



***PUO' LA PERDITA DEL LAVORO ESSERE CONSIDERATA
UN TRAUMA? UNA RICERCA EMPIRICA SULLE
CONSEGUENZE DELLA DISOCCUPAZIONE E APPLICAZIONE
DEL METODO DELLA SCRITTURA ESPRESSIVA COME
POSSIBILE TRATTAMENTO***

Sara Corsini

Introduzione

L'esclusione dal mondo del lavoro ha ripercussioni a livello personale, professionale, sociale ed economico. A livello personale perché avviene una grossa perdita di autostima con conseguente disagio psicologico e perdita di motivazione; a livello professionale perché il lavoratore diviene meno appetibile per le aziende; a livello sociale perché la disoccupazione causa indebolimento delle relazioni e infine a livello economico perché le condizioni economiche peggiorano. Per quanto concerne le problematiche di tipo economico, molti studi hanno identificato le privazioni economiche come la chiave che media la relazione tra perdita del posto di lavoro e depressione (Kessler et Al. 1987). Le proporzioni che sta assumendo il fenomeno della disoccupazione però, rendono interessante un approccio di studio che vada oltre lo stretto inquadramento socio-economico, che riesca a toccare una sfera più profonda della persona, mettendo in evidenza come la condizione di "senza lavoro" modifichi necessariamente il benessere generale dell'individuo. I mass media contribuiscono a portare l'attenzione sulla tragicità della vita di persone che si trovano improvvisamente disoccupate o che vivono in modo continuativo questa realtà. Molte volte si legge di casi drammatici, di famiglie spezzate, tutte queste storie sono caratterizzate da una sofferenza di fondo, un disagio che accomuna tutti, in un problema che ormai ha preso le caratteristiche di una piaga sociale e non solo in Italia. Consideriamo che gli occupati nel nostro Paese (fonte ISTAT, periodo di riferimento Novembre 2012) sono 22 milioni e 873 mila, in diminuzione dello 0,2% sia rispetto a Ottobre (meno 42 mila) sia su base annua (meno 37 mila). Il numero dei disoccupati, pari a 2 milioni e 870 mila registra un lieve calo (meno 2 mila) rispetto a Ottobre. La diminuzione della disoccupazione riguarda solo la componente femminile. Su base annua la disoccupazione cresce del 21,4% (più 507 mila unità). Il tasso di disoccupazione si attesta all' 11,1% invariato rispetto a Ottobre e in aumento di 1,8 punti percentuali nel 12 mesi (fonte ISTAT, periodo di riferimento

Novembre 2012). E' di fondamentale importanza intervenire tempestivamente per aiutare molti disoccupati a superare il disagio che stanno vivendo. La disoccupazione ed i fenomeni ad essa correlati devono essere osservati a 360 gradi, per poter apportare contributi significativi alla comprensione di uno dei problemi che maggiormente colpiscono l'Italia. La presente ricerca empirica nasce appunto dall'esigenza di indagare come perdita del posto di lavoro possa essere considerata come un trauma. Nella letteratura internazionale, la perdita del posto di lavoro è spesso considerata come una tra le dieci esperienze più traumatiche della vita insieme al divorzio e la morte del coniuge (Freud,1961). Gli effetti negativi della perdita del lavoro sulla salute fisica e psicologica, particolarmente nei lavoratori di mezza età, sono largamente documentati. Essa, così come qualsiasi altra perdita, richiede uno sforzo e un periodo di elaborazione del lutto più o meno impegnativo. Freud (1961) afferma che le due fonti principali della salute mentale sono l'amore e il lavoro. La perdita del lavoro può essere pensata come una transizione all'interno del corso della vita e come un evento che non ha conseguenze solo per l'individuo ma anche per le relazioni familiari e sociali. L'impatto che esso ha sull'individuo dipende dal tipo e dalla quantità di risorse personali e sociali e da come queste risorse vengono utilizzate per far fronte alla perdita (Price, Friedland & Vinokur 1998).

Il presente lavoro intende esplorare se la perdita del lavoro è percepita come traumatica da un campione di lavoratori disoccupati ed esplorare il loro livello di disagio psicologico. E' stato esplorato il disagio psicologico sperimentato dalla persona in termini di depressione, ansia e livello di benessere psicologico, che sono considerati i principali effetti negativi sulla salute fisica e mentale conseguenti alla perdita del lavoro. Successivamente è stato applicato il trattamento della scrittura espressiva studiato e applicato da James Pennebaker a partire dalla fine degli anni '80. Pennebaker parte dall'assunto che l'atto di costruire storie è un processo naturale che può aiutare gli individui a capire le loro esperienze e se stessi. (Pennebaker & Seagal 1999). Descrivere le situazioni difficili della propria vita, cercando di chiarire ciò che si pensa e si prova al riguardo può migliorare lo stato generale della salute, favorire l'efficienza personale e modificare in senso positivo gli atteggiamenti e le relazioni interpersonali. Si fornirà così l'occasione al disoccupato di esprimere ciò che pensa e prova relativamente alla sua situazione dando così la possibilità di dare un senso alla grave sofferenza che sta vivendo.

Il concetto di trauma secondo il pensiero psicoanalitico passato e attuale

Nella concezione psicoanalitica classica il trauma psichico è un evento improvviso e inatteso che, per la sua particolare intensità, oltrepassa la capacità di elaborazione dell'Io ed ha effetti patogeni durevoli nell'organizzazione psichica. Negli studi fatti da Freud e Breuer (1886- 1895) i sintomi dell'isteria sono strettamente connessi a un trauma, dove per trauma psichico si intende qualsiasi esperienza che provochi effetti di terrore, angoscia, vergogna e dolore psichico accompagnata da una variabile costituzionale legata alla sensibilità della persona che determina la gravità dell'esperienza. Quindi il trauma psichico rappresenta una reazione a un trauma reale che coinvolge la sensibilità individuale vale a dire l'intrapsichico (teoria della seduzione). Per Freud quindi l'isteria era causata da una seduzione sessuale subita da parte di un adulto durante l'infanzia il cui ricordo era rimosso. Successivamente Freud (1895) si rese conto che non tutti i ricordi infantili che riportavano i malati isterici erano legati ad eventi realmente accaduti, ma che parte di essi erano delle fantasie successivamente costruite. Questo portò a dare maggiore importanza all'elemento di fantasia nella produzione dei traumi e dei loro effetti patogeni senza però perdere di vista la concomitanza degli eventi reali. Il conflitto mondiale portò Freud (1915- 1917) a interessarsi nuovamente alle nevrosi traumatiche e alle nevrosi di guerra e questi eventi lo portarono ad una revisione delle sue teorie all'introduzione del concetto di pulsione di morte. Riacquista importanza il concetto di trauma psichico come inondazione di energia proveniente dall'esterno, come frattura, che va a integrarsi con quello di trauma sessuale infantile inserito in una concezione economica. Il trauma psichico è soggetto a l'“a posteriori” (Nachträglichkeit), vale a dire che esso si manifesta posteriormente, a partire da ricordi infantili che acquistano valore traumatico solamente molto tempo dopo l'evento reale in funzione di nuovi eventi scatenanti. Questo Freud lo aveva già descritto nel 1895, in Progetto di una Psicologia, quando sostenne che il trauma sessuale si manifestava in due tempi in quanto la traccia nella memoria di tale evento non costituiva di per sé un trauma, cioè non provocava effetti patogeni fino a quando le condizioni maturative o eventi posteriori non convertivano il primo evento in trauma, solo in questo momento emergevano le conseguenze patologiche. Si delineava quindi un' azione casuale retroattiva del presente verso il passato, introducendo un modello a spirale della temporalità dove passato e futuro si condizionano e acquistano senso nella strutturazione del presente. Proprio su questa casualità e temporalità si regge la possibilità di un'azione terapeutica specifica della psicoanalisi: se non c'è questa retroattività nella costituzione del trauma non vi è la possibilità di modificare la storia del soggetto. L'ultimo grande contributo riguardante il trauma, Freud lo dette nel 1926 quando pubblicò “Inibizione, sintomo e angoscia” in cui definì la situazione traumatica come rapporto tra il trauma e l'angoscia. Le

situazioni traumatiche sarebbero legate principalmente all'esperienza di perdita (perdita della madre, dell'affetto, dell'amore ecc..) che mettono l'individuo in una condizione di impotenza psichica e fisica davanti a stimoli di origine interna ed esterna. L'Autore sostiene che vi sia una sequenza costituita da angoscia – pericolo – impotenza (trauma) in cui l'angoscia è la reazione primaria che darà origine all'impotenza vissuta nel trauma. A questa reazione di angoscia segue una riprodotta situazione di pericolo come segnale di allarme. Si riattiva una riproduzione attenuata del trauma nella speranza di poterne orientare autonomamente lo sviluppo.

Una caratteristica del trauma è quella di manifestarsi in modo ripetitivo. Gli effetti possono essere di diverso tipo e possono riguardare gli sforzi di ricordare l'esperienza dimenticata o per meglio dire renderla reale, di viverne di nuovo una ripetizione. Questi sforzi si dicono fissazione al trauma o coazione a ripetere. Per coazione a ripetere Freud (1920) intende un fenomeno in cui l'individuo continua a ripetere azioni penose e spiacevoli a proprio danno. Al contrario può accadere che il trauma non sia né ricordato né ripetuto. Questo viene identificato come una reazione di difesa le cui principali manifestazioni sono le elusioni che possono accrescersi fino a diventare inibizioni o fobie, ma fondamentalmente sono delle fissazioni (Freud, 1926). I meccanismi psichici della tendenza a ripetersi, della regressione e della fissazione porteranno Freud a teorizzare l'esistenza di una forza oppositiva, la pulsione di morte, come fondamento ultimo del conflitto psichico. La pulsione di morte è una forza che risiede internamente al corpo e che si orienta verso l'interno senza essere immediatamente percepita come distruttiva. Il suo fine è condurre la sostanza vivente organica verso la decomposizione inorganica.

