un elevato disagio psicologico, come evidenziato da elevati livelli di dolore acuto, da irrequietezza ed irritabilità, da problemi fisici e dall'utilizzo di droghe (Stroebe e Stroebe, 1993).

La depressione genitoriale è un fattore di rischio importante per l'insorgenza di problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini ed adolescenti (Langrock, Compas, Keller, Merchant e Copeland, 2002) ed evidenze empiriche testimoniano che i problemi relativi alla salute psichica del genitore sono associati a quelli dei bambini (Kalter et al., 2002; Kranzler, Shaffer, Wassermann e Davies, 1990).

Altri studi si sono focalizzati sulla tipologia di cure che il genitore sopravvissuto fornisce al bambino. La scarsa qualità delle cure, così come la trascuratezza, sono due fattori di rischio per l'insorgenza di problemi psichici nel bambino. Lo stress genitoriale e la depressione sono associate a pratiche genitoriali negative e inadeguate (Gelfand e Teti, 1990; Lee e Gotlib, 1991).

La perdita di un genitore implica una serie di esperienze stressanti "secondarie" (trasferimenti, problemi economici, cambiamento della routine), come precedentemente spiegato. Questi eventi negativi sono associati con maggior probabilità a problemi e disagi nel bambino (Sandler et al., 1988; Thompson et al., 1998). La morte in sé rappresenta quindi solo un evento che si traduce in una maggiore vulnerabilità del bambino (e del genitore) se l'ambiente e le condizioni successive alla perdita sono stressanti a tal punto che il bambino non è in grado di fare fronte allo stress con le proprie risorse e con quelle fornite dal genitore.

Nonostante i dati che mettono in luce i fattori di rischio per il bambino, numerosi e recenti studi hanno iniziato ad esaminare i fattori di protezione che promuovono un coping adattivo e un positivo adattamento alla perdita.

Dal punto di vista del bambino, le risorse includono alta autostima, self-efficacy, espressione di sentimenti di comprensione verso i membri della famiglia, capacità di mantenere un'idea di sé positiva a fronte di eventi negativi (Haine et al., 2003; Saler e

Skolnick, 1992; Sandler et al., 2003). Lin e colleghi (2004) hanno valutato i fattori di protezione, a livello individuale e familiare, di bambini che hanno perso un genitore. A livello individuale, il bambino resiliente percepisce gli eventi negativi come meno minacciosi per il suo benessere, rispetto al bambino vulnerabile. La resilienza potrebbe implicare una serie di processi per cui i comportamenti di coping adattivo portano alla percezione di efficacia (del sé), che – a loro volta – promuovono il benessere psicologico dell'individuo. A livello familiare, la resilienza del bambino è predetta dall'apporto affettivo e dal calore del caregiver così come dalla coerenza nella disciplina.

- Conseguenze psicologiche a lungo termine: in età adulta (Luecken, 2008; 2000).

Mack (2001), in un'ampia indagine nazionale, ha individuato che gli adulti che hanno perso un genitore prima dei 19 anni manifestano livelli di depressione maggiore rispetto a quelli che sono cresciuti all'interno di una famiglia "completa". Bifulco e colleghi (1987) hanno individuato che una perdita precoce era associata, nelle donne, ad un'incidenza maggiore di depressione. Agid e colleghi (1999) hanno riscontrato che uomini e donne di mezza età con sintomatologia depressiva maggiore avevano esperito con maggiore frequenza la perdita precoce di una figura di attaccamento, rispetto al campione di controllo.

In contrasto, numerosi studi non hanno trovato l'associazione diretta fra l'evento luttuoso nell'infanzia e un aumento del rischio di depressione in età adulta (Kendler et al., 1992; Kessler et al., 1997; Mireault e Bond, 1992).

Numerosi studi hanno inoltre esaminato il ruolo che una precoce perdita potesse giocare rispetto all'insorgenza di altre forme di psicopatologia in età adulta. Agid e colleghi (1999) riportano che pazienti schizofrenici avevano maggiore probabilità, rispetto al gruppo di controllo, di aver sofferto per la perdita precoce di un genitore. Similmente, Kendler e colleghi (1992) hanno studiato la relazione fra perdita precoce e l'insorgenza di disturbi psichiatrici quali la depressione maggiore, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo fobico, attacco di panico e disturbo dell'alimentazione. La morte prematura del genitore è risultata essere associata solo all'insorgenza di disturbi fobici e attacchi di panico.

La considerevole inconsistenza in questi studi ha condotto molti ricercatori a concludere che ci sono altri fattori che intervergono e in qualche modo influenzano la relazione fra perdita precoce e psicopatologia. Come esplicitato precedentemente, ci sono numerose variabili che interagiscono in termini di moderazione e mediazione sull'impatto che la perdita può avere sullo sviluppo successivo. I ricercatori hanno enfatizzato il ruolo di moderazione giocato dal contesto e dall'ambiente familiare sulle conseguenze psicologiche a lungo termine. Bowlby (1980), Tennant (1988) ed altri autori enfatizzano la necessità di studiare la relazione genitore-bambino nel periodo successivo alla perdita, quale fattore critico per l'adattamento a lungo termine. I primi autori in termini di fattori di rischio, ed i ricercatori attuali in termini di fattori di protezione, l'attenzione si sta spostando sulle risorse che promuovono la resilienza del bambino. In uno studio (Lueken, 2000) giovani adulti che avevano avuto esperienza di perdita precoce di un genitore in presenza di una forte ed adeguata relazione con il genitore sopravvissuto, mostrano una minor presenza di sintomatologia depressiva ed una più alta percezione del supporto sociale, rispetto al gruppo di controllo. In questo studio, quindi, la positiva relazione genitore-bambino svolge un ruolo di moderazione fra la perdita precoce e: a) l'insorgenza di sintomatologia; b) la percezione di supporto sociale. Questi risultati suggeriscono che la gestione positiva di stress acuti nel corso dell'infanzia (promossa da un'adeguata relazione genitore-figlio) può migliorare le capacità adattive nelle fasi di vita successive.

- Conseguenze a breve e lungo termine: manifestazioni fisiologiche

In contrasto con l'elevato numero di studi che ha esaminato gli esiti psicologici a lungo termini associati ad una perdita precoce, solo recentemente sono stati intrapresi studi che considerano le potenziali conseguenze in termini di sviluppo del sistema fisiologico e di salute fisica. La perdita precoce di un genitore è stata associata ad un incremento dei problemi di salute fisica nel corso del tempo da una serie di studi di carattere epidemiologico e correlazione (Agid et al., 1999; Felitti et al., 1998; Krause, 1998; Lowman et al., 1987). Altre ricerche non hanno trovato alcuna relazione fra la perdita precoce e problemi di salute in età adulta (Maier e Lachman, 2000; Tennant, 1988), sollevando ancora la questione relativa alla presenza di variabili di moderazione e mediazione che possono influenzare tale legame. Recenti ricerche sui correlati

fisiologici sottolineano l'importanza dell'ambiente psicosociale nel modulare lo sviluppo del sistema corporeo implicato nella regolazione psicologica e biologica dell'organismo nel corso della vita. Evidenze empiriche suggeriscono che l'esperienza precoce di perdita può esercitare effetti a lungo termine sull'organizzazione cognitiva, comportamentale, emotiva e fisiologica delle risposte allo stress nel corso della vita, influenzando l'insorgenza di possibili disturbi mentali e fisici associati allo stress (Brotman et al., 2003; Luecken e Lemery, 2004; McEwen, 2003). Le risposte allo stress preparano l'organismo a rispondere alle situazioni di pericolo con un incremento del battito cardiaco, un'alterazione del sistema immunitario e l'inibizione di funzioni non essenziali per l'organismo (Luecken e Lemery, 2004; McEwen, 2003, Repetti et al., 2002). Le risposte di stress coinvolgono una serie di sistemi, tra i quali l'asse ipotalamico-pituitario-adrenale (HPA) che regola la produzione e il rilascio del cortisolo, ormone glucocorticoide (comunemente chiamato "ormone dello stress") e l'asse simpatico-adrenomidollare (SAM) che mobilita le risorse del corpo in condizioni di stress (es. incremento della pressione sanguigna). Recenti reviews sostengono che le esperienze precoci di vita esercitano un'importante funzione di regolazione che influenza lo sviluppo del sistema di risposte fisiologiche allo stress (Luecken e Lemery, 2004; McEwen, 2003; Nemeroff, 2004; Repetti, et al., 2002). Lo sviluppo del cervello avviene dal periodo perinatale fino in adolescenza, ed – all'interno di questa finestra temporale, può essere influenzato da una serie di fattori ambientali (Rice e Barone, 2000). In particolare, le precoci esperienze con la figura di riferimento possono avere un'influenza diretta ed effetti duraturi sullo sviluppo del sistema di risposte fisiologiche allo stress (Meaney et al., 2002).

Numerosi studi hanno mostrato gli effetti dannosi della regolazione del cortisolo in bambini deprivati, cresciuti negli orfanotrofi della Romania (Carlson e Earls, 1997; Gunnar et al., 2001). La perdita precoce di un genitore è stata anche associata ad un livello più alto di pressione sanguigna (Luecken, 1998) e ad elevati livelli giornalieri di cortisolo in età adulta (Nicolson, 2004).

Gli studi futuri andranno a considerare i fattori di mediazione e moderazione che predicono vulnerabilità a lungo termine e resilienza in termini di salute fisica. Ben-Shlomo e Davey-Smith (1991) sottolineano che situazioni avverse in fasi precoci di vita possono avere un'influenza a lungo termine sulla salute respiratoria e cardiovascolare,

nella misura in cui il soggetto si trova inserito di un contesto dannoso caratterizzato da un'esposizione continua a situazioni di stress, da difficoltà economiche e da ulteriori situazioni dannose. Le teorie sugli stress cumulativi (es. trauma cumulativo, Khan, 1963) suggeriscono che l'esperienza precoce di perdita può incrementare il rischio di sviluppare outcomes negativi in termini di salute attraverso un'esposizione crescente agli stress successivi (Hertzman, 1999). Le teorie sulla resilienza cercano di individuare che fattori che sono in grado di re-indirizzare il bambino verso percorsi di sviluppo "salutari", riducendone l'esposizione agli eventi stressanti ed improvvisi successivi. Ad esempio, un fattore di moderazione capace di influenzare l'impatto che la perdita precoce ha sul sistema fisiologico è rappresentato dalla relazione che il bambino ha con il genitore sopravvissuto. In uno studio, la perdita precoce era associata ad un elevato livello di reattività del cortisolo in caso di stress solo nei casi in cui la relazione con il genitore sopravvissuto viene definita come scarsa (Luecken, 2006). Luecken e Appelhans (2006) hanno individuato che la combinazione di perdite precoci e abusi era associata ad elevati livelli di cortisolo rispetto ai partecipanti che avevano esperito la perdita precoce, senza episodi di abuso. Gli studi sulle conseguenze a lungo termine della perdita sulla salute fisica sono decisamente recenti e con alcune limitazioni sul piano metodologico, tuttavia i risultati sembrano andare nella direzione descritta da Rutter e colleghi (2004) che sottolineano la possibilità per i bambini di recuperare e ristabilirsi adeguatamente, prevenendo così conseguenze a lungo termine sulla salute.

## **2.2 Nel genitore**

### *2.2.4 Reazioni e manifestazioni: la perdita del partner*

In tabella 6 sono riportate le reazioni comuni riscontrate a seguito della perdita di una persona amata, organizzate in 5 aree:

1. risposte affettive

La maggior parte delle persone soffre in forma acuta a seguito della perdita; nella percentuale del 10-20% solo alcuni sintomi, come ad esempio ansia e depressione, raggiungono livelli clinicamente importanti (Hansson e Stroebe, 2003; Raphael et al. 2001). In alcuni casi, quando le circostanze di morte sono traumatiche, la persona può

sviluppare anche sintomatologia post-traumatica (Kaltman e Bonanno, 2003; Raphael et al., 2001).

#### 2. cognitive, 3. comportamentali

Il lutto può essere associato a disturbi della memoria, problemi nell'alimentazione (perdita di peso, Shahar, et al., 2001), difficoltà nelle relazioni e nell'ambiente lavorativo, difficoltà nella concentrazione e un decremento della partecipazione sociale (Carr et al., 2005).

#### 4. fisiologiche-somatiche

Le persone in lutto, soprattutto nei primi tempi successivi alla perdita, manifestano più frequentemente rispetto alla popolazione generale, problemi fisici e di salute. I disturbi variano dal mal di testa, vertigini e dolori al petto, fino ad un livello più elevato di disabilità e di malattie che richiedono il ricovero (Stroebe et al, 2008; Parkes, 1996) e l'utilizzo di farmaci.

#### 5. immunologiche (ad es. rischio di mortalità)

Le conseguenze a lungo termine, invece, si misurano in termini di incremento del rischio di mortalità per diverse cause, incluso il suicidio. La causa maggiore di morte è quella che viene definita "cuore spezzato", che sottintende una serie di cause legate allo stress psicologico dovuto alla perdita, alla solitudine e agli stress secondari conseguenti alla morte del partner (Stroebe et al., 2005). L'intensità e il livello di sofferenza per la perdita predicono gravi disturbi di salute (es. cancro ed attacchi di cuore) (Chen et al., 1999).

---

**Reactions to bereavement**  
(Stroebe et al., 2008; Hansson e Stroebe, 2006)

---

• **AFFECTIVE**

Depression, despair, dejection, distress  
Anxiety, fears, dreads  
Guilt, self-blame, self-accusation  
Anger, hostility, irritability  
Anhedonia-loss of pleasure  
Loneliness  
Yearning, longing, pining

• **COGNITIVE**

Preoccupation with thoughts of deceased, intrusive ruminations  
Sense of presence of deceased  
Suppression, denial  
Lowered self-esteem  
Self-reproach  
Helplessness, hopelessness  
Suicidal ideation  
Sense of unreality  
Memory, concentration difficulties

• **BEHAVIORAL**

Agitation, tenseness, restlessness  
Fatigue  
Overactivity  
Searching  
Weeping, sobbing, crying  
Social withdrawal

• **PHYSIOLOGICAL-SOMATIC**

Loss of appetite  
Sleep disturbance  
Energy loss, exhaustion  
Somatic complaints  
Physical complaints similar to deceased

• **IMMUNOLOGICAL AND ENDOCRINE CHANGES**

Susceptibility to illness, disease, mortality

---

Tabella 6. Manifestazioni conseguenti la perdita nell'adulto.

### 2.2.5 Variabili che influenzano il processo di elaborazione del lutto nell'adulto

Stroebe e colleghi (2007) in una recente review considerano i potenziali fattori di protezione e di rischio implicati nel processo di elaborazione del lutto in adulti che hanno perso il partner. Gli autori suddividono tali aspetti in 4 aree:

1. *situazione e circostanze di morte:*

a. causa di morte e circostanze e luogo della morte

Una morte improvvisa e traumatica, una perdita violenta come nel suicidio oppure una morte attesa come nel caso di malattie terminali rivestono importanza rilevante ai fini della comprensione e dell'elaborazione del lutto. Nel primo caso (morte inattesa) la famiglia non è preparata all'evento, perché la perdita avviene in circostanze improvvise e spesso traumatiche (incidente stradale, infarto) e l'equilibrio familiare cambia nel giro di poche ore (Barry et al., 2002; Ong et al., 2005). Nel secondo caso (suicidio) l'adattamento alla perdita richiede tempi più lunghi, perché subentrano nell'elaborazione altri aspetti, quali ad esempio, la rabbia verso la persona deceduta, la vergogna e la stigmatizzazione dei familiari per il gesto compiuto che alterano il normale processo di superamento dell'evento (Harwood et al., 2002). Nella maggior parte dei casi, è proprio l'equilibrio precario della famiglia (ulteriore fattore di rischio) che induce uno dei suoi componenti a compiere il gesto violento. Nel terzo caso (morte attesa) l'adattamento avviene (anche se non sempre) nel tempo, i familiari si preparano alla separazione e alla perdita del caro quando quest'ultimo è ancora in vita; outcome migliori vengono riportati in termini di salute e di elaborazione dell'evento; evidenze empiriche hanno riscontrato un minor tasso di mortalità e di sintomatologia nei familiari sopravvissuti (Christakis e Iwashyna, 2003).

b. tipo di relazione e qualità della relazione con il deceduto (vedi capitolo 2).

c. conflitti attuali, difficoltà lavorative e problemi legali, povertà o declino economico (vedi punto 3).

2. *fattori di protezione e rischio intrapersonale:*

a. aspetti di personalità e stile di attaccamento

Numerosi sono agli aspetti di personalità identificati come fattori di protezione: ottimismo (Moskowitz et al., 2003), percezione di avere il controllo sulle attività

quotidiane (Ong et al., 2005) ed elevata autostima (Haine et al., 2003) sono elementi che incidono sul outcome.

Relativamente allo stile di attaccamento, quello di tipo sicuro viene identificato come elemento che favorisce il processo di elaborazione del lutto (Wijngaard-de Meij et al., 2005; Stroebe et al., 2005; Parkes, 2006). La presenza di uno stile di attaccamento evitante è associato ad un peggiore adattamento in termini di salute mentale; uno stile preoccupato, invece, predice sentimenti cronici di solitudine emotiva (van der Houwen et al., 2010).

#### b. fattori pregressi alla perdita e lutti precedenti

La presenza di eventi traumatici pregressi è, nella maggior parte degli studi, inteso come fattore di rischio; sintomatologia depressiva pregressa alla perdita viene associata ad un elevato rischio di intensificazione del disturbo nel periodo successivo (Raphael et al., 2001). Solo recentemente, alcuni ricercatori riportano la presenza di outcome positivi in concomitanza di condizioni ambientali avverse ed in presenza di forti stressors, individuando così pattern resilienti che si manifestano in contesti specifici (Bonanno et al., 2006; Bonanno, 2004, 2005; Rutter et al., 2004).

c. religiosità e spiritualità, considerati fattori di protezione sia per le persone in lutto che per la popolazione generale.

Alcuni ricercatori (Kim et al., 2004) hanno riportato che la religiosità e la spiritualità, in campioni di adulti in lutto, sono aspetti associati al benessere di tipo emotivo e ad emozioni positive (van der Houwen et al., 2010). Altri studi, invece, interpretano la religione come forma di supporto sociale che rafforza nel soggetto il senso di appartenenza alla comunità religiosa (Stroebe et al., 2007; Benore et al., 2004).

#### d. variabili socio demografiche

- genere: le vedove sono più vulnerabili dei vedovi (Lee et al., 2001), così come le madri lo sono di più dei padri (Kreicbergs et al., 2004);

- età: in alcuni studi le persone più giovani sono risultate essere quelle più vulnerabili (Hansson et al., 2006; Archer, 1999);

- etnia: differenti caratteristiche nelle manifestazioni di dolore e sofferenza a seguito di una perdita, in rapporto all'appartenenza etnica e alla cultura del paese; relativamente alle dimostrazioni, rabbia e disperazione (Carr, 2004) sono presenti in maggior misura

nelle popolazione bianca, così come un minor livello di disturbi psichiatrici (Williams et al., 1992), rispetto alla popolazione nera.

3. *fattori di protezione interpersonali e risorse non personali:*

a. supporto sociale

Fattore di protezione sia per le persone in lutto che nella popolazione generale; tuttavia nel primo caso, la presenza di un elevato supporto percepito favorisce un migliore adattamento nel periodo successivo la perdita (Stroebe e tal., 2005); contrariamente, l'isolamento sociale è stato identificato come componente che ostacola il processo di elaborazione del lutto (Dyregrov et al., 2003). Altri studi mostrano come il supporto sociale percepito sia predittore di un livello minore di sintomatologia depressiva e di stati d'animo positivi; le persone che ricevono più supporto sociale manifestano outcome positivi (Stroebe et al., 2005, 1997), rispetto a coloro che, percependo bassi livelli di supporto sociale, manifestano outcome peggiori in termini di salute mentale (van der Houwen et al., 2010).

b. risorse economiche

Gli aspetti di ordine finanziario predicono stati emotivi negativi: le persone il cui reddito diminuisce a seguito della perdita manifestano livelli più elevati di sintomatologia depressiva, sentimenti associati alla perdita più intensi e maggiore solitudine emotiva (van der Houwen et al., 2010). Le risorse materiali giocano un ruolo di mediazione nei confronti degli stressors esperiti dal soggetto (Hansson et al., 2006).

c. intervento professionale

Le tipologie di intervento preventivo possono essere suddivise in tre principali tipologie (cfr. capitolo 3):

- a) primario: aiuto professionale disponibile per tutti, senza distinzione (e valutazione) sulla necessità o meno di un intervento;
- b) secondario: aiuto destinato a quelle persone che, a seguito di un assessment sono risultate più vulnerabili e a rischio di sviluppare un lutto prolungato (ad es. alti livelli di stress, circostanze di morte traumatiche);
- c) terziario: aiuto fornito a quelle persone che, a distanza di tempo, manifestano disturbi post-traumatici, sintomatologia depressiva connessa alla perdita e situazioni di lutto complicato.

#### 4. *stile di coping e strategie:*

##### a. *grief work*

##### b. regolazione delle emozioni

I processi di evitamento e confronto (tipico del Dual-process model) e le valutazioni positive e negative relativamente all'evento luttuoso sono risultati essere di beneficio per l'elaborazione del lutto (Boelen, 2005; Bonanno et al., 2005; Stroebe e Schut, 1999).

#### 2.2.6 *Lutto normale, lutto complicato e Prolonged Grief Disorder (PGD)*

- **Lutto normale**

Approssimativamente tra l'80 e il 90% delle persone che hanno subito una perdita riescono ad superare il lutto adeguatamente (Barry et al., 2001; Latham e Prigerson, 2004; Prigerson, 2004). Anche se il dolore può essere distruttivo, molte persone superano la fase di incredulità iniziale e accettano gradualmente la realtà della perdita. Con il tempo, inoltre, la maggior parte di esse riesce ad andare avanti, continuando ad essere impegnata nelle attività e compiti quotidiani. Un'ampia quota di persone è capace di adattarsi alla perdita nel corso del tempo, seguendo modalità più o meno funzionali. Molti ricercatori si sono interrogati su come, e in che modo, è osservabile la risoluzione del lutto. Nel corso degli anni, la teoria degli stadi di Kübler-Ross (1969), di Bowlby (1969), di Parkes (1972) e Jacobs (1993) hanno fornito numerose informazioni rispetto alle modalità con cui le persone elaborano il lutto. Anche se la teoria degli stadi non è mai stata esplicitamente testata, tale nozione è stata ampiamente accettata; il lutto normale, infatti, implica una serie progressiva di stadi che sono: a) shock e incredulità, b) ansia da separazione e nostalgia, c) rabbia e protesta, d) umore depresso e disperazione, e) accettazione e risoluzione. Solo di recente nello *Yale Bereavement Study* (Maciejewsky et al., 2007) sono stati testati, su 281 soggetti, i pattern di risoluzione del lutto, considerando le indicazioni dei 5 stadi. Le sequenze proposte dai primi autori sono state confermate ed osservate verificarsi nei primi 6 mesi successivi alla perdita.

Durante questo periodo infatti, molti dei segnali e dei sintomi che fanno parte della risposta naturale alla perdita si intensificano per intensità e durata; trascorso

questo iniziale periodo, molti degli individui iniziano ad accettare la perdita, dimostrandosi capaci di impegnarsi in maniera produttiva sul lavoro e di divertirsi in attività piacevoli (Prigerson, 2004). Dopo 6 mesi, la maggior parte delle persone è capace di trovare significato ed un obiettivo alla propria vita, mantenendo un rapporto con la rete sociale ed instaurando nuove relazioni. In tali casi, gli individui sono capaci di elaborare in maniera autonoma il lutto e di non ricorrere ad un aiuto di tipo specialistico.

Per una significativa minoranza, tuttavia, questo processo è molto più difficoltoso, perché la persistenza di disturbo depressivo maggiore e/o disturbo post-traumatico mantengono elevati – per un tempo più esteso (più di 6 mesi) – una serie di sintomi. Tale quadro viene definito di “lutto prolungato”.

- Lutto complicato

Bowlby (1980) ha osservato che gli adulti che possiedono modelli negativi di sé e degli altri (attaccamento insicuro), spesso hanno difficoltà ad elaborare la perdita. Per individui con attaccamento ansioso, che tendono ad essere dipendenti dall'altro, risulta complesso deattivare ed inibire i sentimenti di dolore, pensieri e ricordi relativi alla persona perduta; per i soggetti con attaccamento evitante, che tendono ad inibire le manifestazioni affettive, risulta complesso trovare un significato alla perdita, perché l'accesso ai ricordi, ai sentimenti ed ai pensieri connessi alla persona deceduta, è difficoltoso. In entrambi i casi le strategie attivate o sul piano dell'attaccamento (attaccamento preoccupato) o sul piano difensivo (attaccamento evitante) possono interferire con il processo di oscillazione e quindi di risoluzione del lutto; questo avviene perché le strategie prevalenti utilizzate dall'individuo con attaccamento insicuro non sono flessibili, ma orientate o sull'iperattivazione (preoccupato) o sulla deattivazione (evitamento) dei ricordi legati all'evento. Tale “fissazione” può portare ad un adattamento negativo alla perdita, definito da molti autori lutto complicato, patologico, irrisolto (Stroebe et al., 2001; Parkes, 1996; Averill, 1968; Middleton et al., 1996; Bowlby, 1980).

Il lutto complicato viene definito come una deviazione dall'esperienza “normale” di lutto, in termini di decorso e/o intensità, che comporta: a) un'esperienza emotiva cronica e molto intensa (lutto cronico, prolungato); oppure b) una risposta

inibita con assenza dei sintomi che, tendenzialmente, compaiono in ritardo (lutto inibito, ritardato, assenza di lutto).

#### *Lutto cronico* (Bowlby, 1980)

Il lutto cronico, tipico delle persone con attaccamento preoccupato, è caratterizzato da ansia e tristezza travolgenti, difficoltà prolungata nel ristabilire il normale funzionamento, ruminazione, mantenimento di un inteso attaccamento alla persona perduta anche a distanza di anni dalla perdita. La scarsa capacità del soggetto di controllare il flusso dei sentimenti può travolgere la persona ed impedirgli di dare un senso alla vita e di riorganizzare i modelli operativi dell'attaccamento. La tendenza delle persone con attaccamento preoccupato è quella di avere un'immagine negativa e inadeguata di sé, di – in condizione di stress - ingrandire la minaccia e di credere di non essere in grado di fronteggiarla, attribuendo agli eventi minacciosi cause incontrollabili (Mikulincer e Shaver, 2003, 2007).

#### *Lutto assente* (Bowlby, 1980)

La prolungata assenza di lutto, tipico delle persone con attaccamento evitante, è caratterizzata dalla mancanza di evidenti manifestazioni di tristezza, rabbia e stress, dal distanziamento nei confronti della persona perduta e dalla continuazione delle attività quotidiane senza gravi variazioni. Bowlby sostiene l'assenza di lutto sia una reazione difensiva che implica uno spostamento dell'attenzione lontano dai sentimenti e dai pensieri di dolore; inoltre, la dissociazione o i tentativi di “segregare” i ricordi della persona amata continuano in ogni modo ad influenzare, in maniera non consapevole, emozioni e comportamenti. Conseguenze negative di carattere emotivo e fisico si ripercuotono sulla persona in lutto soprattutto quando il legame con la persona deceduta era molto forte e quest'ultima rappresentava per il sopravvissuto l'unica base sicura. Uno studio recente (Mikulincer et al., 2004) ha mostrato che le persone con attaccamento evitante possono essere disturbate da quello che viene definito *return of the repressed*, ossia il ritorno di pensieri repressi; nello specifico, in condizioni di stress e di sovraccarico cognitivo, le difese attivate dal soggetto per mantenere controllati i pensieri repressi cadono, perché le risorse mentali sono sovraccaricate da altri compiti e risultano scarse per controllare i pensieri.

- Prolonged Grief Disorder (Prigerson, 2004; Prigerson e Jacobs, 2001)

Prigerson e Jacobs (1993) hanno definito il lutto complitato in termini di ansia da separazione e stress traumatico, con l'obiettivo di sviluppare un criterio diagnostico specifico per il lutto complitato, come mostrato in tabella 7.

Le persone con PGD sono essenzialmente bloccate in uno stato di lutto cronico. La maggior parte delle difficoltà (angosce) derivano dalla protesta contro la realtà della perdita (non accettazione) e da un generale rifiuto di adattarsi alla vita in assenza della persona amata. PGD è caratterizzato dal desiderio e dalla nostalgia per la persona amata. Le persone che soddisfano i criteri per il PGD desiderano disperatamente tornare indietro nel tempo quando il partner era ancora in vita, si sentono vuote e senza speranze e prive di possibilità per il futuro. Le ruminazioni, l'incapacità di concentrarsi sulle cose al di fuori della perdita, il sentirsi distante dalle persone che prima dell'evento erano intime, esacerbano il senso di alienazione e isolamento sociale. Pensieri ricorrenti, intrusivi ed angoscianti rispetto all'assenza della persona deceduta, riducono le possibilità per la persona sopravvissuta di oltrepassare lo stato di dolore acuto e di vivere nel presente. I soggetti con PGD sentono che la vita senza il partner non ha più senso e riescono difficilmente ad intraprendere relazioni interpersonali e coinvolgersi in attività gratificanti.

---

**Prolonged Grief Disorder Criteria**  
**(PGD, DSM-V)**  
*(Prigerson et al., 2008)*

---

• **Criterion A: BEREAVEMENT**

The individual must experience one of the following three symptoms daily or to an intense or disruptive degree:

- a) Intrusive thoughts related to the deceased;
- b) Intense pangs of separation distress
- c) Distressingly strong yearnings for that which was lost

• **Criterion B: SEPARATION DISTRESS**

The individual must have 5 of the following 9 symptoms daily or to an intense or disruptive degree:

- a) Confusion about one's role in life or a diminished sense of self
- b) Difficulty accepting the loss
- c) Avoidance of reminders of the reality of the loss
- d) An inability to trust others since the loss
- e) Bitterness or anger related to the loss
- f) Difficulty moving on with life
- g) Numbness since the loss
- h) Feeling that life is unfulfilling, empty, and meaningless since the loss
- i) Feeling stunned, dazed, or shocked by the loss

• **Criterion C: COGNITIVE, EMOTIONAL AND BEHAVIORAL SYMPTOMS**

The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning

• **Criterion D: DURATION**

Duration of at least 6 months from the onset of separation distress

---

Tabella 7. Criteri proposti per il PGD nel DSM-V.

Il criterio PGD proposto per l'inclusione nel DSM-V specifica che la particolare stress sintomatico deve persistere per almeno 6 mesi consecutivi, indipendentemente da quando questi 6 mesi si verificano in relazione alla perdita. Così facendo, i sottotipi di lutto cronico e lutto inibito possono essere inclusi nella concettualizzazione di PGD, in quanto tale teorizzazione non esamina i primi sei mesi successivi alla perdita, quanto piuttosto la persistenza dei sintomi per almeno 6 mesi, indipendentemente dal tempo trascorso dalla perdita.

La diagnosi di PGD non può quindi essere effettuata nei primi 6 mesi successivi alla perdita, finestra temporale necessaria per l'evoluzione naturale del lutto, e periodo nel

quale la sintomatologia esperita dal soggetto si sovrappone a quella del PGD, per l'intensità. Solo nei casi in cui, trascorsi i 6 mesi dalla perdita, il soggetto manifesta elevati e persistenti livelli di sintomatologia (per almeno altri 6 mesi), si possono esaminare i criteri del PGD. La presenza continuativa di sintomi PGD per almeno 6 mesi é, come mostrato da alcuni studi (Prigerson et al., 1997; Prigerson et al., 1995), predittiva di outcome negativi a 13 e 23 mesi dopo la perdita.

#### *Fattori di rischio per PGD*

I fattori di rischio specifici per PGD indicano che lo stile di attaccamento insicuro, sia esso evitante, ansioso e/o disorganizzato, é centrale per lo sviluppo della sintomatologia.

I fattori includono:

- abuso e rifiuto in infanzia (Silverman et al., 2001);
- ansia da separazione nell'infanzia (Vanderwerker et al., 2006);
- tipologia di relazione con il deceduto (genitore) (Cleiren et al., 1994; van Doorn et al., 1998);
- attaccamento insicuro, rapporto di coppia molto stretto, dipendenza (Carr et al., 2000; Johnson et al., 2006);
- genitori controllanti nell'infanzia (Johnson et al., 2007);
- numero di figli rimasti, nel caso della perdita di un genitore (Wijngaards de Meij et al., 2005).

Contrariamente, la presenza di una buona rete sociale e il lutto atteso sono stati associati a basso rischio di insorgenza di PGD.

## Capitolo 3

### Sviluppo ed efficacia dei programmi di intervento

#### 3.1. Modelli di intervento

##### 3.1.1. *Family Bereavement Programm, Sandler et al. (1992)*

La perdita di una persona amata è un evento doloroso che mette in discussione l'equilibrio della persona e la relazione con l'ambiente circostante. Un evento tragico minaccia il benessere del soggetto e le capacità di superare i compiti evolutivi necessari. Gli individui possono adattarsi a tale variazione nel corso del tempo, individuando nuove modalità che portano alla soddisfazione dei propri bisogni. Il processo di adattamento può avvenire in diversi modi e dipende dalle caratteristiche individuali dei singoli soggetti, così come dai fattori ambientali e contestuali. Secondo questa prospettiva, il processo di adattamento dipende non solo dalle caratteristiche individuali, ma anche dalle caratteristiche del contesto di riferimento entro il quale il soggetto vive. Il modello di resilienza contestuale (Figura 3) enfatizza il ruolo centrale della persona che influenza ed è influenzata dall'ambiente circostante e che riesce a far fronte ad un evento stressante e traumatico, superandolo positivamente.

Secondo questo modello quindi, il focus è orientato sul processo di adattamento e sugli esiti positivi che il soggetto può manifestare a seguito di un'esperienza avversa. Contrariamente alle teorizzazioni orientate agli esiti psicopatologici e problematici, questa prospettiva si focalizza sul funzionamento e sulle competenze del bambino (adattamento, coping, etc) in relazione con l'ambiente.

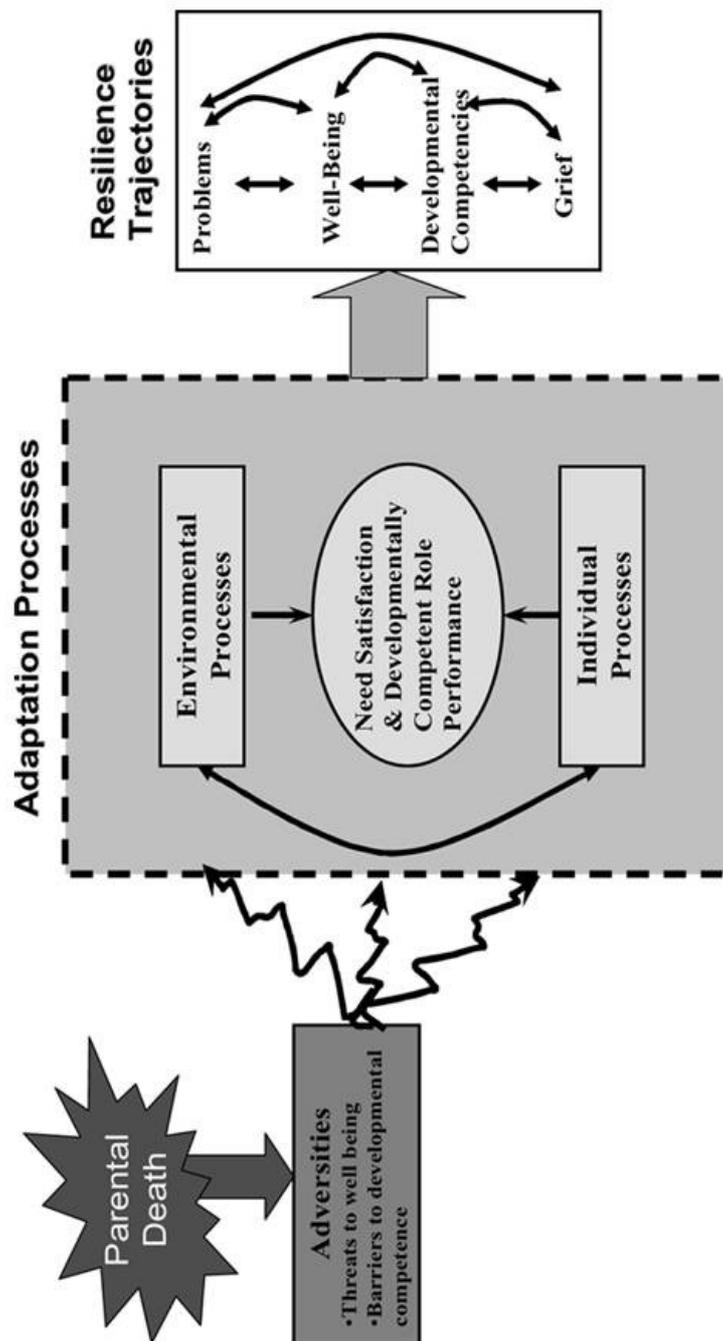


Figura 3. Modello contestuale di resilienza (Sandler et al., 2008).

Le traiettorie che portano ad un processo di adattamento sono da studiare all'interno di un sistema che identifica nei fattori di rischio e di protezione utili predittori per il funzionamento dei bambini. Outcome adattivi sono stati identificati in presenza di effetti cumulativi e multipli di fattori di protezione (vs. fattore singolo) (Wyman et al., 2000; Sameroff et al., 2003); ciò significa che un singolo fattore di per sé non gioca un

ruolo importante nel determinare un (mal)adattamento alla perdita, quanto piuttosto la compresenza di molteplici fattori di rischio e/o protezione precedenti o successivi alla perdita (es. salute psichica del caregiver, perdita traumatica, qualità della relazione con il caregiver sopravvissuto, etc) gioca un ruolo fondamentale il superamento della condizione traumatica.