Nelle teorie psicoanalitiche più recenti il concetto di trauma ha assunto un significato più esteso. Per Winnicott (1962) il trauma si organizza per una inadeguata risposta dell'oggetto ad una condizione mutilante dell'Io. Gli effetti sul bambino di una inadeguata funzione di holding da parte della madre- ambiente si possono tradurre in alterazioni della struttura dell'io. Balint (1969) definisce la situazione traumatica all'interno della relazione. Le esperienze precoci tra madre e bambino, basate su una mancata risposta ai bisogni del bambino, portano a un fraintendimento nella loro relazione che può provocare dei traumi. Khan (1964) introduce il concetto di trauma cumulativo definito come una serie di eventi o situazioni, reali o storici, non eclatanti, ognuno di per se irrilevante, ma che se ripetuti acquistano una rilevanza traumatica e possono determinare in effetto patogeno sul processo di strutturazione dell' Io. La natura di tali eventi è di tipo interpersonale e si possono avere durante la prima infanzia nel rapporto affettivo intimo e intenso con un adulto. In particolare il trauma cumulativo si ha quando la madre è incapace di adattarsi ai bisogni del bambino, provocando effetti negativi sul bambino che possono favorire la nascita di reazioni patologiche. Khan

sottolinea che l'assenza reale o psicologica della funzione materna determina un traumatismo precoce o una situazione traumatica. Tali eventi non eclatanti possono essere anche inclusi nel concetto di microtrauma inteso come situazione soggettivamente dolorosa che di per sé, e nella maggior parte dei casi, non produce effetti significativamente rilevanti sul processo di sviluppo della personalità. In definitiva non è l'evento in sé ma la circostanza in cui tali eventi si ripetono (Khan, 1964). Modell (1991) riprendendo le teorizzazioni di Khan, ha sottolineato nuovamente l'importante ruolo della memoria che, secondo l'Autore, viene ritrascritta a partire dal contenuto dell'esperienza successiva. Egli sostiene che due eventi distanti nel tempo tra loro potrebbero essere associati e produrre un trauma. Questo perché sembra plausibile l'idea che ci sia una sorta di limbo in cui eventi passati rimangono in sospeso per essere successivamente aggiustati, consolidati o modificati emotivamente e/o cognitivamente. Sembra quindi che possano avvenire successivi aggiustamenti dei propri ricordi per allinearli a quelli storicamente corretti, questo processo può essere veicolato dalla fantasia e dall'affetto. A questo proposito ci sembra necessario definire i termini fantasia e realtà psichica. Il termine realtà psichica fu introdotto da Freud per sottolineare che l'incidenza della fantasia inconscia sulle nevrosi era importante quanto il potere della realtà (Freud, 1900). La fantasia è invece una funzione piuttosto tardiva che implica l'instaurarsi del principio di realtà (Freud, 1905). Lee Grossman (1996), più recentemente, ha sostenuto che il termine "realtà psichica", da un punto di vista letterale, è sia ridondante che fuorviante. E' ridondante perché ogni realtà è psichica, la percezione non è un atto passivo di ricezione o registrazione, ma un processo attivo di selezione e interpretazione. La realtà "esterna", che sembra essere una realtà indipendente dalla percezione, è invece il risultato di atti percettivi e interpretativi che dipendono dalla nostra percezione individuale.

L'approccio proposto da Caroline Garland (2001), fondatrice delle Unit for the Study of Trauma and its Aftermath presso l'Adult Department della Tavistock Clinic, ha le sue radici nel lavoro di Freud e Klein, secondo i quali l'impatto degli eventi traumatici sulla mente umana può essere compreso e curato soltanto se si arriva a conoscere il significato profondo di questi eventi peculiari per l'individuo. Questo significa prestare attenzione all'infanzia e alla storia dello sviluppo del paziente dal momento che si ritiene fondamentale il modo in cui i primissimi rapporti non solo modellano la struttura mentale successiva (e perciò il carattere), ma esercitano anche un'influenza attiva e costante sul mondo interno. Secondo l'Autrice l'approccio psicoanalitico indaga e cerca di spostare o modificare le relazioni oggettuali interne, i corrispondenti stati del mondo interno e le relazioni tra mondo interno e realtà esterna. La teoria delle relazioni oggettuali interne si occupa delle modalità con cui i bambini interiorizzano le immagini che essi si formano delle persone per loro importanti

come i genitori. Queste immagini interiorizzate (rappresentazioni oggettuali) diventano parte dell'Io e influenzano il modo in cui la persona reagisce al mondo (Kring e Davison, 2008). Secondo Garland “Ci serviamo di un approccio psicoanalitico per comprendere e curare il trauma perché esso si rivolge in modo diretto a ciò che è avvertito come maggiormente disturbante, irriducibile e radicato nella risposta dell'individuo. Il trauma tocca e sconvolge il cuore dell'identità, e operare a questo livello di disturbo non è cosa che si possa fare velocemente e con leggerezza” (Garland, 2001, p.4). Occorre quindi scoprire e afferrare il significato che gli eventi traumatici hanno per l'individuo, in modo che la sua reazione acquisti un senso per lui e possa essere pensata, invece di liquidare il trauma come un fatto sfortunato o una fatalità. Un evento traumatico è quindi un evento che, per un particolare individuo, calpesta il processo di discriminazione, di filtro e scavalca il processo di negazione o il tamponamento temporaneo del danno. Con le parole dell'Autrice “ il trauma sconvolge le difese esistenti contro l'angoscia in una forma tale da confermare allo stesso tempo queste angosce universali” (p. 11). Le difese esistenti contro l'angoscia tremano e non ci si sente più protetti, si perde la fiducia nel mondo, ci si sente vulnerabili con conseguenze variabili da individuo a individuo, ma profonde sulla personalità. Garland fa riferimento alla definizione di angoscia data da Freud che ne distingue due tipi: un'angoscia automatica, in relazione ad un pericolo reale e il segnale di angoscia quale avvertimento di un pericolo reale. Ma per Garland chi è stato traumatizzato non può permettersi di credere al segnale di angoscia perciò si comporta come se fosse stato invaso dall'angoscia automatica. Tuttavia quando la violenza del trauma è eccessiva che venga o meno attivato il segnale di angoscia con tutta una serie di difese è pressoché irrilevante. Trovare un senso a quanto è accaduto significa rimettere ordine nel mondo interno e questo darà a quanto accaduto nel presente un significato che ha connessioni con il passato. Questa connessione tra presente e passato rende i postumi del trauma difficili da cancellare.

Il concetto di trauma nella letteratura

Codificato nel DSM-III (1980) il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) è stato originariamente definito “Sindrome post- Vietnam” o “Sindrome stress-ritardato” perché fu identificato nei veterani che erano tornati negli Stati Uniti. La stanchezza acuta da combattimento era stata apparentemente ben gestita dai militari, tuttavia coloro che ritornavano alla vita civile presentavano una serie di sintomi postumi o cronici. Il significato di introdurre il DPTS nel DSM-III non può essere sottovalutato. In primo luogo ha definito gli effetti residui di eventi di vita terribili e ha creato un quadro concettuale per lo studio sistematico del trauma e delle sue

conseguenze. In secondo luogo ha stabilito che un agente esterno (cioè un evento traumatico), anziché una certa debolezza insita nell'individuo, era fondamentale per lo sviluppo della malattia. Terzo, la dichiarazione formale delle potenziali gravi reazioni e la lunga durata, convalidano e legittimano le esperienze degli individui che ne sono affetti. Infine il costrutto di DPTS ha contribuito alla creazione di un modello per la correzione degli aspetti decontestualizzati della nomenclatura psichiatrica di oggi (Lisiuk, Hegadoren, 2006). Si sostiene l'idea che gli individui vivono all'interno di un contesto ambientale unico e che attraverso la continua interazione l'individuo e l'ambiente si influenzano reciprocamente. Il significato di questa posizione è che incoraggia ad avvicinarsi all'approccio olistico persona - nel – contesto (Lisiuk, Hegadoren, 2006). Dal 1980 in poi il DPTS è considerato sempre più prevalente ed attualmente appare sia nel ICD-10 (Manuale Classificazione dei Disturbi Mentali e Comportamentali) sia nel DSM-IV.

Benché il DPTS sia diventato un disturbo psichiatrico riconosciuto, esso è stato oggetto di accesi dibattiti nella letteratura. Terr (1994) ha proposto due tipologie di trauma definite di tipo I e tipo II. Il trauma di tipo I è un singolo evento eclatante come una calamità naturale, mentre il trauma di tipo II è una ripetuta e prolungata situazione traumatica come ad esempio i maltrattamenti durante l'infanzia. Questo ultimo tipo è stato descritto da Khan come trauma cumulativo. A queste due tipologie se ne sono aggiunte altre due: trauma sociale e trauma relazionale. Il trauma sociale viene definito come quegli eventi o situazioni traumatiche condivise con una comunità di appartenenza o gruppo, o potenzialmente condivisibili (esempio il terremoto dove tutti i membri della comunità mettono in atto comportamenti che hanno il fine di superare il disagio). Con trauma relazionale si intende invece eventi o situazioni traumatiche che coinvolgono una o pochissime relazioni interpersonali.

Van der Kolk (2001) evidenzia l'importanza di considerare l'individuo come un organismo biologico, inserito fin dalla nascita in un contesto sociale. Il trauma interviene nel soggetto esposto quando la sua intensità è tale da non poter essere mentalizzata. Nel caso degli eventi traumatici viene scavalcata la coscienza e tali eventi si insediano nel subconscio come idee fisse, con conseguente fallimento della funzione psichica di sintesi nel processo di assimilazione nella realtà esterna. Dipende dal temperamento e da esperienze precedenti, dalla novità della situazione, dalla rapidità con cui si manifestano gli eventi e dallo stato fisiologico del soggetto nei termini di intossicazione, affaticamento, malattie, depressione o dalle violente emozioni relative all'evento traumatico. Successivamente nel 2005 Van der Kolk si ricollega alla concezione del trauma cumulativo affermando che esso ha il suo impatto più forte nella prima decade di vita, mentre con il passare del tempo tende a divenire più circoscritto, ovvero con una fenomenologia più simile a

quella descritta per la diagnosi di DPTS. L'Autore sostiene la necessità di una nuova etichetta diagnostica per il trauma cumulativo detta “Developmental Trauma Disorder” (Van der Kolk, 2005). Di notevole importanza, nella definizione del concetto di trauma, è il modello elaborato nel 2009 da Jobson definito “Modello della Minaccia al Sé Concettuale” (TCS). L'Autrice parte dal presupposto che i modelli attuali di DPTS hanno rappresentato dei progressi eccezionali nella comprensione dell'eziologia del mantenimento e trattamento del trauma. Questi modelli implicano una serie di processi psicologici come: la memoria autobiografica, l'identità, l'attenzione, le valutazioni, le reazioni cognitive-affettive, sistemi di credenze, le strategie di coping e il sostegno sociale. Nonostante tali progressi, questi modelli sono stati sviluppati indipendentemente dalle recenti scoperte che indicano variazioni culturali dell'impatto sul sé che hanno un effetto anche sui processi psicologici elencati in precedenza. Jobson (2009) sostiene che i progressi nello sviluppo teorico hanno raggiunto un punto in cui è opportuno e necessario considerare l'attuale conoscenza del sé ed estenderla per includere anche le variazioni culturali. Mentre gli attuali modelli psicologici e approcci terapeutici al trauma si basano su una visione fortemente individualistica, molti concetti fondamentali dei modelli di DPTS hanno collegamenti con il sé che consentono loro di collegare teorie relative al sé con modelli potenzialmente percorribili per l'esame delle questioni culturali. Il Modello di Minaccia al sé Concettuale (TCS) sintetizza le attuali concezioni teoriche sull'eziologia e mantenimento del DPTS e ha sviluppato una comprensione circa le variazioni culturali del sé. Il modello ha le sue fondamenta nelle teorizzazioni di Ehlers e Clark (2000) che sostengono che il DPTS è il risultato dell'elaborazione da parte degli individui dell'evento traumatico e/o delle sue conseguenze nel tempo, che producono un senso di grave minaccia attuale. Sposano l'idea che la percezione della minaccia attuale possa essere o “esterna” (ad esempio: il mondo è un luogo pericoloso”) o “interna” (ad esempio: la minaccia della propria visione di sé come persona capace di raggiungere importanti obiettivi nella vita). Il loro modello prevede che una volta che la percezione della minaccia attuale viene attivata si hanno i sintomi di DPTS. La concettualizzazione della minaccia interna è analoga alla minaccia del sé concettuale nel TCS. Il TCS postula che nel ricordo personale del trauma ci sono differenze individuali nel livello di orientamento autonomo. Dato che il sé concettuale ha un impatto sullo schema delle conoscenze, si propone che sulla base del sé concettuale le persone hanno uno schema guidato dalle aspettative per quanto riguarda i livelli appropriati di orientamento autonomo nei ricordi personali. Il livello di orientamento autonomo del ricordo personale del trauma può violare lo schema-guida. Tale deviazione dallo schema può innescare un meccanismo mediante il quale la memoria del trauma diventa il punto di riferimento cognitivo per altri ricordi autobiografici (Berntsen e Rubin, 2007). Ciò può comportare 4 diversi risultati. Primo, la memoria del trauma come centrale nell'organizzazione della memoria

autobiografica influisce sul ruolo funzionale di tale memoria in via di sviluppo, mantenendo ed esprimendo il sé concettuale. Secondo, il trauma, a seconda della consistenza del sé, può diventare centrale per l'identità. Terzo, Ehlers e Clark (2000) hanno proposto l'esistenza di un rapporto reciproco tra la memoria del trauma e le valutazioni, per cui la centralità della memoria del trauma ha un impatto sulle valutazioni negative. Quarto, la centralità della memoria del trauma può cambiare i sistemi di credenze dati dalla memoria autobiografica. Tutti questi possibili risultati minacciano il sé concettuale e quindi la situazione attuale può essere percepita come una minaccia interna al sé, sia che si tratti del sé indipendente che del sé interdipendente, che può portare allo sviluppo e al mantenimento del DPTS. Questa minaccia continua sarà mantenuta per codificare, organizzare e recuperare i ricordi autobiografici (Wang e Conway, 2004) e dato che è stato visto che il sé concettuale ha un impatto sul modo in cui gli eventi vengono valutati, la minaccia al sé concettuale avrà un impatto sull'interpretazione e valutazione delle situazioni attuali e future ribadendo la minaccia al sé (Jobson, 2009).

La classificazione del DPTS nel DSM

Nel 2000 è stata pubblicata la IV edizione rivisitata del DSM (DSM-IV TR) che definisce i quattro criteri fondamentali per il DPTS. A: l'esposizione all'evento traumatico; B: l'invasività persistente del ricordo traumatico; C: le strategie di evitamento di ogni stimolo che possa ricordare l'evento traumatico; D: i sintomi di irritabilità generale o aumento arausal; E: questi sintomi devono protrarsi per oltre un mese dopo l'evento traumatico, fino a 3 mesi nel disturbo acuto e oltre 3 mesi nel disturbo cronico; F: la loro intensità deve essere tale da interferire significativamente con il funzionamento sociale quotidiano del soggetto (A.P.A.,2000). Il confronto di questi criteri diagnostici con quelli previsti nel DSM-III del 1980 mostra alcune differenze. Rispetto a criterio A, per il DSM-III l'evento traumatico doveva avere una valenza stressante universale, per il DSM-IV TR l'evento è soggettivamente minaccioso per l'integrità fisica. Rispetto al criterio B, il DSM-IV TR, ai sintomi 1,2,3, previsti anche nel DSM-III, aggiunge segni più generali come il disagio più generale come il disagio psichico e la reattività fisiologica. Infine nel DSM-III il disturbo acuto aveva una durata inferiore ai 6 mesi e quello cronico oltre i sei mesi. In sostanza, i criteri del DSM-IV TR risultano più ampi e rendono la diagnosi estendibile a eventi traumatici soggettivamente e non universalmente eccezionali. Secondo questa versione del DSM diventano dunque elementi che permettono lo sviluppo del DPTS non solo catastrofi naturali, aggressioni e violenze dirette, ma anche eventi a cui si è assistito, con cui ci si è confrontati, che hanno

comportato per sé o per gli altri morte, lesioni o anche solo la minaccia. La positività di tale inclusione non sta nel poter attribuire a un maggior numero di persone questo disturbo, ma nel riconoscere ad ogni individuo, che porta una personale sofferenza legata a un evento della propria vita, la necessità del sostegno di cui ha bisogno (Bonapace, Ciotti, 2009).

La classificazione del DPTS sarà ulteriormente rivista nel DSM-V la cui pubblicazione è prevista per i primi mesi del 2013. Secondo Spitzer e Colleghi (2007) il tema unificante dei vari contributi è la discutibile varietà dei criteri diagnostici del DPTS così come ora sono esposti nel DSM-IV, soprattutto per quanto riguarda i “falsi positivi”. Non vi sono stati tentativi di risolvere questi problemi e non si sono proposti nuovi criteri diagnostici per il DPTS nel DSM-V. Spitzer e Colleghi (2007) hanno proposto così dei cambiamenti nei criteri diagnostici per il DPTS da inserire nel DSM-V. Gli Autori ritengono che gran parte del problema con la definizione del DPTS riguardi l'espansione del costrutto di trauma. Il modo di definire il trauma nelle precedenti edizioni del DSM è problematico perché:

- 1- Non specifica adeguatamente le classi previste di fattori di stress dato che molti altri di questi fattori, oltre a quelli traumatici, possono causare disagio (esempio il divorzio).
- 2- Non è chiaro se gravi fattori di stress possono evocare sintomi in tutti, visto che vi sono delle differenze individuali nel temperamento e nella resilienza.
- 3- Il fatto che quasi tutti sarebbero in difficoltà davanti al trauma, non distingue la normalità (come nel caso del lutto) dal DPTS.