In funzione di questo modello teorico, Sandler e colleghi (2008) hanno ideato e sviluppato un programma di intervento il cui obiettivo è quello di promuovere la resilienza nei bambini che hanno vissuto l'esperienza di perdita precoce di un genitore (Family Bereavement Program, FBP). Tale programma è stato pensato in funzione di potenziare e lavorare sui fattori di protezione e di limitare l'effetto dei fattori di rischio, la variazione di questi aspetti produce un migliore funzionamento del bambino.

Sulla base del modello di protezione e di rischio cumulativo (Wyman, et al., 2000), Ayers e colleghi (2008) hanno identificato nove fattori di rischio e di protezione sui quali è possibile lavorare in un ottica di cambiamento, al fine di modificare aspetti individuali e contestuali (Figura 4).

**Fattori di rischio e di protezione (Family Bereavement Program, FBP)**

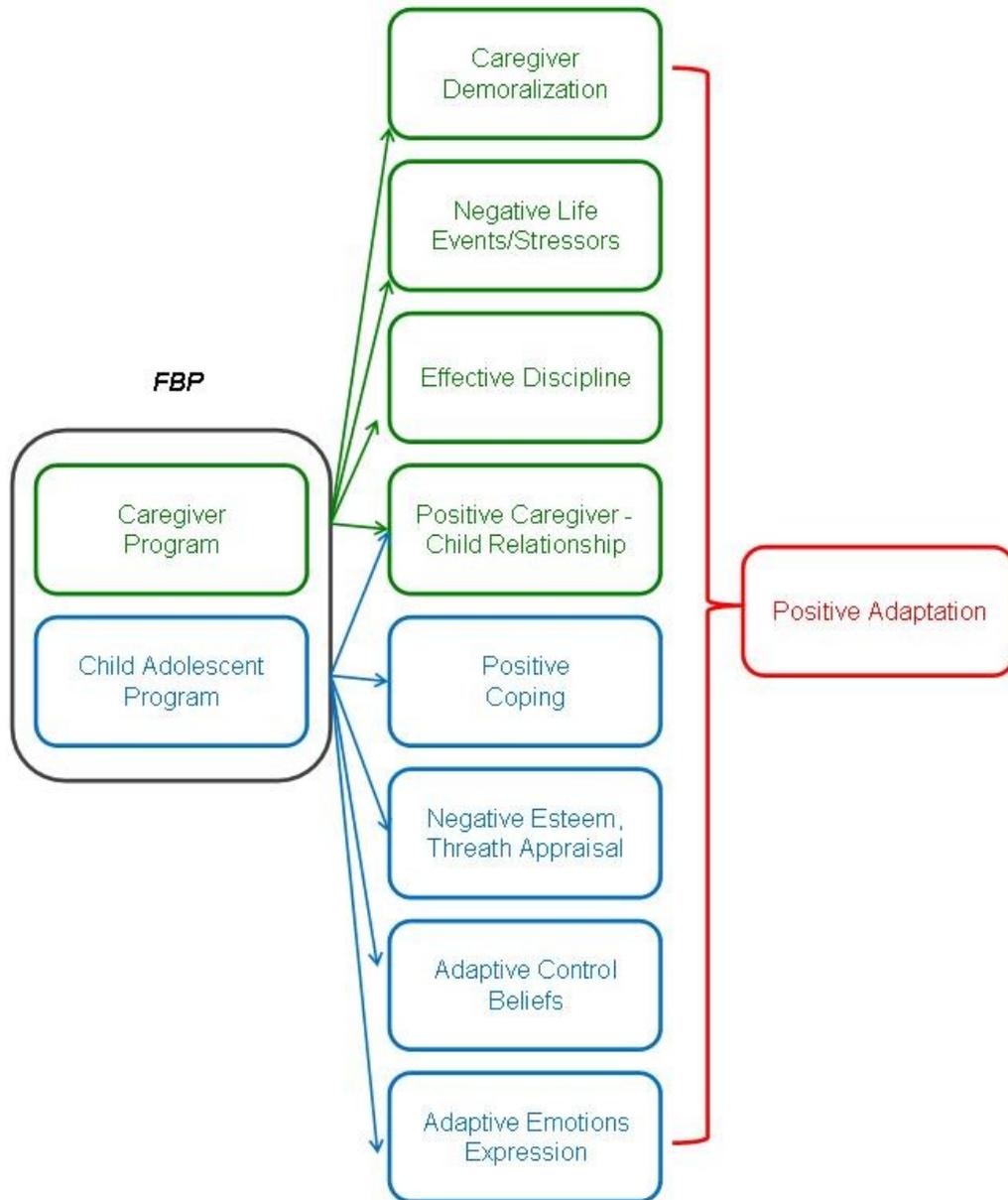


Figura 4. Fattori di rischio e di protezione: Family Bereavement Program.

L'intervento coinvolge caregiver e bambino/adolescente in incontri separati, organizzati nei seguenti moduli: - 12 sessioni di gruppo, - 2 incontri individuali, - 5 appuntamenti di attività condivise. Il programma si focalizza sull'incremento delle capacità di coping del bambino, sulle interazioni familiari e sulla promozione di programmi orientati all'acquisizione di competenze ed abilità nel piccolo. Per favorire l'apprendimento di queste capacità vengono adottate strategie attive che bambino e caregiver sono invitati a

mettere in pratica anche al di fuori della seduta nel contesto quotidiano. Ogni sessione ha la medesima struttura che prevede una discussione delle pratiche e degli schemi acquisiti ed applicati nel contesto familiare e l'acquisizione di nuove competenze e schemi, anche attraverso role play, utili al raggiungimento di nuovi e personali obiettivi. Secondo questo modello l'intervento, differenziato per caregiver e bambino/adolescente, è orientato su fattori modificabili sui quali è possibile intervenire da molteplici punti di vista: individuale (sessioni individuali), relazionale (sessioni di gruppo) e familiare (sessioni condivise genitore-bambino/adolescente).

Relativamente al caregiver (Figura 5), i fattori sui quali è possibile lavorare nel corso dell'intervento sono 4: a) qualità della relazione caregiver-bambino (qualità positiva degli affetti, stabilità delle routine familiari, responsività); b) efficacia nella disciplina; c) demoralizzazione del caregiver; d) esposizione ad eventi stressanti successivi alla perdita.

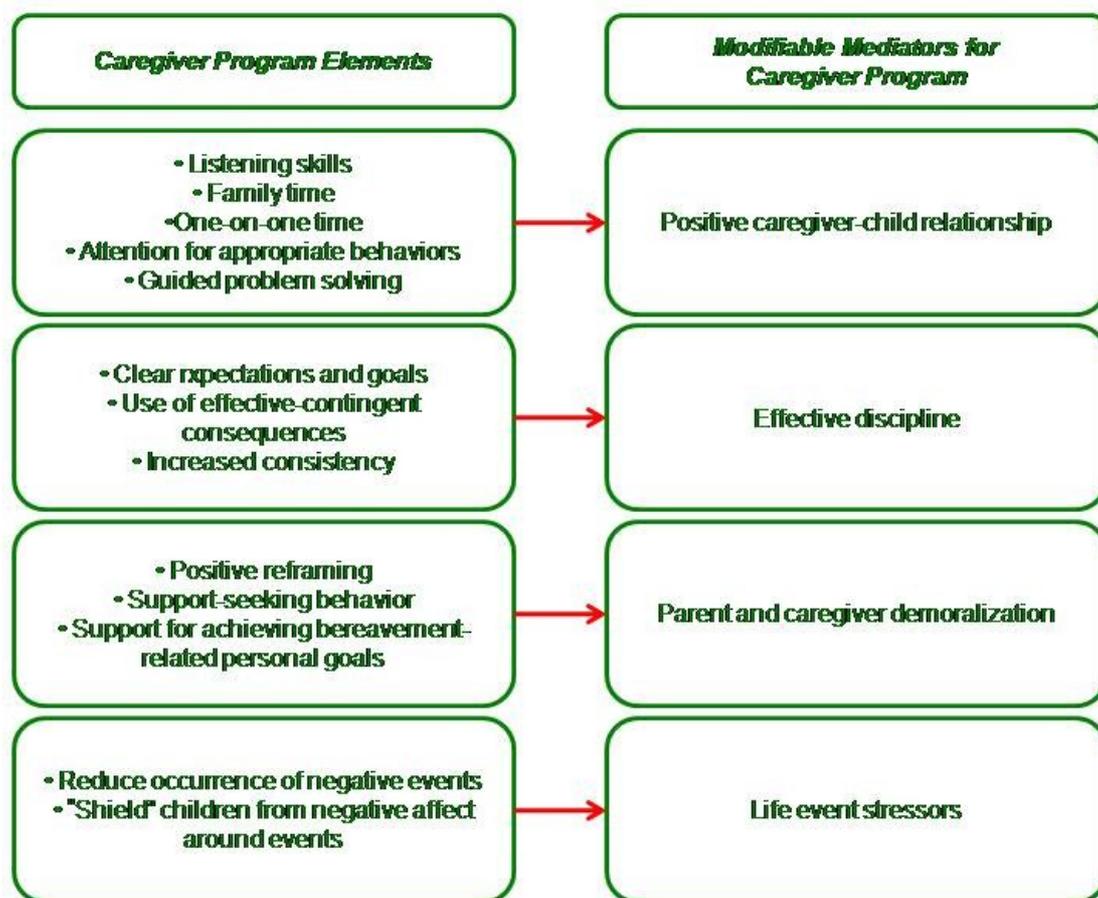


Figura 5. Fattori modificabili del FBP: gli elementi del caregiver.

Le attività utilizzate per promuovere la relazione caregiver-bambino e l'efficacia della disciplina sono state adottate con successo in altri programmi di intervento specifici orientati sul parenting (Forehand e McMahon, 1981; Wolchik, 2007). Le strategie per ridurre la demoralizzazione del caregiver e promuovere un'elaborazione adeguata del lutto comprendono principalmente il metodo di ristrutturazione cognitiva (Gilham et al., 1995; Shear et al., 2005).

Relativamente al bambino (Figura 6), i fattori sui quali è possibile lavorare nel corso dell'intervento sono 5: a) relazione positiva caregiver-bambino; b) coping positivo (coping attivo ed efficace); c) controllo adattivo dei pensieri (ad es. comprensione degli eventi controllabili e non controllabili); d) riduzione delle valutazioni che eventi stressanti minacciano il benessere e l'autostima; e) espressione emotiva adattiva.

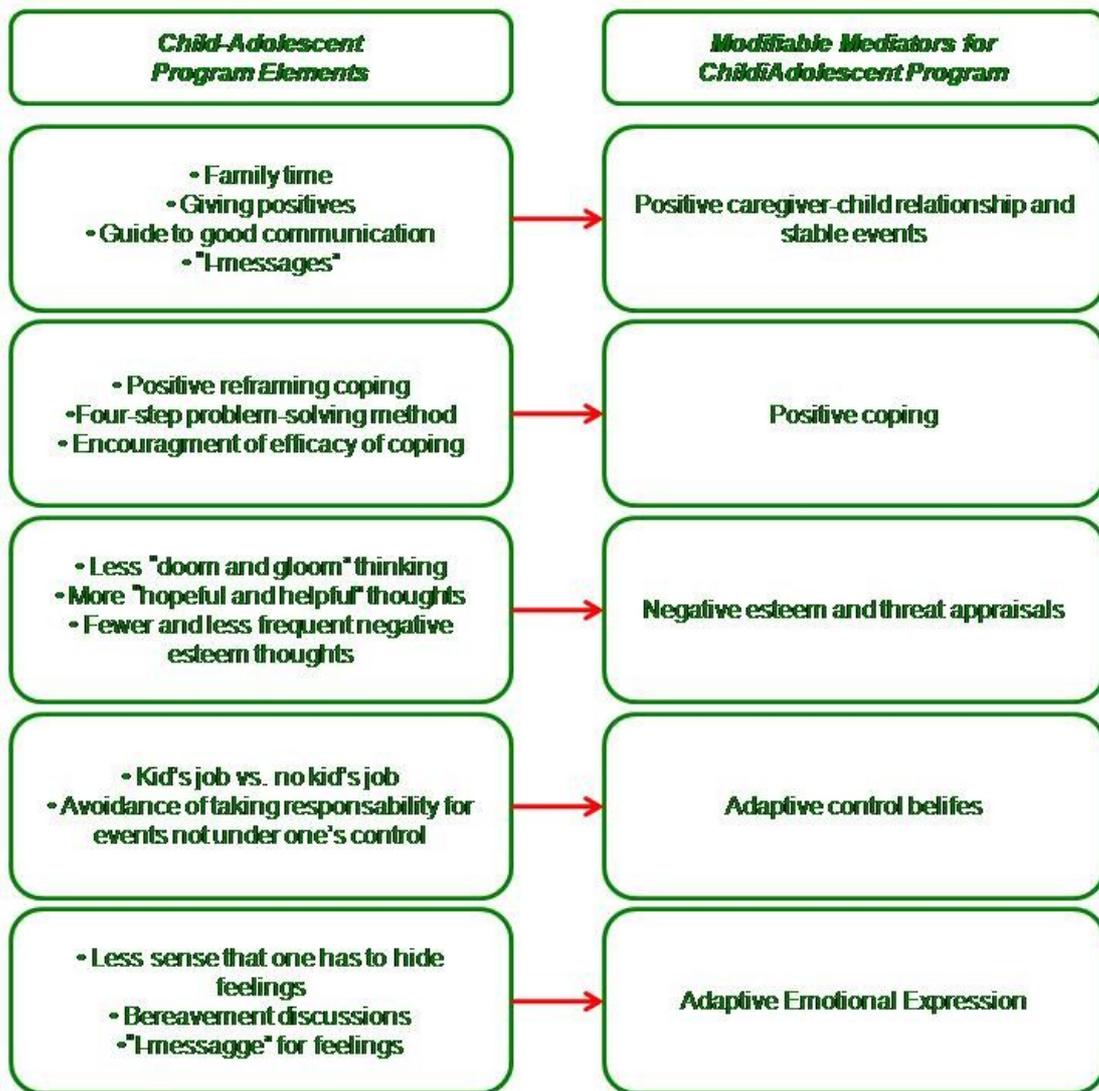


Figura 6. Fattori modificabili del FBP: gli elementi del bambino e/o adolescente.

Secondo questo modello, il bambino ha una parte attiva e complementare all'adulto nella promozione della relazione con il caregiver. Ai piccoli viene insegnata un'ampia serie di strategie di coping funzionali per condividere le proprie emozioni, per distinguere fra eventi stressanti controllabili ed incontrollabili e per promuovere pensieri positivi.

Gli effetti di un intervento preventivo breve come il FBP possono diminuire nel corso del tempo, perché controbilanciati da una serie di eventi e circostanze di vita che accadono indipendentemente dall'intervento, come ad esempio l'ingresso di una nuova figura nella famiglia, cambiamenti economici, trasferimenti e nuove amicizie. Allo stesso modo, un intervento breve e preventivo potrebbe agire sui fattori di rischio e

protezione riducendo la possibilità di incorrere in problemi psichici, promuovendo una “cascata di eventi” positiva; secondo questo approccio, la riduzione dei problemi nel bambino, in termini di assenza di sintomatologia, può avere un duplice effetto, sia sul piano delle interazioni familiari e sociali, sia su quello di personale (soddisfazione dei propri bisogni).

### 3.1.2. *Meaning-making model, Nadeaus (1998)*

I significati che le famiglie attribuiscono alle loro esperienze sono fondamentali per la comprensione e per il processo di elaborazione della perdita, sia in termini individuali che familiari. I sentimenti che un individuo sperimenta a seguito di una perdita sono profondamente influenzati dal contesto nel quale accade l’evento e nel quale il soggetto vive; allo stesso tempo, il dolore che un individuo prova a seguito di una perdita ha spesso effetti profondi anche sulla famiglia e sul suo funzionamento (Rosenblatt, 2002). Nel tempo numerosi ricercatori (Gilbert, 2002; Murray et al., 2005; Traylor et al., 2003; Walsh, McGoldrick, 2004) hanno interpretato le conseguenze di una perdita partendo da una prospettiva familiare, considerando quindi non solo le caratteristiche dei singoli soggetti coinvolti, ma le reazioni e le modalità di adattamento della rete allargata.

Stroebe e Schut (2001) sottolineano che il significato attribuito alla perdita dipende da come quella persona reagisce all’evento; Davis e colleghi (1998) enfatizzano il medesimo concetto focalizzandosi sull’attribuzione di significato come aspetto fondamentale per il processo di adattamento alla perdita. Gli autori – pur lasciando indefinito il concetto di “attribuzione di significato” – individuano due principali aspetti da tenere in considerazione: a) trovare un senso all’evento; b) trarre beneficio da questo processo. Altri autori, concordando su tale costrutto, hanno utilizzato altri termini, come ad esempio ricerca di significato (Bonanno et al., 2004) oppure ricostruzione di significato (Neymer, 2001).

Partendo da questi assunti, si basa il *Meaning-making model* di Nadeaus che si focalizza sul processo di attribuzione di significato ad un evento; tale approccio nasce da due assunti teorici principali: la teoria sistemica e quella interazionista-simbolica. La prima fornisce una visione sulla struttura familiare e la seconda facilita la comprensione dei processi mentali e sociali.

Studi effettuati sulle famiglie in lutto (Nadeaus, 1998) riconducono l'attribuzione di significato all'utilizzo di sei strategie principali: a) narrare la propria storia; b) raccontare i sogni; c) parlare del deceduto; d) confrontare la morte con altri avvenimenti luttuosi; e) attribuire significato alle coincidenze; f) trovare alleanza in altri membri della famiglia. Dal punto di vista clinico, queste sei strategie possono essere utilizzate in tre modi: 1. per osservare le dinamiche familiari associate all'attribuzione di significato; 2. per valutare il significato attribuito all'evento; c) per considerare gli aspetti che stimolano il processo di attribuzione di significato.

Altri studi (Nadeaus, 1998) prendono in considerazione fattori che possono stimolare e/o inibire il processo di attribuzione di significato all'evento. Gli inibitori sono, ad esempio, quelle regole familiari che proibiscono di parlare dell'accaduto, una certa distanza emotiva e fisica dall'evento, la mancanza di rituali familiari, oppure l'assenza di dialogo e discussione sull'evento al fine di proteggere gli altri membri della famiglia. Fattori che stimolano il processo di attribuzione di significato sono identificabili nei casi in cui si è in presenza di: perdita precoci (bambini, adolescenti, figli) all'interno del nucleo familiare, per cui l'evento necessita di una spiegazione, perché razionalmente poco accettabile; perdite traumatiche, morti inattese, situazioni che interrompono bruscamente i progetti e i piani di vita familiari; un clima familiare di tolleranza per le differenze e diversità tra i membri del nucleo familiare, elementi che facilitano il dialogo e il confronto.

Proprio sui fattori di inibizione e stimolazione è possibile lavorare; interventi specifici si effettuano aiutando la famiglia a discutere dell'evento traumatico, proponendo lo sviluppo di rituali che fanno sentire i membri della famiglia emotivamente più vicini, riducendo così la necessità di proteggersi reciprocamente ignorando l'accaduto. Un altro aspetto rilevante ai fini dell'intervento è rappresentato dal supporto dell'alleanza familiare attraverso una sensibilizzazione dei membri nei confronti delle differenze reciproche con gli altri familiari, con l'obiettivo di arrivare a tollerare le modalità differenti di reazione e di adattamento alla perdita.

La strategia più comune utilizzata dalle famiglie per dare un senso alla perdita è quello di raccontare la loro storia. I componenti costruiscono assieme una narrazione che ripercorre gli aspetti relativi all'evento luttuoso, con attenzione alle circostanze prima, durante e dopo la morte (Nadeau, 1998). Gilbert (2002) sostiene che il narrato è una

metodologia necessaria per dare ordine ai pensieri che prima erano in disordine e attribuire significato a tutti gli aspetti della storia. Questa tecnica consente a tutti i membri della famiglia di co-costruire una storia familiare e di trovare un senso insieme a quello che è accaduto. Da questo punto di vista, il focus è sulle modalità con cui la famiglia riscopre, comprende e narra l'evento e in che modo questo processo avviene.

La scuola di terapia della famiglia di Milano (Boscolo, Cecchin, Hoffman e Penn, 1987) rappresenta un ottimo modello terapeutico per le famiglie in lutto perché si basa su due assunti teorici principali: - attenzione al significato (vs. comportamento); - tecnica circolare della domanda. Questi due aspetti favoriscono il processo di condivisione e costruzione della storia, lasciando spazio di interpretazione al significato degli eventi.

### 3.1.3. *Linee guida per la fascia di intervento 0-3, Lieberman et al. (2003)*

Progetto di ricerca-intervento, nato a seguito degli attentati terroristici dell'11 Settembre ed ideato per far fronte ai lutti traumatici e all'urgente bisogno di fornire linee guida, strumenti di valutazione e modelli di intervento per il trattamento dei traumi infantili. Secondo questo modello, una valutazione esaustiva del bambino che ha perso improvvisamente una figura di riferimento richiede tra le 3 e le 5 sedute di 45 minuti ciascuna comprensiva dell'analisi di diverse aree di indagine, riportate nel grafico 7.

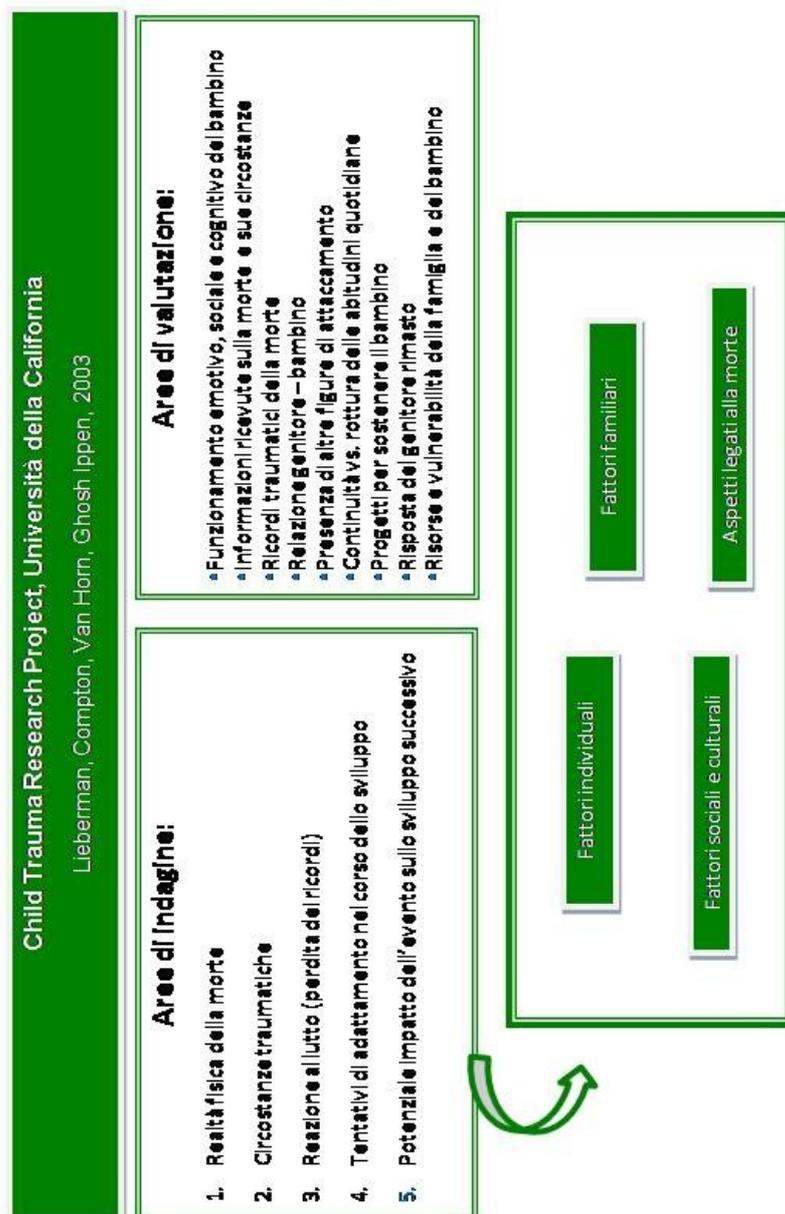


Grafico 7. Modello del Child Trauma Research Project.

La fase di assessment si concentra sui fattori che influenzano il processo di elaborazione del lutto nel bambino, con particolare attenzione ad alcune aree che consentono al clinico di possedere adeguate e approfondite informazioni, ottenute mediante il gioco, l'attività fisica, la musica, oppure attraverso l'utilizzo di libri, della narrazione, della produzione scritta (lettere) o di attività che esplorano il versante dei sentimenti e delle emozioni.

Gli obiettivi terapeutici sono molteplici:

- aiutare il caregiver a creare un ambiente sicuro e accogliente e a identificare figure di attaccamento sostitutive ed affidabili, capaci di sviluppare abitudini di cura coerenti e ricordi rassicuranti del deceduto;
- sostenere i legami emotivi del bambino con una nuova figura di attaccamento, attraverso la promozione di sentimenti di accettazione verso il nuovo caregiver;
- facilitare la comprensione della realtà concreta della morte e del suo significato;
- migliorare la regolazione emotiva in risposta ai ricordi traumatici, mediante la gestione di sentimenti negativi e l'acquisizione del controllo necessario;
- promuovere l'adattamento ai cambiamenti attraverso consigli pratici ed offrendo al bambino uno spazio per esprimere i propri sentimenti;
- integrare la figura del genitore morto attraverso il ricordo di momenti e situazioni specifiche in cui era coinvolto.

Le modalità di trattamento possono assumere diverse forme, a seconda delle necessità cliniche del caso, della disponibilità della famiglia e dell'area di competenza del clinico.

La conduzione del trattamento può prevedere:

- “guida allo sviluppo”, ossia sedute individuali con il genitore in lutto per fornirgli sia un sostegno emotivo, sia delle indicazioni sui bisogni del bambino. Tale modalità è indicata quando il bambino non presenta sintomi clinici e il genitore è sufficientemente sintonizzato sui bisogni del bambino;
- “modello genitore-bambino”, incontri congiunti con il bambino (tendenzialmente piccolo) e il genitore, in cui il coinvolgimento dell'adulto nell'accudimento del figlio è primario nell'attribuzione di significato a ciò che accade;
- “modello della terapia familiare” indicato per facilitare la partecipazione dei fratelli nei casi singoli di perdita di entrambi i genitori;
- psicoterapia individuale con il bambino e sedute parallele con il genitore, indicata quando a) l'adulto è incapace di tollerare il focus terapeutico sul bambino (dolore vs. struttura caratteriale) b) il piccolo, in presenza del genitore, non è in grado di esprimere emozioni;
- “intervento sulla crisi”, ossia un approccio multimodale che si muove tra i diversi livelli di intervento, a seconda che si prediliga l'assistenza concreta, piuttosto che un'interpretazione basata sull'insight o una guida allo sviluppo.

### 3.1.4. *Trauma-focused cognitive-behavioral therapy, Cohen et al. (2004)*

Questo modello di intervento è caratterizzato da 12-16 sessioni (a cadenza settimanale) di trattamento rivolto ai bambini ed adolescenti (6-17 anni) che manifestano sintomatologia conseguente a lutto traumatico. Consiste in due moduli, il primo focalizzato sul trauma e il secondo sul lutto. Le componenti del primo modulo sono specificatamente rivolte alla sintomatologia post-traumatica, all'ansia, alla depressione, ai sentimenti di colpa e di vergogna ed è centrato su diverse aree che riguardano la modulazione affettiva e la gestione degli aspetti cognitivi relativi all'evento (- identificazione e modulazione di pattern affettivi; - tecniche di gestione dello stress; - gestione delle connessioni fra pensieri, sentimenti e comportamenti; - creazione di una narrazione sul trauma; - processamento cognitivo degli eventi che hanno condotto al trauma; tecniche di gestione del parenting a livello individuale). Parallelamente all'attività con il minore, è prevista una sessione di lavoro anche con i genitori, allo scopo di rafforzare il supporto parentale e promuovere un modello positivo di funzione genitoriale. Il secondo modulo è focalizzato sul trattamento delle componenti specifiche del lutto (- psicoeducazione alla perdita, - riconoscimento di quello che si è perduto e dei sentimenti di ambivalenza nei confronti della persona defunta; - preservare alcuni ricordi positivi e far sì che la relazione diventi parte integrante dei ricordi) al fine di rendere possibile il reinvestimento in un'altra persona e in un nuovo contesto.

Il terapeuta fornisce un trattamento individuale per il bambino e per il genitore e 4 sessioni di terapia genitore-figlio. Parallelamente ad esse, vengono utilizzati strumenti e misure standardizzate che consentono una valutazione iniziale e di follow-up (Expanded Grief Inventory, PTSD Reaction Index) sia del bambino che del genitore, rispetto alla sintomatologia ansiosa e depressiva e rispetto alle problematiche comportamentali.

### **3.2. Efficacia dei programmi di intervento: una meta-analisi (Rosner et al. 2010)**

La perdita precoce è un'esperienza traumatica spesso associata a sintomatologia (Lutzke et al., 1997). Visto il forte e negativo impatto che questo avvenimento può esercitare su un bambino, numerosi autori hanno fornito strategie e modalità di intervento più o meno

funzionali per l'elaborazione del lutto in età evolutiva. Contrariamente, scarsi sono gli studi che si sono interessati agli effetti dei programmi di intervento; le modalità di lavoro utilizzate in ambito di ricerca e clinico (vedi sopra) spesso mancano di evidenze empiriche che confermano l'efficacia dell'intervento stesso. Lavori di review sono stati pubblicati solo recentemente e sono comprensivi di 4 o 5 studi (Cohen e Mannarino, 2004; Forte et al., 2004); ad oggi non sono ancora stati pubblicati dati di meta-analisi che considerano gli effetti di un intervento su bambini e adolescenti. Gli unici dati disponibili sono quelli di Currier e colleghi (2008) e la recente meta-analisi di Rosner e colleghi (2010).

Il lavoro di Currier conferma l'efficacia dei programmi di intervento, riportando un benefit da piccolo a medio, su tutti i trattamenti per tutte le fasce di età. L'autore infatti riporta un piccolo, ma significativo valore di effect size ( $d = .16$ ) sugli studi randomizzati e un effetto moderato ( $d = .51$ ) per quelli non randomizzati.

Su questi dati (ed altri), si basa il recentissimo lavoro di Rosner e colleghi (2010) che hanno studiato l'efficacia dei programmi di intervento rivolti a bambini e agli adolescenti. Qui di seguito vengono riportati i risultati relativi agli aspetti considerati:

- intervento e gravità della sintomatologia

Allumbaugh e Hoyt (1999) non riportano differenze nell'efficacia dell'intervento in rapporto alla severità dei sintomi in età adulta. Altri autori (Fortner, 2000; Neymer, 2000) riportano che gli adulti con lutto complicato traggono maggior beneficio dal trattamento rispetto ai soggetti che non manifestano un'alterazione del funzionamento in termini di sintomatologia. Relativamente all'età evolutiva, la maggior parte degli studi (Currier et al., 2007; Rosner et al., 2010) hanno confermato quest'ultima ipotesi: studi che includono bambini con livelli di difficoltà producono outcome migliori. Questo significa che bambini con un livello di sintomatologia più elevato traggono maggior giovamento dall'intervento rispetto a coloro che non riportano particolare sintomatologia;

- intervento ed età del bambino

I risultati degli studi sono contraddittori: Pfeffer e colleghi (2002) riportano che i bambini piccoli (6 anni) e gli adolescenti (14 anni) traggono minor beneficio dall'intervento; al contrario, i bambini in età scolare mostrano una riduzione della sintomatologia a seguito degli incontri. Risultati differenti sono emersi negli studi di

Sandler e colleghi (1992) e nella meta-analisi di Rosner (2010) che riportano benefici maggiori a seguito dell'intervento solo per i bambini più grandi. Ad oggi, non è ancora chiaro questo aspetto;

- intervento e sesso del bambino

Le differenze sulle modalità di adattamento alla perdita fra maschi e femmine sono poco studiate. Worden (1996) conclude che le bambine sono a rischio di sviluppare sintomatologia depressiva, Kalter e colleghi (2002) sostengono che i maschi adolescenti mostrano maggiori difficoltà di adattamento rispetto alle femmine. Differenze di genere possono giocare un ruolo anche in fase di intervento. Negli adulti (Schut et al., 1997) gli uomini traggono più benefici dagli interventi focalizzati sulle emozioni, mentre le donne da quelli orientanti al problema. In età evolutiva (Sandler, et al., 2003) le femmine sembrano migliorare maggiormente rispetto ai maschi negli studi di follow-up;

- intervento e numero di sedute

Tendenzialmente il numero di sessioni di trattamento è associato in maniera lineare all'outcome (Lambert e Ogles, 2004). Allumbaugh e Hoyt (1999) confermano l'ipotesi riportando un incremento di effect size di .07 unità per ogni sessione di trattamento. Currier e colleghi (2008) in ambito evolutivo non hanno riportato associazioni significative fra il numero di sessioni di intervento e l'outcome;

- intervento e tempo trascorso dal decesso

Questo aspetto è importante per due ragioni: da un lato il normale processo di elaborazione del lutto determina un decremento naturale della sintomatologia nel tempo, dall'altro la presenza di sintomatologia negli anni successivi alla perdita può essere indicativo di un processo di risoluzione complicata del lutto. Currier e colleghi (2007) riportano dati deboli sull'efficacia del trattamento quando il tempo che intercorre tra la morte e l'intervento è prolungato. Gli autori spiegano tale risultati indicando che i trattamenti offerti a distanza di tempo dalla perdita possono essere troppo deboli per produrre un effetto misurabile. In età adulta Allumbaugh e Hoyt (1999) riportano che gli interventi effettuati a seguito di una perdita sono più efficaci di quelli che avvengono a distanza di tempo.

Ad oggi, evidenze empiriche sull'efficacia dei programmi di intervento in età evolutiva sono scarse e talvolta contraddittorie. Molti studi a causa dei numerosi limiti nei disegni

di ricerca (assenza di campione di controllo, scarsa numerosità, etc) non vengono considerati nelle meta-analisi. Molto quindi deve ancora essere fatto per dare evidenza empirica ai programmi di intervento rivolti a bambini ed adolescenti.

## Ricerca

Nonostante la letteratura abbia da sempre sottolineato l'importanza di studiare le conseguenze a breve e lungo termine della perdita di una figura di attaccamento sullo sviluppo del bambino, ad oggi – a livello nazionale – non sono state pubblicate ricerche che forniscono evidenze empiriche sul tema. In ambito internazionale, invece, e soprattutto nell'ultimo ventennio, numerosi sono i lavori che studiano le conseguenze, in termini di sintomatologia e i fattori di rischio associati allo sviluppo a seguito di un evento traumatico. Solo di recente, gli studi hanno iniziato ad orientarsi allo studio dei fattori di protezione e alle risorse individuali, familiari e contestuali che giocano un ruolo fondamentale per lo sviluppo del bambino e l'insorgenza di una sorta di resilienza nei confronti dell'evento vissuto, in termini di scarsa e/o assenza di sintomatologia e buon adattamento a seguito dell'evento.

Per queste ragioni, il presente lavoro rappresenta - a livello nazionale - un primo studio esplorativo orientato alla comprensione dell'impatto che la perdita di un genitore può avere sul bambino, in termini di adattamento e sintomatologia.

Lo studio ha considerato una serie di aree specifiche:

- a) relativamente al bambino:
  - a. le manifestazioni conseguenti la perdita in termini di presenza/assenza di sintomatologia;
  - b. la capacità di stabilire nuovi rapporti con il proprio ambiente sociale, in termini di adattamento;
  - c. il pattern di attaccamento;
- b) relativamente al genitore;
  - a. le reazioni successive alla perdita;
  - b. la disponibilità a percepire il contesto in termini di rete supportiva.

Il progetto é innovativo per una serie di ragioni:

- focalizza l'attenzione sul bambino, così come sulle dinamiche familiari e contestuali a partire dai primissimi mesi successivi alla perdita;
- rivolge l'interesse alla sintomatologia del bambino e agli aspetti disfunzionali così come ai fattori di adattamento sociale e contestuale;

- comprende un assessment multi-dimensionale e multi-modale caratterizzato da:
  - a) la compresenza di setting congiunto (genitore-figlio) e setting separato ad ogni appuntamento; b) l'utilizzo di modalità di indagine clinica (colloquio per il genitore, test proiettivi per il bambino) e metodi meno invasivi come i questionari (self-report e parent-report); c) l'indagine nel genitore sopravvissuto sia degli aspetti relativi alla sofferenza e al dolore per la perdita sia elementi relativi alla percezione di supporto e di sostegno sociale, elementi fondamentali per l'elaborazione del lutto per sé e di conseguenza per il bambino;
- i casi considerati sono accomunati dalla condizione di traumaticità ed imprevedibilità della perdita. La morte del genitore, avvenuta (ad eccezione di un caso) in circostanze improvvise e traumatiche, ha sconvolto nel giro di qualche ora/giorno l'equilibrio familiare e il contesto di vita del bambino;
- la popolazione oggetto di studio è rappresentata da adulti che hanno acconsentito alla donazione di organi e/o tessuti del loro congiunto. Si tratta quindi di una popolazione ristretta e non rappresentativa della realtà regionale.

Per queste ragioni il progetto di ricerca si è strutturato in due studi:

- il primo di tipo trasversale effettuato su popolazione generale, il cui obiettivo è stato quello di validare un questionario sul supporto sociale (Interpersonal Support Evaluation List, Cohen e Hoberman, 1984) utile nel fornire indicazioni su come gli adulti percepiscono il supporto sociale. Nonostante la tematica del sostegno sociale e del supporto sia molto diffusa nelle ricerche di settore, in Italia come così all'estero, non sono stati sviluppati questionari particolarmente recenti per studiare questo aspetto. Per tali ragioni, si è scelto di individuare un questionario che, utilizzato già in altre recenti ricerche, fosse funzionale ad indagare gli aspetti relativi al supporto sociale (capitolo 4);
- il secondo di tipo longitudinale il cui obiettivo è stato quello di osservare le reazioni che i bambini manifestano a seguito della perdita di una figura di attaccamento e in che modo, assieme al genitore, si (mal)adattano alla nuova condizione (capitolo 5).