Il DSM-IV ha esplicitamente definito i tipi di eventi che si qualificano come trauma e chiarendo che l'evento ha implicato la morte o la minaccia di gravi lesioni, ha tentato di definire gli eventi traumatici in conformità con il concetto di stress nel DSM-I (essere coinvolti o esposti a fattori di stress la cui gravità è paragonabile a un combattimento o una catastrofe). Tuttavia, come la successiva evoluzione dell'applicazione della diagnosi ha rivelato, questo miglioramento è stato condizionato dal fatto che le parole utilizzate per specificare la modalità di esposizione (cioè l'aver avuto esperienza, l'essersi confrontati o aver assistito) hanno aperto la porta all'applicazione del costrutto. In particolare, mentre il vivere direttamente l'evento o assistervi è in linea con l'intento originale, l'essersi confrontati è vago perché può includere l'aver sentito solo la notizia da una persona cara. Spitzer e Colleghi (2007) propongono quindi di eliminare il termine “confrontati” dal criterio A perché fa riferimento a una comunicazione indiretta di qualcosa di orribile e quindi non si adatta all'intento di base della categoria. Sempre riguardo al criterio A, Brewin e Colleghi (2009) hanno proposto addirittura la sua completa abolizione nel DSM-V. Gli Autori partono da una

revisione delle precedenti teorizzazioni che hanno mostrato che il trauma non è esclusivamente associato con DPTS, che il criterio A è o troppo ampio o troppo ristretto. L'esistenza del criterio implica un rapporto unico tra trauma e DPTS in quanto vengono associati al trauma altri disturbi come la depressione, il disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico e uso di sostanze (Fullerton e Ursano,2005). Sebbene altri disturbi, oltre al DPTS, siano collegati al criterio A, vi sono considerevoli prove che questi eventi non aumentino il rischio di altri disturbi indipendentemente dal maggior rischio di DPTS (vedi ad esempio Braslau et Al.,2000). Come già affermato in precedenza la concettualizzazione originale di DPTS come risposta a un evento “al di fuori della gamma delle solite esperienze umane” è stata ampliata quando si è capito che la prevalenza degli eventi traumatici era superiore a quanto ipotizzato. Questo però ha portato ad allontanarsi dal concetto originale di trauma (McNelly,2003). Nel DSM-IV viene introdotto anche il duplice criterio già esposto in precedenza da Breslau e Kessler (2001). Dagli studi è emerso però che alcuni individui sviluppano la sindrome completa senza descrivere la paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore e ciò è sorprendente solo se si presume, come nel DSM-IV, che le emozioni originali rimangono stabili nel tempo. Brewin E Colleghi (2009) arrivano così ad affermare che il criterio A non aiuta a fare una diagnosi e il tentativo di definirlo crea ulteriori controversie. Ritengono che le informazioni fornite dal criterio A possono essere sostituite dalla presenza o assenza di una serie di sintomi di base e che è possibile omettere tale criterio senza alcuna perdita di accuratezza o validità della diagnosi di DPTS. Ciò è auspicabile perché, come detto precedentemente , vi sono abbondanti prove che i sintomi evidenziati nei criteri B e C sono comunemente riportati in risposta a una grande varietà di situazioni di stress traumatiche o meno. La risposta degli Autori è che il DPTS debba essere ri- orientato attorno al nucleo del rivivere l'esperienza nel presente, nella forma delle immagini intrusive accompagnate da profondo timore ed orrore e nell'evento che minaccia gravemente il benessere psicologico. L'intenzione è quella di evidenziare le caratteristiche che sono più rilevanti per l'individuo con DPTS, che sono l'obiettivo primario del trattamento psicologico e che permettono di distinguere il DPTS da altri disturbi.

La classificazione del trauma nel PDM

Il PDM, la cui edizione italiana è stata curata di Lingiardi e Del Corno (2008), colloca i traumi psichici e i disturbi post traumatici da stress nell'Asse S, Esperienza Soggettiva. Questo Asse si basa sulla descrizione dei sintomi del DSM-IV TR perché l'intenzione è quella di focalizzarsi sull'esperienza soggettiva del paziente riferita ai sintomi. L'esperienza soggettiva è analizzata relativamente alle modalità affettive, ai contenuti mentali, ai concomitanti stati somatici e ai pattern

relazionali associati. Gli Autori che hanno fatto parte della Task Force precisano di aver considerato questa parte come terza e ultima dimensione perché l'esperienza soggettiva riguardo ai sintomi può essere compresa solo nel contesto delle due dimensioni relative alla struttura di personalità globale della persona e del suo funzionamento mentale. Nell'esperienza dei clinici psicodinamici, i pattern dei sintomi non sono semplicemente disturbi, ma piuttosto espressioni manifeste dei modi in cui i singoli pazienti affrontano l'esperienza a modo loro (Lingiardi e Del Corno, 2008). Secondo il PDM occorre valutare anche quanto e come l'età del paziente contribuisce alla qualità della sua esperienza dei sintomi. L'approccio utilizzato nel PDM include la considerazione dei fattori biologici, ciò può offrire una prospettiva dalla quale la presenza dei sintomi differenti può apparire non come la presenza contemporanea di differenti disturbi ma come l'espressione di un disturbo complesso del funzionamento mentale. L'Asse S comprende 13 categorie principali: i disturbi dell'adattamento, i disturbi d' ansia, i disturbi dissociativi, i disturbi dell'umore, i disturbi somatoformi, i disturbi alimentari, i disturbi del sonno, i disturbi sessuali e dell'identità di genere, i disturbi fittizi, i disturbi del controllo degli impulsi, i disturbi da dipendenza/abuso di sostanze, i disturbi psicotici e i disturbi mentali associati a una condizione medica generale. Per ogni categoria il manuale prende in esame la qualità dell'esperienza soggettiva considerando la gamma dei più usuali stati affettivi, dei pattern cognitivi, degli stati somatici e delle modalità relazionali. Globalmente le categorie dell'Asse S del PDM non si differenziano sostanzialmente nella loro descrizione generale dalle corrispondenti del DSM-IV TR. In generale le differenze sostanziali possono essere riassunte nel fatto che il PDM privilegia una descrizione del quadro clinico generale non considerando il criterio di cut-off e non presentando un elenco di item diagnostici (Rossi,2007).

Le formulazioni psicodinamiche hanno considerato lo shock, il senso di helplessness, la vulnerabilità e il terrore aspetti specifici del trauma. L'esperienza traumatica può sopraffare le capacità mentali, disturbare l'esperienza e l'espressione degli affetti e interferire con la capacità di simbolizzazione e con la fantasia, contribuendo così alla messa in crisi della capacità di attribuire significato agli eventi. Può anche interferire con il pensiero e l'elaborazione mentale delle fantasie e dei ricordi connessi al trauma. Il trauma psichico determina cambiamenti nel senso del sé delle vittime e nella qualità delle loro relazioni interpersonali. La letteratura clinica ha sottolineato il ruolo della coazione a ripetere e dell' esperienza persistente degli eventi traumatici attraverso incubi ricorrenti, ricordi e flashback e la costrizione a mettere di nuovo in atto i temi traumatici (Brenner,2001, 2004; Davies, Frawley,1994; Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, 1996). Le osservazioni cliniche psicodinamiche hanno anche mostrato l'importanza del significato individuale dell'esperienza traumatica e il fatto che i traumi psichici possono essere un organizzatore mentale. Si è scoperto anche che i ricordi traumatici cambiano nel corso del tempo. E' stato distinto tra

trauma catastrofico o da shock e trauma cumulativo o da sovraccarico emotivo; tra traumi che si manifestano nella prima infanzia, nell'infanzia e nell'età adulta; tra la natura del processo traumatico, il processo e la risposta soggettiva ad esso, tale risposta varia a seconda dello stato fisico e mentale del soggetto, delle risorse della sua personalità e degli effetti della precedente storia traumatica. Horowitz (1976) ha identificato otto esperienze soggettive che spesso seguono un trauma psichico grave: 1) senso di perdita o tristezza; 2) senso di colpa per la propria rabbia o i propri impulsi distruttivi; 3) paura di diventare distruttivi; 4) senso di colpa perché si è sopravvissuti; 5) paura di identificarsi con il ruolo di vittima; 6) vergogna per la sensazione di essere helpless e vuoti; 7) paura che il trauma si ripeta; 8) rabbia intensa diretta contro la fonte del trauma. Tra le esperienze chiave rilevanti che possono determinare un trauma psichico a esordio in età adulta vi sono esperienze di guerra, tortura, violenza sessuale, terrorismo, incidenti che mettono a repentaglio la vita e la morte inattesa di una persona cara. Negli adulti le caratteristiche delle condizioni post traumatiche includono lo sviluppo dei sintomi che in genere seguono l'esposizione a un fattore di stress traumatico esterno. Tra questi sintomi ci sono: intensa rabbia o orrore, coazione a ripetere (flashback e incubi), evitamento degli stimoli associati al trauma, tentativi di automedicazione con farmaci o alcol, irritabilità e ipervigilanza. Le vittime possono soffrire a causa di pensieri intrusivi come ricordi e sentimenti associati al trauma oppure possono far ricorso a meccanismi quali la dissociazione o l'abuso di sostanze per bloccare la sofferenza. Nello sforzo inconscio di padroneggiare l'esperienza traumatica, alcuni individui possono: fare nuovamente esperienza di alcuni aspetti del trauma, trasformare un'esperienza passiva in una attiva mettendo in atto elementi del trauma attribuendo però a se stessi il ruolo di vittima o molestatore. La risposta al trauma psichico è poi influenzata dai fattori di personalità (Horowitz, 1976).