## Capitolo 4

### Studio 1

Negli ultimi anni, si è registrato un interesse crescente verso le teorie che considerano il concetto di resilienza una modalità adattiva per fronteggiare le situazioni traumatiche e di stress acuto. Numerosi modelli teorici (Sandler et al., 2008) si focalizzano sui fattori di protezione quali determinanti fondamentali per il processo di adattamento: uno tra questi è il supporto sociale, variabile di mediazione, che esercita un effetto cuscinetto sulle conseguenze negative dello stress sulla salute. Per queste ragioni si è ritenuto importante introdurre all'interno del disegno di ricerca uno strumento che potesse considerare tali aspetti. La ricerca bibliografica sul tema ha evidenziato di fatto una carenza di questionari, validati in ambito italiano, che valutassero la presenza e la qualità di supporto sociale percepito. In ambito internazionale diversi sono gli strumenti utilizzati per la valutazione di tale costrutto, molti di essi degli anni 80. Fra i diversi questionari esaminati, quello che senza dubbio è il più utilizzato in ambito internazionale e adottato negli studi che si occupano di osservare gli effetti dello stress/eventi luttuosi sulla salute, è l'Interpersonal Support Evaluation List (Cohen e Hoberman, 1985).

Per le ragioni sopra esposte, si è pensato di effettuare un lavoro di validazione italiana su popolazione generale del self-report, per poi utilizzarlo all'interno del progetto di ricerca longitudinale (studio 2).

#### **Validazione di un questionario sul supporto sociale: Interpersonal Support Evaluation List (Cohen e Hoberman, 1985).**

L'Interpersonal Support Evaluation List è un questionario *self-report* che misura il livello di supporto sociale percepito dal soggetto. Questo strumento è stato ideato per valutare il supporto funzionale percepito, ossia il tipo di risorse fornite dalle altre persone al soggetto in caso di necessità.

Il questionario è composta da 40 item suddivisi in quattro sottoscale composte da 10 item ciascuna (Appendice A).

Le quattro dimensioni considerate sono:

1. Supporto strumentale (item 2, 9, 14, 16, 18, 23, 29, 33, 35, 39): misura la percezione del soggetto della disponibilità di ricevere aiuto materiale in caso di necessità;
2. Supporto informativo (item 1, 6, 11, 17, 19, 22, 26, 30, 36, 38): misura la percezione della possibilità di parlare con qualcuno dei propri problemi;
3. Supporto affiliativo (item 5, 7, 10, 12, 15, 21, 25, 27, 31, 34): misura la percezione del soggetto della possibilità di fare e condividere cose con altre persone;
4. Supporto emotivo (item 3, 4, 8, 13, 20, 24, 28, 32, 37, 40): la percezione del soggetto di essere sostenuto dalle persone vicine, valutato positivamente nel confronto con altre persone, sentire vicinanza emotiva.

Nella somministrazione al soggetto viene chiesto di leggere attentamente ogni frase e di rispondere esprimendo il proprio grado di accordo con ciascuna affermazione facendo riferimento agli ultimi due mesi trascorsi.

Nella versione originale il punteggio veniva calcolato basandosi sull'attribuzione dei punteggi su scala dicotomica (si/no), modalità riduttiva e scarsamente esemplificativa delle differenze individuali nella percezione del supporto sociale; per tali ragioni, nella versione italiana del questionario si è scelto di orientare la risposta secondo scala Likert a 4 punti, dove 0 corrisponde ad "assolutamente falso" e 3 ad "assolutamente vero", al fine di avere più variabilità nella risposta.

Il punteggio totale dell'ISEL è dato dalla somma dei punteggi ottenuti dalle singole scale diviso per il numero delle scale che compongono il questionario, mentre il punteggio delle singole sottoscale è dato dalla somma dei punteggi ottenuti agli item che compongono ciascuna sottoscala.

Questo strumento fornisce informazioni preziose sulla disponibilità del soggetto di ricevere supporto dalla propria rete di relazioni e sul tipo di supporto ricevuto, mentre non fornisce informazioni sulla struttura della rete sociale di cui fa parte il soggetto.

#### **4.5. Obiettivi e ipotesi**

Nello studio di validazione del questionario sulla popolazione generale (40 item, risposta dicotomica), Hoberman e colleghi (1985) hanno presentato il questionario ISEL con 4 dimensioni, suggerendo anche l'utilizzo anche del punteggio totale, quale aspetto

globale e complementare delle scale. Successivamente, Brookings e Bolton (1988), somministrando la versione per studenti del questionario (48 item, risposta dicotomica), confermano quanto esposto da Hoberman e colleghi (1985). Nella versione per studenti Brookings e Bolton hanno effettuato un primo studio di analisi fattoriale confermativa (mai effettuato precedentemente) mostrando che il modello a 4 fattori può fornire un buon adattamento dei dati al modello teorico; tuttavia le forti correlazioni fra le 4 dimensioni suggeriscono la presenza di un fattore generale di secondo ordine. Gli autori, in linea con i primi dati, concludono che l'interpretazione del questionario ISEL non può prescindere dal considerare sia le dimensioni che lo score totale.

Lo studio si propone di verificare:

1. la struttura fattoriale dell'ISEL (analisi confermativa);
2. la consistenza interna delle dimensioni del questionario;
3. se il genere, lo stato civile, l'età e il livello di istruzione influenzano i punteggi dell'ISEL;
4. la relazione tra l'ISEL e misure di sintomatologia: livello di stress percepito e stato di salute (Cohen, 2004; Carlson et al., 2009);
5. la relazione che intercorre tra il livello di stress, di supporto sociale e lo stato di salute, attraverso la verifica del modello *stress buffering* (Bolger, 2007).

Si ipotizza di confermare la struttura fattoriale dell'ISEL (Cohen e Hoberman, 1983; Brookings e Bolton, 1988) proposta dagli autori; qualche differenza, rispetto al questionario originale, potrebbe emergere per due ragioni: - l'utilizzo di un campione differente (effetto coorte); - la scelta di utilizzare come modalità di risposta la scala likert al posto di quella dicotomica pensata originariamente dagli autori. Quest'ultima scelta è stata dettata dalla volontà di creare maggiore variabilità nelle risposte dei soggetti, come suggerito dagli stessi Cohen e Hoberman (1985). Si ipotizza buona la consistenza interna delle dimensioni e del punteggio totale del questionario.

In linea con gli studi riportati, ci si aspetta di riscontrare un livello elevato di supporto sociale e in coloro che hanno una relazione stabile con un partner (Bolger, Iida, Seidman et al., 2008); relativamente alle differenze di genere emergono dati contraddittori, Cohen e colleghi (1985) hanno riscontrato punteggi tendenzialmente più alti nelle donne che negli uomini; tale risultato viene contraddetto in uno studio recente

(Cohen, 2004); parallelamente non si ipotizzano differenze nella percezione di supporto sociale in rapporto all'età e al livello di istruzione. Relativamente alle interazioni con le misure di sintomatologia, si attendono relazioni significative (di segno negativo) fra supporto sociale, stato di salute del soggetto (sintomatologia) e stress percepito. Alla luce di queste ipotesi e tenendo conto dei dati emersi in letteratura (Berkman e Glass, 2000; Cohen, Gottlieb et al., 2000; Cacioppo, Hughe et al. 2006) secondi i quali il supporto sociale svolge una funzione di protezione sulla salute fisica e psicologica, si ipotizza di confermare la validità della *Buffering Hypothesis* (Stice e Seeley, 2004; Cohen 2004; Michael et al., 2009).

#### **4.6. Partecipanti**

Il campione, composto da 308 soggetti (52% donne) appartenenti alla popolazione generale, è stato reclutato principalmente nelle regioni del nord-centro Italia<sup>5</sup>, attraverso un campionamento casuale a pioggia. In ogni caso, l'anonimato è stato garantito così come la libertà di rifiutare la richiesta.

L'età media dei soggetti che hanno aderito spontaneamente allo studio è per le donne di 39,43 anni (DS = 6,63), per gli uomini di 38,32 anni (DS = 6,52). Sono stati inclusi nel campione i soggetti compresi nel range di età fra i 30 e i 50 anni; tale restrizione è motivata dal fatto di voler confrontare questa popolazione con quella dello studio 2 (vedi sopra). La distribuzione dei soggetti all'interno del range di età considerato è in linea con le tabelle dei dati ISTAT del 2009.

Relativamente allo stato civile, alla scolarizzazione e allo stato occupazionale, le caratteristiche del campione sono le seguenti:

- stato civile: il 65,3% dei soggetti è coniugato/convivente (N = 201), il 28,6% single (N = 88), il 4,2% divorziato (N = 13) e un numero esiguo di soggetti pari all'1,9% (N = 6) non ha fornito questa informazione;
- livello di scolarizzazione: la maggior parte dei soggetti ha raggiunto un livello d'istruzione medio-alto con il conseguimento del diploma superiore (49,7%, N = 153), il 24,4% ha conseguito la laurea (N = 75), il 20,8% ha ottenuto il diploma della scuola

---

<sup>5</sup> La maggior parte dei soggetti è stata reclutata nella regione Veneto (N=90), seguono Toscana (N=76), Emilia Romagna (N=71), Umbria (N=57) e Lombardia (N= 9). 5 soggetti non hanno indicato la loro provenienza geografica.

media inferiore (N = 64), solo l'1,6% la licenza elementare (N = 5). Il 2,6% ha risposto altro (N = 8), mentre 3 soggetti non hanno fornito alcuna risposta (1%);

- occupazione: il 46,1% dei soggetti svolge attività di tipo impiegatizio o riveste un ruolo da dipendente (N = 142), il 18,5% ha una mansione da operaio (N = 57) e un 15% lavora in proprio o come libero professionista (N = 46);

Nel 58.1% (N = 179) dei casi i soggetti dichiarano di avere uno o più figli (1 missing).

Visto l'ambito di applicazione del questionario strettamente connesso allo studio 2, si è cercato di stratificare i soggetti del campione in funzione della presenza/assenza di eventi traumatici accaduti nel corso della vita. La definizione di esperienza traumatica comprende sia la perdita di persone significative, sia eventi che in generale (separazioni, terremoti, etc) hanno avuto rilevanza per il soggetto nel corso dello sviluppo o in età adulta.

Per fare questo, sono stati adottati due criteri:

- il primo trae spunto dalla teoria del trauma cumulativo (Kahn, 1963) secondo la quale microtraumi ripetuti, accumulandosi nel corso dello sviluppo, possono avere un effetto patogeno sull'individuo; per verificare tale ipotesi, il campione pertanto è stato distinto (vedi tabella 8) in tre gruppi, considerando la frequenza degli eventi traumatici e non il periodo nel quale sono avvenuti:

- a) assenza di trauma;
- b) un'esperienza traumatica;
- c) due eventi stressanti.

Trauma A. Trauma cumulativo		
	<i>Freq</i>	<i>%</i>
Assenza di trauma	120	38,9
Un evento traumatico	135	43,8
Due eventi traumatici	43	13,9

Tabella 8. Frequenze trauma cumulativo (N = 298).

- il secondo pone l'accento sul periodo di vita del soggetto nel quale è avvenuto il trauma (Trauma B, tabella 9); in base a questo criterio è stato suddiviso il campione in 4 gruppi, considerando il momento in cui è stata vissuta l'esperienza traumatica in rapporto alla figure significative (familiare):

- a) assenza di trauma;
- b) esperienza traumatica in infanzia;
- c) eventi stressanti in età adulta;
- d) traumi in infanzia e in età adulta.

Trauma B. Periodo del trauma		
	<i>Freq</i>	<i>%</i>
Assenza di trauma	120	38,96
Trauma nell'infanzia	16	5,19
Trauma nell'età adulta	53	17,21
Trauma nell'infanzia e in età adulta	22	7,14

Tabella 9. Periodo del trauma (N = 211).

#### 4.7. Procedura e strumenti

Oltre all'ISEL e a una scheda contenente domande di tipo demografico, i partecipanti hanno compilato una batteria di self-report contenente una serie di misure che, come riportato in letteratura sono strettamente connesse alla percezione del supporto sociale.

##### 4.7.1. Misura dello Stress Psicologico (MSP, Di Nuovo, Rispoli e Genta, 2000)

L'MSP è un self-report, tradotto e validato in ambito italiano (Di Nuovo, Rispoli e Genta nel 1995) che misura lo stress psicologico percepito dal soggetto.

Il questionario è costituito da 49 item che si basano su differenti aspetti connessi alla percezione che l'individuo ha del suo stato, in relazione agli aspetti cognitivo-affettivi, fisiologici e comportamentali. Queste tre principali categorie sono considerate dagli autori capaci di fornire un indice globale dello stato di stress psicologico. Al soggetto viene richiesto di rispondere agli item basandosi su come si è sentito negli ultimi 4-5 giorni (Appendice A). In particolare 45 item rappresentano comportamenti e stati tipici dello stato di stress e 4 item (22, 24, 43, 49), indagano stati di basso livello di stress

(come tranquillità e rilassamento). Al soggetto viene chiesto di assegnare un punteggio a ciascun item su una scala Likert che va da un minimo di 1 (per nulla) a un massimo di 4 (molto).

Il punteggio totale dell'M.S.P. viene confrontato con i valori di riferimento che forniscono soglie di cut-off in base al genere (punteggio grezzo di 103 per uomini e 110 per donne) utili indicatori di elevato livello di stress.

Nell'adattamento italiano gli autori hanno osservato che alcuni item presentano associazioni di rilievo a livello teorico-applicativo e pertanto hanno raggruppato tali item in modo da individuare 6 cluster:

1. perdita di controllo ed irritabilità (item 11,22,32,35,36): indaga in che misura il soggetto si sente aggressivo, a rischio di perdere il controllo e quanto percepisce di avere bruschi cambi d'umore (difficoltà comportamentali);
2. sensazioni psicofisiologiche (item 16,25,34,40): indaga la presenza di sintomatologia, quale dolori, mal di testa, variazione temperatura corporea;
3. senso di sforzo e confusione (item 33,37,41,42): indaga gli effetti cognitivi dello stress come sentirsi affaticato, non riuscire a concentrarsi;
4. ansia depressiva (item 6,13,15,29): indaga gli effetti dello stress sulla sfera affettiva, pertanto sensazioni come sentirsi soli, scoraggiati e ansiosi;
5. dolori e sintomi fisici (item 12,14,28): indaga la presenza di sintomi fisici (appetito, sfera intestinale, dolori fisici);
6. iperattività, accelerazione dei comportamenti (item 26,44,45): indaga quanto la percezione dello stress influisca sui comportamenti dell'individuo ad esempio come camminare veloce e pranzare in poco tempo.

Il punteggio dei cluster viene calcolato sommando il punteggio ottenuto ai singoli item appartenenti al cluster e dividendo tale punteggio per il numero di item che lo costituisce (media). Conoscere il punteggio delle dimensioni è utile per comprendere meglio lo stato del soggetto, in particolare qualora risulti esservi un livello di stress significativo, poiché si avrebbero informazioni indicative circa la sfera in cui il soggetto presenta maggior disagio in quel momento.

Nella versione italiana, M.S.P. mostra buone caratteristiche psicometriche: la consistenza interna è ottima con un coefficiente *alpha* di Cronbach pari a .95. L'attendibilità *test-retest*, a due settimane di distanza, è pari a 0,67: il test pertanto è in

grado di seguire flessibilmente i cambiamenti nelle condizioni di “sentirsi stressato” del soggetto. Il test è stato poi studiato in relazione ad altri strumenti per verificarne la validità:

- validità concorrente: la scala M.S.P. è stata correlata al test S.T.A.I. di Spielberger, con dati psicofisiologici, *burnout*, percezione di sé e adattamento interpersonale. I punteggi M.S.P. risultano correlare positivamente con l’ansia di tratto e con quella di stato ( $\rho=0,68$ ;  $0,69$ ,  $p<0,05$ ), mentre risultano non significative le correlazioni con i dati psicofisiologici; la correlazione tra il punteggio M.S.P. totale e scala di misura del *burnout* lavorativo risulta buona ( $\rho=0,68$ ,  $p<0,01$ ), e anche le variabili di adattamento interpersonale risultano positivamente correlate con la percezione dello stress
- validità discriminante: è stato condotto uno studio su di una popolazione clinica che approfondisce la relazione tra stress disturbi alimentari e depressione. Dall’analisi delle correlazioni emerge che il test M.S.P. ha una buona validità discriminante.
- validità di costrutto: non vi è un variare del livello di stress percepito in relazione alle variabili socio demografiche.

Pur non trattandosi di uno strumento clinico, in quanto pensato e tarato per popolazioni normali, il test M.S.P. può avere applicazioni sia cliniche, sia come mezzo di ricerca che come ausilio per valutare l’eventuale cronicizzazione dello stress.

Tessier, Fillon, Muckle et al. (1990) hanno condotto uno studio che studiava la relazione tra stato di salute fisica e stato di salute psicologica. Una delle misure utilizzate per il livello di stress psicologico era l’M.S.P., il quale correlava positivamente con le misure utilizzate nello studio per rilevare sintomatologia a livello fisico. Pertanto gli autori sono arrivati a concludere che lo stato di salute psicologico è un buon predittore dello stato di salute fisica.

In uno studio condotto da Villani e Riva (2008) sull’efficacia di diverse tecniche di rilassamento il test M.S.P. è stato utilizzato per selezionare i soggetti stressati sui quali avrebbero poi testato le diverse tecniche in esame.

Trovato, Catalano, Di Nuovo et al. (2006) hanno applicato l’M.S.P. per valutare gli effetti dello stress in un campione di 100 pazienti con diagnosi di diabete di tipo 2: come presupposto i pazienti con un livello più elevato di stress mostravano uno stato di salute peggiore.

Nel 2007 Rispoli e Desiderio hanno condotto uno studio sullo stress dei malati neoplastici e dei loro *caregiver*: i risultati hanno mostrato una correlazione positiva tra il livello di stress (misurato tramite il test M.S.P.) del paziente e quello dei *caregiver*, ossia un più alto livello di stress nei *caregiver*, corrispondeva ad un livello più alto di stress nei pazienti e viceversa.

#### 4.7.2. *Symptom Check List Revised (Derogatis et al., 1994; Conti, 2001)*

Il questionario è un self-report composto da 90 item che riguardano disturbi eventualmente provati nell'ultima settimana (Conti, 2001) (Appendice A).

Gli item sono raggruppati in nove dimensioni principali ed una aggiunta:

1. Somatizzazione (SOM, item 1,4,12,27,40,42,48,49,50,52,53,56,58): riflette lo stato di stress a partire da disfunzioni corporee, come cardiovascolari, gastrointestinali, della muscolatura e respiratorie;
2. Ossessione-Compulsione (O-C, item 3,9,10,28,38,45,46,51,55,65): include sintomi che nella clinica identificano la sindrome ossessiva-compulsiva;
3. Sensibilità Interpersonale (INT item 6,21,34,36,37,41,61,69,73): si focalizza sui sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, in particolare provati nel confronto con altre persone;
4. Depressione (DEP, item 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79): riflette un'ampia varietà di sintomi legati ad un possibile stato depressivo;
5. Ansia (ANX, item 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86): riporta segni generalmente collegati all'ansia come nervosismo, tensione, tremolio, attacchi di panico, sentimenti di terrore e apprensione;
6. Ostilità (HOS, item 11,24,63,67,74,81): riflette pensieri, sentimenti o azioni legati all'aggressività all'irritabilità e al risentimento, che sono caratteristiche dello stato affettivo negativo della rabbia;
7. Ansia Fobica (PHOB, item 13,25,47,50,70,75,82): si focalizza sulla presenza di manifestazioni di comportamenti fobici;
8. Ideazione Paranoide (PAR, item 8,18,43,68,76,83): rileva la presenza pensieri paranoici, attraverso un disordine nel modo di pensare;

9. Psicoticismo (PSY, item 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90): indica la presenza di comportamenti associati allo psicoticismo, quali isolamento e stile di vita schizoide;

10. Disturbi del Sonno (SLEEP, item 44,64,66): rileva la presenza di eventuali disturbi del sonno.

Quattro item, che riguardano lo scarso appetito, pensieri di morte, mangiare troppo e senso di colpa (ADD SCORE 19,59,60,89), non rientrano in nessuna dimensione, ma, poiché ritenuti significativi al fine di delineare un quadro completo dello stato di salute del soggetto, vengono utilizzati comunque per calcolare l'indice totale GSI.

Al soggetto viene chiesto di dare una valutazione, riferendosi all'ultima settimana, a ciascuna affermazione con un punteggio su scala Likert che va da 0 a 4, dove 0 corrisponde a "per niente" e 4 a "moltissimo".

Il punteggio totale dell' SCL-90-R viene calcolato ottenendo tre indici globali:

- a. GSI (Global Severity Index): fornisce informazioni sul numero di sintomi e sull'intensità dello stress percepito. È l'indice di valutazione principale.
- b. PSDI (Positive Symptom Distress Index): fornisce informazioni sul livello di stress percepito per i sintomi riportati
- c. PST (Positive Symptom Total): riflette il numero di sintomi riportati

Per calcolare il punteggio di ogni dimensione si calcola la somma del punteggio ottenuto a ciascuno dei singoli item che la compongono (Item Resp. Sum), si divide il risultato ottenuto per il numero di item risposti in quella dimensione (#Responses), ed infine si aggiunge .005 al risultato (Raw Score). Questo procedimento deve essere fatto anche per gli ADD SCORE, (tranne l'aggiunta di .005).

Per calcolare l'indice GSI si procede sommando il punteggio Item Resp. Sum di ogni dimensione, ottenendo così, il punteggio Total Sum, e dividendolo per la somma degli #Responses di ogni dimensione (total # Responses), ottenendo così il valore del GSI (Raw Score).

L'indice PST corrisponde al numero di item dell'intero test a cui il soggetto ha risposto diversamente da zero (Total nonzero responses), mentre l'indice PSDI si ottiene dividendo il punteggio Total Sum per il punteggio Total nonzero responses.

Si considera significativo un punteggio del GSI superiore a 1 come indice di una situazione clinica in cui il soggetto può trovarsi in uno stato di salute a rischio (Manucci et al., 2010).

Le caratteristiche psicometriche sono buone: il coefficiente alpha per la consistenza interna delle nove dimensioni sintomatologiche varia da .77 per lo psicoticismo a .90 per la scala della depressione. Il coefficiente test-retest varia tra .80 e .90 a distanza di una settimana. Gli studi sul questionario SCL-90-R relativamente alla validità concorrente, convergente, discriminante e di costrutto dimostrano livelli accettabili/buoni comparabili con gli altri questionari. Nella maggior parte degli studi vengono utilizzati i tre indici globali e solo in alcuni casi uno o più delle singole dimensioni. Di recente alcuni autori italiani stanno lavorando sulla versione ridotta del questionario (69 item) (Preti, Sarno, Prunas, 2010) confermando l'adozione della versione italiana del self-report quale strumento di screening del disagio psichico.

È importante sottolineare che le misure prese in considerazione sono tra quelle che, in ambito italiano, sono risultate più attendibili e valide per la misura della sintomatologia e del livello di stress percepito. L'utilizzo di tali questionari è quindi coerente con un procedimento rigoroso volto a verificare le ipotesi precedentemente formulate.

#### **4.8. Risultati**

Tutti gli item del questionario sono stati tradotti in lingua italiana da due psicologi in maniera indipendente, prestando attenzione affinché la traduzione non contenesse colloquialismi e termini tecnici che avrebbero potuto causare difficoltà interpretative. Nella fase successiva, le due versioni italiane sono state tradotte in inglese (back-translation o retro-traduzione) da una persona bilingue con conoscenza del lessico psicologico. Dal confronto delle due retro-traduzioni effettuato da una figura estranea al processo di traduzione, è scaturita la versione italiana dell'ISEL.

#### ***Analisi statistiche***

La maggior parte delle analisi è stata effettuata con il pacchetto statistico SPSS versione 17.0. Per le analisi di consistenza interna si è fatto riferimento all'indice alfa di Cronbach, mentre per evidenziare possibili correlazioni si è utilizzato il coefficiente di

Pearson. Le variabili socio-demografiche sono state valutate tramite i test non parametrici quali Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Per quanto riguarda l'analisi fattoriale confermativa (CFA), è stato utilizzato il pacchetto statistico LISREL 8.8. L'analisi è stata condotta con il metodo di massima verosimiglianza e la corrispondenza tra il modello testato e la struttura ipotizzata dell'ISEL (goodness of fit) è stata valutata per mezzo di una pluralità di indici come raccomandato da Cole (1987): *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Non-Normed Fit Index* (NNFI), il *Comparative Fit Index* (CFI), l'*Incremental Fit Index* (IFI) e il rapporto chi-quadrato/gradi di libertà (gdl) (Cole, 1987; Kline, 1998). Inoltre, per scegliere il modello migliore, è stato utilizzato il criterio di Akaike (AIC) (Akaike, 1987); secondo questo criterio, il modello che ottiene il valore minore di AIC è considerato il migliore.

#### 4.8.1. Obiettivo 1: struttura fattoriale dell'ISEL (analisi confermativa)

Cercando di replicare parzialmente il lavoro Brookings e Bolton (1988), si presentano di seguito i risultati relativi all'analisi fattoriale confermativa condotta sul questionario somministrato alla popolazione generale. I risultati ottenuti non saranno confrontabili con quella della versione originale di Hoberman e colleghi perché, come precedentemente affermato, è stata utilizzata una modalità di risposta su scala likert, anziché di tipo dicotomico.

Come effettuato da Brookings e Bolton (1988), sono stati testati 4 modelli alternativi (Appendice B) al fine di individuare il migliore modello teorico rappresentativo dei dati:

- a) Modello 1: un fattore;
- b) Modello 2: due fattori (strumentale vs. non strumentale);
- c) Modello 3: 4 fattori (informativo, strumentale, emotivo, affiliativo);
- d) Modello 4: 4 fattori di primo ordine e un fattore globale di secondo ordine.

Gli indici di fit dei modelli fattoriali sono riportati in tabella 10. Oltre ai modelli proposti, è stato anche testato il modello nullo che specifica nessun fattore in comune (Bentler e Bonett, 1980).

Riepilogo delle statistiche di <i>goodness of fit</i> per i diversi modelli fattoriali proposti nell'ISEL nel campione italiano						
Modelli	RMSEA	NNFI	CFI	IFI	$\chi^2/df$	AIC
Modello nullo	.21	.71	.71	.71	14.5 9	11462.25
Modello 1: Monofattoriale	.07	.91	.90	.91	2.33	1886.13
Modello 2: due fattori	.06	.92	.92	.92	2.16	1759.14
Modello 3: 4 fattori	.06	.93	.93	.93	2.02	1656.99
Modello 4: 4 fattori, 1 di secondo ordine	.06	.92	.93	.93	2.02	1657.47

Tabella 10. Riepilogo delle statistiche di *goodness of fit* per i diversi modelli fattoriali.

Per considerare la bontà di adattamento dei modelli sono stati considerati gli indici esposti in tabella. Come atteso, il modello nullo ha indici molto bassi di fit. Il criterio  $\chi^2/gf$  e l'indice RMSEA sono decisamente maggiori nel modello nullo rispetto agli altri considerati. I modelli 1 e 2 forniscono un migliore fit, rispetto al modello nullo, come evidenziato dai valori inferiori di  $\chi^2/gf$  e RMSEA. Tenendo in considerazione gli stessi indici, i modelli 3 e 4 mostrano valori minori, è quindi migliori in termini di adattamento del modello, rispetto a quelli forniti da 1 e 2.

Infine i modelli tre e quattro, che differiscono solo per l'inclusione di un fattore di secondo ordine, forniscono entrambi indici buoni di fit. La maggior parte dei valori riportati in tabella sono sovrapponibili, fatta eccezione per NNFI e AIC, che differiscono sensibilmente.

I risultati ottenuti sembrano in parte sovrapponibili a quella esposti da Brookings e Bolton (1988). Nonostante gli autori suggeriscano l'utilizzo delle quattro dimensioni e del fattore di secondo ordine, i loro risultati supportano anche se di poco il modello 3, quello con i 4 fattori. I risultati esposti nel presente studio mostrano come entrambe le

soluzioni, e quindi modello 3 e modello 4, siano accettabili e gli indici considerati siano in entrambe le soluzioni buoni. Anche se l'indice di AIC suggerirebbe di utilizzare il modello 3, la differenza fra i due modelli è minima e la possibilità di utilizzare un punteggio di secondo ordine fornirebbe sicuramente molte informazioni in aggiunta a quelle ottenute dalle 4 dimensioni. Concludendo – in accordo con Cohen e Hoberman (1983) – l'attenzione del ricercatore nell'utilizzo dell'ISEL va posta sia sulle dimensioni che sul punteggio totale, quali indicatori multidimensionali del supporto sociale percepito.

#### 4.8.2. Obiettivo 2 e 3: consistenza interna, analisi descrittive e associazioni con le variabili socio-demografiche

##### **Consistenza interna**

Per verificare la consistenza e la validità del questionario sono stati calcolati: a) il coefficiente alpha di Cronbach (consistenza interna); b) le correlazioni fra le dimensioni del questionario.

La tabella 11 riporta i coefficienti calcolati per il totale e le dimensioni dell'ISEL.

	Alpha	
	PD 201 0	US <sup>6</sup> 1985
	$\alpha$	$\alpha$
Isel totale	.90	.88 - .90
Informativo	.71	.70 - .82
Affiliativo	.81	.73 - .83
Emotivo	.66	.62 - .73
Strumentale	.78	.73 - .81

Tabella 11. Consistenza interna delle dimensioni e del punteggio totale nel campione di validazione italiano e in quello americano.

Il self-report risulta avere una buona consistenza interna, infatti il coefficiente Alpha di Cronbach risulta essere ottimo per il punteggio totale ( $\alpha=0,901$ ; N casi = 308; N item =

<sup>6</sup> Si riporta il range di valori identificato nei 4 studi considerati nello studio di validazione di Hoberman e colleghi (1985).

40) e accettabile/buono per le singole dimensioni considerate ( $\alpha$  medio=0,772). Inoltre i dati riportati sembrano essere sovrapponibili con quelli riportato dal campione americano di Hoberman e colleghi.

Relativamente alle associazioni fra le dimensioni, in tabella 12, sono riportati i risultati.

Correlazioni di Pearson fra le dimensioni e il punteggio totale dell'ISEL									
	Informativo	Strumentale		Emotivo		Affiliativo		Totale	
		PD	US	PD	US	PD	US	PD	US
Informativo	1,000	.55	.41	.50	.54	.59	.60	.80	-
Strumentale		1,000		.46	.41	.65	.68	.82	-
Emotivo				1,000		.63	.66	.77	-
Affiliativo						1,000		.89	-
Totale								1,000	

Tabella 12. Correlazioni di Pearson fra le dimensioni e il punteggio totale del questionario, nel campione italiano e in quello americano.

Le correlazioni di Pearson tra le dimensioni sono tutte significative; valutando l'effettiva grandezza delle correlazioni («effect size»: piccola per valori fino a 0,29; media da 0,30 a 0,49 e grande da 0,50; Cohen, 1988) é possibile notare che la quasi totalità delle correlazioni hanno un effect size buono. Questo significa che le dimensioni sono tra loro solo parzialmente indipendenti. Questi dati supportano in qualche modo la necessità di considerare il punteggio totale, oltre che le singole scale. Inoltre, la grandezza dell'effetto delle correlazioni fra le dimensioni e il punteggio totale conferma ulteriormente questa ipotesi.

### ***Analisi descrittive***

Testata la bontà del modello fattoriale e la buona consistenza interna del questionario, sono mostrate in tabella 13, le analisi descrittive del questionario.

Statistiche descrittive ISEL					
	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Ma</i> <i>x</i>	<i>Medi</i> <i>a</i>	<i>DS</i>
Informativo	30	5	30	22.85	4.75
Strumentale	30	5	30	24.76	4.91
Emotivo	30	9	30	21.90	4.26
Affiliativo	30	4	30	21.50	5.52
Totale	30	33.5	120	91.01	15.9
	8	3			4

Tabella 13. Analisi descrittive del questionario nella popolazione italiana.

### ***Associazioni con le variabili socio-demografiche***

Per verificare eventuali associazioni fra le dimensioni dell'ISEL e le variabili socio demografiche sono state applicate le statistiche non parametriche per due ragioni: - la distribuzione dei dati relativa alle dimensioni del questionario non può essere considerata normale<sup>7</sup>; - i gruppi confrontati hanno numerosità disomogenea.

#### *Isel \* genere*

Dal confronto delle medie dei punteggi ottenuti nelle dimensioni e nel totale del questionario (vedi grafico 8), effettuato attraverso il test di Mann-Whitney, non emergono differenze significative fra maschi e femmine.

<sup>7</sup> Per verificare se i punteggi del questionario sono distribuiti normalmente, è stato applicato il test di Kolmogorov-Smirnov. In tutte le dimensioni del questionario il p associato al valore osservato della statistica test è inferiore al livello teorico fissato a priori di  $p < .05$  (Informativo:  $Z = 1.929$ ,  $p = .001$ ; Strumentale:  $Z = 2.753$ ,  $p = .000$ ; Emotivo:  $Z = 1.500$ ,  $p = .022$ ; Affiliativo:  $1.8877$ ,  $p = .002$ ; Totale:  $1.599$ ,  $p = .012$ ); si conclude quindi che la distribuzione dei dati non è considerata normale. Per tali ragioni si adottano le analisi non parametriche.

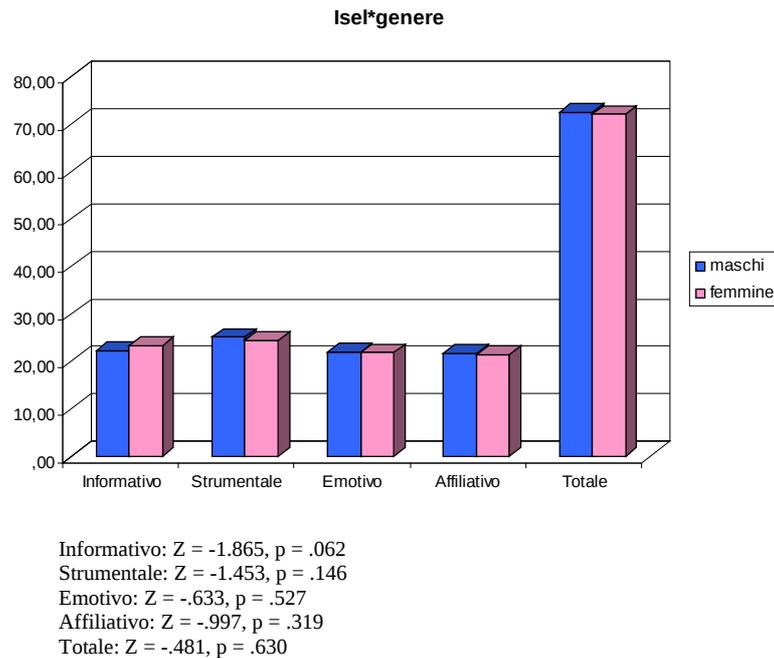


Grafico 8. Differenze di genere nei punteggi dell'ISEL (N = 305).

I risultati ottenuti non supportano nessuna delle due ipotesi emerse in letteratura (Cohen et al., 1985; Cohen, 2004), documentando stessi punteggi per maschi e femmine. Questo risultato é in linea con la pubblicazione di Delistamati e colleghi (2006) che, seppur in uno studio che ha coinvolto studenti universitari, confermano l'assenza di differenze fra maschi e femmine nella percezione del supporto sociale.

#### *Isel \* stato civile*

Dal confronto delle medie dei punteggi ottenuti nelle dimensioni e nel totale del questionario (vedi grafico 9), effettuato attraverso il test di Kruskal-Wallis, non emergono differenze significative in rapporto allo stato civile.

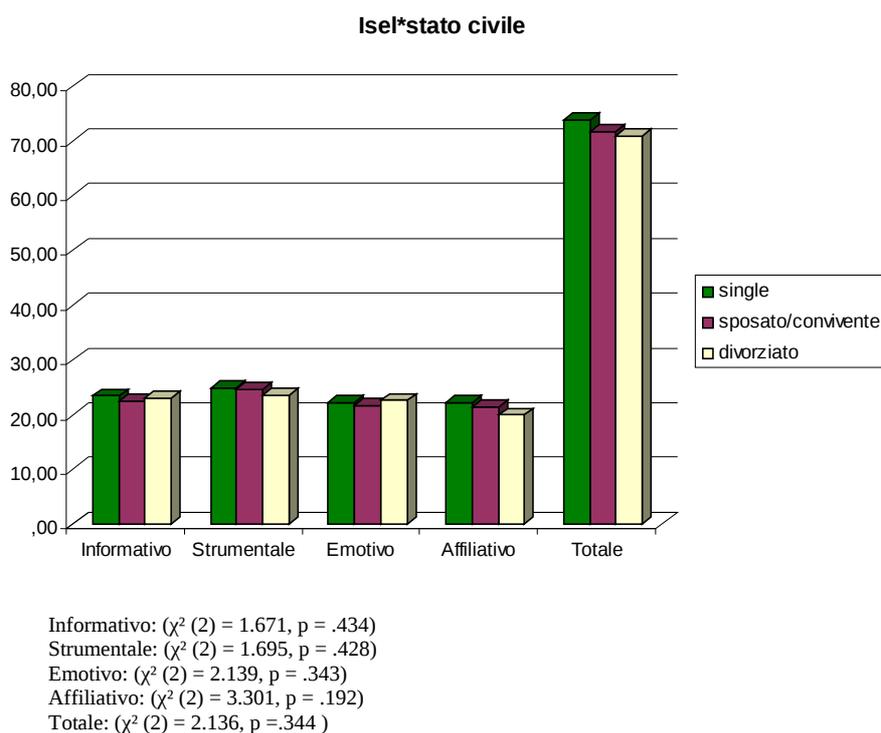


Grafico 9. Differenze nei punteggi dell’ISEL in rapporto allo stato civile (N = 302).

### *Isel \* età*

Per confrontare le età è stato diviso il campione in due gruppi: 30 – 40 anni (N = 180) e 41 – 50 anni (N = 123). Nonostante il campione non sia rappresentativo di tutte le fasce di età, risulta importante fornire dei dati in relazione a questo aspetto. Dal confronto tra questi due gruppi (vedi grafico 10), effettuato con il test di Mann-Whitney, emergono delle differenze statisticamente significative in tutte le dimensioni, fatta eccezione per la variabile relativa al supporto emotivo. Nello specifico, il gruppo composto dagli adulti afferenti alla fascia 30 – 40 anni percepiscono maggior supporto sociale rispetto agli adulti della fascia 41-50.

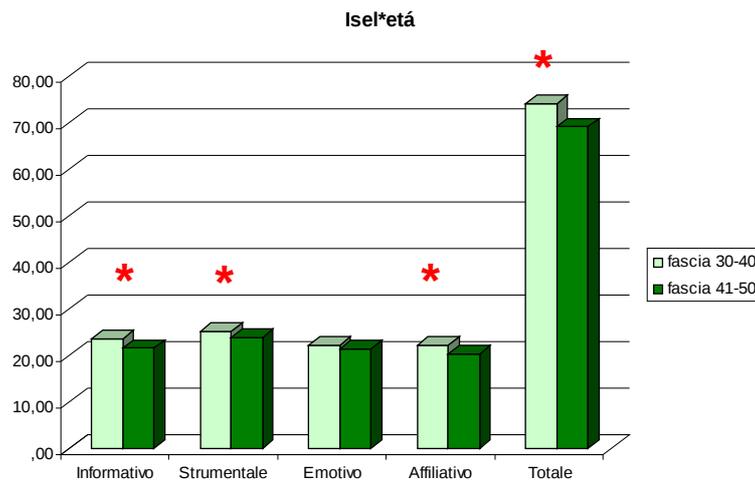


Grafico 10. Differenze nei punteggi dell'ISEL in rapporto all'età (N = 303).

Come riportato nel grafico 10, il gruppo composto da soggetti più giovani mostra punteggi più elevati nelle dimensioni relative al supporto: - informativo ( $Z = -3.080$ ,  $p = .002$ ), - strumentale ( $Z = -2.358$ ,  $p = .018$ ), - affiliativo ( $Z = -2.722$ ,  $p = .006$ ) e totale ( $Z = -3.012$ ,  $p = .003$ ).

#### *Isel \* livello di istruzione*

Per confrontare il livello di istruzione, è stato diviso il campione in due gruppi:

- gruppo 1 caratterizzato da soggetti che hanno il diploma di licenza media ed elementare (N = 69).
- gruppo 2 composto da persone che hanno raggiunto un livello di istruzione pari al diploma superiore e/o alla laurea (N = 228 );

Sono stati esclusi dai gruppi alcuni soggetti (N = 11) che non hanno risposto alla domanda oppure che hanno risposto “altro” senza specificare la tipologia del livello di istruzione raggiunto, per cui non è stato possibile inserirli in nessuna delle tipologie sopra descritte.

Dal confronto tra questi due gruppi (vedi grafico 11), effettuato con il test di Mann-Whitney, emergono delle differenze statisticamente significative in tutte le dimensioni del questionario.

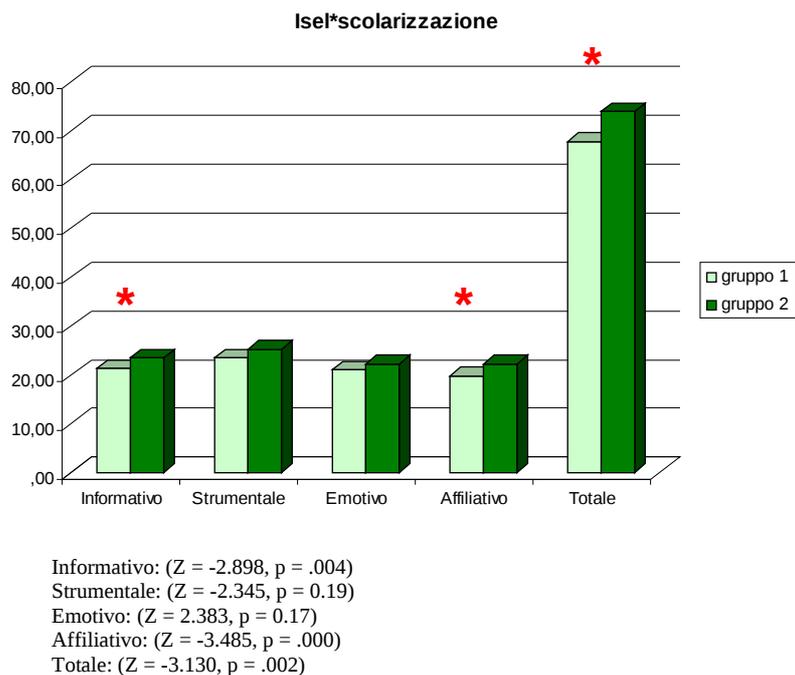


Grafico 11. Differenza dei punteggi dell'ISEL in rapporto al livello di scolarizzazione (N = 297).

Come riportato nel grafico 11, 2 dimensioni ed il punteggio totale del questionario presentano differenze nei punteggi riportati in rapporto al gruppo di appartenenza. Il gruppo composto da soggetti con un elevato livello di scolarizzazione percepisce maggior supporto sociale rispetto a quello caratterizzato da un minore livello di scolarità nelle seguenti aree: - supporto informativo, - supporto affiliativo, - punteggio totale.

#### *Isel \* trauma A (lutto cumulativo) e trauma B(lutto e fascia di età)*

Per osservare la relazione fra la percezione del supporto sociale e la presenza di traumi pregressi nel soggetto, abbiamo stratificato il campione seguendo due criteri, esplicitati nel capitolo 4. Per verificare la presenza di differenze é stato applicato il entrambi i casi il test di Kruskal-Wallis.

Relativamente al confronto fra la percezione del supporto sociale e la presenza di esperienze traumatiche (Trauma A: frequenza dell'evento), i risultati sono mostrati nel grafico 12.

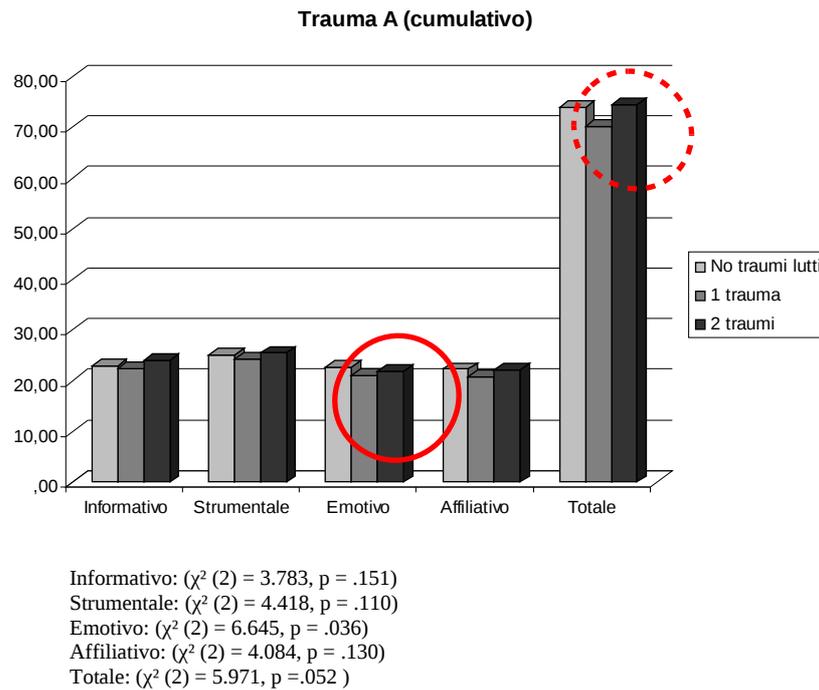


Grafico 12. Trauma A e differenze nel supporto sociale percepito (N = 298).

Dall'analisi statistica effettuata emergono due differenze significative nelle medie osservate: - supporto sociale di tipo emotivo ( $\chi^2 (2) = 6.645, p = .036$ ); - punteggio totale che tende alla significatività ( $\chi^2 (2) = 5.971, p = .052$ ). Per meglio esplorare le differenze a coppie tra i tre gruppi (no lutto vs. 1 trauma vs. 2 traumi) sono stati condotti 3 test di Mann-Whitney, considerando un livello di significatività corretto ( $\alpha$  globale =  $0.05/3 = 0.017$ ; correzione di Bonferroni). I risultati indicano che la percezione di supporto sociale emotivo è più elevata nei soggetti che dichiarano di non avere avuto traumi ( $Z = -2.604, p = .009$ ), mentre non vi sono differenze nei punteggi del supporto sociale emotivo tra chi ha avuto uno o due traumi.

Relativamente al confronto fra la percezione del supporto sociale e la presenza di esperienze traumatiche (Trauma B: periodo del trauma), i risultati sono mostrati nel grafico 13.

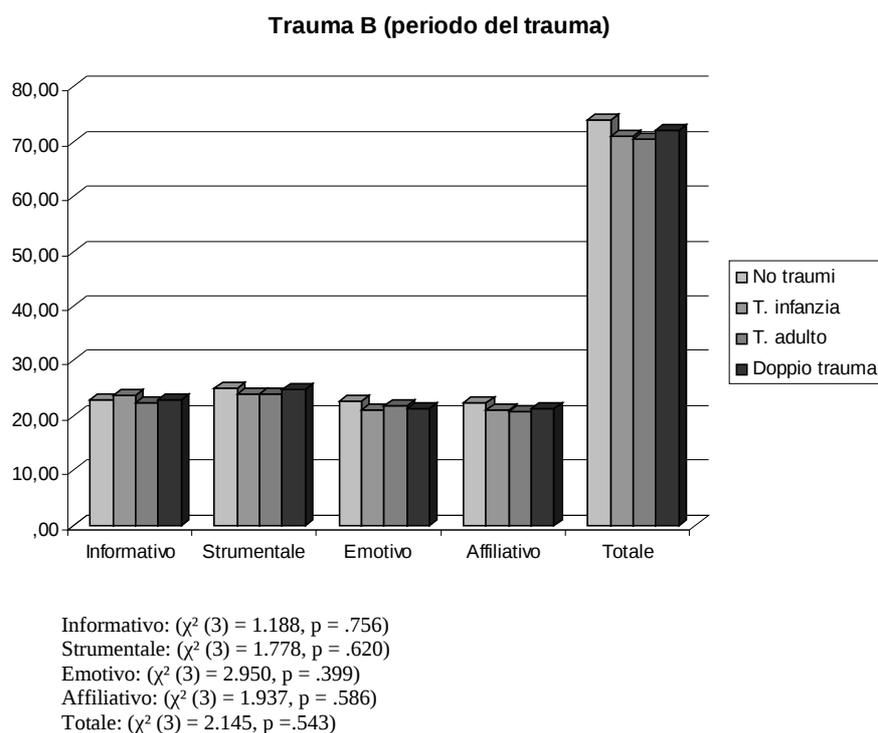


Grafico 13. Trauma B e differenze nel supporto sociale percepito (N = 211)<sup>8</sup>.

Dall'analisi statistica effettuata non emergono differenze significative fra la percezione del supporto sociale e l'esperienza di traumi, siano essi accaduti in infanzia, in età adulta o in entrambe le fasi.

#### 4.8.3. Obiettivo 4: relazione fra ISEL e misure di sintomatologia (MSP, SCL-90-R)

Per osservare le relazioni fra il supporto sociale (ISEL), il livello di stress percepito (MSP) e la presenza di sintomatologia (SCL-90-R) è stata effettuata un'analisi di correlazione di Pearson (tabella 13).

---

#### Correlazioni di Pearson fra i punteggi totali dei questionari

---

<sup>8</sup> Sono stati inclusi nell'analisi i soggetti che hanno dichiarato di aver vissuto esperienze traumatiche in rapporto al nucleo familiare ristretto (genitore, figlio, fratello).

	Isel	Stress	GSI
Isel	1,000	-.390**	-.506**
Stress		1,000	.790**
GSI			1,000

Tabella 13. Correlazioni di Pearson tra l'ISEL, MSP e SCL-90-R.

I risultati mostrati in tabella confermano i dati di letteratura (Delistamati et al., 2006): correlazioni di segno negativo fra il supporto sociale e: a) le dimensioni relative alla percezione del livello di stress, b) lo stato di salute. Correlazioni positive invece sono risultate fra le dimensioni stress e sintomatologia.

#### 4.8.4. Obiettivo 5: verifica del modello di stress buffering

Per verificare il modello *Stress Buffering*, che analizza l'effetto di mediazione esercitato dal supporto sociale nella riduzione degli effetti negativi dello stress sulla salute, è stato applicato il Sobel test (Baron e Kenny, 1986; grafico 14).



Grafico 14. Modello di mediazione (Baron e Kenny, 1986).

Per verificare tale modello, è stato necessario applicare diverse regressioni sulle variabili in esame.

Inizialmente, per verificare il rispetto delle assunzioni teoriche di base (come la normalità della distribuzione dei residui e l'omogeneità della varianza) è stata effettuata l'analisi grafica dei residui (in appendice C) sui punteggi delle variabili dipendenti<sup>9</sup>. La ridotta variabilità dei residui presuppone il rispetto delle assunzioni teoriche di base per l'applicazione della regressione lineare multipla.

Si è proceduto pertanto all'applicazione del Sobel test. Esso si compone di tre steps.

<sup>9</sup> I residui di regressione sono le differenze tra i valori previsti dal modello e i valori osservati per la variabile dipendente

1. L'analisi di regressione considerando come variabile indipendente il punteggio all'M.S.P. totale e come variabile dipendente il punteggio totale dell'ISEL. Il modello considerato ( $F(1) = 62.395$ ,  $p = .000$ ,  $R^2 = .169$ ) spiega il 17% della variabilità del supporto sociale ( $R^2 = .169$ ); inoltre la frazione di varianza spiegata dal modello risulta statisticamente significativa ( $p = .000$ ). Si può assumere quindi che il livello di stress del soggetto influenza la percezione del supporto sociale ( $\beta = -.412$ ,  $t = -7.899$ ,  $p = .000$ ).

2. L'analisi di regressione considerando come variabile dipendente l'indice GSI e come predittori i punteggi M.S.P. e ISEL.

Il modello considerato ( $F(2) = 309.968$ ,  $p = .000$ ,  $R^2 = .670$ ) spiega il 67% della variabilità del GSI ( $R^2 = .670$ ); inoltre la frazione di varianza spiegata dal modello risulta statisticamente significativa ( $p = .000$ ). Si può affermare che sia il livello di stress che il supporto sociale percepito influenzano l'indice GSI e quindi lo stato di salute del soggetto. In particolare, dall'analisi dei coefficienti standardizzati Beta (vedi tabella 14), emerge come entrambi i fattori risultano essere significativi nel predire il punteggio del GSI; nello specifico, si comprende come al variare di una deviazione standard del predittore MSP corrisponda una deviazione standard della variabile dipendente GSI pari a .70; contrariamente, considerando il predittore ISEL sul punteggio GSI, tale variazione è minore, anche se significativa.

	Coefficienti				
	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig.
	B	ES	Beta	B	ES
(Costante)	-,114	,127		-,898	,370
MSP	,014	,001	,694	19,239	,000
ISEL	-,008	,001	-,234	-6,487	,000

Tabella 14. Analisi dei coefficienti della regressione con var. dip. GSI.

Dall'analisi dei coefficienti standardizzati Beta, emerge come entrambi i predittori risultino essere significativi nel predire il punteggio del GSI; nello specifico, si comprende come al variare di una deviazione standard del predittore MSP corrisponda una deviazione standard della variabile dipendente GSI pari a .70; contrariamente,

considerando il predittore ISEL sul punteggio GSI, tale variazione è minore, anche se significativa.

3. L'analisi di regressione considerando come variabile dipendente l'indice GSI e come predittore il punteggio M.S.P. totale.

Il modello considerato ( $F(1) = 509.466$ ,  $p = .000$ ,  $R^2 = .625$ ) spiega il 63% della variabilità del supporto sociale ( $R^2 = .625$ ); inoltre la frazione di varianza spiegata dal modello risulta statisticamente significativa ( $p = .000$ ). Si può assumere quindi che il livello di stress del soggetto influenza l'indice GSI e quindi lo stato di salute del soggetto ( $\beta = .790$ ,  $t = 22.571$ ,  $p = .000$ ).

In ultima analisi, è stato applicato il Sobel-test sui punteggi ai coefficienti grezzi delle regressioni, al fine di valutare l'eventuale presenza dell'effetto mediatore del supporto sociale, come riportato nel grafico 15.



Grafico 15. Modello di mediazione applicato ai dati: Sobel test.

Il Sobel test è risultato significativo ( $t = 5.62$ ,  $SE = .0004$ ,  $p = 2^{e-8}$ ), confermando quindi il modello *Stress Buffering*. Il supporto sociale risulta avere un effetto cuscinetto sugli effetti negativi dello stress sulla salute; in condizioni negative, il supporto sociale agisce sugli effetti che lo stress provoca sulla salute, riducendone gli effetti dannosi, favorendo il benessere del soggetto.

## Capitolo 5

### Studio 2

#### **Studio longitudinale sulle reazioni conseguenti alla perdita di una figura di attaccamento: focus sul bambino e sul genitore**

Lo studio longitudinale é organizzato in cinque step a partire dai due mesi successivi la perdita del genitore fino all'anno. L'obiettivo generale é quello di osservare l'impatto che un evento cosí traumatico puó avere sul bambino e sul genitore sopravvissuto attraverso:

- la valutazione del grado di sofferenza del piccolo in funzione del contesto di riferimento;
- lo studio e l'individuazione di risorse individuali e familiari;
- l'identificazione di un target di intervento ed assistenza specifico in rapporto alla tipologia dell'evento traumatico.

#### **5.1. Obiettivi**

In riferimento a quanto esposto precedentemente, gli obiettivi del lavoro sono stati:

a) relativamente al genitore:

1. *osservare nel primo anno successivo all'evento traumatico le reazioni emotive, somatiche e cognitive in risposta alla perdita improvvisa del partner.*

Lo studio di Hyrkes e colleghi (1997) sottolinea che le reazioni successive alla perdita sono stabili per i primi due anni successivi; per tali ragioni, si ipotizza di non riscontrare particolari differenze nel tempo nella percezione che gli adulti hanno delle proprie manifestazioni relative alla perdita.

2. *indagare il livello di supporto funzionale percepito in condizioni di stress acuto; in altre parole, valutare la tipologia di risorse supportive che il soggetto é in grado di percepire dagli altri in caso di necessitá.*

Numerosi studi (van Baarsen et al., 1997; Ong et al.; 2004) sono in linea con quanto affermato da van der Houwen e colleghi (2010) i quali affermano che il supporto sociale sia un fattore predittivo per la risoluzione del lutto, l'insorgenza di sintomatologia depressiva e stati d'animo positivi.

b) relativamente al bambino:

*1. analizzare le manifestazioni comportamentali (ad es. iperdipendenza, regressione, acting out), intrapsichiche (ad es. ansia da separazione, rabbia, fantasie di morte, difficoltà di apprendimento) e somatiche (difficoltà nel sonno, rifiuto/abuso del cibo, facilitá nell'ammalarsi) nel bambino, in termini di sintomatologia clinica nel primo anno successivo alla perdita.*

Numerosi studi (Downey, 2000; Fristad et al., 1993; Sanchez et al., 1992; Weller et al., 1991) hanno dimostrato l'insorgenza di diverse forme di sintomatologia a seguito di un evento di stress acuto. Le piú comuni sono:

- ansia da separazione. Diversi studi (Kaplow et al., 2010; Sanchez et al., 1994) dimostrano l'insorgenza di tale sintomatologia nel periodo successivo alla perdita del genitore. L'incremento di ansia rispetto alla separazione e alla dicurezza dei membri della famiglia dopo la perdita é un aspetto molto frequente che tende a dissiparsi nel tempo;

- PTSD. L'insorgenza di questa tipologia di disturbo sembra essere piú frequente nei bambini che hanno perso il genitore in maniera traumatica ed improvvisa. Due recenti studi (Melhen et al., 2008; Kaplow et al., 2010), riportando dati contrastanti sembrano confermare questa prima ipotesi: bambini che hanno perso il genitore a seguito di una malattia mostrano una minore presenza di sintomi di stress post traumatico rispetto a coloro che hanno vissuto la stessa esperienza in forma traumatica ed improvvisa;

- sintomatologia depressiva. In uno studio recente Cerel e colleghi (2006) dimostrano come la presenza di sintomatologia depressiva inizia a diminuire a partire dai 6 mesi successivi alla morte e continua a decrescere fino ai 25 mesi. Altri autori sottolineano la presenza di elevati livelli di disforia nel bambino (combinazione di tristezza, pianto ed irritabilitá) nei due anni successivi alla perdita. Cheifetz e colleghi (1989) riportano una percentuale pari al 69% di bambini che soddisfano i criteri clinici del DSM-III, contrariamente ad altri studi (Van Eederwegh et al., 1982; 1985) che hanno riscontrato la presenza di tale sintomatologia attorno al 14%. Altre ricerche riportano percentuali medio-basse di sintomatologia depressiva, attorno al 26% nello studio di Weller e colleghi (1991), pari al 9.8% nella ricerca di Gersten e colleghi (1991);

- Abuso di sostanze. Un'ampia proporzione di adolescenti che hanno subito una perdita mostrano problemi legati all'abuso di sostanze nei 21 mesi successivi alla perdita (Brent et al., 2009). É stato teorizzato inoltre che soggetti con scarse capacità di

coping e vulnerabilità alla depressione manifestano, a seguito di un evento di vita distruttivo, problematiche connesse all'abuso di sostanze (Swadi, 1992; Kaplow et al., 2010);

2. *investigare il grado di disadattamento/adattamento sociale del piccolo, ossia la capacità, in condizioni di stress acuto, di stabilire buoni rapporti con il proprio ambiente sociale.*

Numerosi studi testimoniano un decremento del funzionamento globale del bambino che si manifesta attraverso una compromissione delle abilità in varie aree (Melhen et al., 2008); tale condizione è maggiormente frequente in concomitanza di altri fattori di rischio (mancanza di supporto sociale, malattia del genitore sopravvissuto, povertà, etc).

3. *studiare l'organizzazione e la qualità dell'attaccamento nel bambino a seguito della perdita di una figura di riferimento; verificare se il pattern di attaccamento può essere associato a modalità diverse di adattamento all'evento traumatico o a caratteristiche specifiche del bambino (ad es. età);*

c) relativamente alla relazione genitore-bambino:

1. verificare se determinate condizioni di vulnerabilità pregressa nel genitore sopravvissuto, come la presenza di traumi e/o perdite nel corso dell'infanzia e/o dell'età adulta, possono rappresentare un fattore di rischio (o di protezione) e quindi un ostacolo (vantaggio) per l'elaborazione del lutto nel bambino.

Recenti studi (Kaplow et al., 2010) sottolineano che l'impatto per la perdita di un genitore è differente in funzione dei fattori di rischio pre-esistenti all'evento. Kaplow e colleghi (2010) in uno studio molto ampio che ha coinvolto oltre 1000 soggetti ha individuato che la perdita precoce di un genitore era associata ad una serie di fattori pregressi al trauma (come ad esempio l'abuso di sostanze, condizioni di precarietà economiche, SES, funzionamento del bambino problematico in alcune aree) che coinvolgevano l'intero sistema famiglia. Gli autori parlano di *other social stressors*, ossia quella serie di altri fattori che influenzano il funzionamento familiare a prescindere dalla perdita. In tal senso, i bambini che subiscono una perdita possono manifestare più frequentemente, anche per queste ragioni, sintomatologia (ansia da separazione e depressione) rispetto al gruppo di controllo. A livello più ampio, il suggerimento fornito da questo studio è quello di indagare anche sui fattori pregressi che possono rivestire un'importanza rilevante nel periodo successivo alla perdita.

In virtù di questi risultati, il terzo obiettivo dello studio è stato quello di verificare se la presenza di pregresse condizioni di rischio sperimentate dal genitore sopravvissuto (malattie fisiche e psichiche conosciute prima della perdita del partner, povertà economica, etc), potessero rivestire un ruolo significativo nell'elaborazione della perdita, per sé e per il figlio.

## 5.2. Partecipanti

Il campione é composto da 12 famiglie che hanno deciso volontariamente di partecipare al progetto longitudinale focalizzato sull'osservazione del bambino e della relazione genitore-figlio, a seguito di uno stress acuto.

La diffusione del progetto di ricerca-intervento sul territorio regionale ha seguito diversi steps:

- creazione di un volantino ad hoc contenente le principali informazioni sull'iniziativa (vedi allegato D);
- presentazione e condivisione del progetto con il personale che lavora presso i Coordinamenti Locali Trapianti del Veneto (infermieri e medici che hanno il contatto diretto con le famiglie in lutto), attraverso un seminario organizzato presso il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e dei Processi di Socializzazione;
- lavoro di rete sul territorio per promuovere e diffondere continuamente l'iniziativa;
- invio del volantino a tutte le famiglie dei donatori fra i 30 e i 50 anni<sup>10</sup>. La fascia di età selezionata é stata ipotizzata considerando il range entro il quale un adulto può avere figli fra i 4 e i 14 anni.

Le famiglie che hanno aderito all'iniziativa sono state 12; 1 di esse, a seguito del primo appuntamento, ha lasciato il progetto, perché seguita presso il Servizio di Etá Evolutiva

---

<sup>10</sup> “Il programma di assistenza alle famiglie prevede [...] l'invio a tutte le famiglie (dei donatori sia multiorgano che multitessuto) di una lettera che esplicita l'attestazione di rispetto e gratitudine per il consenso alla donazione, da parte dell'Istituzione Sanitaria, a nome dell'intera società civile. Il modello concettuale in uso nell'ambito dei trapianti, che si rifà alla logica del dono (Godbout, 1993 e 1998; Mauss, 2002), richiede infatti, se non una reciprocità, una manifestazione di gratitudine e di riconoscimento, che rinforza positivamente l'esperienza della donazione e contribuisce ad evitare che i naturali sentimenti di vuoto e solitudine causati dalla perdita contaminino l'esperienza della donazione e si traducano in un vissuto di abbandono da parte dell'èquipe e dell'Istituzione Sanitaria in genere. Nella lettera si offre anche la disponibilità a fornire informazioni e/o assistenza e si indicano nuovamente i canali e i referenti attraverso i quali è possibile attivare in modo diretto il Servizio di Consultazione psicologica” (Feltrin e Pasquato, 2010, pp. 116). In allegato a questa lettera veniva inviato il volantino.

dell'ospedale di competenza; un'altra famiglia, invece, pur avendo partecipato al progetto e ad aver ricevuto assistenza parallelamente all'attività di ricerca, non è stata inclusa nelle analisi, perché il minore coinvolto non ha perso genitore, ma un fratello. Visto la diversità e l'unicità del caso, si è scelto di non includerlo nelle analisi.

Le famiglie incluse nello studio sono 10 (80% madri,  $N = 8$ ) per un totale di 16 bambini (63% maschi,  $N = 10$ ). Nella quasi totalità dei casi ( $N = 9$ ) le famiglie sono composte da due (7) o più figli ( $N = 2$ ). In 5 casi, entrambi i fratelli sono stati inclusi nello studio<sup>11</sup> (1 coppia di gemelli), in altri 4 casi i fratelli, pur avendo partecipato agli appuntamenti, non sono stati inclusi perché al di fuori del range di età oggetto di studio (25 anni, 17 anni, 2 bambini di un anno).

L'età media del genitore sopravvissuto è di 41.8 (SD = 5.32, range 34 – 51), il livello medio di scolarizzazione misurato in anni è pari a 13.56 (Sd = 3.90, range 8 – 18). Relativamente all'impiego, 50 % dei genitori svolge attività di tipo impiegatizio ( $N = 5$ ), 3 esercitano la libera professione, 1 è operaio e 1 è disoccupato. La durata media della relazione con il partner deceduto è di 22 anni (SD = 6.06, range 15 – 32)

L'età media dei bambini è di 8.17 anni (SD = 2.19, range 4 – 11). Prima dell'evento luttuoso 3 bambini (2M, 1 F) sono stati seguiti presso i Servizi di Psicologia Clinica del territorio di appartenenza per una serie di problematiche connesse a: disturbo di iperattività (M, 11 anni), enuresi (M, 8 anni) e balbuzie (F, 8 anni). Al primo appuntamento nessuno dei tre casi era in carico ai Servizi Territoriali.

### **5.3. Procedura e strumenti**

La ricerca longitudinale è stata sviluppata in 5 incontri (vedi grafico 16) attraverso un approccio multi-metodo caratterizzato dall'utilizzo di self-report, colloqui clinici, test sia per il bambino che per il genitore, in funzione della variabili oggetto di studio.

---

<sup>11</sup> In un caso (F, 4 anni) non è stato possibile applicare il protocollo di ricerca.

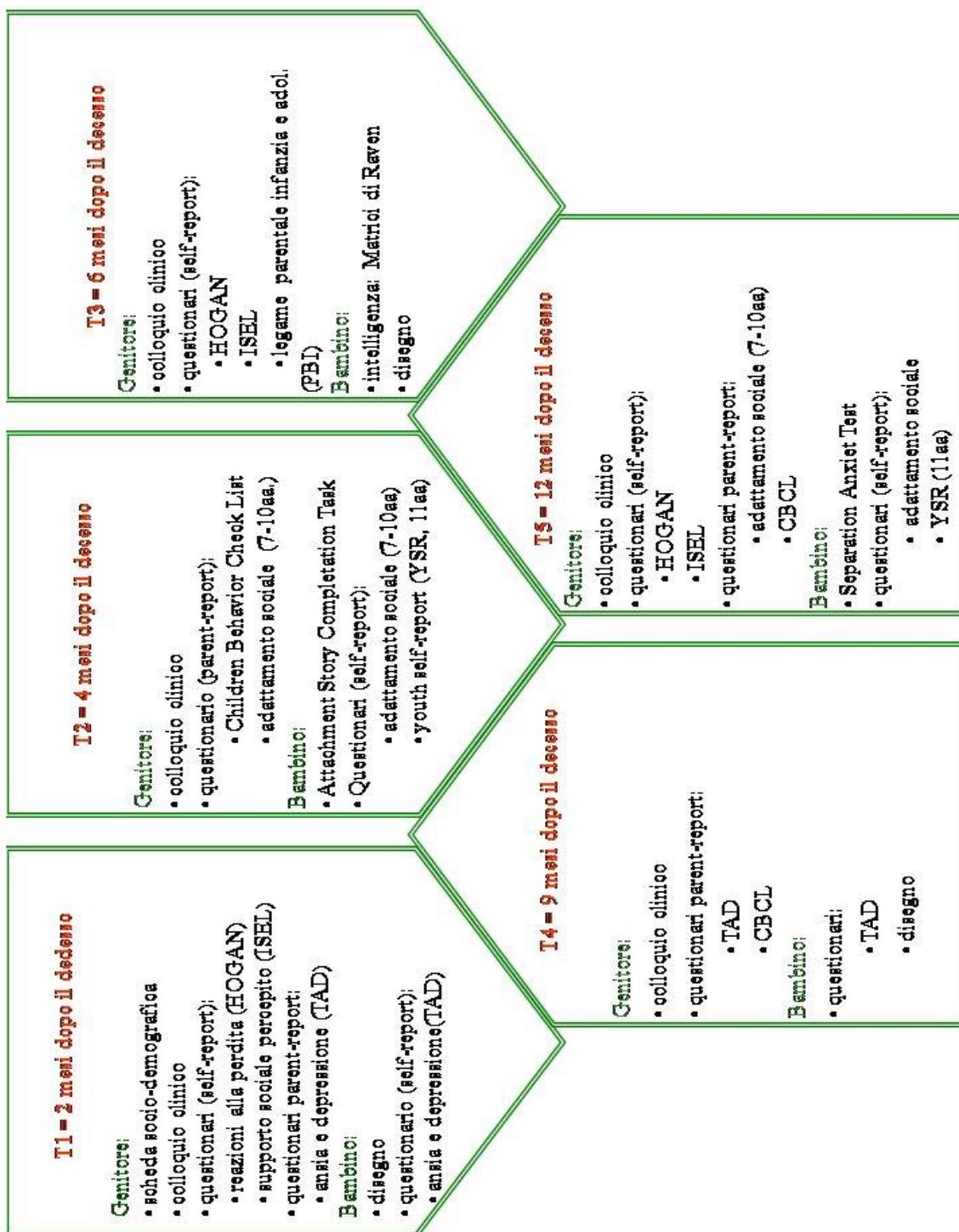


Grafico 16. Disegno della ricerca.

La scelta degli intervalli di valutazione é stata effettuata ponendo attenzione ai seguenti punti:

a) l'osservazione delle famiglie nei due (e quattro) mesi successivi alla perdita permette di valutare le reazioni immediate (step 1 e 2) (Cerel et al., 2006);

b) l'intervallo di sei mesi é stato scelto perché – come riportato da alcuni autori (Kaffman e Elizur, 1993) – rappresenta un momento cruciale dopo il quale alcune acute reazioni iniziano a placarsi (step 3);

c) le osservazioni effettuate a 9 e 12 mesi (step 4 e 5 ) permettono di valutare le conseguenze a medio e lungo termine sul bambino e sul partner.

Ogni incontro, della durata di circa un'ora prevedeva due fasi:

- fase 1: la famiglia veniva vista per circa 10-15 minuti in presenza del clinico e del ricercatore;
- fase 2: il genitore effettuava il colloquio clinico con il terapeuta in una stanza separata e - parallelamente - il bambino effettuava i questionari e i test con il ricercatore. In caso di piú fratelli, il setting veniva ulteriormente diviso, grazie all'aiuto di un tirocinante, che permetteva, seguendo uno dei fratelli, di effettuare l'assessment in maniera disgiunta.

Successivamente agli incontri effettuati in T3 e T5, é previsto un ulteriore appuntamento la cui funzione é quella di fornire un feedback al genitore sul funzionamento e adattamento del bambino e della famiglia a seguito dell'evento traumatico. Qualora necessario, si forniscono indicazioni per un invio o una presa in carico del caso.

### *5.3.1. Genitore*

Di seguito vengono presentati i questionari compilati dal genitore.

#### *Questionario socio-demografico*

Scheda contenente alcune informazioni relative al genitore (età, titolo di studio, professione), alla sua storia (descrizione famiglia di origine, presenza di traumi e/o lutti nel corso dell'infanzia e/o età adulta, momenti di disagio psicologico), all'esperienza della donazione di organi e/o tessuti (età del partner, causa e circostanze di morte) e alla sua vita attuale (figli, età, sesso).

*Interpersonal Support Evaluation List* (Hoberman et al., 1985; Moretti et al., in preparation).

Per la descrizione del presente questionario si rimanda al capitolo 4.

*Hogan Grief Reaction Check List* (HGRC, Hogan, Greenfield, Schmidt, 2001).

L'HGRC, self-report costituito da 61 item (scala likert a 5 punti, 1-5), valuta la natura multidimensionale del processo di risoluzione del lutto. Il questionario é stato sviluppato empiricamente partendo dai dati raccolti da adulti che avevano esperito la perdita di una persona amata. Le opzioni di risposta variano da “*non mi descrive per niente*” a “*mi descrive molto bene*” (vedi allegato E).

L'analisi fattoriale del questionario ha riscontrato 6 fattori:

- despair (13 item, range: 13 - 65), scala che misura la componente emotiva del processo di elaborazione del lutto, caratterizzata da sentimenti di disperazione, tristezza e mancanza della persona amata;
- panic behavior (14 item, range: 14 - 70), dimensione che considera la componenete fisiologica, l'attivazione del sistema nervoso autonomo e la presenza di sintomatologia somatica (affaticamento, cefalea, gastrite, mal schiena);
- blame and anger (7 item, range: 7 - 35), variabile che esamina i sentimenti di rabbia, vendetta, amarezza e ostilitá;
- detachment (8 item, range: 8 - 40), scala che misura la tendenza del soggetto a evitare momenti di tenerezza e a rifiutare il contatto con gli altri;
- disorganization (8 item, range: 8 - 40), dimensione che misura la componente cognitiva in termini di difficoltá di concentrazione e di acquisizione di nuove informazioni, difficoltá di ricordare e di fare pervenire alla memoria ricordi familiari;
- personal growth (11 item, range: 11 - 55 ), variabile che considera la dimensione “spirituale” e di crescita personale dell'individuo (a seguito della perdita di una persona amata) come ad esempio, sentimenti di tolleranza verso sé e gli altri, compassione, premura e speranza nel rapporto con gli altri.

I punteggi delle dimensioni del questionario HGRC non possono essere ricondotti ad uno score totale e riportati come un punteggio unico.

Il calcolo del punteggio totale di ogni dimensione è dato dalla somma dei singoli item che compongono quella scala.

Le caratteristiche psicometriche relative alla consistenza interna e all'affidabilità test-retest sono buone<sup>12</sup>. La validità di costrutto del questionario è supportata dalle significative correlazioni con le dimensioni dei questionari Texas Revised Inventory of Grief (TRIG, Fachingbauner, 1981), Grief Experience Inventory (Sandler et al., 1985) e l'Impact of Event Scale (Horowitz et al., 1979). Altri studi hanno utilizzato il questionario HGRC e confermano i dati appena riportati relativi alla buona affidabilità e consistenza dello strumento (Kaunonen, et al., 2000; Laakso e Ilmonen, 2002; Gamino et al., 2000).

Vista la specificità delle aree di indagine dello strumento non è stata effettuata una validazione italiana del questionario. Il self-report è stato utilizzato nel presente studio, previa traduzione in lingua italiana. L'iter di traduzione seguito è lo stesso di quello applicato per il questionario ISEL, riportato nel capitolo 4 (paragrafo 4.4).

Oltre alla compilazione dei questionari, un ruolo importante è rappresentato dai colloqui clinici svolti tra terapeuta e genitore. Nel presente lavoro sono stati considerati principalmente i questionari. Tutte le informazioni cliniche, così come anche l'utilizzo di altro materiale testistico, sono stati utilizzati per:

- a) le restituzioni effettuate alle famiglie;
- b) avere un feedback immediato e complessivo del processo di elaborazione del lutto in ogni specifica situazione;
- c) osservare e monitorare da un punto di vista clinico le situazioni, qualora fosse stato necessario (come di fatto lo è stato) l'invio del caso ai servizi di età evolutiva.