Sempre secondo il PDM le implicazioni cliniche variano a seconda delle differenze individuali e sono stati suggeriti vari approcci complessivi al trattamento della psicopatologia basata sul trauma. Un modello recente suggerisce una progressione graduale che va dall'accettazione di una iniziale posizione di evitamento dei residui del trauma a un aumento degli sforzi tesi a chiarificare la risposta traumatica. In questo modo si favorisce un grado maggiore di integrazione e padronanza (Virvin, 2003). Secondo la visione psicodinamica il trauma è caratterizzato da stati affettivi, pattern cognitivi, stati somatici e pattern relazionali. Gli stati affettivi connessi al trauma includono sentimenti ingestibili come rabbia, terrore, vergogna e dissociazione degli affetti come senso di vuoto e incapacità di connettere i sentimenti disturbanti con gli eventi che li hanno generati. La gestione degli affetti può essere profondamente influenzata dai traumi. Gli ostacoli allo sviluppo degli affetti in alessitimia e intolleranza dell'esperienza affettiva, tutti indicatori coerenti di una

psicopatologia traumatica grave (Krystal,1988). Mentre i traumi infantili possono determinare un arresto nello sviluppo affettivo, i traumi subiti in età adulta possono indurre una regressione nell'esperienza e nella gestione degli affetti. I pattern cognitivi del disturbo post traumatico da stress sono ad esempio i flashback. Il pensiero degli individui traumatizzati può includere: 1) senso di tradimento che va al di là dei sentimenti di perdita della sicurezza presenti in altre condizioni di ansia; 2) un senso di colpa per le azioni fatte o non fatte, o per essere sopravvissuti mentre gli altri sono morti; 3) tendenza a giustificare l'ansia combinata a un distacco difensivo. Altri esiti del trauma sono l'incapacità di pensare agli eventi traumatici, inclusa una dissociazione totale, parziale o ricorrente del ricordo di questi eventi, o al contrario la sensazione di non riuscire a pensare ad altro. Può succedere che la persona traumatizzata sviluppi teorie su come avrebbe potuto evitare il trauma (Terr, 1995) o relative a come la colpa dell'accaduto sia imputata ad altre persone. Queste idee possono scontrarsi con l'impotenza poiché i soggetti attribuiscono a se stessi o ad altre persone un potere ma possono anche aggravare la sofferenza perché favoriscono autocritiche o tentativi di punire presunti colpevoli. Benché sia i disturbi post traumatici sia quelli ossessivo compulsivi siano caratterizzati da pensieri intrusivi, i primi possono essere ricondotti all'evento traumatico, mentre i secondi sono associati più spesso a conflitti intrapsichici. Il trauma può influenzare negativamente alcune funzioni dell'Io tra cui l'esame della realtà, il giudizio, la regolazione degli affetti, le difese e l'organizzazione/integrazione della memoria. Vi può essere una perdita delle capacità di autoriflessione e azione finalizzata o interferenza che può portare alla paralisi dell'intenzionalità. Nei pazienti traumatici si registra anche una ridotta capacità di integrare le esperienze, una dissociazione della coscienza e un ritorno al pensiero magico.

Il trauma da perdita del lavoro e le sue conseguenze

La perdita del posto di lavoro viene considerata dalla letteratura sul tema come una tra le dieci esperienze più traumatiche della vita dopo il divorzio e la morte del coniuge (Freud,1961). Gli effetti negativi della perdita del lavoro sulla salute fisica e psicologica sono largamente documentati, l'impatto che l'evento ha sull'individuo dipende dal tipo e dalla quantità di risorse personali e sociali e da come vengono usate per far fronte alla perdita. Il trauma da perdita di lavoro provoca forti emozioni come rabbia e paura, molto spesso difficili da comprendere (Price, Friedland e Vinokur,1998). I contributi iniziali di Bakke (1940) chiariscono le dimensioni dell'esperienza della perdita di lavoro. Bakke ha osservato che la perdita di lavoro e quindi del reddito e la paura della povertà avevano profonde influenze sulla vita dei lavoratori non qualificati. Questa sua attenzione ai

problemi economici è stata ripresa successivamente da Jahoda (1979, 1981, 1982) che si concentrò sulla perdita del lavoro come la perdita delle funzioni psicologiche e sociali del lavoro. L'Autrice sosteneva che ci fossero una serie di funzioni sociali e psicologiche create dal lavoro che sono fondamentali per il benessere dell'individuo perciò quando vi è la perdita del lavoro anche queste funzioni vengono perse. La studiosa individuò due tipi di funzioni: funzioni manifeste e funzioni latenti. Le prime sono ad esempio la capacità di guadagnare denaro, mentre quelle latenti sono l'insieme delle attività e delle strutture del tempo della propria vita, lo status e l'identità conferita dal lavoro, il senso di partecipazione a una collettività, lo sforzo, lo scopo e la possibilità di svolgere attività sociali con i colleghi. L'impatto psicologico della perdita del posto di lavoro era in gran parte dovuto alla perdita di queste funzioni critiche.

Price, Friedland e Vinokur (1998) si sono occupati del rapporto tra il trauma da perdita del lavoro e il benessere psicologico. Partendo dall'affermazione di Freud per cui le due grandi fonti della salute mentale sono l'amore e il lavoro, hanno passato in rassegna tutta la teoria e la ricerca riguardante la perdita del lavoro e come questa influenzi il benessere. Per la loro rassegna si sono basati su tre presupposti o orientamenti. In primo luogo questi autori ritengono che la perdita del lavoro segni una transizione nel corso della vita. Tale transizione non è un evento discreto, ma è un processo caratterizzato da un inizio e una fine. Per analizzare la transizione scatenata dalla perdita del lavoro si deve prestare attenzione sia all'individuo che al contesto sociale. In secondo luogo la perdita del lavoro viene considerata come un evento di rete piuttosto che come una perdita con conseguenze solo per l'individuo. In terzo luogo l'impatto della perdita del lavoro sull'individuo si differenzia a seconda del tipo e della quantità di risorse personali e sociali disponibili e come tali risorse sono mobilitate per far fronte alla perdita.

La perdita del lavoro è stato dimostrato avere anche un forte impatto sull'identità. La ricerca e la teoria hanno esaminato diversi aspetti del rapporto tra identità e perdita del lavoro (ad es. Callero, 1992, 1994). In primo luogo la perdita del posto di lavoro comporta la perdita di un ruolo sociale. Ezzy (1993) sostiene che la perdita del posto di lavoro è una forma di passaggio di stato che interrompe direttamente il tentativo di un individuo di sostenere un'immagine di sé coerente e positiva e aumenta quindi il rischio di problemi di salute mentale. Il licenziamento segna l'inizio di un ciclo di transizione o di passaggio da una posizione nel corso della vita ad un'altra. Questa transizione presenta sfide per l'identità della persona, rendendo più difficile sostenere valutazioni di sé coerenti. Inoltre poiché diversi ambiti di vita sono interdipendenti, la perdita di ruolo in un dominio ha effetti anche sugli altri domini. La perdita del lavoro può rappresentare una sfida per l'identità e la stima di sé attraverso l'alterazione della rete di amicizie e del sostegno sociale.

Migliore (2007) riprende le teorizzazioni di Kübler- Ross (1970) applicandole al trauma da perdita del lavoro e concettualizzando le reazioni a tale perdita seguendo quattro fasi che delineano una curva emotivo – motivazionale detta “Curva Zeta”. La prima fase comprende lo *shock*, gli individui vivono un vero e proprio sconvolgimento emotivo vedendo il licenziamento come un’aggressione personale di fronte alla quale si è completamente impotenti. Il momento della *negazione* permette all'individuo di interiorizzare l'accaduto e cercare il modo di affrontarlo. L'individuo prova anche sentimenti di *rabbia* che lo rendono gradualmente consapevole della realtà. A ciò segue la *liberazione* soprattutto se nell'ultimo periodo lavorativo ha sperimentato sentimenti di insoddisfazione. Considera la disoccupazione come un'occasione per una pausa. La seconda fase è caratterizzata dall'*ottimismo* perché l'individuo ha ancora una buona condizione economica ed è convinto della facilità di reinserimento. Nella terza fase la persona si rende conto che la realtà è ben diversa, non è così semplice ritrovare un impiego, specialmente per gli ultra quarantenni e per le persone vicine alla pensione. Subentra il *pessimismo* e la *paralisi* ed è proprio questa la fase più critica in cui l'ex lavoratore può sperimentare sentimenti di ansia e depressione, in tutti i casi comunque il suo benessere psicologico ne risente pesantemente. Si perde la fiducia nelle proprie capacità e nel futuro, si indeboliscono le relazioni interpersonali. Quando l'individuo riesce ad uscire da questa situazione si entra nella quarta fase in cui si ha la *riflessione* e l'*adattamento*. Il lavoratore continua a soffrire per la mancanza di occupazione ma vive con più serenità la sua condizione perché prende coscienza dei cambiamenti avvenuti nel mercato del lavoro. Passa il suo tempo alla ricerca di una nuova attività lavorativa o comunque di impegni che riempiano le sue giornate. Il soggetto rimane però molto vulnerabile e la possibilità di rientrare nel tunnel della depressione è alta. Ovviamente non tutti i disoccupati affrontano queste fasi in maniera rigida e oggettiva.