### 5.3.2. Bambino

*Indicatori della capacità di adattamento sociale in età evolutiva* (Caprara, Pastorelli, Barbaranelli e Vallone, 1992).

---

<sup>12</sup> Coefficiente alpha di Cronbach: despair = .89, panic behaviour = .90, blame and anger = .79, detachment = .87, disorganization = .84 and personal growth = .82.  
Affidabilità test-retest: despair = .84, panic behaviour = .79, blame and anger = .56, detachment = .77, disorganization = .85 and personal growth = .81.

Questionario costituito da tre scale che rappresentano gli indicatori della capacità del bambino di stabilire buoni rapporti con il proprio ambiente sociale. Esse sono:

- instabilità emotiva (13 item): misura della tendenza a sperimentare stati di disagio, inappropriata, vulnerabilità, come espressione di una mancanza di autocontrollo a livello emotivo e comportamentale;
- aggressività (15 item): misura della propensione a compiere atti aggressivi di natura fisica (assalti, lotta) o verbale (insulto);
- comportamento prosociale (13 item): misura la propensione dei bambini a manifestare comportamenti di aiuto, a promuovere iniziative rivolte ad altri individui e a condividere esperienze proprie ed altrui.

Le scale sono state sviluppate in due versioni, una di autovalutazione per bambini di età non inferiore ai 7 anni (e non superiore agli 11) e una di eterovalutazione per genitori e/o insegnanti. Ad ogni scala sono presenti una serie di item di controllo (da non considerare per il computo del punteggio complessivo<sup>13</sup>) inseriti allo scopo di tenere sotto controllo fenomeni di response set e di acquiescenza.

Ogni item che appartiene alle scale viene valutato su una scala a tre punti (1 = mai, 2 = poche volte, 3 = tante volte). Per ogni scala il conteggio viene calcolato la somma delle risposte date dal soggetto agli item effettivi<sup>14</sup> (escludendo gli item di controllo). Il passo successivo è quello di trasformare il punteggio grezzo in ranghi percentili facendo riferimento ai dati ottenuti dalla popolazione esaminata in fase di standardizzazione.

I questionari utilizzati rappresentano la versione ridotta delle tre scale originali validate da Caprara e Laeng (1988) e successivamente da Caprara e Pastorelli (1989). Le caratteristiche psicometriche delle scale ridotte relative alla struttura fattoriale delle scale, agli indici di attendibilità e coerenza interna sono buone in entrambe le versioni (cfr. Caprara et al. 1992).

La validazione e l'utilizzo delle scale è avvenuto in ambito di ricerca, tuttavia le indicazioni acquisite ne raccomandano l'acquisizione anche in ambito applicativo, clinico ed educativo.

---

<sup>13</sup> Item di controllo. Autovalutazione: instabilità emotiva (2, 5, 8, 11, 14), aggressività (3, 5, 7, 10, 13), comportamento prosociale (2, 5, 7, 9, 12); eterovalutazione: instabilità emotiva (2, 5, 8, 11, 14), aggressività (3, 6, 8, 10, 12), comportamento prosociale (2, 5, 7, 9, 11).

<sup>14</sup> Range dei punteggi grezzi per ogni scala. Autovalutazione: instabilità emotiva (range 10 – 28), aggressività (range 9 – 27), comportamento prosociale (range 12 – 24); eterovalutazione; instabilità emotiva (range: 10 – 30), aggressività e comportamento prosociale (range 8 – 24).

*Test dell'ansia e depressione in infanzia e adolescenza* (Newcomer, Barenbaum e Bryant, 1994; Ianes, 1995).

Il questionario, ideato per essere utilizzato con bambini e adolescenti di età compresa fra i 6 e i 19 anni, misura una gamma di sintomatologie associate a depressione e ansia.

Esso è composto di tre scale:

- scala di autovalutazione per il bambino (scala A) contiene 22 item (11 misurano la depressione e i restanti l'ansia) su scala likert a 4 punti che indica la frequenza e la gravità di ogni item. La maggior parte degli item si riferisce a pensieri e sentimenti piuttosto che comportamenti. Il calcolo del punteggio grezzo della scala avviene sommando le risposte date dal soggetto, separatamente per ansia (range 11 – 44). I punteggi grezzi, mediante l'utilizzo delle tabelle presenti nel manuale (a cura di Ianes, 1995, pp. 70 – 72), vengono convertiti in punteggi standard e percentili, facilitando così il confronto fra soggetto e campione normativo;

- scale di valutazione per l'insegnante (scala I) contiene 20 item (13 misurano l'ansia e i restanti la depressione) e si avvale di una struttura dicotomica (vero/falso) per identificare la presenza o l'assenza di un atteggiamento. Tutti gli item della scala I sono relativi all'ambiente scolastico e si focalizzano su atteggiamenti e comportamenti correlati al processo di apprendimento.

Questa scala non è stata utilizzata nel presente lavoro.

- scala di valutazione per i genitori (scala G) contiene 28 item formulati in modo positivo o negativo e anch'essa presenta una struttura dicotomica (vero/falso). Questa scala presenta tre dimensioni: ansia (8 item), depressione (13 item) e disadattamento sociale (7 item). Gli item che costituiscono questa scala richiedono giudizi su atteggiamenti e comportamenti del bambino legati alla scuola e aspetti di natura più globale, legati alla vita del bambino. L'assegnazione dei punti per ottenere i punteggi grezzi della scala G si esegue attribuendo un punto agli item elencati di seguito:

- o item per la depressione (range 0 – 13): item a cui dare un punto

- risposta vera agli item: 5, 13, 15, 18, 19, 21, 23, 25, 28;

- risposta falsa: 4, 6, 8, 22;

- o item per l'ansia (range 0 – 8): item a cui dare un punto

risposta vera agli item: 2, 3, 7, 12, 14, 17, 20, 24;

o item per il disadattamento sociale (range 0 - 7): item a cui dare un punto

risposta vera agli item: 26;

risposta falsa agli item: 1, 9, 10, 11, 16, 27.

Le risposte che si riferiscono a ciascuna area vengono sommate per determinare il punteggio grezzo relativo a quell'area. La fase successiva é quella di convertire i punteggi grezzi in percentili e in punteggi standard (a cura di Ianes, 1995, pp. 70 – 72).

L'indicazione piú chiara e accurata della posizione di un soggetto nel TAD é fornita dai punteggi standard. Per ciascuna della tre scale del TAD, il punteggio medio é fissato a 100 e la deviazione standard a 15. le categorie di punteggi standard offrono quindi la possibilitá di interpretare e confrontare i risultati di ogni componente di ciascuna scala. Le categorie per l'interpretazione dei punteggi standard sono:

- da 145 in su = gravemente depresso/ansioso/socialmente disadattato;
- da 130 a 144 = mediamente depresso/ansioso/socialmente disadattato;
- da 115 a 129 = lievemente depresso/ansioso/socialmente disadattato;
- da 100 a 114 = livello non patologici, nella media;
- da 99 in giú = livelli di depressione/ansia/disadattamento sociale non patologici, al di sotto della media.

Le caratteristiche psicometriche dello strumento relative al potere discriminante delle scale, ai coefficienti di attendibilitá e coerenza interna delle scale sono buone. Lo stesso si puó affermare per i dati relativi alla validitá dello strumento (validitá di contenuto e di costruito) (a cura di Ianes, 1995).

*Children Behavior Check List (CBCL/6-18, Achenbach, 2001).*

La CBCL, parent-report ampiamente utilizzato, indaga un ampio spettro di caratteristiche del bambino, in riferimento a:

- a) le competenze e al coinvolgimento nelle attività (20 item): questa sezione consente di ottenere informazioni su: a) la quantitá e la qualitá della partecipazione al figlio a sport, hobby, giochi e attività, la quantitá e la qualitá dei lavoretti svolti e delle amicizie, b) la capacitá del figlio di andare d'accordo con gli altri, giocare e lavorare in autonomia, c) il funzionamento scolastico;

b) la presenza di problematiche emotive e comportamentali (118 item). Gli item relativi a questa sezione vengono raggruppati in 8 scale sindromiche:

- a. ansia e depressione: valuta la presenza di sintomi di tipo depressivo, come ad esempio tristezza, nervosismo, solitudine, bassa autostima, sensazione di non essere amati, etc.;
- b. ritiro e depressione: valuta la chiusura sociale, la tendenza ad isolarsi, la timidezza e la riservatezza;
- c. lamentele somatiche: valuta la tendenza ad esprimere ansia e preoccupazione attraverso disturbi fisici come ad es. nausea, mal di stomaco, mal di testa, etc.;
- d. problemi sociali: valuta la difficoltà nelle relazioni coi coetanei, come ad es. l'essere presi in giro, e il non andare d'accordo con i pari;
- e. problemi di pensiero: valuta la presenza di pensieri e percezioni che non trovano riscontro nella realtà;
- f. problemi di attenzione: valuta la difficoltà a mantenere la concentrazione e la tendenza a comportamenti iperattivi, quali impulsività, nervosismo ed irrequietezza motoria;
- g. comportamento di trasgressione delle regole: valuta la tendenza ad assumere comportamenti di tipo delinquenziale quali rubare, mentire, appiccare fuochi e fare uso di alcool e droghe;
- h. comportamenti aggressivi: valuta la presenza di comportamenti aggressivi, provocatori e distruttivi nei confronti di persone o cose.

Il punteggio di ogni scala é dato dalla somma di item che la compongono (cfr. foglio di scoring).

Oltre alla scale sindromiche é possibile valutare il comportamento del bambino considerando le scale di :

- a) *internalizzazione* che comprende le scale come *Ritiro*, *Lamentele Somatiche*, *Ansia/Depressione*;
- b) *esternalizzazione* che include le scale sindromiche definite come *Comportamento Delinquenziale* e *Comportamento Aggressivo*;
- c) *totale* che comprende tutti gli item che compongono le diverse scale.

Nella versione piú aggiornata del questionario (Achenbach, 2001), l'autore valuta il comportamento attraverso sei scale che si basano sulla classificazione del DSM-IV, seguendo per tanto un approccio categoriale. Esse sono:

- a) problemi affettivi: distimia e depressione maggiore;
- b) problemi d'ansia: ansia generalizzata, ansia di separazione e fobie;
- c) problemi somatici: somatizzazioni e disturbi somatoformi;
- d) problemi di attenzione e iperattività;
- e) problemi oppositivi provocatori;
- f) problemi della condotta.

La somministrazione del questionario CBCL consente di ottenere un profilo delle competenze del bambino, delle scale sindromiche, delle scale (internalizzanti, esternalizzanti) e generali e delle scale DSM-oriented.

Nel foglio di scoring vengono riportati i punteggi grezzi, i punti T e i percentili specifici per genere e fascia di età, così come i range ed i cut-off clinici, borderline e normativi rispetto alle dimensioni considerate.

È uno strumento con buone proprietà psicometriche, attendibilità test-retest, stabilità nel tempo, validità ed accuratezza nel distinguere tra campioni clinici e non-clinici di popolazione.

*Separation Anxiety Test* (SAT, Klagsbrum e Bowlby, 1976; Attili, 2001).

Test semi-proiettivo, costituito da due set 6 di vignette (uno per ogni sesso), rappresenta situazioni in cui un bambino (o una bambina) è lontano dai genitori o si sta separando da essi per un periodo di tempo piú (separazioni severe) o meno lungo (situazioni moderate-tranquille). La consegna è standard, riportata qui di seguito:

*“Vorrei che tu mi aiutassi a capire cosa provano i bambini quando qualche volta i genitori devono andare via e devono lasciarli soli per un pó di tempo. In genere alcuni bambini si sentono soli, altri sono comunque contenti, altri si arrabbiano, altri hanno paura. Ho qui dei disegni in cui c'è un bambino/a della tua età, e ora ti farò delle domande”* (Attili, 2001, pp. 48). Una volta compresa la consegna, vengono illustrate al bambino le tavole con le vignette una alla volta; lo sperimentatore descrive in maniera chiara cosa è rappresentato in ognuna di esse (cfr. Attili, 2001, pp. 48). Successivamente vengono poste quattro domande:

a) *secondo te cosa prova questo bambino/a?*

Questa domanda permette di conoscere le emozioni collegate allo stress prodotto dalla separazione;

b) *perché pensi che questo bambino/a provi questo?*

Domanda aggiunta che facilita la codifica della prima;

c) *che cosa pensi che faccia, ora, questo bambino/a?*

Questa domanda fornisce informazioni sulle modalità attraverso le quali l'individuo pensa di affrontare una situazione potenzialmente ansiogena

d) *secondo te cosa farà questo bambino:*

a. *quando rivedrà la madre/genitori (tav. 1, 2, 3, 5);*

b. *quando si riavvicina ai genitori (tav. 4);*

c. *se la madre decidesse di rimanere nella stanza (tav. 6).*

Domanda inserita nella versione italiana; essa ha un rilievo essenzialmente clinico e descrittivo.

Le risposte, audioregistrate e trascritte su una scheda di risposta apposita (Attili, 2001, allegato 1), vengono codificate secondo due livelli: a) reazioni emotive, b) azioni.

Le risposte dei bambini, che danno conto delle loro reazioni emotive, vengono inizialmente classificate in 17 categorie: 1. solitudine, 2. benessere, 3. rifiuto, 4. rimprovero per se stesso, 5. rabbia, 6. colpevolizzazione di altri, 7. benessere, 8. incredulità, 9. evitamento, 10. evasione, 11. paura generalizzata/ansia, 12. reazione somatica, 13. fame, 14. paura di catastrofi/paura irrazionale, 15. preoccupazione inversa, 16. risposte bizzarre, 17. risposte confuse. Per fare questo vengono considerate le prime tre domande che hanno a che fare con: - le emozioni (cosa prova il bambino?), - la giustificazione dell'emozione (perché pensi che il bambino provi questo?), - il modo di affrontare la situazione (cosa fa ora il bambino?). Queste categorie vengono successivamente raggruppate in 8 classi derivate dalle teoria dell'attaccamento: I) attaccamento, II) mancanza di autostima, III) ostilità, IV) fidarsi di se stesso, V) evitamento, VI) ansia, VII) ansia incontrollabile/angoscia, VIII) confusione, a cui è possibile dare un punteggio da -2 a +2 (cfr. Tavola sinottica, pp. 72-73, Attili, 2001) in rapporto alla tipologia di separazione (severa vs. moderata).

Relativamente alle azioni (domanda 4: secondo te che cosa farà questo bambino?) le risposte vengono considerate in relazione al modo in cui viene affrontata la separazione,

in accordo alle seguenti categorie: 1) attività appropriate, 2) attività di controllo, 3) attività inappropriate, 3i) pessimismo irrealistico, 3ii) ottimismo irrealistico, 3iii) evitamento, 3iv) mancanza di azione, 4v) pessimismo catastrofico (cfr. Tavola sinottica, pp. 75-76, Attili, 2001).

La classificazione del modello mentale dell'attaccamento si può basare su:

- a) il calcolo di un punteggio globale costituito dalla somma dei punteggi ottenuti a ciascuna risposta; nello specifico:

Pattern di attaccamento	Punteggio
Sicuro (B)	+ 4 → oltre
Insicuro – ansioso ambivalente (C)	+ 3 ↔ + 1
Insicuro – ansioso evitante (A)	0 ↔ - 2
A rischio, disorganizzato (D) o A/C o Confuso (Co)	- 3 → oltre

Tabella 15. IWM basati sul punteggio globale delle risposte.

- b) l'individuazione delle classi preponderanti nel totale delle risposte. Si rimanda al testo di Attili (2001) per l'esplicitazione di questo aspetto.

Nel presente studio é stato adottato come criterio di codifica il calcolo dei punteggi globali, punto a).

Indipendentemente dalla tipologia di codifica, l'ipotesi di base é che:

- un bambino con attaccamento di tipo sicuro dovrebbe sentirsi a proprio agio o appena triste in situazioni in cui la separazione é di breve durata (tav. 2, 4, 6); in situazioni in cui si prospettano assenze prolungate (tav. 1, 3, 5) il bambino dovrebbe essere in grado di esprimere sentimenti negativi e le preoccupazioni (paura, tristezza, solitudine) in quanto dovrebbe aver sperimentato nella madre una figura protettiva capace di accogliere queste preoccupazioni e rispondere in maniera supportiva. Ci si aspetta inoltre che un bambino con attaccamento sicuro sia capace di affrontare lo stress da separazione mettendo in atto azioni appropriate, ovvero dovrebbe essere in grado di padroneggiare la situazioni da solo, senza ricorrere all'aiuto dell'adulto.
- un bambino con attaccamento insicuro-ambivalente rivela una mancanza di autostima ed esprime sentimenti di ostilità, ansia o preoccupazione, seguiti da incapacità di affrontare la situazione anche di fronte a separazioni brevi, mostrando un pessimismo irrealistico, attività di controllo e mancanza d'azione;

- un bambino con attaccamento insicuro-evitante può rispondere con un eccesso di fiducia in se stesso anche nelle situazioni in cui la separazione si prospetta di lunga durata o che si rifiuti del tutto di parlare della separazione, adottando risposte pseudomature, basate su un ottimismo irrealistico o su un evitamento della realtà e mancanza di azione.

Risposte di ansia incontrollabile, pessimismo catastrofico dovrebbero caratterizzare i bambini disorganizzati (D); mentre la presenza di confusione, evitamento della realtà e mancanza di azione dovrebbero caratterizzare gli attaccamenti confusi (Co).

*Attachment Story Completion Task* (Bretherton, Ridgeway, Cassidy 1990, Fava Vizziello et al., 1994; Fava Vizziello et al., 1997; Calvo, 1999; Simonelli e Rollo, 2002; Simonelli e Felicetti, 2004).

L'Asct è test che valuta la dimensione rappresentazione dei legami di attaccamento (Bretherton et al., 1990). La nuova versione multimediale, testata su campione normativo (Simonelli et al., in press) è costituita da 8 storie (e una di familiarizzazione) che scorrono sul computer accompagnate da una voce narrante, che racconta quello che succede nella storia. Le situazioni considerate sono ritenute salienti rispetto all'attivazione del sistema delle rappresentazioni di attaccamento del bambino: *Il succo versato* (disobbedienza alle figure di attaccamento), *Il ginocchio sbucciato* e *La malattia* (condizioni di malessere-malattia fisica del bambino), *Il Pianto* e *Il brutto sogno* (condizioni di malessere psicologico del bambino), *Il vicino di casa* (condizioni di pericolo), *Il viaggio* e *Il ritorno* (condizioni di separazione e ricongiungimento). Al bambino viene chiesto di ascoltare e rispondere alle domande, completandole a suo piacimento. Le domande che vengono poste al bambino sono 4 standard per ciascuna storia (Cosa succede adesso? Come si sente il protagonista? Come si sentono i suoi genitori per quello che è successo? Succede qualcos'altro?). La codifica utilizzata è quella di Simonelli e Felicetti (2004) che considera un'ampia serie di variabili derivata da attente considerazioni fatte sullo strumento Attachment Adult Interview (AAI). Nel presente lavoro verranno considerate le seguenti variabili che si riferiscono sia al piano dei comportamenti (a, b, c) che agli affetti (d, e, f, g)

- a) attività del protagonista della storia (2 variabili);
- b) attività delle figure di riferimento (3 variabili);

- c) modulazione del comportamento delle figure di riferimento (3 variabili);
- d) sicurezza percepita (13 variabili) e insicurezza percepita (13 variabili);
- e) madre come base sicura (1 variabile);
- f) padre come base sicura (1 variabile);
- g) altre figure come basi sicure (1 variabile);
- h) affetti positivi congruenti.

Queste variabili sono state prese in considerazione facendo riferimento 4 quattro aspetti:

1. *figure di riferimento* (madre, padre o altro). Si intende il numero di volte (frequenze) che il bambino nel corso della narrazione fa riferimento alla madre, al padre oppure ad un'altra figura di riferimento (es. fratello, nonni) in situazioni di pericolo;
2. *attività*. Si intende l'insieme di azioni che il protagonista o le figure di riferimento compiono nelle storie, sia in termini attivi che passivi;
3. *affetti*. Capacità del soggetto di esprimere affetti positivi di natura congruente in rapporto alle situazioni narrate;
4. *sicurezza*. Variabile ricavata dalla differenza fra le esperienze positive (amorevolezza, protezione, punizione congruente) e quelle negative (rifiuto, trascuratezza, punizione incongruente).

#### 5.4. Risultati

Le analisi preliminari relative alla consistenza interna dei questionari utilizzati (alpha di Cronbach) non sono state effettuate vista l'esigua numerosità del campione.

##### ***Analisi statistiche***

La maggior parte delle analisi è stata effettuata con il pacchetto statistico SPSS versione 17.0. Le variabili esaminate sono state messe a confronto attraverso test non parametrici quali Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Friedman. Inoltre per verificare la "forza" della relazione fra le variabili, è stato calcolato l'*effect size* (coefficiente *d*, Cohen, 1988), misura standard per indicare differenze standardizzata fra due medie<sup>15</sup>.

##### 5.4.1. Obiettivo 1

---

<sup>15</sup> L'interpretazione dell'*effect size* è la seguente: small effect ( $d = .2 - .3$ ), medium effect ( $d = .5$ ), large effect ( $d > .8$ ). Maggiore è l'*effect size*, maggiore è la forza della relazione fra le due variabili studiate.

Il primo obiettivo ha riguardato l'osservazione dei questionari compilati dal genitore relativi a: a) le manifestazioni reattive alla perdita (Hogan Grief Reaction Check List, HGRC), b) il livello di supporto sociale percepito dal genitore (Interpersonal Support Evaluation List, ISEL). Per verificare tali aspetti, si è proceduto in tre steps:

- analisi descrittive dei questionari considerati (t1 = due mesi dopo la perdita, t2 = quattro mesi dopo, t3 = un anno dopo);
- osservazioni dei punteggi ottenuti nel corso del tempo, attraverso il test di Friedman;
- confronto dei punteggi ottenuti con altri studi (Yldirim, 2003, Moretti, 2010).

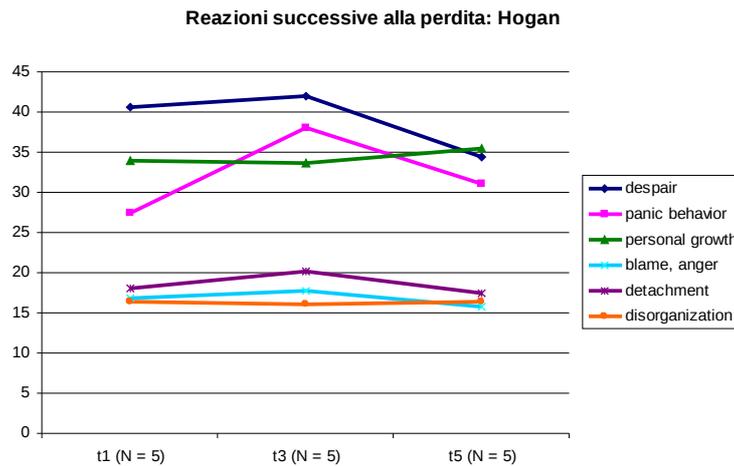
**a) Osservare le reazioni successive alla perdita nel genitore nell'anno successivo.**

Come prima cosa sono state effettuate le analisi descrittive dei punteggi ottenuti dal questionario compilato dai genitori nei tre tempi indicati. In tabella 16, sono riportati i risultati relativi alle variabili esaminate dal questionario Hogan Grief Reaction Check List.

Analisi descrittive del questionario HGRC in t1, t3, t5						
	despair	panic behavior	personal growth	blame, anger	detachment	disorganization
t1 (N = 10)	38.5	29.5	34.9	15.7	16.2	14.3
t3 (N = 7)	37.7	34.7	36.0	16.6	17.7	14.7
t5 (N = 5)	34.4	31.0	35.4	15.8	17.4	16.4

Tabella 16. Hogan Grief Reaction Check List: analisi descrittive.

Come è possibile osservare, i punteggi sembrano rimanere stabili nel corso del tempo. Per verificare tale assunzione, è stato applicato il test di Friedman (N = 5).



Despair:  $\chi^2(2) = 2.8, p = .25$   
Panic Behavior:  $\chi^2(2) = .20, p = .37$   
Personal Growth:  $\chi^2(2) = .40, p = .82$   
Blame and Anger:  $\chi^2(2) = .78, p = .68$   
Detachment:  $\chi^2(2) = .32, p = .85$   
Disorganization:  $\chi^2(2) = .44, p = .80$

Grafico 17. Reazioni successive alla perdita: test di Friedman.

Il confronto fra le medie non é risultato significativo, confermando quanto ipotizzato. Le manifestazioni emotive e comportamentali che il partner manifesta sembrano essere stabili nel primo anno successivo alla perdita.

Per contestualizzare ulteriormente i risultati emersi, é stato effettuato un confronto fra questi dati e quelli del lavoro di Yldirim (2003), mediante T-test per campioni indipendenti (vedi grafico 18). In quest'ultimo studio, i ricercatori hanno somministrato il questionario ad un campione (N = 55) di genitori in lutto (età media = 29.66, SD = 6.24) per la morte del figlio (età media = 5.43, SD = 4.20) a distanza di 11 mesi dal decesso (SD = 4.90).

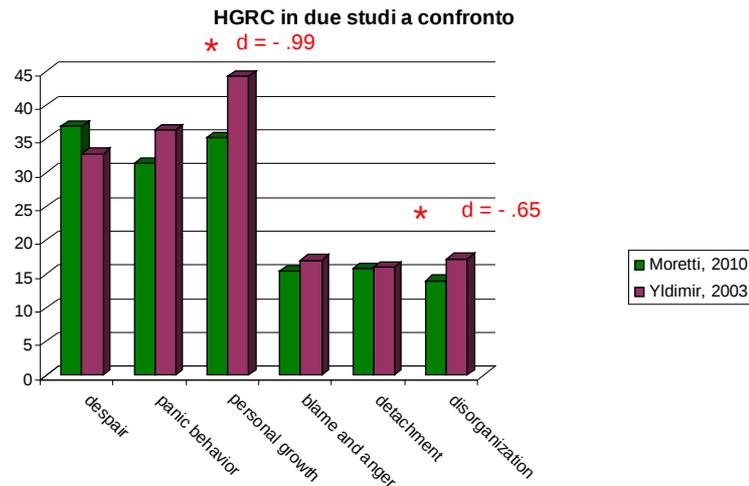


Grafico 18. Reazioni successive alla perdita: due studi a confronto.

Il T-test è risultato significativo per la dimensione personal growth ( $t = -2.75$ ,  $p = .007$ ). Se si considerano le differenze fra i gruppi misurando la dimensione dell'effetto (*Cohen's d*) due sono i valori da tenere in considerazione: personal growth ( $d = -.99$ ) e disorganization ( $d = -.65$ ).

In entrambi i casi, i punteggi più elevati sono emersi nel campione dei genitori in lutto; queste differenze possono essere anche spiegate in virtù del fatto che le tipologie di perdita (partner vs. figlio) considerate sono decisamente diverse e che per tali ragioni si manifestino reazioni differenti.

#### **b) Indagare il livello di supporto sociale percepito**

Come prima cosa sono state effettuate le analisi descrittive dei punteggi ottenuti dal questionario compilato dai genitori nei tre tempi indicati. In tabella 17, sono riportate le statistiche descrittive relative alle variabili esaminate dal questionario Interpersonal Support Evaluation List.

	Informativo	Strumentale	Emotivo	Affiliativo	Totale
t1 (N = 10)	22,80	24,90	21,50	23,30	92,50
t3 (N = 7)	19,71	24,43	20,29	21,71	86,14
t5 (N = 5)	20,00	25,20	23,00	21,40	89,60

Tabella 17. Supporto sociale percepito: analisi descrittive.

Come é possibile osservare, i punteggi non sembrano variare sostanzialmente nel corso del tempo in nessuna delle dimensioni considerate. Per verificare tale assunzione, é stato applicato il test di Friedman (N = 5).

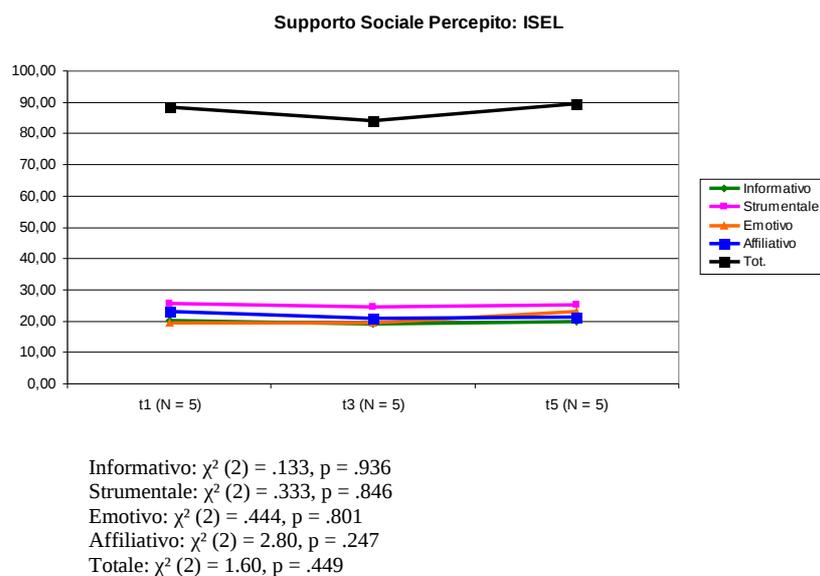


Grafico 19. Supporto sociale percepito: test di Friedman.

Il confronto fra le medie non é risultato significativo, confermando quanto ipotizzato. Il supporto sociale percepito sembra rimanere stabile nel primo anno successivo alla perdita.

Per contestualizzare ulteriormente i risultati emersi, é stato effettuato un confronto fra questi dati e quelli emersi dallo studio di validazione del questionario ISEL,

mediante T-test per campioni indipendenti (per le caratteristiche del campione si rimanda al capitolo precedente).

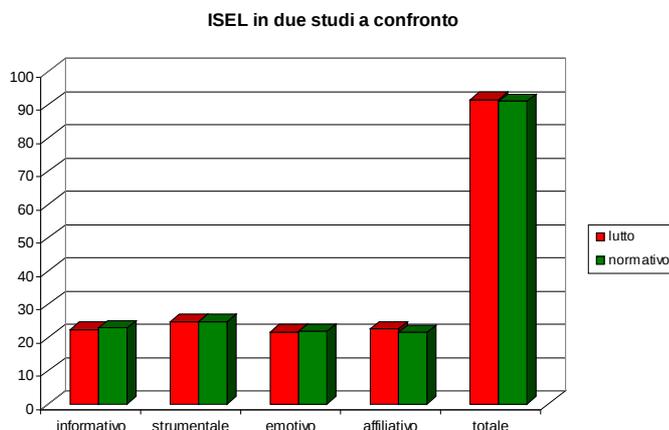


Grafico 20. Supporto sociale percepito: due studi a confronto.

Il T-test non è risultato significativo in nessuna delle dimensioni considerate ( $t = 4.18$ ,  $p = .000$ ). L'effect size risultato da questi confronti è piccolo, o non significativo. Per queste ragioni non è stato preso in considerazione.

La percezione del supporto sociale non sembra essere differente nei due campioni esaminati.

#### 5.4.2. Obiettivo 2

Il secondo obiettivo ha riguardato l'osservazione dei questionari compilati dal genitore e dai bambini relativi alle reazioni del piccolo. Nello specifico sono state considerate le seguenti aree: a) presenza/assenza di sintomatologia nell'anno successivo alla perdita, mediante due questionari (Test ansia e depressione, TAD, Children Behavior Check List, CBCL), b) grado di adattamento/disadattamento sociale (Indicatori delle capacità di adattamento sociale in età evolutiva), c) l'organizzazione e la qualità dell'attaccamento a seguito della perdita traumatica di un genitore, attraverso la somministrazione dell'Attachment Story Completion Task (ASCT) e il Separation Anxiety Test (SAT).

**a) Investigare la presenza/assenza di sintomatologia nell'anno successivo alla perdita.**

Per verificare questo obiettivo relativo alla presenza/assenza di sintomatologia clinica nel bambino si è proceduto in due steps:

- analisi del questionario TAD, relativo alla ansia e alla depressione nel bambino, comprensivo di auto ed etero valutazione;
- osservazione dei punteggi ottenuti al questionario CBCL.

#### *Ansia e depressione nel bambino: TAD*

I risultati ottenuti vengono presentati come segue:

- analisi descrittive dei punteggi del questionario (t1 = due mesi dopo la perdita, t4 = nove mesi dopo) e considerazione in rapporto al cut-off clinico;
- osservazioni dei punteggi ottenuti nel corso del tempo, attraverso il test di Wilcoxon;
- confronto dei valori di parent- e child-report.

#### *Analisi descrittive e considerazioni in rapporto al cut-off clinico dei punteggi (TAD).*

In tabella 18, sono riportate le statistiche descrittive relative alle variabili esaminate dal questionario TAD.

Analisi descrittive del questionario TAD in t1, t4					
	Ansia		Depressione		Disadattamento sociale
	b.	g.	b.	g.	g.
t1 (N = 12)	101.1 7	110.8 3	97.5 0	110.0 0	104.58
t4 (N = 7)	98.33	108.5 7	93.3 3	108.5 7	105.00

b. = child report  
g. = parent report

Tabella 18. Test dell'ansia e della depressione: analisi descrittive.

L'interpretazione dei punteggi riportati si basa sui valori di  $X = 100$  e  $SD = 15$ , in tal senso, tutti i valori che si discostano per eccesso o per difetto di una deviazione standard sono da prendere in considerazione.

I punteggi riportati dai bambini nei due tempi sono da considerarsi nella media; lo stesso può essere detto per i genitori.

Considerando singolarmente i punteggi dei questionari in rapporto al cut-off di riferimento, è possibile osservare come alcuni bambini riportino valori clinici (vedi tabella 19).

Cut-off clinici TAD in t1, t4					
	Ansia		Depressione		Disadattamento sociale
	b.	g.	b.	g.	g.
t1 (N = 12)	5 <sub>1</sub>	7	6	5	4
t4 (N = 7)	4	4	5	2	0

b. = child report  
g. = parent report

<sup>1</sup> numero di bambini che superano il cut-off clinico

Tabella 19. Numero di bambini che superano il cut-off clinico del TAD in t1 e t4.

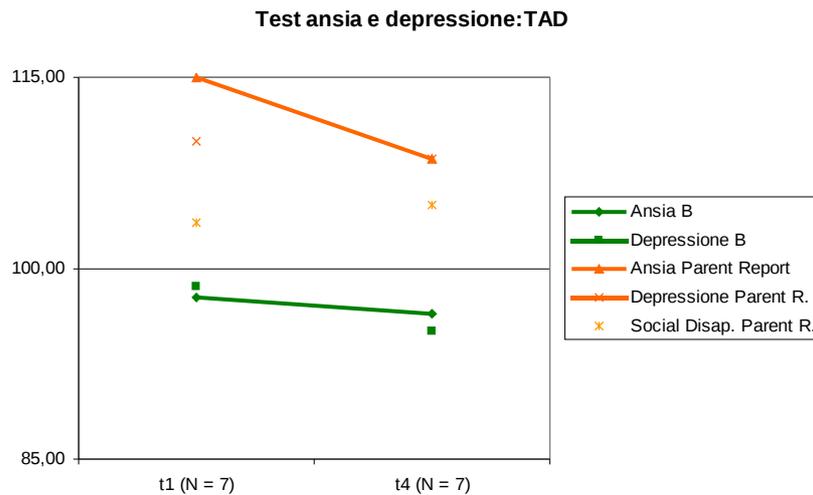
Nello specifico, il superamento del cut-off clinico in entrambe le dimensioni (ansia e depressione) si è verificato come segue:

- in t1:
  - o 2 bambini nel child-report e 5 bambini nel parent-report;
- in t4:
  - o 1 bambino sia nel child- che nel parent-report.

Due sono i bambini che in t1 superano il cut-off clinico di tutte e tre le dimensioni.

*Osservazioni dei punteggi nel corso del tempo (TAD).*

Per verificare eventuali differenze fra la presenza di sintomatologia ansiosa e depressiva in t1 e t4, è stato applicato il test di Wilcoxon (vedi grafico 21).



Ansia bambino:  $Z = -.593$ ,  $p = .553$   
 Ansia parent-report:  $Z = -1.583$ ,  $p = .124$   
 Depressione bambino:  $Z = -.543$ ,  $p = .587$   
 Depressione parent-report:  $Z = -.408$ ,  $p = .683$   
 Disadattamento sociale parent-report:  $Z = -.408$ ,  $p = .683$

Grafico 21. Test dell'ansia e della depressione: test di Wilcoxon (N = 7).

Il test non è risultato significativo: i punteggi non variano in maniera consistente da t1 a t4. Questo può essere attribuito a due aspetti: a) il gruppo si distribuisce con punteggi attorno alla media sia nella prima che nella seconda valutazione; b) la scarsa numerosità campionaria riduce la variabilità dei dati.

*Confronto dei punteggi ottenuti nel child- e parent-report.*

Per confrontare eventuali differenze nei punteggi ottenuti dal questionario nelle due versioni, rispettivamente child- e parent-report, è stato applicato il test di Wilcoxon in t1 e in t4 (N = 7).

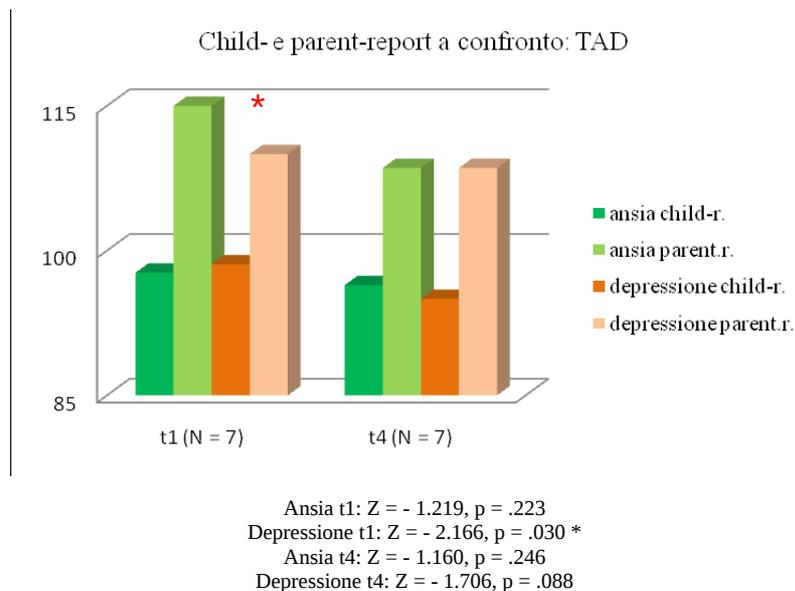


Grafico 22. Test dell'ansia e della depressione: test di Wilcoxon (N = 7).