Il metodo della scrittura espressiva

James W. Pennebaker è uno psicologo nordamericano che attualmente lavora presso l'Università di Austin in Texas e che da circa venti anni si è interessato a una problematica che interessa psicologi, scrittori, pedagogisti, linguisti che riguarda il perché scrivere può far bene. L'idea di promuovere una elaborazione scritta degli eventi traumatici nasce dalla rivalutazione dell'importanza che hanno i traumi nel determinare la vulnerabilità al disagio mentale e alla patologia somatica, sia in ambito strettamente psicoanalitico, sia tra gli autori che utilizzano teorie all'incrocio tra psicoanalisi e scienze cognitive sia nell'ambito delle neuroscienze (Solano, 2007). Pennebaker ha analizzato i

benefici quantificabili derivanti dalla stesura dei testi autobiografici centrati sulle esperienze stressanti, basandosi sull'idea, presente all'inizio della psicoanalisi, che la rievocazione e la traduzione in parole dei fatti e delle emozioni riferiti ad un evento traumatico, spesso presente nella memoria soltanto a livello implicito o subsimbolico, possa portare alla risoluzione di un disagio.

I presupposti teorici su cui si basa la tecnica della scrittura sono:

- 1) Gli individui si trovano ad affrontare durante il corso della vita situazioni o eventi traumatici che spesso non vengono sufficientemente elaborati mentalmente, per inibizione o danneggiamento delle funzioni mentali a causa del trauma, né condivisi sufficientemente con le altre persone;
- 2) Il ricordo viene così registrato in modo sommario, non in modo verbale, disconnesso dalle altre aree della mente. Questo impedisce la regolazione delle emozioni connesse e l'integrazione dell'esperienza tra tutte le altre esperienze di vita;
- 3) Questa sofferenza esercita un influsso negativo sulla salute mentale e fisica e sulla spinta evolutiva;
- 4) La scrittura aiuta a modificare questa situazione, portando la mente a focalizzarsi sul ricordo, creando connessioni, favorendo l'integrazione e contribuendo a una possibile archiviazione del ricordo;
- 5) La scrittura viene proposta a settori della popolazione sana, al di fuori di qualsiasi richiesta da parte dei soggetti interessati e in un contesto non clinico.

Solano (2007) fa una rassegna teorica sui motivi per cui questo trattamento produce effetti. Secondo l'autore, Pennebaker, riteneva inizialmente che gli effetti della scrittura fossero essenzialmente dovuti alla riduzione di una fatica mentale necessaria a mantenere un evento lontano dalla coscienza (vv. ad esempio Pennebaker et Al., 1990). Le riflessioni successive hanno indotto a ritenere che la procedura, più che produrre una “disinibizione” o una “liberazione” di un contenuto traumatico, ne facilitasse la riorganizzazione nella mente, attraverso la produzione di una narrazione intorno all'evento. Il concetto ricorda quello di *nachtraglichkeit* di Freud (1896). Pennebaker e Francis (1996) affermano che quando si trasforma un'esperienza in linguaggio si ha: 1) un'organizzazione di una narrazione coerente; 2) riflessioni sull'evento; 3) cambiamento del punto di vista; 4) riconoscimento di connessioni causali; 5) considerazione della prospettiva dell'eventuale lettore del resoconto; 6) organizzazione sequenziale; 7) riconoscimento e definizione delle diverse emozioni. In definitiva si soddisfa la necessità della mente di trovare un significato a ciò che è accaduto. Da un versante psicoanalitico Costantini (2005) sostiene che l'atto di scrivere introduca una dimensione

spaziale accanto a quella temporale del vissuto e ne favorisca il ricostruirsi in una dimensione più ricca e articolata. La riorganizzazione che si viene a determinare non riguarda solo il “mentale”, ma anche il “corporeo” ossia le pulsioni e gli affetti. L'Autrice afferma che la scrittura può migliorare il rapporto tra aspetti interni ed esterni e la percezione di sé e può permettere di conservare il ricordo dell'oggetto. Scrivere può essere visto come un processo di elaborazione della perdita, accettazione del limite e della separazione che porta a possibile riparazione perché si spezza il flusso del dolore. Attraverso la scrittura si può anche attivare una modificazione del modo in cui si percepisce se stessi, come individuo e in rapporto all'oggetto, in definitiva può confermare alla persona le sue capacità di simbolizzazione nel tradurre un ricordo in parole. Scrivere può anche servire ad ascoltare criticamente il proprio linguaggio interiore, dove lo scambio dialogico io/ tu dell'oralità è sostituito dal rapporto differito tra il Sé e l'altro da Sé: “ la pagina scritta diviene come un palcoscenico dove prendono vita il sé del soggetto e i suoi personaggi interni” (Costantini,2005).La tecnica può quindi essere considerata come una modalità di promozione della salute, applicabile a chiunque e senza la necessità di una domanda specifica preesistente. L'atto di costruire storie è un processo umano naturale che aiuta le persone a comprendere le esperienze e se stessi.

La ricerca

Obiettivi e ipotesi. La ricerca ha le sue fondamenta nell'ipotesi che la perdita del lavoro rappresenti un evento traumatico per la persona, così come ipotizzato da studiosi come Prince, Friendland e Vinokur (2002). L'obiettivo della ricerca è verificare se vi è sintomatologia legata ad ansia e depressione e se l'individuo percepisce come peggiorata la qualità della vita. Una volta verificati i livelli di depressione, ansia e benessere psicologico, si andrà a verificare l'eventuale effetto del trattamento della scrittura espressiva di Pennebaker. In particolare la ricerca si propone di verificare se fornendo l'occasione alle persone di scrivere in relazione a ciò che esse percepiscono come traumatico è possibile ottenere dei miglioramenti dal punto di vista psicologico. Il primo quesito della ricerca è il seguente:

“ La perdita del lavoro viene percepita dalla persona come un trauma? Può essa portare ad alti livelli di depressione e ansia e a una diminuzione del benessere psicologico?”

Il secondo interrogativo che è stato formulato nella presente ricerca è:

“ Può il metodo della scrittura espressiva alleviare il disagio psicologico derivante dalla perdita del lavoro?”

In particolare nel presente studio verrà verificato se sussistono differenze tra chi scrive di argomenti riguardanti il trauma (gruppo sperimentale) e chi invece scrive di argomenti neutri (gruppo di controllo). Ci si aspetta che lo scrivere riguardo agli eventi traumatici procuri alle persone maggiori benefici rispetto a coloro che non scrivono di aspetti legati al trauma. Si auspica che i soggetti appartenenti al gruppo sperimentale riescano a elaborare i propri vissuti emotivi e che ciò possa diminuire il livelli di depressione, ansia e benessere psicologico e aiutarli a comprendere meglio loro stessi, la loro situazione e favorire in questo modo una ricerca attiva del lavoro.

Partecipanti. I partecipanti alla ricerca sono 14 persone che hanno perso il posto di lavoro, reclutati attraverso vari canali quali agenzie per il lavoro e passaparola, non sono rappresentativi della popolazione dei disoccupati (campione di convenienza). Dei 14 soggetti reclutati, 8 sono maschi e 6 femmine. L'età media è di 39.8 anni e la metà di loro (50%) sono disoccupati da oltre 2 anni.

Procedura. Ai soggetti che hanno deciso volontariamente di partecipare alla ricerca è stato richiesto il consenso alla partecipazione ed è stato somministrato un questionario appositamente predisposto contenente: una parte anagrafica, la sottoscala DEP della scala SCL-90 (Derogatis, Lipman Rickels et. Al, 1974) tesa a rilevare se è presente o meno uno stato di depressione, la Self Rating Anxiety Scale (a cura di Baici e Arci) per rilevare il livello di ansia e la versione ridotta a 18 item della Psychological Well-being Scale (PWB) (a cura di Ruini e Colleghi) tesa a rilevare il livello di benessere psicologico. I dati demografici sono stati rilevati richiedendo le informazioni come: età, stato civile, familiari a carico, livello di istruzione, posizione ricoperta al momento del licenziamento, livello contrattuale, anni di esperienza nel settore e all'interno dell'ultima azienda, da quanto tempo è stato perso il lavoro, se si percepiscono sussidi economici e a quanti annunci di lavoro ha risposto nell'ultimo mese o si è affidato all'aiuto di amici e parenti. Successivamente i soggetti sono stati divisi, mediante la procedura della randomizzazione, in due gruppi, ciascuno composto da 7 soggetti. Il primo gruppo, è quello costituito dai soggetti a cui verrà applicata la procedura di Pennebaker, l'altro gruppo, gruppo non sperimentale, è quello composto da individui a cui non verrà applicato il trattamento di Pennebaker, bensì verranno invitati a scrivere riguardo argomenti neutri. Per argomenti neutri Pennebaker (1997) intende argomenti superficiali come ad esempio parlare del proprio tempo libero o descrivere il proprio abbigliamento. Entrambi i gruppi avevano il compito di scrivere per circa 20 minuti, una volta a settimana per un totale di 4 settimane più una sessione di follow up a distanza di un mese. Per quanto riguarda le consegne nella ricerca di Spera et. Al. (1994) i soggetti sperimentali sono stati istruiti a scrivere riguardo ai loro pensieri e sentimenti profondi riguardo al licenziamento e sugli effetti che aveva avuto effetti sulla loro vita a livello sia personale che professionale. In questa ricerca si è optato per fornire alle persone

istruzioni sufficientemente aperte. A differenza di quelle usate inizialmente da Pennebaker (1997) nella maggior parte dei suoi studi, che prevedevano di scrivere dello stesso argomento per tutte le sessioni, si è pensato di lasciare alle persone la possibilità di affrontare qualsiasi tema importante percepito come traumatico o sconvolgente, in linea con quanto sostenuto dalla letteratura che afferma che più l'argomento e la sessione è vincolata meno successo ha (Pennebaker e Chung,2011). Si intendeva verificare se il fatto di lasciare liberi i soggetti di scrivere di traumi diversi in ogni sessione, anziché sempre lo stesso, produceva gli stessi effetti benefici osservati da Pennebaker e si voleva verificare quante narrazioni sarebbero state dedicate all'evento del licenziamento. Il testo delle consegne presentate al gruppo sperimentale è il seguente:

“Per i prossimi 20 minuti La invitiamo a scrivere riguardo all'esperienza più traumatica e sconvolgente della Sua vita. E' essenziale che si lasci andare ed entri in contatto con le Sue emozioni e pensieri più profondi. L'evento può essere legato a vari aspetti della Sua vita come ad esempio l'infanzia, il rapporto con i suoi genitori, il rapporto con gli altri o il lavoro. Può scrivere del Suo presente, del Suo passato o come vede il futuro. In realtà molte persone non hanno avuto traumi, ma tutti noi abbiamo avuto conflitti o stress per cui è possibile scrivere anche riguardo a questi. La scelta del tema da trattare spetta a Lei, ma qualunque cosa scelga di descrivere è importante che esplori i Suoi più profondi pensieri e sentimenti. Non si preoccupi della grammatica e della struttura del periodo.”

Un esempio di consegna al gruppo non sperimentale è invece la seguente:

“Per i prossimi 20 minuti La invitiamo a scrivere circa la Sua abitazione. La descriva più dettagliatamente possibile. Non si preoccupi dell'ortografia, della grammatica e della struttura del periodo.”

Sono stati presi accordi telefonici con i partecipanti per stabilire la data della compilazione del questionario. Nel giorno della compilazione del questionario sono stati fissati i giorni di invio delle consegne e di restituzione dell'elaborato scritto. In caso di necessità sono stati forniti ai partecipanti anche il numero e i riferimenti di uno psicologo a cui rivolgersi.

A distanza di un mese dalla fine dell'ultima sessione di scrittura è stato ripresentato a tutti i soggetti un questionario volto a rilevare l'attività nella ricerca di un nuovo posto di lavoro per confrontarla con quella rilevata prima del trattamento, i livelli di depressione, ansia e di benessere psicologico con le stesse scale utilizzate nel pre test. Unitamente al questionario è stata svolta un'ulteriore sessione di scrittura espressiva per rilevare se ci sono stati cambiamenti a distanza di un mese (follow-up) ed è stato anche chiesto di descrivere le loro impressioni, emozioni e sentimenti come partecipanti della ricerca.

Durante la ricerca non si sono rilevati casi di drop out, tutti i soggetti hanno completato lo studio. Sono state prese in esame anche le strategie di ricerca attiva del lavoro (risposta ad annunci di lavoro nell'ultimo mese, risposta a domande e/o consegnato (o inviato) curriculum a privati, rivolgersi ad amici, parenti o conoscenti). Si è verificato anche se ci fossero state differenze tra prima e dopo la scrittura per i 2 gruppi nell'uso di tali strategie.

Risultati e conclusioni. I risultati della ricerca mostrano come la disoccupazione sia considerata un evento che sconvolge la vita della persona, ma i risultati non confermano le ipotesi iniziali. La prima ipotesi formulata non ha trovato conferma. Dai risultati dell'analisi del questionario somministrato all'inizio della ricerca emerge infatti che tutti i soggetti avevano un livello di depressione basso, un livello di ansia considerato normale e un livello di benessere psicologico piuttosto alto. Questo non è il linea con quanto rilevato nella letteratura sul tema (esempio: Clark, 2009; Price, Choi e Vinokur, 1998, 2002). Una spiegazione di tale risultato può essere dovuto al numero dei soggetti sperimentali che rappresentano un numero veramente esiguo dell'intero universo delle persone disoccupate e non sono rappresentativi della popolazione. Ulteriore spiegazione può essere ricondotta a caratteristiche dei soggetti. Una prima caratteristica concerne il periodo di tempo trascorso tra l'evento del licenziamento e la ricerca. Infatti dall'analisi si nota come la metà di loro sia disoccupato da oltre due anni e questo può far pensare che il soggetto abbia già elaborato in qualche modo il trauma e sia già nella fase della “riflessione e adattamento” illustrata da Migliore (2007) nella sua “Curva Zeta”. Infatti tale fase prevede che l'individuo viva con più serenità la sua condizione di disoccupato perché ha preso coscienza dei cambiamenti avvenuti nel mercato del lavoro e impiega il suo tempo alla ricerca di una nuova attività lavorativa. Tale spiegazione è supportata anche dai dati relativi all'attività di ricerca di un nuovo impiego. Come rilevato dal questionario i soggetti mostrano un'attività di ricerca con percentuali molto alte di risposta ad annunci di offerte di lavoro, di invio di domande e curriculum e di richiesta di aiuto a parenti e amici. Questo potrebbe aver contribuito ad ottenere risultati che non supportano la prima ipotesi. Altra spiegazione può essere ricondotta al fatto che più della metà dei partecipanti percepivano sussidi economici e questo potrebbe aver alleviato gli effetti negativi della situazione perché vi è una stretta relazione tra problemi di salute mentale e problemi economici conseguenti la perdita del lavoro.

Anche la seconda ipotesi di ricerca non ha trovato conferma. Per verificare tale ipotesi i soggetti sono stati suddivisi in gruppo sperimentale, i cui soggetti sono stati invitati a scrivere di argomenti riguardanti i traumi, e gruppo di controllo, i cui soggetti dovevano scrivere di argomenti neutri. Anche tale ipotesi non è stata confermata perché il gruppo sperimentale e di controllo non hanno

presentato differenze significative rispetto alle variabili in esame sia prima che dopo la scrittura. Non vi è stato quindi nessun cambiamento nei gruppi attribuibile al trattamento. In particolare il gruppo sperimentale, le cui consegne di scrittura riguardavano lo scrivere del trauma non ha riportato miglioramenti. Inoltre, dall'analisi dei livelli di depressione, ansia e benessere psicologico prima e dopo la scrittura non si sono rilevati cambiamenti significativi in entrambi i gruppi. Questo porta a concludere che il trattamento della scrittura espressiva in questo caso non ha portato a nessun effetto in tutti i soggetti, ma in particolare non ha portato a effetti positivi nel gruppo sperimentale. Le possibili spiegazioni di questo mancato effetto possono essere diverse. Per prima cosa dobbiamo osservare che i valori di depressione, ansia e benessere psicologico erano già nella norma anche prima della scrittura, non vi era quindi un disagio psicologico rilevante nel campione. In secondo luogo dobbiamo considerare le consegne utilizzate. Sloan e Marx (2004) hanno mostrato che sia le istruzioni preparate da Pennebaker, che permettono di scegliere di cosa scrivere, sia quelle preparate in altri studi (Spera e Colleghi, 1994) dove si induce i partecipanti a scrivere di uno specifico argomento, hanno riportato risultati positivi. In questo studio si è optato per consegne che lasciarono libera la persona di scrivere rispetto all'esperienza che riteneva più traumatica, potendo cambiare l'argomento in ogni sessione. In questo caso si può ritenere che la libertà nella scelta del tema abbia influenzato gli esiti della scrittura. Leggendo le scritture dei soggetti sperimentali si può notare come ogni volta l'argomento sia stato diverso e come 2 di loro abbiano scritto del trauma relativo alla perdita del lavoro nella prima sessione, 4 nella seconda sessione, 3 nella terza, nessuno nella quarta e 4 nella sessione di follow up a distanza di un mese. Inoltre si può ipotizzare che le caratteristiche individuali, i fattori relazionali e sociali possano aver protetto i soggetti dalla percezione dell'evento del licenziamento come negativa o possono averli aiutati a reagire ad esso in modo adattivo o propositivo. Da considerare è anche il fatto che la scrittura espressiva risulta utile se i soggetti riconoscono l'esperienza come traumatica e se stanno coscientemente inibendo o evitando l'espressione emotiva e l'elaborazione delle emozioni. Visto l'intervallo di tempo medio tra il licenziamento e le sessioni di scrittura è possibile che tale evento sia stato elaborato. Perciò, se l'evento del licenziamento è stato elaborato e sono state attivate strategie di coping, i soggetti possono non avvertire la necessità di scrivere su questo evento ed è per questo che il trattamento non ha dato gli esiti sperati. Quindi in conclusione si può ipotizzare che la scelta di consegne aperte abbia influenzato negativamente i risultati che ci si aspettava in base alle ipotesi. Ulteriore spiegazione della mancanza di effetti tra prima e dopo la scrittura sui livelli di depressione, ansia e benessere psicologico può essere ricondotta agli effetti del pre test e del post test. La prestazione nel post test dei soggetti può essere stata influenzata anche da altre variabili diverse da quelle previste dal trattamento (motivazione, aspettative, tipo di istruzione, interazione con lo sperimentatore). E'

inoltre possibile che le procedure di rilevazione nel pre test abbiano prodotto un cambiamento diretto o indiretto sull'effetto (fattore pre test).