A livello qualitativo, è possibile osservare dal grafico che in tutti i casi il genitore sovrastima la presenza di sintomatologia ansiosa e/o depressiva nel bambino. Tale differenza è risultata essere significativa solo per la variabile depressione osservata al distanza di due mesi dalla perdita.

#### *Children Behavior Checklist*

I risultati ottenuti vengono presentati come segue:

- analisi descrittive dei punteggi del questionario (t2 = quattro mesi dopo la perdita, t4 = nove mesi dopo) e considerazione in rapporto al cut-off clinico;
- osservazioni dei punteggi ottenuti nel corso del tempo, attraverso il test di Wilcoxon.

#### *Analisi descrittive e considerazioni in rapporto al cut-off clinico dei punteggi (CBCL).*

In tabella 20, sono riportate le statistiche descrittive relative alle variabili esaminate dal questionario CBCL.

Analisi descrittive del questionario CBCL in t2, t4		
	t2	t4
	(N = 16)	(N = 8)
Internalizing	58.38	51.75
Externalizing	55.94	56.13
CBCL	59.00	56.75
Affective	60.56	58.00
Anxiety	58.25	55.13
Somatic	56.00	53.13
ADHD	58.81	59.50
Oppositional	56.88	58.25
Conduct	58.94	58.00

Tabella 20. Children Behavior Check List: analisi descrittive.

L'interpretazione dei punteggi riportati viene effettuata considerando il valore di cut-off pari a 65 (borderline clinical range); in tal senso, tutti i valori che superano la soglia di 65 sono da considerare "a rischio".

I punteggi riportati dai bambini nei due tempi sono al di sotto del valore clinico.

Considerando singolarmente i punteggi dei questionari in rapporto al cut-off di riferimento, è possibile osservare come alcuni bambini riportino valori clinici (vedi tabella 21). Relativamente alle scale principali, quindi problemi internalizzanti, esternalizzanti e punteggio totale, in t2, 8 bambini hanno valori clinici in almeno una delle tre scale; in t4, invece, solo 2 bambini rimangono nel range clinico in almeno una delle dimensioni considerate. Si assiste fra t2 e t4, quindi nel corso del primo anno successivo alla perdita, all'insorgenza e ad un successivo decremento della sintomatologia clinica nel bambino. Lo stesso andamento può essere rilevato nelle scale DSM-oriented, come riportato in tabella 21.

Cut-off clinici CBCL in t2, t4		
	t2	t4
	(N = 16)	(N = 8)
Internalizing	5 <sup>1</sup>	1
Externalizing	6	2
CBCL	8	2
Affective	4	1
Anxiety	3	1
Somatic	2	0
ADHD	3	2
Oppositional	2	1
Conduct	3	1

<sup>1</sup> numero di bambini che superano il cut-off clinico

Tabella 21. Numero di bambini che superano il cut-off clinico del CBCL in t2 e t4.

*Osservazioni dei punteggi nel corso del tempo (CBCL).*

Per verificare eventuali differenze fra la presenza di sintomatologia in t2 e t4, è stato applicato il test di Wilcoxon (vedi grafico 23).

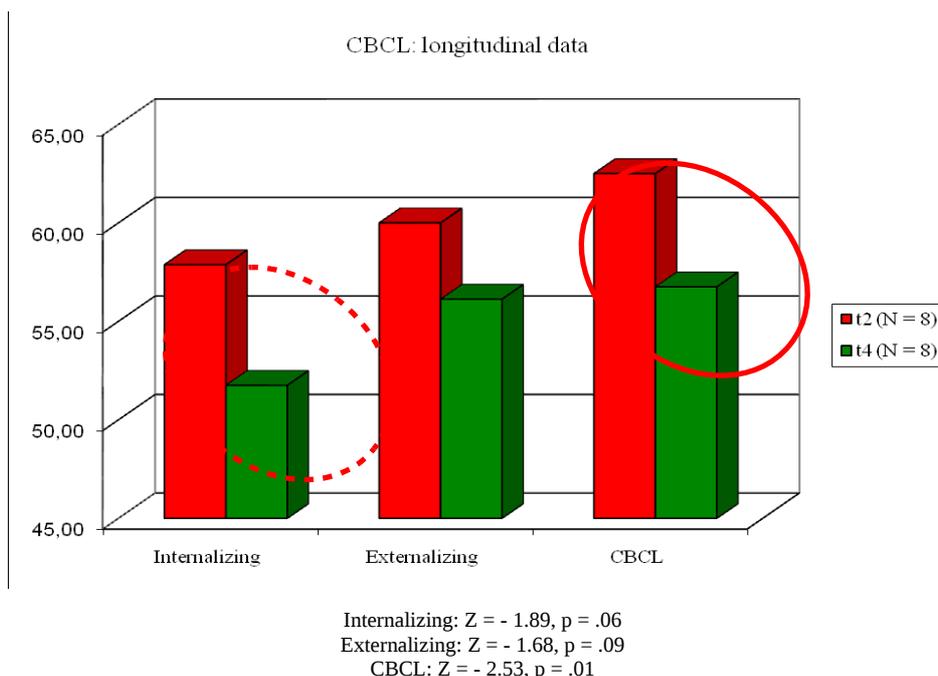


Grafico 23. CBCL: test di Wilcoxon (N = 8).

Dall'osservazione qualitativa del grafico, è possibile osservare che i valori diminuiscono nel corso del tempo in tutte e tre le dimensioni considerate. Il test di Wilcoxon è risultato significativo per il punteggio totale del questionario CBCL ( $Z = -2.53, p = .01$ ). Questi dati confermano quanto espresso precedentemente: nel corso del primo anno, il bambino mostra una serie di sintomi, di natura esternalizzante e/o internalizzante, che tendono ad attenuarsi nel tempo.

I dati, anche se non significativi, fanno ipotizzare al fatto che i sintomi esternalizzanti sono e rimangono i comportamenti più frequenti nel bambino a distanza di un anno.

### **b) Indagare il grado di disadattamento/adattamento sociale**

Per verificare questo obiettivo relativo al grado di adattamento sociale del bambino, si è proceduto in quattro steps:

- analisi descrittiva dei punteggi del questionario, comprensiva di auto ed etero valutazione;
- confronto dei punteggi ottenuti nel corso del tempo (t2 = quattro mesi dopo la morte, t5 = un anno dopo), attraverso il test di Wilcoxon;
- confronto dei valori di parent- e child-report;

- confronti dei punteggi ottenuti con quelli del gruppo normativo (Caprara et al., 1992).

*Analisi descrittive dei punteggi del questionario relativo al grado di adattamento/disadattamento del bambino.*

Come primo step sono stati considerati i punteggi attribuiti dai bambini e genitore del campione relativamente al grado di adattamento sociale, rispettivamente a 4 mesi e a 12 mesi dopo la perdita (vedi tabella 22).

Analisi descrittive del questionario			
sull'adattamento sociale in t2 e t5			
		t2 (N = 9)	t5 (N = 4)
Instabilità emotiva	bambino	21,44	19,50
	genitore	23,44	24,75
Comportamento prosociale	bambino	20,44	21,75
	genitore	19,33	21,00
Aggressività fisica/verbale	bambino	16,00	14,00
	genitore	20,44	18,75

Tabella 22. Children Behavior Check List: analisi descrittive.

Come riportato in tabella, i punteggi che il bambino attribuisce rispetto a sé sono leggermente inferiori rispetto a quelli del genitore. L'adulto percepisce il bambino come più aggressivo ed emotivamente instabile rispetto a quanto attribuito dal bambino a se stesso.

*Osservazione dei punteggi nel corso del tempo.*

Per verificare la stabilità delle variabili oggetto di studio nel corso del primo anno successivo alla perdita, è stato applicato il test di Wilcoxon (vedi grafici 24 e 25).

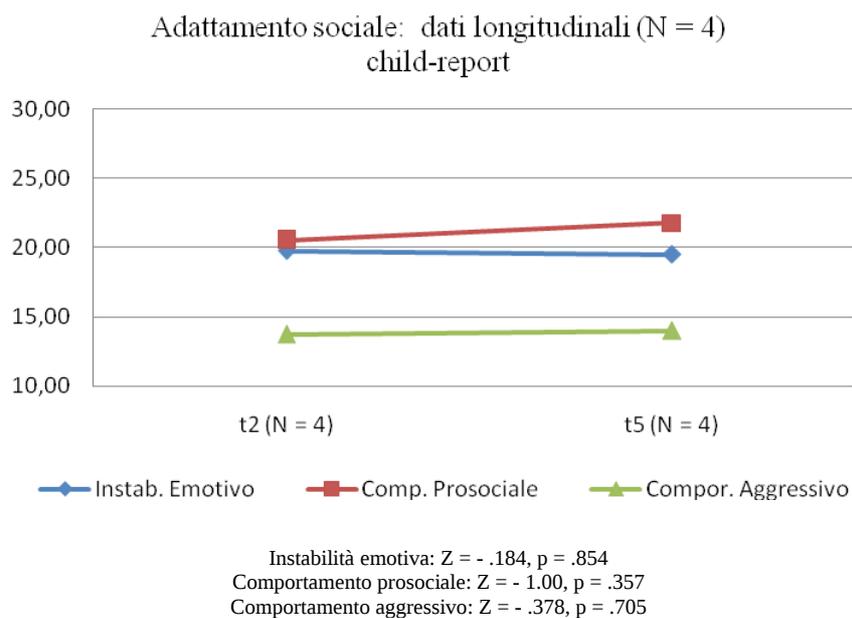


Grafico 24. Adattamento sociale, child-report: test di Wilcoxon (N = 4).

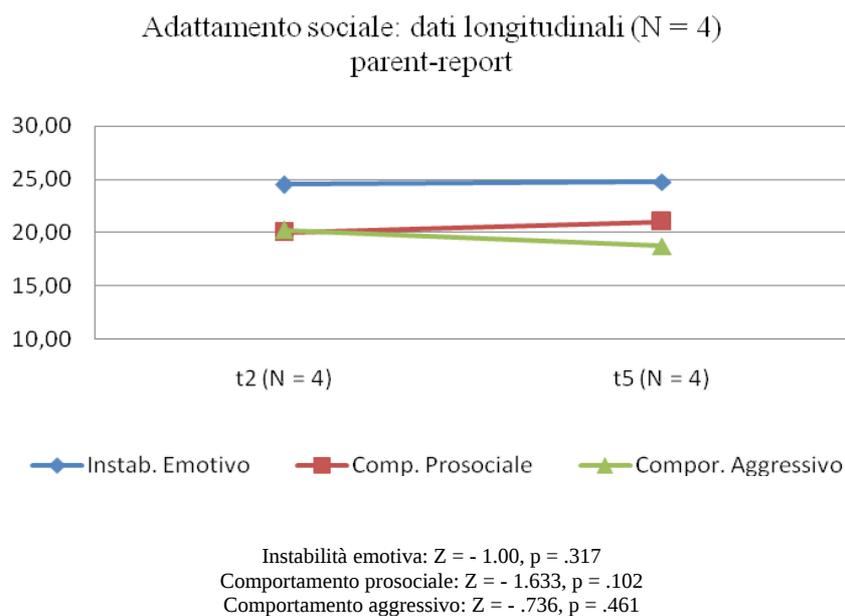


Grafico 25. Adattamento sociale, parent-report: test di Wilcoxon (N = 4).

In nessuna delle due versioni sono state riportate differenze significative. Le percezioni dei bambini e degli adulti, relativamente a comportamenti aggressivi, di instabilità emotiva e comportamenti prosociali, rimangono stabili nel corso del primo anno successivo alla perdita.

*Confronto dei punteggi ottenuti nel child- e parent-report.*

Per confrontare eventuali differenze nei punteggi ottenuti dal questionario nelle due versioni, rispettivamente child- e parent-report, è stato applicato il test di Wilcoxon in t2 (N = 9) e in t5 (N = 4).

L'unico risultato significativo è emerso nella variabile aggressività fisica e verbale (t2: -2.316, p = .021), nella valutazione effettuata 4 mesi dopo la perdita. Lo stesso risultato, tuttavia tendente alla significatività, è emerso anche in t5 (Z = -1.890, p = .059). In entrambi i casi, il genitore sovrastima, rispetto al figlio, i comportamenti di aggressività sia fisica che verbale.

*Confronti dei punteggi ottenuti con quelli del gruppo normativo (Caprara et al., 1992).*

Per contestualizzare ulteriormente i risultati emersi, è stato effettuato un confronto fra questi dati e quelli emersi dallo studio di validazione del questionario (Caprara et al., 1992), mediante T-test per campioni indipendenti (vedi grafico 26).

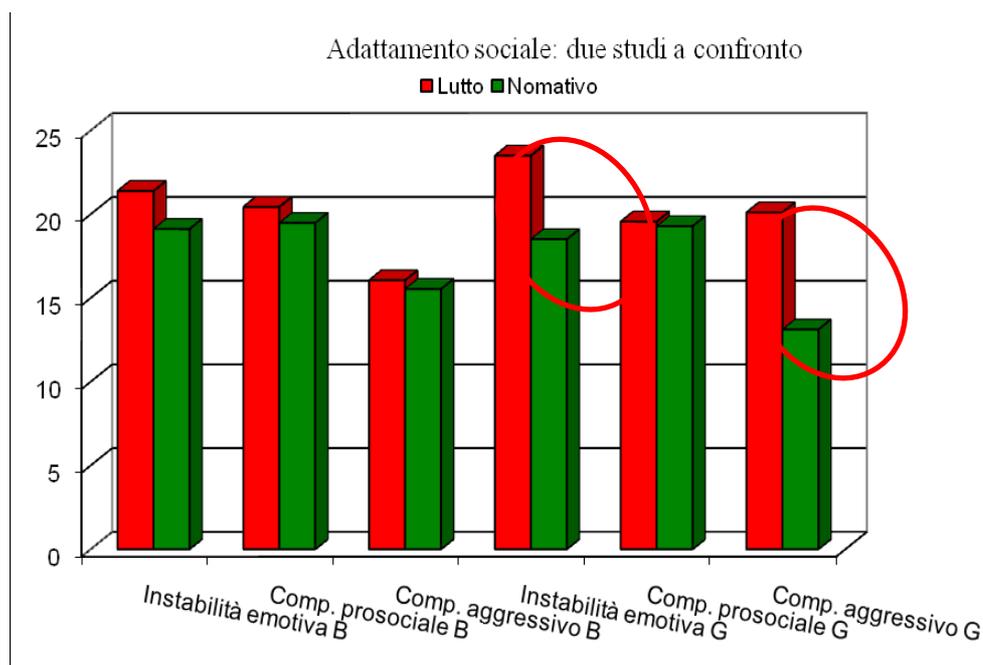


Grafico 26. Adattamento sociale: due studi a confronto.

Il test è risultato significativo per le variabili instabilità emotiva (Z = 2,50, p = .013) e comportamenti aggressivi (Z = 4.16, p = .000) valutati dal genitore. In entrambi i casi, l'adulto in lutto riporta una maggiore frequenza di comportamenti di questo genere nel proprio figlio, rispetto alla popolazione normativa.

**c) Studiare l'organizzazione e la qualità dell'attaccamento nel bambino. Verificare se può essere associato a modalità diverse di adattamento all'evento traumatico.**

Per verificare questo obiettivo relativo all'organizzazione e alla qualità dell'attaccamento nel bambino si è proceduto in due steps:

- analisi del test semi-proiettivo Attachment Story Completion Task, somministrato a distanza di quattro mesi dalla perdita;
- classificazione del pattern di attaccamento, attraverso la somministrazione del test semi-proiettivo Separation Anxiety Test.

*Attachment Story Completion Task: ASCT*

I risultati ottenuti vengono presentati come segue:

- analisi descrittive dei punteggi ottenuti dalla somministrazione del test e confronto dei valori con lo studio su popolazione normativa (Rinaldi, 2010, dissertation);
- osservazioni delle differenze dei punteggi dell'ASCT in rapporto alla tipologia di perdita (madre vs. padre).

*Analisi descrittive dell'ASCT<sup>16</sup> e confronto con i risultati del test somministrato su campione normativo.*

Come esposto nel paragrafo relativo agli strumenti, verranno esaminati i punteggi delle seguenti variabili, in rapporto al gruppo normativo:

- a) figura protettiva principale, ossia il numero di volte (frequenza) che il bambino si rivolge alle figure di attaccamento in concomitanza di una situazione minacciosa;
- b) attività globali, azioni e comportamenti messi in atto dalle figure di riferimento nei confronti del bambino e (dal bambino in sé) nelle situazioni connesse con l'attaccamento;
- c) affetti positivi congruenti, modalità di gestione e organizzazione dei vissuti emotivi attribuiti al protagonista nelle diverse interazioni con le figure di attaccamento;

---

<sup>16</sup> Le interviste sono state codificate da due giudici indipendenti. Il grado di accordo, calcolato attraverso l'indice di correlazione interclasse (ICC), è pari a .631, valore accettabile.

d) sicurezza globale percepita (esperienze positive ed esperienze negative).  
 I risultati, riportati nei seguenti grafici, sono stati confrontati mediante il calcolo dell'effect size.

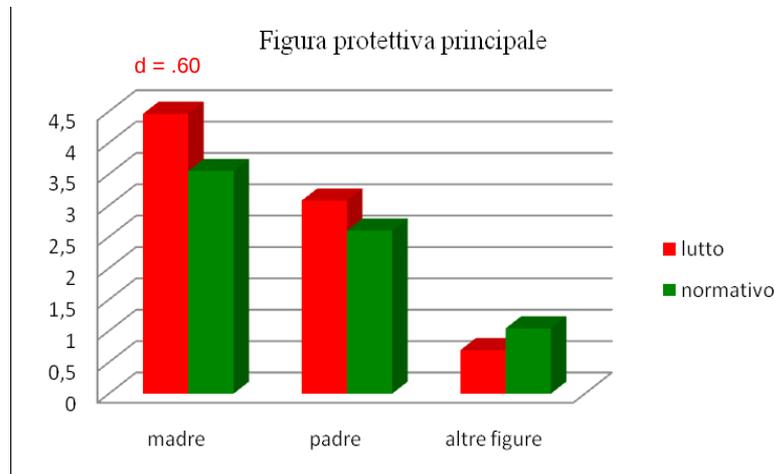


Grafico 27. Figura protettiva principale: ASCT.

A livello descrittivo, il campione in lutto richiede più frequentemente la presenza/aiuto della figura protettiva in caso di pericolo, rispetto al campione normativo. Tale differenza risulta essere significativa nel caso della figura materna.

Relativamente alle attività globali, ossia alle azioni messe in atto dalle figure di riferimento nei confronti del bambino (e dal bambino in sé) nelle situazioni che attivano il sistema di attaccamento, è possibile concludere che il gruppo costituito dai bambini in lutto mette in atto un minor numero di azioni di tipo attivo (vedi grafico 28).

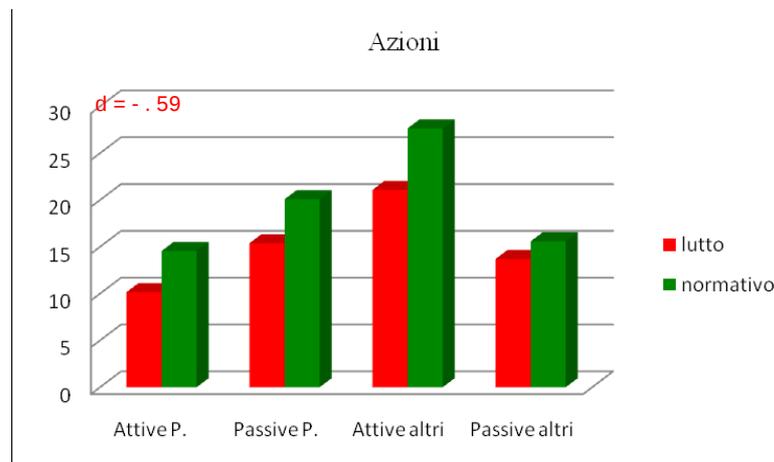


Grafico 28. Attività globali: ASCT.

Di fronte ad una condizione che elicitava l'attivazione del sistema di attaccamento, il bambino che ha perso una figura di attaccamento è meno attivo rispetto ad un bambino che non ha avuto la stessa esperienza.

Relativamente alla modalità di gestione e organizzazione degli affetti positivi da parte del bambino, i dati sono esposti nel grafico 29. A livello qualitativo, il confronto tra campione in lutto e gruppo normativo, mostra come quest'ultimo sia più predisposto e in grado di gestire i vissuti emotivi congruenti di tipo positivo.

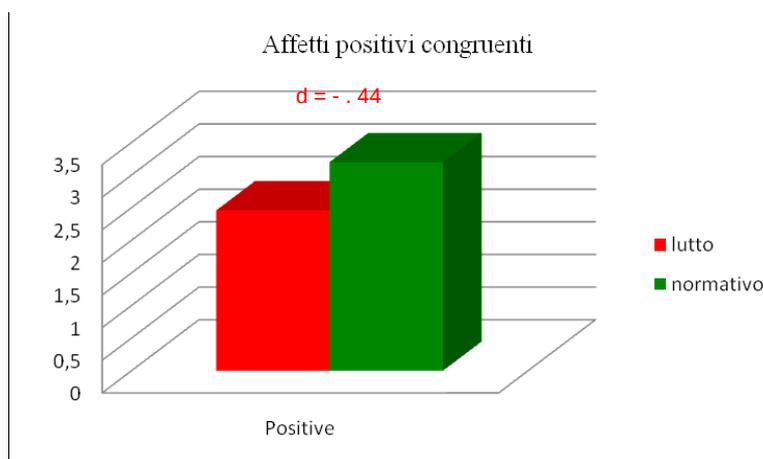


Grafico 29. Affetti positivi congruenti: ASCT.

Relativamente alla variabile sicurezza percepita totale, non è emersa alcuna differenza dal confronto con il campione normativo.

*Osservazioni delle differenze dei punteggi dell'ASCT in rapporto alla tipologia di perdita (madre vs. padre).*

Con l'obiettivo di confrontare eventuali differenze nei punteggi in rapporto alla tipologia della perdita, è stato effettuato un confronto dei valori ottenuti (tramite il calcolo dell'effect size) considerando come variabile di confronto il sesso del genitore deceduto. Nonostante i risultati ottenuti siano significativi, l'interpretazione degli stessi deve essere cauta, perché la numerosità dei due gruppi (perdita della madre vs. perdita del padre) è molto scarsa (2 vs. 11).

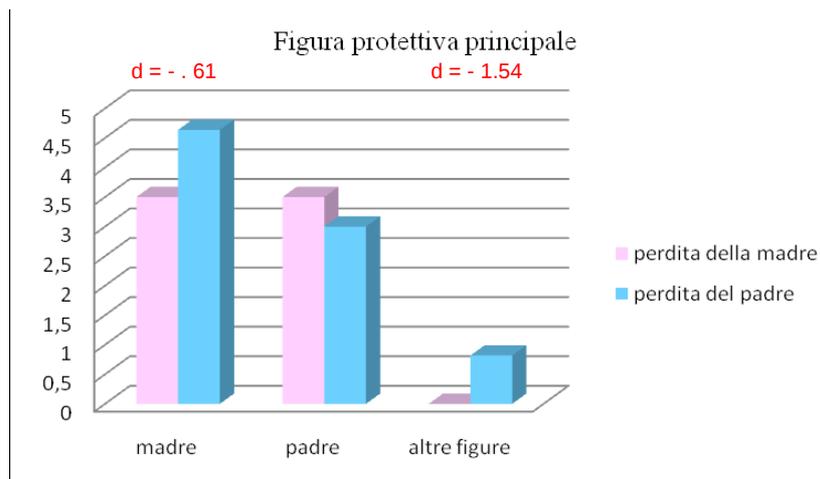


Grafico 30. Figura protettiva principale: perdita madre vs. padre.

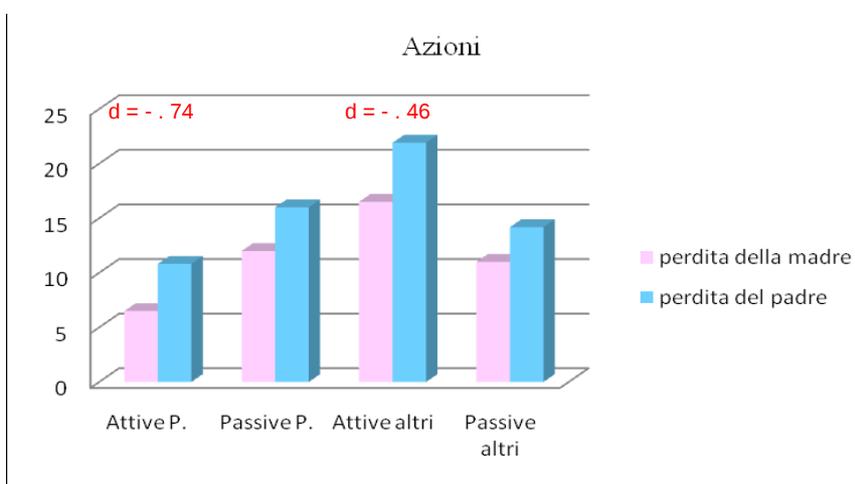


Grafico 31. Attività globali: perdita madre vs. perdita padre.

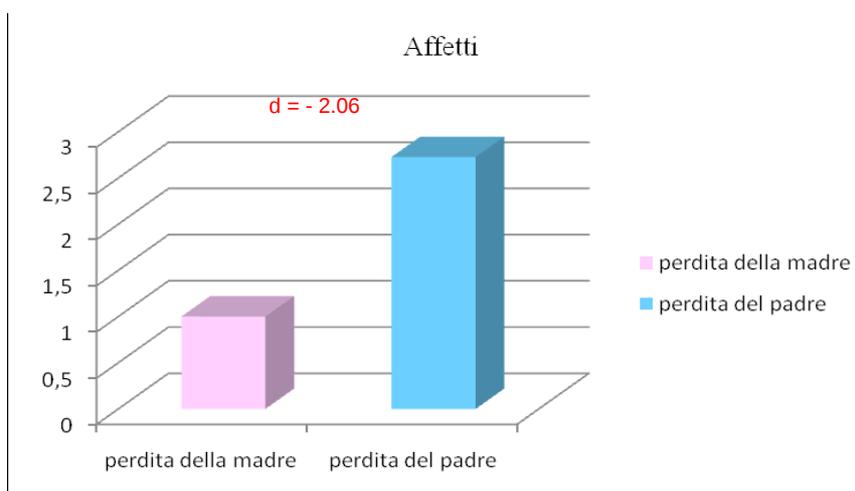


Grafico 32. Affetti positivi congruenti: perdita madre vs. perdita padre.

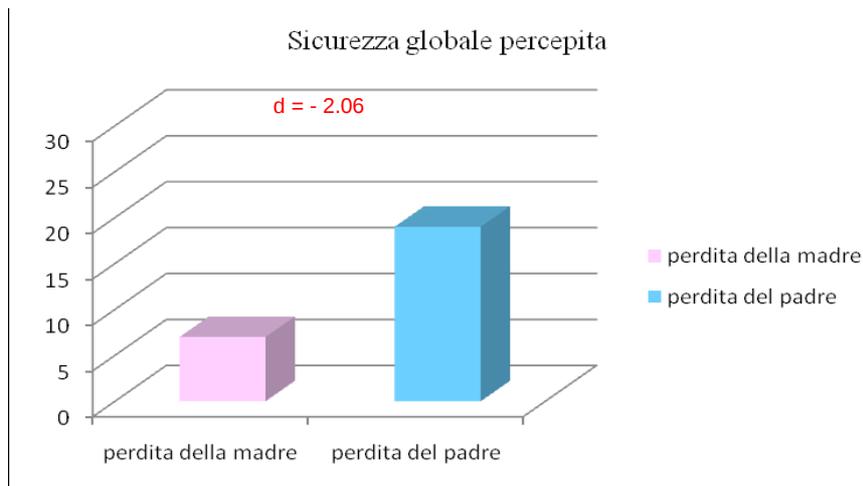


Grafico 33. Sicurezza globale percepita: perdita madre vs. perdita padre.

I dati emersi dal confronto (madre vs. padre) fanno ipotizzare che, la perdita della madre sia un evento che:

- mina la sensazione di sicurezza globale, in termini di attaccamento, del bambino;
- impedisca/congeli la possibilità di riconoscere e manifestare affetti congruenti e positivi;
- metta il bambino in una condizione di blocco del comportamento e di inattività.

#### *Separation Anxiety Test: SAT<sup>17</sup>*

I risultati ottenuti vengono presentati in tabella 23, tenendo conto di due aspetti:

- analisi dei pattern di attaccamento emersi dalla somministrazione del test;
- confronto dei pattern di attaccamento in rapporto alle caratteristiche del campione.

Separation Anxiety Test					
I	Pattern di	Età	Genere	Genitore	Fratelli
d	attaccamento	bambino	bambino	deceduto	
1	B	6	F	Padre	Sì (con id 3)
2	B	6	F	Padre	No
3	B	11	M	Padre	Sì (con id 1)
4	A/C	7	F	Padre	No

<sup>17</sup> Le codifiche sono state effettuate da due giudici indipendenti. Il grado di accordo sulle codifiche rispetto ai pattern di attaccamento è stato pari al 86%.

5	A/C	8	M	Padre	Sì (con id 6)
6	A/C	10	M	Padre	Sì (con id 5)
7	D/A	7	F	Madre	Sì (4aa)

Tabella 23. Separation Anxiety Test e caratteristiche del campione.

Come mostrato, 7 bambini hanno effettuato il test: 3 di essi hanno mostrato un attaccamento di tipo sicuro (B), 3 un attaccamento confuso (A/C) e un altro bambino ha un attaccamento disorganizzato con pattern insicuro evitante (D/A). Da questi risultati quindi si possono ipotizzare una serie di aspetti:

- la perdita precoce di una figura di attaccamento non necessariamente porta ad una disorganizzazione del pattern di attaccamento. Quest'ultima condizione sembra essere più frequente nel caso in cui il bambino perde la figura materna;
- il pattern di attaccamento osservato nelle due coppie di fratelli è il medesimo, sia in termini di sicurezza che di insicurezza. Questo risultato può fare riflettere sulla presenza di particolari fattori di protezione (ad esempio: qualità delle cure e stile di parenting del genitore sopravvissuto) che possono avere moderato e/o mediato sulla tipologia del legame di attaccamento del bambino;
- la fascia di età che mostra pattern di attaccamento insicuro e/o disorganizzato è quella 7 – 10 anni. Questo aspetto richiama probabilmente il concetto di comprensione dell'evento morte: i bambini al di sotto dei 6 anni non avendo ancora chiaro gli aspetti legati all'irreversibilità, universalità e cessazione delle funzioni vitali connesse alla morte, faticano a rappresentarsi e a comprendere il significato della rottura del legame e della separazione definitiva dal genitore amato. Al contrario, la perdita di un genitore per un bambino in età scolare rappresenta un evento parzialmente comprensibile e difficilmente assimilabile in termini di separazione e perdita.

Queste interpretazioni devono essere lette alla luce del fatto che si sta considerando un gruppo ridotto di bambini.

#### 5.4.3. Obiettivo 3

##### **Genitore – Bambino:**

a) **Verificare se la condizione di vulnerabilità (presenza di eventi traumatici) o non vulnerabilità (assenza di eventi stressanti) del genitore sopravvissuto può rappresentare un ostacolo/vantaggio per l'elaborazione del lutto nell'adulto e/o nel bambino.**

Per verificare questo obiettivo si è proceduto con la suddivisione del campione in due gruppi (vulnerabile vs. non vulnerabile), come mostrato in tabella 24.

Criterio per lo split: presenza di pregresse condizioni di rischio sperimentate dal genitore sopravvissuto (malattie fisiche e psichiche conosciute prima della perdita del partner, povertà economica, etc)		
	VULNERABILE (V): N = 4	NON VULNERABILE (NV): N = 6
Perdita e/o trauma durante l'infanzia e l'età adulta	4	0
Altri problemi (es. disoccupazione)	2	0
Genitore sopravvissuto	3F, 1M	5F, 1M
Causa di morte:	1 suicidio 3 inaspettata	1 suicidio 5 inaspettata
N di figli:	N = 4 con due figli N = 5 coinvolti nel programma	N = 2 con tre figli N = 3 con due figli N = 1 figlio unico N = 11 coinvolti nel programma

Bambini coinvolti nel programma	N = 3 con due fratelli (*) N = 2 con un figlio	N = 5 con due fratelli N = 1 con un figlio
Supporto Psicologico a seguito della perdita (aiuto individuale per l'adulto separatamente dal programma)	1 caso (trattamento > 1 anno)	2 casi (trattamento > 1 anno) (trattamento < 1 anno) *
Invio ai Servizi Territoriali (durante o al termine del programma)	2 casi (durante il programma)	1 caso (dopo il programma) * * Stesso caso

(\*) in questo caso non è stato possibile seguire il protocollo di ricerca (F, 4 anni).

Tabella 24. Split del campione: gruppo vulnerabile vs. non vulnerabile. Successivamente, per testare se la presenza di pregresse condizioni di rischio sperimentate dal genitore sopravvissuto (malattie fisiche e psichiche conosciute prima della perdita del partner, povertà economica, etc) potessero essere associate a differenti conseguenze e diverse manifestazioni conseguenti la perdita, si è proceduto confrontando i punteggi ottenuti dai due gruppi (vulnerabile vs. non vulnerabile) sui seguenti aspetti:

- manifestazioni emotive e somatiche conseguenti alla perdita nel genitore;
- percezione del supporto sociale dell'adulto;
- presenza di sintomatologia nel bambino.

Il confronto dei punteggi dei due gruppi è stato effettuato attraverso il test di Mann-Whitney.

#### *Manifestazioni e somatiche conseguenti alla perdita nel genitore*

Nel grafico 34, è stato presentato il confronto fra i due gruppi.

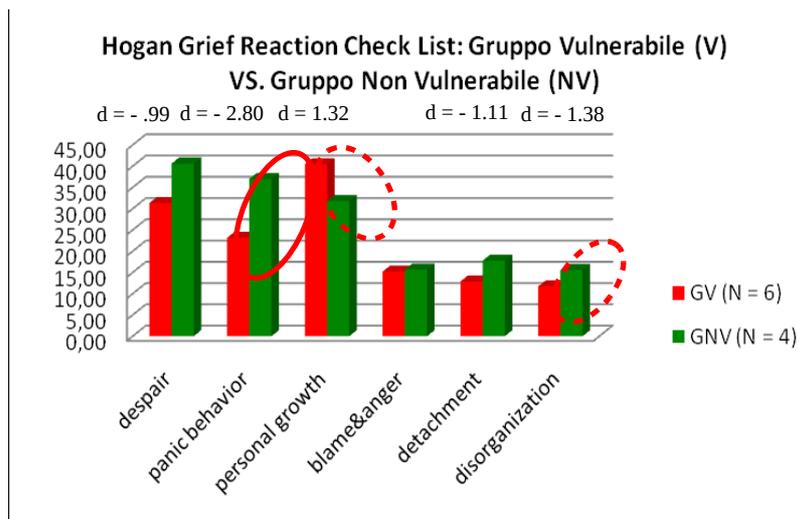


Grafico 34. HGRC: confronto gv vs. gnv.

Il test di Mann-Whitney è risultato significativo per la variabile Panic Behavior ( $Z = -2.56$ ;  $p < .05$ ) e tendente alla significatività per Personal Growth ( $Z = -1.92$ ;  $p = .055$ ) e Disorganization ( $Z = -1.92$ ;  $p = .055$ ). Il gruppo non vulnerabile manifesta una maggiore presenza di sintomatologia somatica (affaticamento, cefalea, gastrite, mal schiena), così come difficoltà sul piano cognitivo e di memoria (concentrazione e di acquisizione di nuove informazioni, ricordo di eventi familiari). Nonostante questo, il gruppo non vulnerabile manifesta sentimenti di tolleranza verso sé e gli altri, compassione e mantiene fiducia e speranza nel rapporto con gli altri. Questa variabile è molto importante, perché associata il più delle volte con l'elaborazione del lutto e il superamento dell'evento in maniera adeguata. Il calcolo dell'effect-size fornisce ulteriori risultati da tenere in considerazione rispetto alla variabili: tutti i confronti, ad eccezione di *blame and anger*, hanno riportato una *effect size* grande. I risultati confermano che il gruppo non vulnerabile manifesta in maniera più evidente ed intensa sentimenti e manifestazioni emotive e cognitive nel periodo successivo alla perdita.

#### *Percezione del supporto sociale nell'adulto*

Nel grafico 35, è stato presentato il confronto fra i due gruppi.

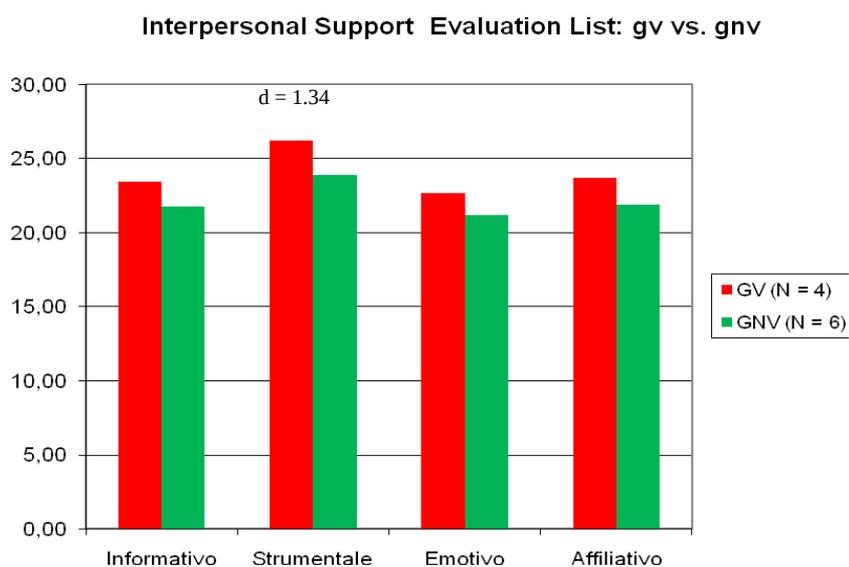


Grafico 35. HGRC: confronto gv vs. gnv.

Dall'analisi qualitativa del grafico è possibile osservare che i punteggi più elevati di supporto sociale siano quelli del gruppo vulnerabile.

Il test di Mann-Whitney non è risultato significativo nel confronto relativo alle dimensioni, né sul punteggio totale del questionario.

Il calcolo dell' *effect size* ha evidenziato due aspetti da tenere in considerazione: il supporto strumentale ( $d = 1.34$ ) e il punteggio totale ( $d = .66$ ). In entrambi i casi, i punteggi più elevati sono quelli ottenuti dal gruppo vulnerabile.

Rispetto a questi risultati si possono ipotizzare due aspetti: a) il gruppo vulnerabile, mostrando una minor intensità di manifestazioni dolorose nel periodo successivo alla perdita, può essere in grado di percepire la maggior presenza di un supporto di tipo emotivo e fisico da parte del contesto familiare e sociale; b) il gruppo vulnerabile, avendo sperimentato in passato situazioni di stress acuto, può avere sviluppato nel tempo una risposta alle condizioni di minaccia differente che gli permette di far fronte ad un secondo evento in maniera forse più adattiva.

#### *Presenza di sintomatologia nel bambino*

Nei grafici 36 e 37, sono stati presentati i confronti fra i due gruppi, dapprima attraverso CBCL, poi mediante il Test di Ansia e Depressione

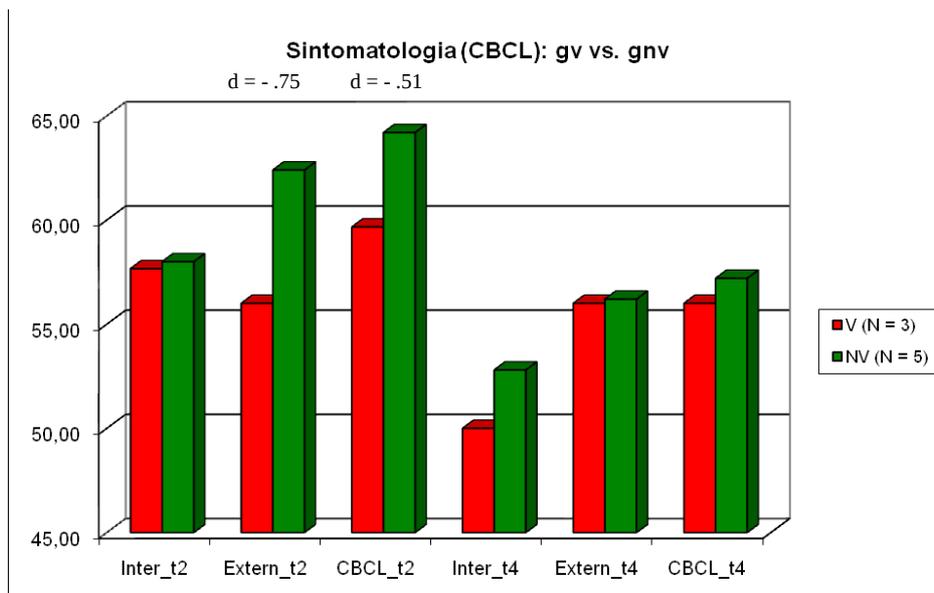


Grafico 36. CBCL: confronto gv vs. gnv.

In questo caso, vista il decremento della sintomatologia nelle due rilevazioni effettuate, è stato effettuato il confronto tenendo separati i due gruppi rispetto a t2 (quattro mesi dopo la perdita) e t4 (9 mesi dopo). Dall'osservazione qualitativa del questionario è possibile notare che il gruppo di bambini non vulnerabili (i cui genitori quindi non hanno riportato eventi di stress acuto prima della perdita del partner) riporta un livello maggiore di sintomatologia. Questo viene confermato dal calcolo dell'*effect size* relativamente alla sintomatologia esternalizzante riportata nei primi quattro mesi successivi alla perdita. Questo significa che i "genitori vulnerabili" percepiscono i proprio figli come più problematici rispetto al versante esternalizzante (problemi di condotto, ADHD, etc). Questo aspetto sembra rientrare a distanza di circa nove mesi dalla perdita.

Relativamente al TAD, il grafico dei risultati è il seguente. Vista la stabilità dei punteggi è stato effettuato il calcolo della media dei punteggi ottenuti nei due tempi di osservazione.

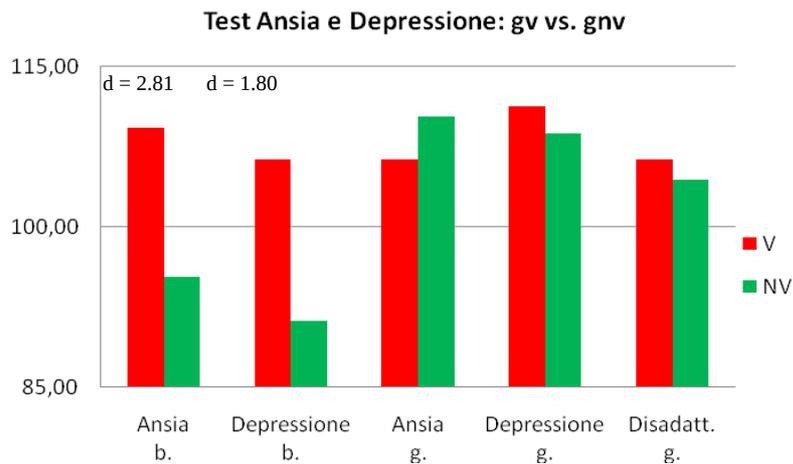


Grafico 37. TAD: confronto gv vs. gnv.

Relativamente ai parent-report non è emersa alcuna differenza fra i due gruppi considerati. Rispetto al self-report, invece, si può osservare come i punteggi più elevati, e quindi sintomatologici, sono quelli dei bambini appartenenti al gruppo vulnerabile. Questo dato viene confermato dal calcolo dell'*effect size* che conferma quanto ipotizzato.

Questi risultati possono apparire in prima battuta discordanti, perché nel primo caso (CBCL) i bambini sintomatici sono quelli appartenenti al gruppo non vulnerabile, mentre nel secondo confronto (TAD) i minori con livelli più elevati di sintomatologia sono quelli del gruppo vulnerabile. Questi dati tuttavia non risultano discordanti: nel primo caso la valutazione è stata effettuata tramite parent-report, nel secondo invece dal bambino.

Le possibili interpretazioni verranno discusse nel capitolo conclusivo.

## Capitolo 6

### Conclusioni

#### **La perdita del partner:**

##### **a) reazioni emotive, somatiche e cognitive in risposta alla perdita improvvisa del partner.**

Il primo obiettivo dello studio è stato quello di osservare nell'anno successivo all'evento traumatico le manifestazioni e le reazioni dell'adulto in risposta alla perdita improvvisa del partner. Per verificare questo aspetto è stata effettuata una valutazione longitudinale a distanza di circa 2, 6, 12 mesi dalla perdita del partner.

I risultati ottenuti evidenziano una sorta di stabilità nel tempo di queste manifestazioni. La componente emotiva del processo di elaborazione del lutto, caratterizzata da sentimenti di disperazione, tristezza e mancanza della persona amata rimane inalterata nei primi 12 mesi; lo stesso si può dire per i sentimenti di rabbia e amarezza così come per l'evitamento di momenti di tenerezza e di contatto con gli altri.

La componente cognitiva del processo di elaborazione del lutto in termini di difficoltà di concentrazione e di acquisizione di nuove informazioni, difficoltà a ricordare e di fare pervenire alla memoria ricordi nuovi rimane presente in maniera stabile per l'intero anno successivo alla perdita.

La componente fisiologica che considera la sintomatologia somatica (affaticamento, cefalea, gastrite, mal schiena) rimane attivata in maniera continuativa senza particolari variazioni nel periodo studiato.

Infine la variabile *personal growth* che considera la dimensione "spirituale" e di crescita personale dell'individuo a seguito della perdita della persona amata in termini di compassione, premura e speranza nel rapporto con gli altri rimane un aspetto presente in forma costante nel primo anno successivo alla perdita.

Questi dati sono in linea con i risultati presenti in letteratura (Hyrkes et al., 1997) secondo i quali, le reazioni successive alla perdita del partner sono stabili nei primi due anni successivi.

Reazioni differenti possono manifestarsi in rapporto alla tipologia della perdita. Ad esempio, il confronto effettuato con lo studio di Yldirim (2003) evidenzia alcune differenze relative alle manifestazioni: nello specifico, i punteggi più elevati

relativamente alle dimensioni *personal growth* e *disorganization* sono emersi nel campione dei genitori in lutto.

**b) disponibilità di risorse supportive.**

Il secondo obiettivo è stato quello di indagare il livello di supporto funzionale percepito in condizioni di stress acuto; nello specifico, è stata valutata la tipologia di risorse che il soggetto è in grado di percepire dagli altri in caso di necessità.

I risultati ottenuti evidenziano una sorta di stabilità nel tempo del supporto sociale percepito.

Le funzioni del supporto indagate che misurano la disponibilità da parte del soggetto di: a) ricevere aiuto materiale qualora necessario, b) parlare con qualcuno dei propri problemi, c) fare e condividere cose con altre persone, d) essere sostenuto emotivamente dalle persone vicine, sono stabili nel corso delle tre valutazioni a distanza di due, sei e 12 mesi dopo la perdita del partner.

Inoltre, i dati emersi del gruppo studiato sono pressochè sovrapponibili con il campione appartenente alla popolazione generale. Questo risultato può essere interpretato in forme diverse, a partire dal fatto che il gruppo di adulti in lutto:

- a) ha aderito in maniera volontaria all'iniziativa;
- b) è all'interno di un programma di ricerca intervento che offre appuntamenti ogni due/tre mesi a partire dalla perdita del partner fino all'anno successivo;
- c) ha la possibilità di contattare, qualora necessario, i referenti del progetto per ogni dubbio e/o problema;
- d) riceve telefonate dal clinico come monitoraggio e controllo delle manifestazioni del bambino e dell'adulto.

Parallelamente all'attività di ricerca, alcuni genitori sono stati inseguiti a livello individuale da un altro terapeuta per colloqui di sostegno psicologico (N = 4) ed altri sono stati inviati ai Servizi Territoriali (N = 2).

## **La perdita di un genitore:**

### **a) manifestazioni comportamentali, intrapsichiche e somatiche nel bambino nel primo anno successivo alla perdita.**

Il primo obiettivo è stato analizzare le manifestazioni comportamentali (ad es. iperdipendenza, regressione, acting out), intrapsichiche (ad es. ansia da separazione, rabbia, fantasie di morte, difficoltà di apprendimento) e somatiche (difficoltà nel sonno, rifiuto/abuso del cibo, facilità nell'ammalarsi) nel bambino, in termini di sintomatologia clinica nel primo anno successivo alla perdita.

Numerosi studi (Downey, 2000; Fristad et al., 1993; Sanchez et al., 1992; Weller et al., 1991) hanno dimostrato l'insorgenza di diverse forme di sintomatologia a seguito di un evento di stress acuto. I risultati dimostrano l'insorgenza di sintomatologia nei primi 2-4 mesi successivi alla perdita e una remissione della stessa nell'arco dei 9-12 mesi.

Nello specifico, dai risultati è possibile affermare che nei primi 2-4 mesi la situazione è la seguente:

- sintomatologia ansiosa e depressiva:
  - o parent-report: 5 bambini su un totale di 12 hanno raggiunti livelli clinici (42%);
  - o child-report: 2 bambini hanno raggiunto livelli clinici in entrambe le dimensioni (17%);
- sintomatologia internalizzante, esternalizzante:
  - o 8 parent-report su 16 riportano valori elevati nelle dimensioni osservate (50%).

A distanza di 9-12 mesi dalla perdita la situazione è differente:

- sintomatologia ansiosa e depressiva:
  - o parent-report: 1 bambino su un totale di 7 hanno raggiunto livelli clinici (14%);
  - o child-report: 1 bambino hanno raggiunto livelli clinici in entrambe le dimensioni (14%);
- sintomatologia internalizzante, esternalizzante:
  - o 2 parent-report su 8 riportano valori elevati nelle dimensioni osservate (25%).

Questi dati trovano conferma parziale negli studi riportati in letteratura che evidenziano percentuali differenti di bambini che manifestano sintomatologia depressiva. In uno studio recente Cerel e colleghi (2006) dimostrano come la presenza di sintomatologia depressiva inizia a diminuire a partire dai 6 mesi successivi alla morte e continua a decrescere fino ai 25 mesi. Cheifetz e colleghi (1989) riportano una percentuale pari al 69% di bambini che soddisfano i criteri clinici del DSM-III, contrariamente ad altri studi (Van Eederwegh et al., 1982; 1985) che hanno riscontrato la presenza di tale sintomatologia attorno al 14%. Altre ricerche riportano percentuali medio-basse di sintomatologia depressiva, attorno al 26% nello studio di Weller e colleghi (1991), pari al 9.8% nella ricerca di Gersten e colleghi (1991). Tali variazioni, a volte sostanziali, sono da attribuirsi sia alla tipologia del campione oggetto di studio sia al disegno della ricerca. Lo studio di Cheifetz, infatti, è stato condotto su una popolazione di bambini clinici, che verosimilmente manifestano una presenza maggiore di sintomatologia rispetto ad un gruppo normativo appartenente alla popolazione generale.

Un altro aspetto rilevante, in particolar modo per il gruppo studiato, in riferimento all'insorgenza di sintomatologia nel bambino, è rappresentato dal contesto in cui è avvenuta la perdita. Nella quasi totalità dei casi studiati infatti, la morte è avvenuta in forma traumatica ed improvvisa; recenti ricerche testimoniano la minor presenza di sintomatologia post-traumatica nei bambini che hanno perso il genitore a seguito di una malattia cronica.

#### **b) organizzazione e qualità dell'attaccamento nel bambino a seguito di un evento traumatico.**

Il secondo obiettivo è stato quello di studiare l'organizzazione e la qualità dell'attaccamento nel bambino a seguito della perdita di una figura di riferimento; nello specifico si è andato a verificare se uno specifico pattern di attaccamento potesse essere associato a modalità diverse di adattamento all'evento traumatico o a caratteristiche specifiche del bambino (ad es. età).

L'analisi complessiva dei protocolli relativi alla rappresentazione dei legami di attaccamento nei bambini sono emersi alcuni aspetti importanti (ASCT):

- a) in situazioni di pericolo, il campione in lutto richiede più frequentemente la presenza/aiuto della figura protettiva ed in particolare della mamma, rispetto al campione normativo;
- b) in situazioni di pericolo in cui il sistema di attaccamento dovrebbe essere elicitato, il gruppo costituito dai bambini in lutto si dimostra più passivo e capace di mettere in atto un minor numero di azioni rispetto al gruppo normativo.

Relativamente al pattern di attaccamento, valutato a circa un anno dalla perdita, è possibile ipotizzare alcune interpretazioni:

- la perdita precoce di una figura di attaccamento non necessariamente porta ad una disorganizzazione del pattern di attaccamento. Quest'ultima condizione sembra essere più frequente nel caso in cui il bambino perde la figura materna;
- il pattern di attaccamento osservato nelle due coppie di fratelli è il medesimo, sia in termini di sicurezza che di insicurezza. Questo risultato può fare riflettere sulla presenza di particolari fattori di protezione (ad esempio: qualità delle cure e stile di parenting del genitore sopravvissuto) che possono avere moderato e/o mediato sulla tipologia del legame di attaccamento del bambino;
- la fascia di età che mostra pattern di attaccamento insicuro e/o disorganizzato è quella 7 – 10 anni. Questo aspetto richiama probabilmente il concetto di comprensione dell'evento morte: i bambini al di sotto dei 6 anni non avendo ancora chiaro gli aspetti legati all'irreversibilità, universalità e cessazione delle funzioni vitali connesse alla morte, faticano a rappresentarsi e a comprendere il significato della rottura del legame e della separazione definitiva dal genitore amato. Al contrario, la perdita di un genitore per un bambino in età scolare rappresenta un evento parzialmente comprensibile e difficilmente assimilabile in termini di separazione e perdita.

### **Fattori di protezione e di rischio nel sistema familiare:**

#### **a) condizioni di vulnerabilità pregresse al trauma ed elaborazione del lutto.**

L'obiettivo è stato quello di verificare se la presenza di pregresse condizioni di rischio sperimentate dal genitore sopravvissuto (malattie fisiche e psichiche conosciute prima

della perdita del partner, povertà economica, etc), potessero rivestire un ruolo significativo nell'elaborazione della perdita, per sé e per il figlio.

I risultati emersi evidenziano che i genitori del gruppo vulnerabile:

a) mostrano una minor intensità di manifestazioni dolorose nel periodo successivo alla perdita;

b) sono in grado di percepire la maggior presenza di un supporto di tipo emotivo e fisico da parte del contesto familiare e sociale;

Questi dati fanno ipotizzare che il gruppo vulnerabile, avendo sperimentato in passato situazioni di stress acuto, può avere sviluppato nel tempo una risposta alle condizioni di minaccia differente che gli permette di far fronte ad un secondo evento in maniera forse più adattiva.



## ALLEGATO A: STRUMENTI STUDIO 1

### SUPPORTO INTERPERSONALE

Il questionario è composto da una serie di dichiarazioni che potrebbero essere più o meno vere in riferimento a Lei e alla sua vita attuale. Nel rispondere le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo rispetto alle frasi sotto elencate, facendo riferimento agli ultimi due mesi.

0	1	2	3
<i>assolutamente falso</i>	<i>leggermente falso</i>	<i>leggermente vero</i>	<i>assolutamente vero</i>

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Ci sono poche persone di cui mi fido e credo possano aiutarmi nel risolvere i problemi  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se avessi bisogno di un'auto per riparare la macchina o per qualche lavoretto domestico ci sarebbe qualcuno disponibile ad aiutarmi       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Molti dei miei amici sono più interessanti di quanto non sia io   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. C'è almeno una persona orgogliosa dei miei successi   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Quando mi sento solo, ci sono diverse persone con le quali posso parlare  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. C'è qualcuno con cui mi sento a mio agio nel parlare di questioni intime e personali  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Mi capita spesso di incontrare e parlare con familiari e amici  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Molte delle persone che conosco parlano bene di me  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Se avessi bisogno di essere accompagnato all'aeroporto molto presto la mattina, avrei difficoltà a trovare qualcuno disponibile           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Sento di non essere sempre incluso nella mia cerchia di amici  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Nessuno può fornirmi un punto di vista obiettivo su come affronto i problemi   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Ci sono diverse persone con le quali mi piace trascorrere il tempo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Penso che i miei amici non mi ritengano molto abile nell'aiutarli a risolverei loro problemi   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Se fossi malato e avessi bisogno di qualcuno (familiare, amico, conoscente) che mi accompagnasse dal medico, avrei difficoltà a trovarlo | 0 | 1 | 2 | 3 |

0	1	2	3
---	---	---	---

<i>assolutamente falso</i>	<i>leggermente falso</i>	<i>leggermente vero</i>	<i>assolutamente vero</i>
----------------------------	--------------------------	-------------------------	---------------------------

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 15. Se volessi fare una gita un giorno (es. al mare, in montagna o in campagna)troverei difficilmente qualcuno disponibile a venire con me  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Se avessi bisogno di un posto in cui stare per una settimana in caso di emergenza (problemi all'impianto dell'acqua/riscaldamento a casa) troverei facilmente qualcuno disponibile ad ospitarmi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Sento di non poter condividere le mie preoccupazioni e paure private con qualcuno   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Se fossi malato, troverei difficilmente qualcuno disponibile ad aiutarmi nelle faccende quotidiane  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Posso rivolgermi a qualcuno per chiedere un consiglio su come gestire le mie questioni familiari  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Sono bravo quanto gli altri nel fare le cose  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Se nel pomeriggio decidessi di andare al cinema la sera stessa, troverei facilmente qualcuno con cui andare   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Quando ho bisogno di suggerimenti su come risolvere un problema, so a chi rivolgermi  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Se fossi in una situazione di emergenza e avessi bisogno di un prestito di 100 euro, ci sarebbe qualcuno (amici, parenti, conoscenti) che potrebbe aiutarmi                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. In generale, le persone non hanno molta fiducia in me   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. La maggior parte delle persone che conosco non si diverte con le stesse cose con cui mi diverto io  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Posso rivolgermi a qualcuno per chiedere un consiglio nel prendere decisioni riguardo a progetti lavorativi o cambiamenti di lavoro   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Non sono spesso invitato a fare cose insieme agli altri   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Molti miei amici hanno successo più successo di me nell'apportare cambiamenti nelle loro vite   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Se dovessi partire per qualche settimana, sarebbe difficile trovare qualcuno che si occupasse della mia casa (piante, animali, giardino...)   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Nessuno può darmi buoni consigli riguardo alla gestione delle mie finanze   | 0 | 1 | 2 | 3 |

0	1	2	3
<i>assolutamente falso</i>	<i>leggermente falso</i>	<i>leggermente vero</i>	<i>assolutamente vero</i>

31. Se volessi uscire a pranzo, troverei facilmente qualcuno disponibile a farlo	0	1	2	3
32. Sono più soddisfatto della mia vita, di quanto non lo sia molta gente della propria	0	1	2	3
33. Se fossi in difficoltà 10 km lontano da casa, ci sarebbe qualcuno disposto a venirmi a prendere	0	1	2	3
34. Nessun mio conoscente, si prenderebbe l'impegno di organizzare una festa per il mio compleanno	0	1	2	3
35. Sarebbe difficile per me trovare qualcuno disponibile a prestarmi la sua auto per alcune ore	0	1	2	3
36. In caso di crisi familiare, sarebbe per me difficile trovare qualcuno disponibile nel darmi validi consigli su come gestire la situazione	0	1	2	3
37. Mi sento più vicino ai miei amici di quanto le altre persone non lo siano con i propri	0	1	2	3
38. Esiste almeno una persona di cui mi fido ciecamente disponibile nel fornirmi consigli affidabili	0	1	2	3
39. Se avessi la necessità di traslocare in una nuova casa, sarebbe difficile trovare qualcuno disposto ad aiutarmi	0	1	2	3
40. Sono in difficoltà nel mantenere un rapporto con i miei amici	0	1	2	3

## LIVELLO DI STRESS

E' qui di seguito riportata una lista di affermazioni che possono essere più o meno vere per lei. Dopo aver letto ciascuna frase, contrassegni con una crocetta il numero che indica il grado in cui l'affermazione le sembra descrivere meglio la sua situazione recente, vale a dire negli ultimi quattro o cinque giorni:

1 <i>per nulla</i>	2 <i>poco</i>	3 <i>abbastanza</i>	4 <i>molto</i>
-----------------------	------------------	------------------------	-------------------

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sono teso o contratto   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Mi sento la gola stretta o la bocca secca   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Mi sento pressato dal tempo, mi manca il tempo  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Tendo a saltare i pasti o a dimenticare di mangiare   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Riesamino le stesse idee più volte, rimugino, ho gli stessi pensieri<br>che si ripetono, sento la testa piena di pensieri | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mi sento solo, isolato, incompreso  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Mi sento sopraffatto, sovrastato, sovraccaricato  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sono preoccupato di ciò che può succedere il giorno dopo  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ho il viso (fronte, sopracciglia o labbra) contratto, corrugato, teso   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sto continuamente attento all'orario, guardo spesso il mio orologio<br>o chiedo l'ora                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sono irritabile, ho i nervi o fior di pelle, perdo la pazienza con le<br>persone e le cose                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ho difficoltà a digerire, mal di stomaco, mi sento un nodo allo<br>stomaco   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sono scoraggiato, depresso, abbattuto  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Ho dei dolori fisici: mal di schiena, mal di testa, male al collo, mal<br>di pancia                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sono preoccupato, tormentato o infastidito   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Ho improvvise variazioni della temperatura corporea<br>(molto caldo o molto freddo)                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Mi mangio le unghie o la pelle intorno alle dita, o mi mordo le labbra<br>e l'interno delle guance                       | 1 | 2 | 3 | 4 |

1	2	3	4
---	---	---	---

<i>per nulla</i>	<i>poco</i>	<i>abbastanza</i>	<i>molto</i>	
18. Dimentico appuntamenti, oggetti o cose da fare	1	2	3	4
19. Piango facilmente	1	2	3	4
20. Sono affaticato	1	2	3	4
21. Ho le mascelle serrate	1	2	3	4
22. Sono calmo	1	2	3	4
23. Ho le mani sudate o sudo molto (le ascelle, i piedi, ecc.)	1	2	3	4
24. Vedo la vita semplice e facile	1	2	3	4
25. Mi sento il cuore che batte velocemente o irregolarmente	1	2	3	4
26. Cammino velocemente	1	2	3	4
27. Faccio lunghi sospiri o riprendo di colpo la respirazione	1	2	3	4
28. Ho diarrea o crampi intestinali o stitichezza	1	2	3	4
29. Sono ansioso, inquieto o angosciato	1	2	3	4
30. Ho soprassalti per situazioni inattese o rumori improvvisi	1	2	3	4
31. Impiego più di mezzora per addormentarmi	1	2	3	4
33. Sono inefficiente, inadeguato	1	2	3	4
32. Sono brusco nei comportamenti, mi muovo rapidamente e a scatti	1	2	3	4
34. Ho i muscoli tesi o che tremano, o sento rigidità muscolari	1	2	3	4
35. Ho l'impressione di perdere il controllo	1	2	3	4
36. Sono aggressivo	1	2	3	4
37. Sono confuso, non ho le idee chiare, manco di attenzione e di concentrazione	1	2	3	4
38. Ho i lineamenti tirati o le occhiaie	1	2	3	4
39. Evito i contatti sociali o non frequento più attività culturali, non ho più hobbies, non esco, mi isolo	1	2	3	4
40. Ho il respiro corto, a scatti, limitato, rapido	1	2	3	4
41. Sento "un gran peso sulle spalle"	1	2	3	4
42. Ho l'impressione che ogni cosa mi comporti uno sforzo notevole	1	2	3	4
43. Mi sento pieno di energia, in forma	1	2	3	4
44. Sono irrequieto, ho sempre bisogno di muovermi, non riesco a stare ferma	1	2	3	4
45. Mangio velocemente, finisco di pranzare in meno di 15 minuti	1	2	3	4
1 <i>per nulla</i>	2 <i>poco</i>	3 <i>abbastanza</i>	4 <i>molto</i>	

46. Controllo male le mie reazioni, l'umore, il comportamento	1	2	3	4
47. Sono stressato	1	2	3	4
48. Sono maldestro, faccio gaffes, inciampo, perdo le cose, ho incidenti di vario tipo	1	2	3	4
49. Sono rilassato	1	2	3	4

## STATO DI SALUTE

Nella lista che segue, sono elencati problemi che spesso affliggono le persone. La legga attentamente e cerchi di ricordare se ha sofferto di questi disturbi **nella scorsa settimana**, oggi compreso, e con quale intensità.

Risponda a tutte le domande facendo una crocetta sulla risposta corrispondente all'intensità di ciascun disturbo:

0 <i>per niente</i>	1 <i>un poco</i>	2 <i>moderatamente</i>	3 <i>molto</i>	4 <i>moltissimo</i>
------------------------	---------------------	---------------------------	-------------------	------------------------

1. Mal di testa	0	1	2	3	4
2. Nervosismo o agitazione interna	0	1	2	3	4
3. Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate	0	1	2	3	4
4. Sensazione di svenimenti o di vertigini	0	1	2	3	4
5. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale	0	1	2	3	4
6. Tendenza a criticare gli altri	0	1	2	3	4
7. Convinzione che gli altri possano controllare i tuoi pensieri	0	1	2	3	4
8. Convinzione che gli altri siano responsabili dei tuoi disturbi	0	1	2	3	4
9. Difficoltà a ricordare le cose	0	1	2	3	4
10. Preoccupazioni per la tua negligenza o trascuratezza	0	1	2	3	4
11. Sentirti facilmente infastidito o irritato	0	1	2	3	4
12. Dolori al cuore o al petto	0	1	2	3	4
13. Paura degli spazi aperti o delle strade	0	1	2	3	4
14. Sentirti debole o fiacco	0	1	2	3	4
15. Idee di toglierti la vita	0	1	2	3	4
16. Udire le voci che le altre persone non odono	0	1	2	3	4
17. Tremori	0	1	2	3	4
18. Mancanza di fiducia negli altri	0	1	2	3	4
19. Scarso appetito	0	1	2	3	4
20. Facili crisi di pianto	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

<i>per niente</i>	<i>un poco</i>	<i>moderatamente</i>	<i>molto</i>	<i>moltissimo</i>
-------------------	----------------	----------------------	--------------	-------------------

21. Sentirti intimidito nei confronti dell'altro sesso	0	1	2	3	4
22. Sensazione di essere preso/a in trappola	0	1	2	3	4
23. Paure improvvise senza ragione	0	1	2	3	4
24. Scatti d'ira incontrollabili	0	1	2	3	4
25. Paura di uscire da solo	0	1	2	3	4
26. Rimproverarti per qualsiasi cosa	0	1	2	3	4
27. Dolori alla schiena	0	1	2	3	4
28. Senso di incapacità a portare a termine le cose	0	1	2	3	4
29. Sentirti solo	0	1	2	3	4
30. Sentirti giù di morale	0	1	2	3	4
31. Preoccuparti eccessivamente per qualsiasi cosa	0	1	2	3	4
32. Mancanza di interesse	0	1	2	3	4
33. Senso di paura	0	1	2	3	4
34. Sentirti facilmente ferito o offeso	0	1	2	3	4
35. Convinzione che gli altri percepiscano i tuoi pensieri	0	1	2	3	4
36. Sensazione di non trovare comprensione	0	1	2	3	4
37. Sensazione che gli altri non ti siano amici o ti abbiano in antipatia	0	1	2	3	4
38. Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro di farle bene	0	1	2	3	4
39. Palpitazioni o sentirti il cuore in gola	0	1	2	3	4
40. Senso di nausea o mal di stomaco	0	1	2	3	4
41. Sentimenti di inferiorità	0	1	2	3	4
42. Dolori muscolari	0	1	2	3	4
43. Sensazione che gli altri ti guardino o parlino di te	0	1	2	3	4
44. Difficoltà ad addormentarti	0	1	2	3	4
45. Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fai	0	1	2	3	4
46. Difficoltà a prendere decisioni	0	1	2	3	4
47. Paura di viaggiare in autobus, in metropolitana o in treno	0	1	2	3	4
48. Sentirti senza fiato	0	1	2	3	4
49. Vampate di calore o brividi di freddo	0	1	2	3	4

0 <i>per niente</i>	1 <i>un poco</i>	2 <i>moderatamente</i>	3 <i>molto</i>	4 <i>moltissimo</i>
------------------------	---------------------	---------------------------	-------------------	------------------------

50. Necessità di evitare certi oggetti, luoghi o attività perché ti spaventano	0	1	2	3	4
51. Senso di vuoto mentale	0	1	2	3	4
52. Intorpidimento o formicolio di alcune parti del corpo	0	1	2	3	4
53. Nodo alla gola	0	1	2	3	4
54. Guardare al futuro senza speranza	0	1	2	3	4
55. Difficoltà a concentrarti	0	1	2	3	4
56. Senso di debolezza in qualche parte del corpo	0	1	2	3	4
57. Sentirti teso o sulle spine	0	1	2	3	4
58. Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe	0	1	2	3	4
59. Idee di morte	0	1	2	3	4
60. Mangiare troppo	0	1	2	3	4
61. Senso di fastidio quando la gente ti guarda o parla di te	0	1	2	3	4
62. Avere dei pensieri che non sono tuoi	0	1	2	3	4
63. Sentire l'impulso di colpire, di ferire o di fare male a qualcuno	0	1	2	3	4
64. Svegliarti presto al mattino senza riuscire a riaddormentarti	0	1	2	3	4
65. Avere bisogno di ripetere lo stesso atto come toccare, contare, lavarti le mani	0	1	2	3	4
66. Sonno inquieto o disturbato	0	1	2	3	4
67. Sentire l'impulso di rompere gli oggetti	0	1	2	3	4
68. Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono	0	1	2	3	4
69. Sentirti penosamente imbarazzato in presenza di altri	0	1	2	3	4
70. Sentirti a disagio fra la folla come nei negozi, al cinema ecc.	0	1	2	3	4
71. Sensazione che tutto richieda uno sforzo	0	1	2	3	4
72. Momenti di terrore o di panico	0	1	2	3	4
73. Sentirti a disagio quando mangi o bevi in presenza di altri	0	1	2	3	4
74. Ingaggiare frequenti discussioni	0	1	2	3	4
75. Sentirti a disagio quando sei solo	0	1	2	3	4
76. Convinzioni che gli altri non apprezzino il tuo lavoro	0	1	2	3	4
77. Sentirti solo e triste anche in compagnia	0	1	2	3	4

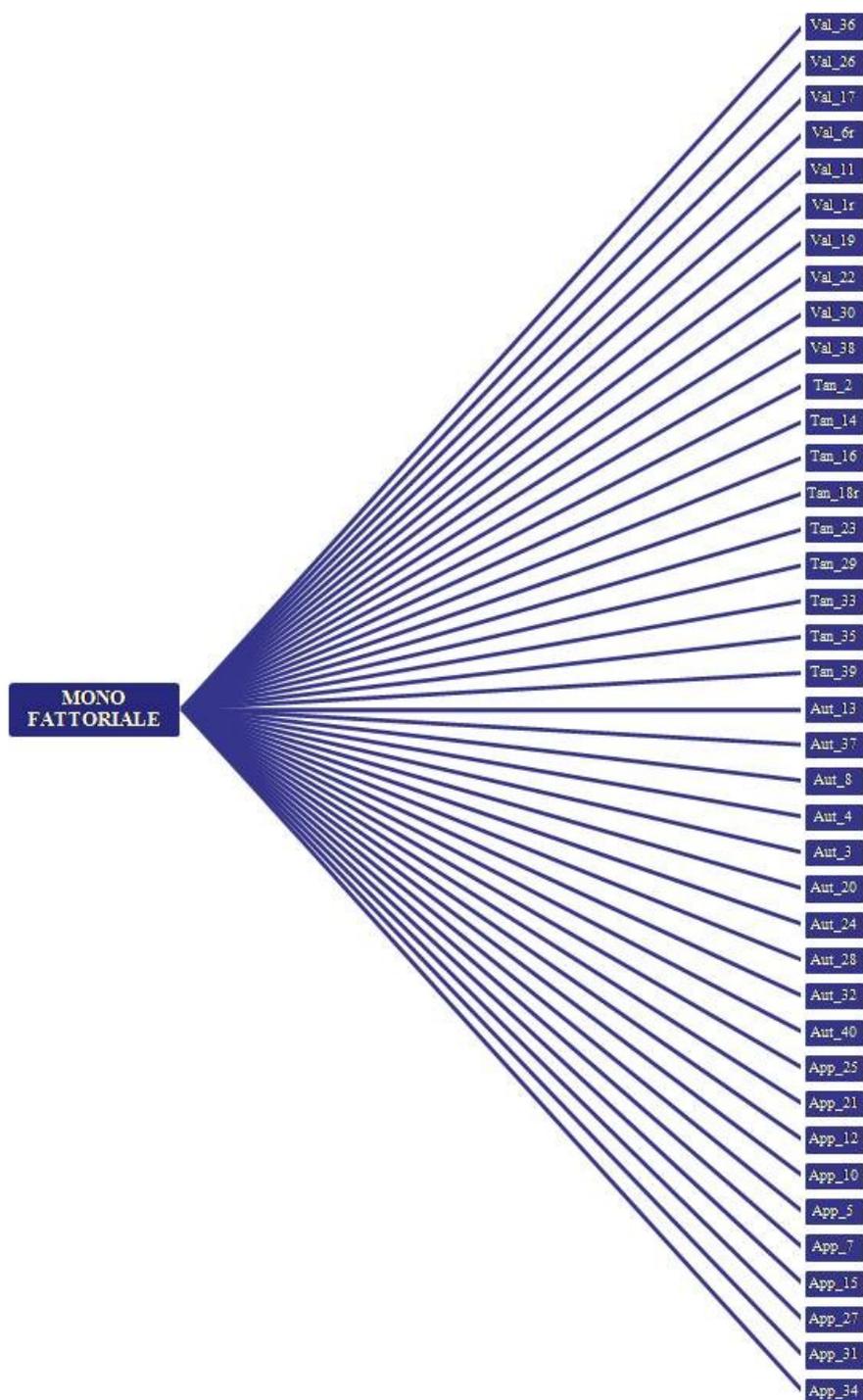
0 <i>per niente</i>	1 <i>un poco</i>	2 <i>moderatamente</i>	3 <i>molto</i>	4 <i>moltissimo</i>
------------------------	---------------------	---------------------------	-------------------	------------------------

78. Senso di irrequietezza tanto da non poter stare seduto	0	1	2	3	4
79. Sentimenti di inutilità	0	1	2	3	4
80. Sensazione che le cose più comuni e familiari siano estranee o irreali	0	1	2	3	4
81. Urlare o scagliare oggetti	0	1	2	3	4
82. Avere paura di svenire davanti agli altri	0	1	2	3	4
83. Impressione che gli altri possano approfittare di te o delle tue azioni	0	1	2	3	4
84. Pensieri sul sesso che ti affliggono	0	1	2	3	4
85. Idea di dovere scontare i tuoi peccati	0	1	2	3	4
86. Sentirti costretto a portare a termine ciò che hai iniziato	0	1	2	3	4
87. Pensieri di avere una grave malattia fisica	0	1	2	3	4
88. Non sentirti mai vicino alle altre persone	0	1	2	3	4
89. Sentirti in colpa	0	1	2	3	4
90. Idea che qualche cosa non vada bene nella tua mente	0	1	2	3	4