La non efficacia della scrittura può essere attribuita anche alla cadenza con la quale si è svolta. Nella letteratura sul tema, le sessioni di scrittura erano molto spesso con cadenza ravvicinata e per un breve periodo (scrivere per tre/quattro giorni consecutivi). Nella presente ricerca si è optato per una scrittura alla settimana per 4 settimane più una scrittura a distanza di un mese dalla fine del trattamento unitamente alla somministrazione del post test. Questo potrebbe aver scaturito nei soggetti la noia e l'affievolimento dell'interesse per la ricerca che ha inevitabilmente influenzato i risultati.

Per quanto riguarda i risultati derivati dall'analisi delle narrazioni, effettuate con la procedura MADIT (Turchi,2007) , possiamo notare come gli effetti più significativi si siano avuti nel gruppo di controllo, al contrario di quanto ci si poteva aspettare. I soggetti di questo gruppo avevano il compito di scrivere di argomenti neutri, in specifico, nella prima sessione è stato chiesto loro di descrivere la propria abitazione e nell'ultima sessione di descrivere il loro abbigliamento in quel momento. Come ci si poteva aspettare il numero delle proposizioni descrittive si è rivelato nettamente superiore a quello delle proposizioni emotive. Nell'ultima sessione di scrittura sono diminuite entrambi i tipi di proposizioni pur mantenendosi in netta preminenza quelle di tipo descrittivo. Questo può essere spiegato dal fatto che nell'ultima scrittura tutti i soggetti hanno scritto meno. Possiamo concludere però che questi risultati sono in linea con quanto ci si aspettava e cioè che il gruppo di controllo avrebbe avuto un numero di proposizioni descrittive decisamente più elevato rispetto a quelle emotive.

Per quanto riguarda il gruppo sperimentale si è rilevato che non esiste una differenza tra la prima e l'ultima scrittura per quanto riguarda le proposizioni descrittive, mentre si osserva una differenza tra quelle emotive, anche se vi è una netta diminuzione del numero di proposizioni individuate. Ci si aspettava che il numero di proposizioni emotive aumentasse nel corso delle sessioni perché la scrittura facilita la riorganizzazione nella mente dell'evento traumatico e quindi una riflessione approfondita su di esso, ma dall'analisi delle percentuali delle proposizioni emotive tra la prima e l'ultima narrazione si è visto che non vi sono differenze significative perché le proposizioni diminuiscono sia nel gruppo sperimentale che in quello di controllo. Questa riflessione avrebbe dovuto portare non solo a una organizzazione sequenziale degli eventi ma anche a un riconoscimento e definizione delle diverse emozioni. C'è da notare che nel gruppo di controllo la lunghezza delle narrazioni è stata decisamente inferiore nell'ultima sessione rispetto alla prima. Inoltre, in base anche ai risultati dei questionari che mostrano che non sussistono nessun tipo di

problematiche psicologiche quali ansia e depressione, si può sostenere che probabilmente i soggetti avevano elaborato i traumi già prima della scrittura per cui non vi è stata nessun tipo di organizzazione degli eventi e le emozioni erano già state definite. Possiamo ipotizzare che al momento dell'indagine l'esperienza della perdita del lavoro era già stata elaborata e organizzata nella mente per cui i soggetti non hanno ritenuto importante descrivere questo tipo di trauma. Dobbiamo ricordare anche che, affinché la scrittura espressiva produca effetti benefici, occorre che le persone siano in grado di identificare gli stati emotivi e comunicarli agli altri e devono essere motivate ad affrontare e elaborare i contenuti stressanti dell'esperienza.

In conclusione la ricerca non ha prodotto i risultati che ci si aspettava. Sarebbe opportuno ripeterla utilizzando un maggior numero di soggetti e che sono stati licenziati da non molto tempo in questo modo è più probabile che le persone debbano ancora elaborare il trauma. Occorrerebbe modificare l'intervallo di tempo tra una sessione di scrittura e l'altra in quanto una volta a settimana per quattro settimane può portare a stanchezza nei soggetti con conseguente diminuzione della motivazione. Se si volesse indagare espressamente il trauma derivante dalla perdita del lavoro sarebbe opportuno che le consegne di scrittura siano specifiche. Anziché il questionario strutturato per indagare la presenza di depressione, ansia e il livello di benessere psicologico si potrebbe optare per un'intervista semi strutturata, che permetta di raccogliere le informazioni necessarie allo sperimentatore lasciando però al soggetto la possibilità specificare meglio determinati aspetti. In questo periodo storico che sta attraversando l'Italia, dove la disoccupazione sta dilagando a causa della difficile crisi economica, questo tipo di ricerche possono essere utili per avere un'idea dello stato in cui si trovano le persone che perdono il posto di lavoro, possono migliorare la loro situazione psicologica, possono aumentare e migliorare le strategie di ricerca di un nuovo impiego e impostare interventi mirati. In taluni casi si può individuare delle situazioni critiche che necessitano di un intervento psicologico più importante.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.

American Psychiatric Association (2007). *DSM-IV-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali: text revision*. Milano: Masson.

- American Psychoanalytic Association (2008). *PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Bonapace, S., e Ciotti, F. (2009). Il disturbo post traumatico da stress successivo al parto. *Quaderni Acp*, 16 (4), 161- 165.
- Brennen, T., Dybdahl, R., e Kapidžic, A. (2007). Trauma related and natural false memories in war-induced posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition*, 16, 877- 885.
- Breslau, N., e Kessler, R.C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Society of Biological Psychiatry*, 50, 699- 704.
- Brewin, C. R., Delgleish, T., e Joseph, S. (1998). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 359- 371.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U. e Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 366- 373.
- Clark, A., Knabe, A., e Ratzel, S. (2009). Boon or Bane? Others' unemployment, well being and job insecurity. *IZA Discussion Paper*, 4209, 1- 27.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., e Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self- report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19 (1), 1- 15.
- Ehlers, A., e Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319- 345.
- Freud, S. (1895). *Studi sull'isteria e altri scritti 1886- 1895*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1915). *Introduzione alla psicoanalisi: prima e seconda serie di lezioni*. (2nd ed.). Torino: Boringhieri Editore.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. (OSF, vol. 10). Torino: Boringhieri Editore.
- Freud, S. (1920). *Inibizione, sintomo e angoscia*. (OSF, vol. 10). Torino: Boringhieri Editore.
- Garland, C. (2001). *Comprendere il trauma. Un approccio psicoanalitico*. Milano: Mondadori Editore.
- Grossman, L. (2005). “Realtà Psicica” ed esame di realtà nell'analisi delle difese perverse. *Ricerca Psicoanalitica*, 16 (1), 7- 20.

- Jobson, L. (2009). Drawing current posttraumatic stress disorder models into the cultural sphere: the development of the threat to the conceptual self model. *Clinical Psychology Review*, 29, 368-381. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 374- 383.
- Kring, A. M., Davison, G. C. Neale, J. M., e Johnson, S. L.(2008). *Psicologia clinica*. (3th ed.) Bologna: Zanichelli Editore.
- Lasiuk, G. C., e Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: historical development of the concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42 (1), 13- 20.
- Marx, B. P., e Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as a predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 569- 583.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229- 252.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., e Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863- 871.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162- 166.
- Pennebaker, J. W., e Seagal, J. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243- 1254.
- Pennebaker, J. W., e Chung, C. K. (in press). *Expressive writing and its links to mental and physical health*. In H. Friedman (Ed.), *Oxford Handbook of Health Psychology*. New York, NY: Oxford.
- Preti, E., Prunas, A., Sarno, I., e Madeddu, F. (a cura di) (2011). *SCL- 90- R: symptom checklist- 90- R*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Price, R. H., Friedland, D. S., e Vinokur, A. D. (1998). Job loss: hard times and eroded identity. In J.H Harvey (Ed.). *Perspectives on loss: A Sourcebook* (pp. 303- 316). Philadelphia, P.A. : Taylor & Francis.
- Price, R. H., Choi, J. N., e Vinokur A. D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning and poor health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (4), 302- 312.
- Rossi, R., e Rosso, A. M. (2007). Il PDM (Psychodynamic diagnostic manual): una classificazione con criteri diagnostici psicodinamici. *Giornale Italiano Psicopatologia*, 13, 76, 84.

- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C., e Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well Being Scales (PWB). *Rivista di Psichiatria*, 38 (3), 117- 130.
- Ruini, C., Ottolini, F., Tossani, E., Belaise, C., Mangelli, L., e Fava, G. A. (2004). Il rapporto tra benessere psicologico, disagio e personalità. *Rivista di Psichiatria*, 39 (5), 315- 322.
- Solano, L. (2007). *Scrivere per pensare. La ritrascrizione dell'esperienza tra promozione della salute e ricerca*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Spera, M. A., Mehl, M. R., e Pennebaker, J. W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 37, 722- 733.
- Spitzer, R. L., First, M. B., e Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM- V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 233- 241.
- Terr, L. (1991). Childhood trauma: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10- 20.
- Turchi, G. P. (2007). *M.A.D.I.T, Manuale per la metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali*. Roma: Aracne Edizioni.
- Van der Kolk, B. A. (2001). The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. *Human Psychopharmacology*, 16 (1), 49- 64.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Development trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 401- 408.