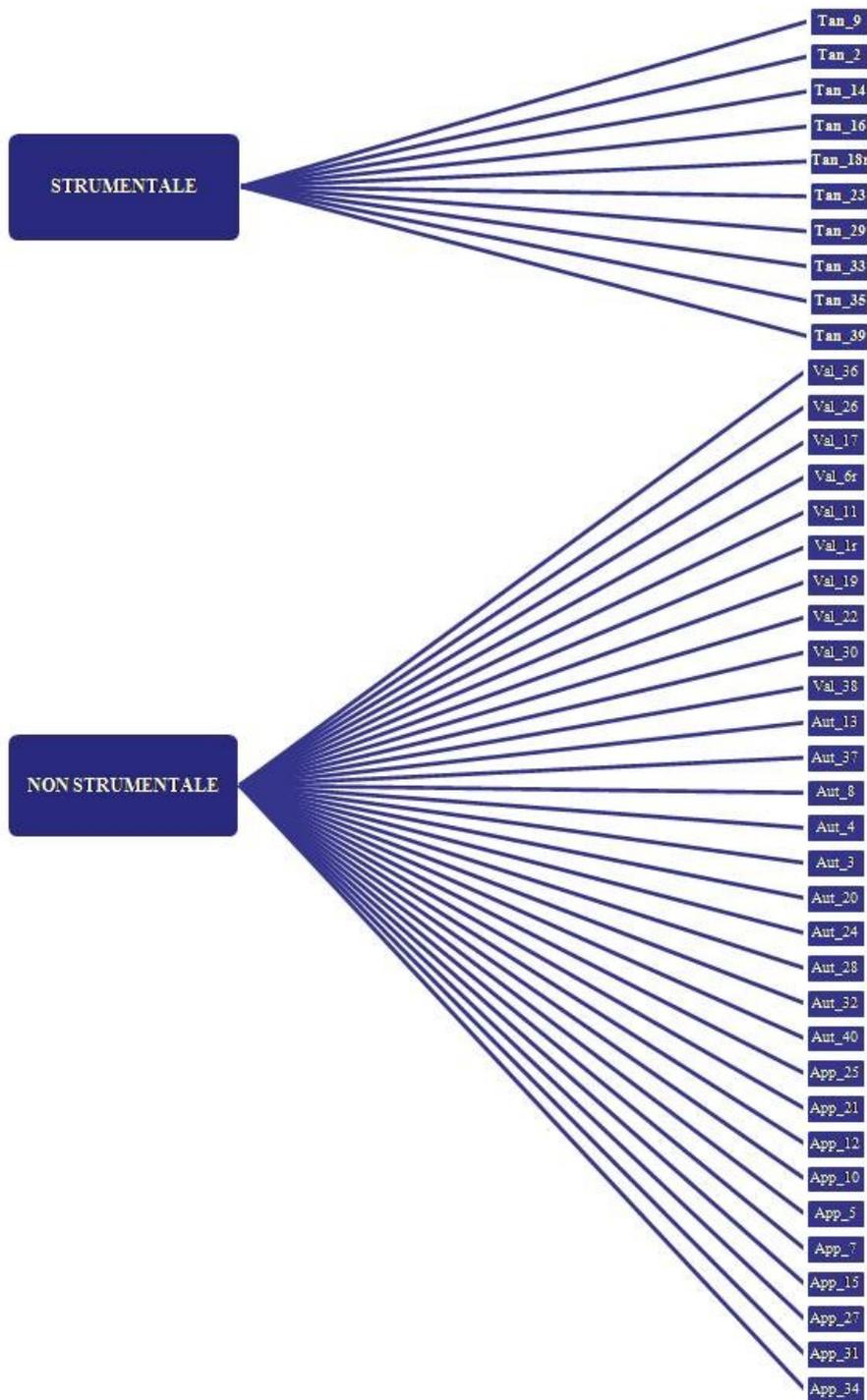
## ALLEGATO B: MODELLI DI ANALISI CONFERMATIVA

### Analisi fattoriale confermativa

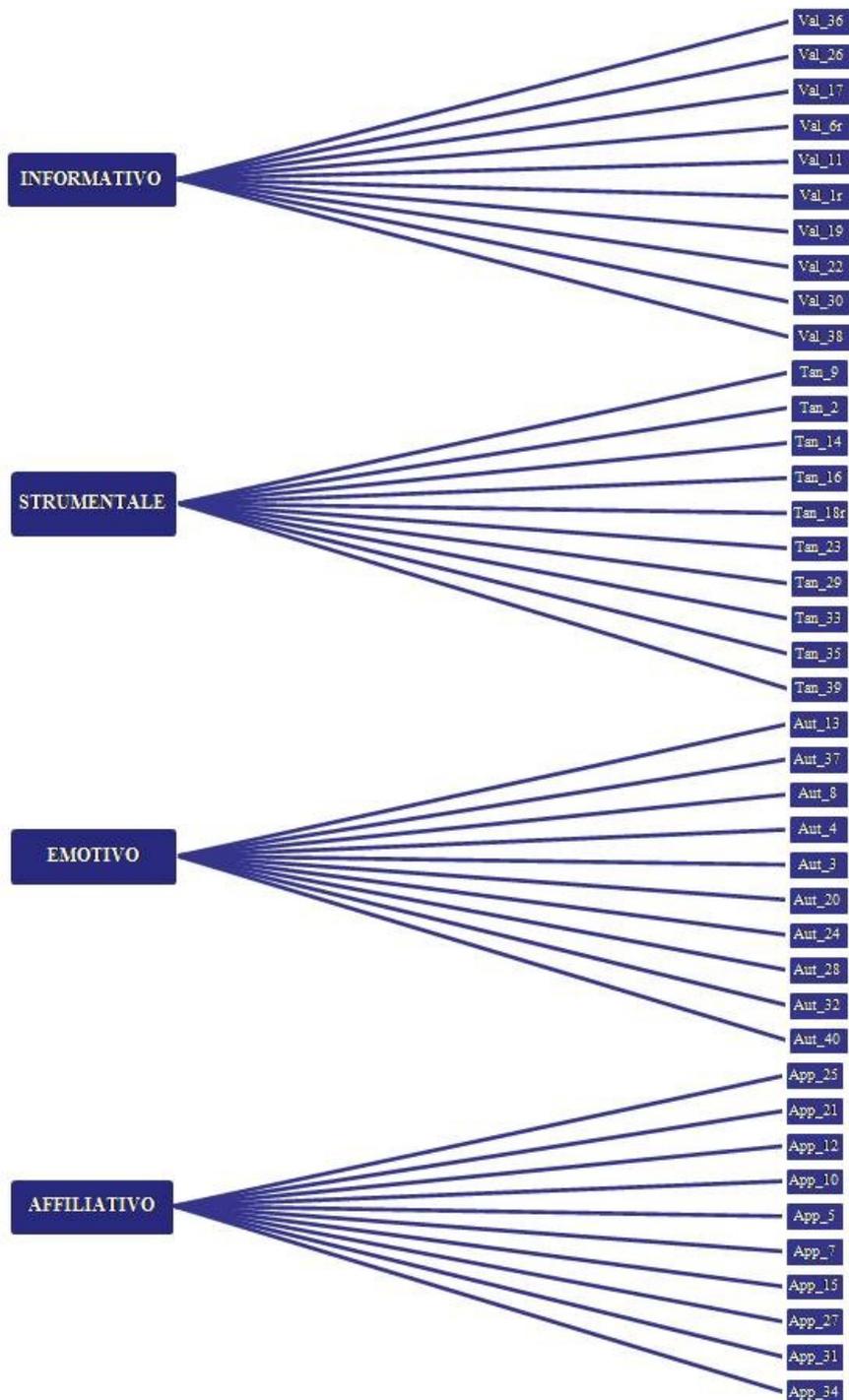
Modello 1: monofattoriale.



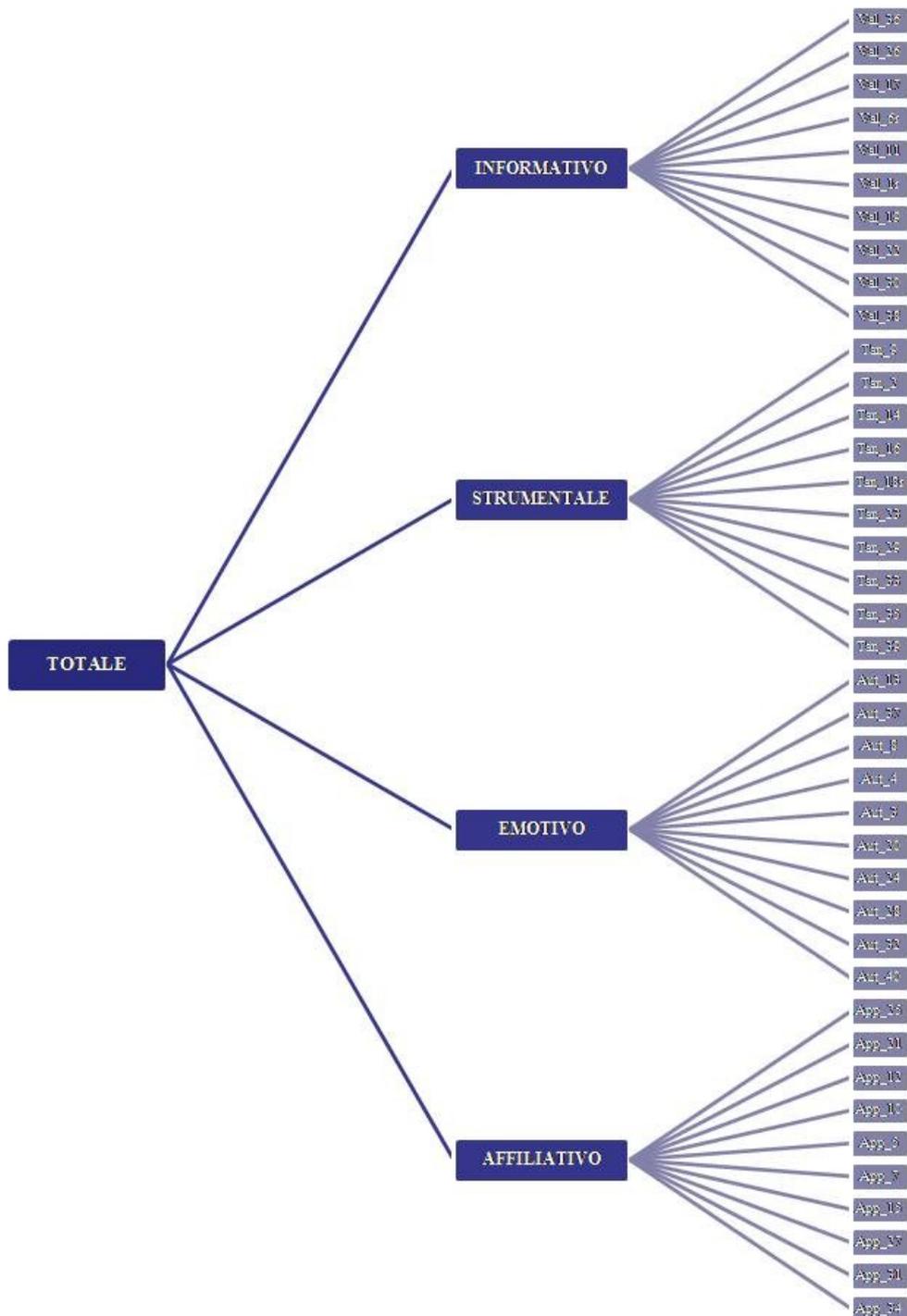
Modello due: 2 fattori (strumentale vs. non strumentale).



Modello tre: 4 fattori (informativo, strumentale, emotivo, affiliativo).



Modello 4: 4 fattori di primo ordine e un fattore globale di secondo ordine.



## ALLEGATO C: ANALISI DEI RESIDUI DI REGRESSIONE

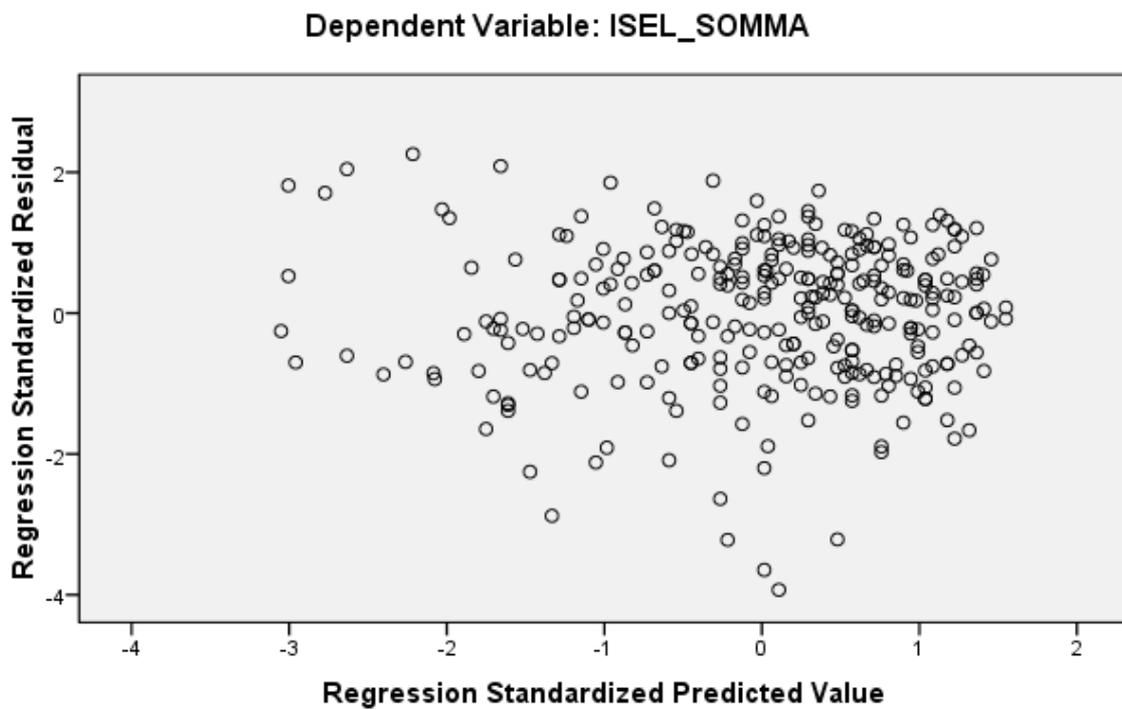
### Analisi dei residui di regressione: scatterplot

#### Regressione 1:

variabile dipendente: ISEL

variabile indipendente: MSP

#### Scatterplot

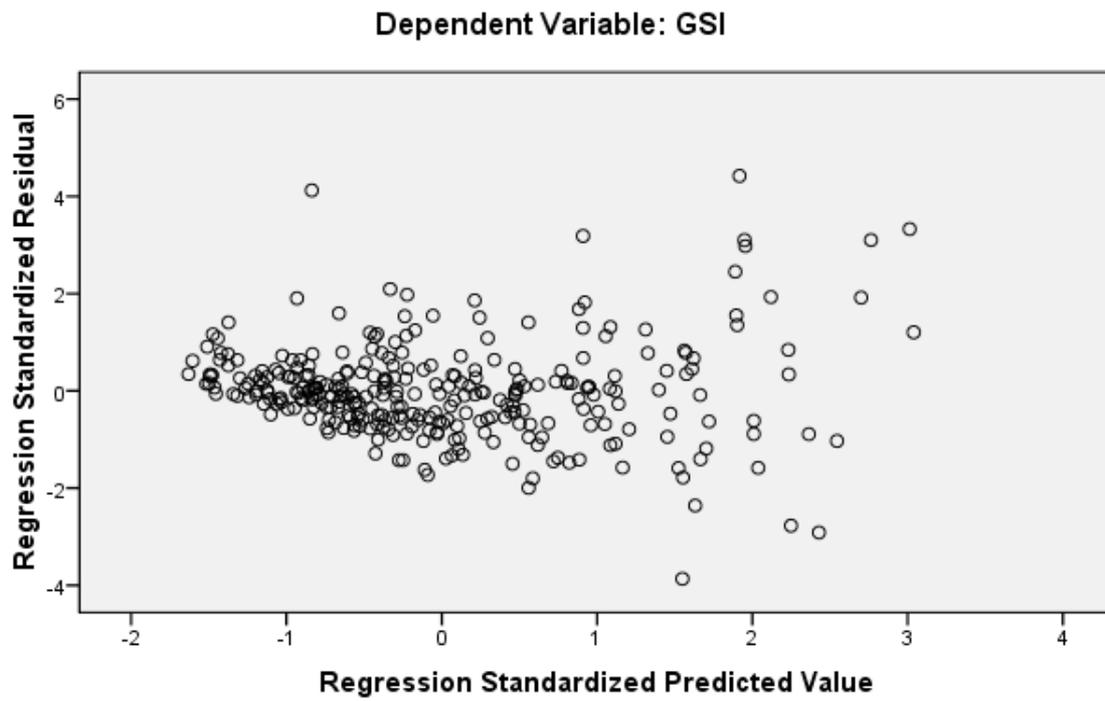


## Regressione 2:

variabile dipendente: GSI

variabili indipendenti: MSP e ISEL

### Scatterplot



Se la perdita riguarda un genitore, gli altri adulti si trovano di fronte al difficile compito di consolare e rassicurare i bambini, dovendo contemporaneamente gestire le proprie reazioni.

In relazione a queste situazioni, il Coordinamento Regionale Trapianti del Veneto e il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università di Padova hanno elaborato un progetto di ricerca, finalizzato a comprendere meglio la sofferenza di questi bambini e a individuarne precocemente eventuali difficoltà conseguenti a un evento traumatico.

Il progetto prevede alcuni incontri nel primo anno successivo alla perdita, allo scopo di:

- ⇒ valutare la sofferenza dei bambini conseguente alla perdita, anche in funzione delle reazioni dell'ambiente circostante;
- ⇒ rilevare gli eventuali bisogni di assistenza per l'elaborazione del lutto e la riorganizzazione della famiglia;
- ⇒ rinforzare le risorse esistenti o individuare le modalità di intervento più appropriate.

Per chi fosse interessato o desideri maggiori informazioni inerenti al progetto può contattare la Dott.ssa A. Feltrin o la Dott.ssa M. Moretti presso il Coordinamento Regionale per i Trapianti del Veneto tel. 049/8218124-8125.

Gli incontri si svolgeranno presso il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, via Belzoni 80, Padova.

Grafica dariozambello@tin.it



## Aiutare i bambini ad affrontare la perdita e il lutto



Regione Veneto  
Coordinamento Regionale Trapianti

Università di Padova  
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione



REGIONE VENETO

**L**a perdita di una persona cara, sia essa improvvisa o successiva ad un periodo di sofferenza, rappresenta un evento doloroso ma inevitabile nella vita di ciascun individuo.

L'evento ci trova quasi sempre impreparati perché, anche in presenza di una situazione di malattia, è difficile immaginare il "dopo", quando la persona cara non sarà più presente e bisognerà fare i conti con il distacco definitivo.

In questi momenti di crisi è normale sperimentare sentimenti e reazioni difficili da comprendere, e spesso anche da comunicare agli altri, che spaziano dalla rabbia alla paura, dal dolore alla solitudine, fino al senso di colpa per la perdita.

È possibile anche un coinvolgimento del piano fisico nella reazione di dolore, con difficoltà del sonno, perdita dell'appetito, senso di affaticamento costante, dolori in varie parti del corpo.

In alcuni casi si riesce a trovare sostegno e conforto nelle persone vicine, familiari e amici; in altri casi si tende ad isolarsi e a ritirarsi dal mondo, con una sensazione di mancanza di significato della quotidianità e di perdita di interesse per tutto.

La situazione è ancora più delicata quando è un bambino a perdere una figura adulta di riferimento, evento che lo priva di una fonte di amore e di una guida nella crescita. Quanto più è piccolo al momento della perdita, tanto più sarà difficile per il bambino esprimere in maniera diretta il dolore che prova.

In questi casi il disagio passa attraverso manifestazioni diverse, come irritabilità e aggressività, paure irrazionali e resistenti ai tentativi di rassicurazione, comportamenti problematici a casa o a scuola, regressione ad atteggiamenti inappropriati all'età o apparente assenza di reazioni.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2001) *Manual for the ASEBA. School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Agid, O., Shapira, B., Zislin, J., Ritsner, M., Hanin, B., Murad, H., Troudart, T., Bloch, M., Heresco-Levy, U., Lerer, B. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 4, 163-172.
- Archer, J. (1999). *The nature of grief: the evolution and psychology of reactions to grief*. London: Routledge.
- Axia, G., Bonichini, S. (2000). *La valutazione del bambino. Manuale di metodi e strumenti*. Roma: Carocci Editore.
- Baker, J. E., Sedney, M.A., Gross, E. (1992). Psychological tasks for bereaved children, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 105 – 116.
- Balk, D. E. (1991). Death and adolescent bereavement: current research and future directions. *Journal of Adolescent Research*, 6, 7 – 27.
- Balk, D. E. (1996). Models for understanding adolescent coping with bereavement. *Death Studies*, 20, 367 – 387.
- Barry L.C., Kasl S.V., Prigerson H.G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 447 – 57.
- Bellak, L., Bellak, S.S. (1952). *Children Apperception Test*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Benore E.R., Park C.L. (2004). Death-specific religious beliefs and bereavement: belief in an after life and continued attachment. *International Journal for the Psychology of Religion*, 14, 1 – 22.
- Berlinski, E.B., Biller, H.B. (1982). *Parental death and psychosocial development*. Washington: Lexington Books.
- Black D., Harris-Hendriks, K. T. (1992). Father kills mother: post traumatic stress disorder in the children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 152 – 157.
- Boelen P.A. (2005). *Complicated grief: Assessment, theory, and treatment*. Enschede/Amsterdam: Ipskamp.

- Bonanno G.A., Papa A., Lalande K., Zhang N., Noll J.G. (2005). Grief processing and deliberate grief avoidance: a prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 86 – 98.
- Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., Penn P. (1987). Milan Systemic Family Therapy: Conversations in Theory and Practice, Basic Book, New York. Trad. it. (Eds) P. Bertrando (2004). Clinica sistemica. Dialoghi a quattro sul modello di Milano. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby J. (1980). Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression. London: Hogart Press.
- Brent, D.A., Perper, J., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Roth, C., Balach, L., Allman, C., (1993). *Journal of Affective Disorders*, 28, 249 – 256.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Brier, A., Kelsoe, J.R., Kiewin, P.D., Beller, S.A., Wolkowitz, O.M. Pickar, D. (1988). Early parental loss and development of adult psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 45, 987 - 993.
- Brown E.J., Goodman R.F. (2005). Childhood traumatic grief: an exploration of the construct in children bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 248 - 259.
- Brown G.W., Harris, T., Copeland, J.R. (1977). Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*, 130, 1 - 18.
- Caplan, M.G., Douglas, V.I. (1969). Incidence of parental loss in children with depressed mood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 10, 225 – 244.
- Caprara, G.V., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., Vallone, R. (1992). *Indicatori della capacità di adattamento sociale in età evolutiva*. Test. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Carr, D., House, J.S., Kessler, R.C., Nesse, R.M., Sonnega, J., Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *Journal of Gerontology (B): Psychological Sciences*, 55, S197–207.
- Carr, D. (2004). Black/White differences in psychological adjustment to spousal loss among older adults. *Research on Aging*, 26, 591 – 622.
- Carr D., Nesse R.M., Wortman C. (2005). *Late life widowhood in the United States*. New York: Springer Publishing Co.

- Cerel J., Fristad M.A., Verducci J., Weller R.A., Weller E.B. (2006). Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of Accademy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 681 - 690.
- Cheifetz, P. N., Stavrakakis, G., Lester, E. P. (1989). Studies of the affective state in bereaved children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 688 – 692.
- Chen J.H., Bierhals A.J., Prigerson H.G., Kasl S.V., Mazure C.M., Jacobs S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29, 367 – 380.
- Christakis N.A., Iwashyna T.J. (2003). The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Social Science and Medicine*, 57, 465 – 475.
- Cicchetti D. (1990). *An historical perspective on the discipline of developmental psychopathology*. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, S. Weintraub (Eds.) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press, pp. 2 – 28.
- Clements P.T., Burgess A.W. (2002). Children’s response to family member homicide. *Family & Community Health*, 25, 32 - 42.
- Cohen J.A., Mannarino A.P. (2004). Treatment of Childhood Traumatic Grief. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 819 - 831.
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Knudsen K. (2004). Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *Journal of the American Accademy of Child Adolescent Psychiatry*, 43, 1225 - 1233.
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Staron, V. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of American Accademy of Child Adolescent Psychiatry*, 45, 1465 - 1473.
- Cohen, S., Hoberman, H.M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99 – 125.
- Corman, L. (1976). *Il disegno della famiglia: test per bambini*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Crocetti, G. (1991). *Il bambino nella pioggia. Il significato del disegno infantile nel dialogo terapeutico*. Roma: Armando Editore.
- Crook, T., Elliot, J., (1980). Parental death during childhood and adult depression: a critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, 87, 252 – 259.
- Currier, J.M., Neimeryer, R.A., Berman, J.S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for the bereaved: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134, 648 – 661.

- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561 - 574.
- Downey, G., Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50 – 76.
- Downey, L. (2000). Annotation: childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 819 – 830.
- Downey, L., Wilson, R., Maughan, B., Allerton, M., Schofield, P., Skuse, D. (1999). Bereaved children: psychological disturbance and service provision. *British Medical Journal*, 319, 354 – 357.
- Duss, L. (1957). *Il metodo delle favole*. Test. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Dyregrov K., Nordranger D., Dyregrov A., (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143-166.
- Earls, F., (1994). Oppositional-defiant and conduct disorders. In M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov (Eds), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, pp. 308 – 329.
- Elizur, E., Kaffman, M. (1982). Children's bereavement reactions following death of the father: II. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 474 – 480.
- Elizur, E., Kaffman, M. (1983). Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 337 – 345.
- Fava Vizziello, G.M. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Fava Vizziello, G.M., Feltrin A. (2010). *Quando il legame si spezza. I servizi sociosanitari di fronte alla perdita*. Padova: Cleup.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258
- Field e Sundin (2001) Attachment style in adjustment to conjugal bereavement. *Journal of Social and Personal Relationship*, 18, 347 – 361.
- Fortner B.V. (2000) Loss and meaning reconstruction: Proposition and procedures. in R. Malkinson, S. Rubin, & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: clinical theory and practice*. Madison, CT: Psychosocial Press, pp. 197 – 230.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In *Sigmund Freud: Collected papers, Vol. 4*. New York: Basic Books.
- Fristad, M.A., Jedel, R., Weller, R.A., Weller, E. B. (1993). Psychosocial functioning in children after the death of a parent. *American Journal of Psychiatry*, 150, 511 - 513.

- Furman, E. (1974). *A child's parent dies*. New Haven, CT: Yale, University Press.
- Gersten, J.C., Beals, J., Kallgren, C.A. (1991). Epidemiology and preventive interventions: Parental death in childhood as a case example. *American Journal of Community Psychology*, 19, 481 - 500.
- Harrington, R. (1994). Affective disorders. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, pp. 330 – 350.
- Harris, T., Brown, G. W., Bifulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: The role of lack of adequate parental care. *Psychological Medicine*, 16, 641 - 659.
- Hogan, N.S., Greenfield, D.B., Schmidt, L.A. (2001). Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Studies*, 25(1), 1 - 32.
- Hooyman, N.R., Kramer, B.J. (2006). *Living through loss: intervention across the life span*. New York: Columbia University Press.
- Horowitz, M.J. (1986). Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders. *Hospital Community Psychiatry*, 37, pp. 241 - 249.
- Kaffman, M., Elizur, E. (1979). Children's bereavement reactions following death of the father. *International Journal of Family Therapy*, 1, 203 - 229.
- Kaltman S., Bonanno G.A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Death and Anxiety Disorders*, 17 (2), 131 - 147.
- Kim, Y., Seidlitz L., Ro, Y., Evinger, J. S., Duberstein, P.R. (2004). Spirituality and affect: a function of changes in religious affiliation. *Personality and Individual Differences*, 37, 861 – 870.
- Klein, K. (1940). Mourning and its relations to manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 21, pp. 125 - 153.
- Lansdown, R., Benjamin, G. (1985). The development of the concept of death in children aged 5 - 9 years. *Child: Care Health and Development*, 11, 13 - 20.
- Lieberman A.F., Compton N.C., Van Horn P., Ippen C. (2007). *Il lutto infantile. La perdita di un genitore nei primi anni di vita*. Bologna: Il Mulino.
- Lin K.K., Sandler I.N, Ayers T.S., Wolchik S.A, Luecken L.J. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 673 - 683.
- Lindemann (1944) Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141 - 148.
- Luecken, L. J. (1998). Childhood attachment and loss experiences affect adult cardiovascular and cortisol function. *Psychosomatic Medicine*, 60, 765–772.

- Luecken, L. J. (2000). Parental caring and loss during childhood and adult cortisol responses to stress. *Psychology and Health, 15*, 841–851.
- Luecken, L. J. (2000). Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 85–91.
- Luecken, L. J., Appelhans, B. M. (2005). Information processing biases in young adults from bereaved and divorced families. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 309–313.
- Luecken, L. J., Lemery, K. (2004). Early caregiving and adult physiological stress responses. *Clinical Psychology Review, 24*, 171–191.
- Machover, K. (1949). *Il disegno della figura umana*. Test. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Maddison, D., Viola, A. (1968). The health of widows in the year following the bereavement. *Journal of Psychosomatic Research, 145*, pp. 297 - 306.
- Maddison, D., Walker (1967) Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *British Journal of Psychiatry, 113*, 1057-1067.
- Mikulincer, M. (2008). An attachment perspective on disordered grief reactions and the process of grief resolution. *Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement, 11*, 34 – 37.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. San Diego: Academic Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford.
- Mikulincer, M., Shaver, P. (2008). An attachment theory perspective on bereavement. In M. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington: American Psychological Association Press, pp. 87 – 112.
- Moskowitz J.T., Folkman S., Acree M. (2003) Do positive psychological states shed light on recovery from bereavement? Findings from a 3-year longitudinal study. *Death Studies, 27*, 471 – 500.
- Nadeau, J. (2001). Meaning making in family bereavement: A family systems approach. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 329 – 349.
- Oltjenbruns (2001) Developmental context of children: Grief and regrief phenomena. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. S. Schut (Eds.), *Handbook bereavement research:*

- Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 169 - 197.
- Ongari, B. (2006). *La valutazione dell'attaccamento nella seconda infanzia. L'Attachment Story Completion Task: aspetti metodologici ed applicative*. Bergamo: Unicopli.
- Parker, G., Tubling, H., Brown, L.B. (1979). Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, pp. 1 - 10.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London: Tavistock.
- Parkes (1996) *Bereavement Studies of grief in adult life* (3rd ed.). London: Routledge.
- Parkes, C. M. (1972/1996). *Bereavement: Studies of grief in adult life*, 1st/3rd edition London: Routledge.
- Parkes, C. M. (1988). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. *Journal of Social Issues*, 44, 53 – 65.
- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. A.W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association Press, pp. 25 – 45.
- Parkes, C. M. (2006). *Love and loss: The roots of grief and its complications*. London: Routledge.
- Pfeffer, C. R., Martins, P., Mann, J., Sunkenberg, M., Ice, A., Damore, J. P. Jr., Gallo, C., Karpenos, I., & Jiang, H. (1997). Child survivors of suicide : Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 65 - 74.
- Prigerson, H.G., Vanderwerker, L.C., Maciejewski, P.K (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, W. Stroebe (Eds) *Handbook of bereavement research and practice: 21<sup>st</sup> century perspectives*. Washington DC: American Psychological Association, pp. 165 – 186.
- Prigerson H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C.F., Bierals, A.J, Newsom, J.T., Fasiczka, A. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65 – 79.
- Prigerson, H. G., Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 613 – 647.
- Pynoos, R.S. (1992). Grief and trauma in children and adolescent. *Bereavement Care*, 11, 2 – 10.
- Raphael, B., (1996). *The anatomy of bereavement: a handbook for the caring professional*. London: Routledge.

- Raven, J. (1938). *Le matrici progressive di Raven*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Raven, J. (1947). *Le matrici progressive Standard di Raven*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Rosner, R., Kruse, J., Hagl, M. (2010). A meta-analysis of intervention for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 34, 99 – 136.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. E. Rolf, A. S. Masten, et al. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (Vol. 15). New York: Cambridge University Press, pp. 181–214.
- Rutter M. (2000). *Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications*. In J.P. Shonkoff, S.J. Meisels, (Eds): *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Saldinger, A., Cain A., Porterfield K. (2003). Managing traumatic stress in children anticipating parental death. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 66, 168 -181.
- Salloum A., Vincent N.J. (1999). Community-based groups for inner city adolescent survivors of homicide victims. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 9, 27 - 45.
- Sameroff A.J., McDonough S.C., Rosenblum K.L. (2006). *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino.
- Sameroff, A. J., Gutman, L., Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, New York: Cambridge University Press, pp. 364 – 391.
- Sameroff, A.J., Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P. Shonkoff, S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: University Press.
- Sanchez, L., Fristad, M., Weller, R., Weller, E.B., Moye, J. (1994). Anxiety in acutely bereaved prepubertal children. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6, 69 – 43.
- Sandler I.N., Wolchik S.A., Ayers T.S. (2008). Resilience rather than recovery: a contextual framework on adaptation following bereavement. *Death Studies*, 32, 59 – 73.
- Sandler, I.N., Ayers T.S., Wolchik, S.A. (2003). The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 587 – 600.
- Schut H.A, Stroebe, M.S., van den Bout, J., de Keijser J. (1997). Intervention for the bereaved: gender differences in the efficacy of two counseling programmes. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 63 - 72.
- Sgarro, M. (2008). *Il lutto in clinica e in psicoterapia*. Torino: Centro Scientifico.

- Siegel, K., Karus, D., Raveis, V. H. (1996). Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 442 - 450.
- Siegel, K., Karus, D., Raveis, V.H. (1996). Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 442 – 450.
- Siegel, K., Mesagno, F.P, Karus, D., Christ, G., Banks, K., Moynihan, R. (1992). Psychosocial adjustment of children with a terminal ill parent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 327 – 333.
- Silverman, P.R., Worden, J.W. (1992). Children’s reactions in the early months after the death of a parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 93 - 104.
- Sood, B., Weller, E.B., Weller, R.A., Fristad, M.A., Bowes, J.M. (1992). Somatic complaints in grieving children. *Comprehensive Mental Health Care*, 2, 17 - 25.
- Spitz R.A. (1945). Hospitalism-An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53 - 74.
- Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960 – 1973.
- Stroebe, M., Hansson, R., Schut, H., Stroebe W. (2008). Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., Schut, H. (1997). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1241 – 1249.
- Stroebe M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., Schut, H. (2001). *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington: Hardcover.
- Stroebe M.S., Stroebe W., Harisson R.O. (1993). *Handbook of bereavement: theory, research and intervention*. Cambridge, University Press.
- Stroebe, M., Shut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197 – 224.
- Stroebe, M.S., Shut, H., Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48 - 66.
- Tsuchiya, K., Agerbo, E., Mortensen, P. (2005). Parental death and bipolar disorder: a robust association was found in early maternal suicide. *Journal of Affective Disorders*, 82, (2), pp. 151 - 159.
- Vachon, M.L., Rogers, J., Lyall, W.A., Lancee, W.J., Sheldon, A.R., Freeman, S.J. (1982). Predictors and correlates of adaptation to conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 998 - 1002.

- Van Eerdewegh M.M., Clayton P.J, Van Eerdewegh P. (1985). The bereaved child: variables influencing early psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 147, 188 - 194.
- Van Eerdewegh, M., Bieri, M., Parilla, R., Clayton, P. (1982). The bereaved children. *The British Journal of Psychiatry*, 140, pp. 23-29.
- Webb N. B. (2002). *Helping bereaved children*. New York: Guildford Press.
- Weiss (1993). Loss and recovery. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. New York: Cambridge University Press, pp. 271 – 284.
- Weller, R.A., Weller, E.B., Fristad, M.A., Bowes, J.M. (1991). Depression in recently bereaved prepubertal children. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1536 – 1540.
- Weller, R.A., Weller, E.B., Fristad, M.A., Cain, S.E., Bowes, J.M. (1988). Should children attend their parents' funeral? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 559 – 562.
- West, S.G., Sandler, I., Pillow, D.R., Baca, L., Gersten, J.C. (1991). The use of structural equation modelling in generative research: toward the design of a preventive intervention for bereaved children. *American Journal of Community Psychology*, 19, 459 – 480.
- Wijngaard-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. et al. (2005). Couples at risk following the death of their child: predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617 – 623.
- Wolchik, S., Ma, Y., Tein, J., Salndler, I., Ayers, T. (2006). Parentally bereaved children's grief: self-system beliefs as mediators of the relationship between grief and stressors and caregivers-child relationship quality. *Death Studies*, 32, 597 - 620.
- Wolfenstein, M. (1966). How is mourning possible? *Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 93 – 123.
- Worden (1982). *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Worden (1991). *Grief counseling and grief therapy* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Worden J. M. (2001). *Children and grief: when a parent dies*. New York: Guildford Press.
- Worden, J.W., Silverman, P.R. (1996). Parental death the adjustment of school-age children. *Omega Journal of Death and Dying*, 33, 91 – 102.
- Wyman et al. (2000). Resilience as Cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention in J. R. D. Cicchetti, I. Sandler, R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents* W. Washington, DC: Child Welfare League of America, pp. 133 – 184.

Yule, W. (1994). Posttraumatic stress disorders. In M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov (Eds), *Child and adolescent psychiatry: modern approach*. Oxford: Balckwell Scientific Pubblication, pp. 392 – 407.