



ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 9, Ottobre 2012



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

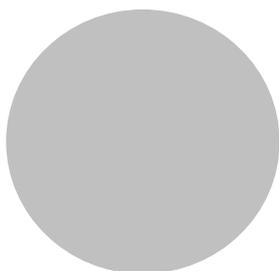
Vicedirettore
Marilena Tettamanzi

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela
Fabio Sbattella

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni Regionali/Provinciali
Di Psicologi per i Popoli

Redazione, grafica e impaginazione
Gabriele Lo Iacono
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli – Federazione
Presidenza: via Grosotto 5, 20149 Milano
E-mail: psicologixpopoli.fed@libero.it; tel. 3458499120; fax 0240708753.
Sede legale e segreteria generale: via E. Chini 59, 38123 Trento
E-mail: psicologixpopoli@alice.it; tel. 3356126406, fax 0461915434.



**Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria**

Numero 9, ottobre 2012

Indice

Marilena Tettamanzi <i>Introduzione</i>	P. 4
Louis Crocq <i>Il trauma: storia di un concetto e del suo significato</i>	P. 6
François Lebigot <i>Stress e trauma</i>	P. 22
Fabio Sbattella e Margherita Maria Branca <i>Disaster movies ed emozioni in emergenza</i>	P. 36
Marilena Tettamanzi <i>L'infermiere e la comunicazione: dalla cura del paziente alla tutela del proprio benessere</i>	P. 54

Come ha reagito la popolazione all'evento? Quanti sono i traumatizzati? Queste sono solo due delle varie domande tipiche che ci vengono in genere rivolte in quanto psicologi dell'emergenza da giornalisti, colleghi, familiari, curiosi e studenti in seguito al verificarsi di eventi calamitosi e *potenzialmente traumatizzanti*.

Il rischio più grande che corriamo è quello di cadere nella tentazione di fornire una risposta senza riuscire a cambiare livello logico, senza problematizzare la domanda, alimentando l'illusione che l'intervento offerto sia un *intervento di cura* nei confronti di *persone patologiche*.

Fin dalle origini della disciplina di cui ci occupiamo, e a partire dai più classici manuali internazionali, viene sottolineato che le reazioni di stress, di intensa reazione emotiva accompagnata da comportamenti disorganizzati, vanno intese in termini di *reazioni normali di persone normali a eventi anormali*. È fondamentale partire dal presupposto che non vi è nulla di patologico nella sofferenza di chi è travolto da eventi che cancellano vite, case e strade e che segnano una rottura netta tra un passato non più recuperabile, un presente spaventoso e un futuro incerto e non facilmente rappresentabile. Non vi è patologia in sé, se non quella preesistente all'evento. Tali avvenimenti, infatti, colpiscono le popolazioni e le comunità nella loro complessità, coinvolgendo persone e sistemi sani, ma anche anziani soli, bambini in stato di disagio e sofferenza, malati, pazienti dei differenti ambiti del Sistema sanitario nazionale.

Gli eventi emergenziali non sono di per sé patologici, ma piuttosto *potenzialmente traumatizzanti*.

La letteratura riferisce che circa l'1-3% delle persone coinvolte in eventi calamitosi sviluppa in seguito un Disturbo Post-Traumatico da Stress. Variabili e difficilmente calcolabili le percentuali di chi sviluppa altre forme di sofferenza e disagio: vissuti depressivi, stati ansiosi, abuso e/o dipendenza da sostanze e/o alcool, per citarne alcuni.

Detto questo, è fondamentale sottolineare che l'intervento di psicologia di emergenza non si propone *in primis* come un intervento di cura di una patologia, che di per sé non si è ancora sviluppata e non si sa né in chi né in che forme potrebbe svilupparsi. Si tratta piuttosto di un intervento preventivo volto a ridurre il rischio di sviluppo di risposte patologiche amplificando, al contrario, le opportunità positive insite nella crisi.

La psicologia dell'emergenza intende dunque collocarsi primariamente *tra* il verificarsi di un evento potenzialmente traumatizzante e il possibile sviluppo del trauma. Il momento della cura si colloca in una eventuale fase successiva. L'intervento iniziale è un intervento di potenziamento delle risorse e delle opportunità di evoluzione positiva.

Come ci insegna infatti la scuola francofona, stress e trauma non sono la stessa cosa ed è importante saperli differenziare con precisione. Nello stesso tempo, è compito di chi opera in tale ambito esplorare le possibilità e le strade per ridurre la probabilità che gli eventi calamitosi producano traumi. In qualità di psicologi, possiamo operare agendo sulla vulnerabilità dei sistemi umani, al fine di ridurla e contenerla.

Da queste premesse nasce il presente numero della nostra rivista, che ac-

coglie due interventi di respiro internazionale - che riprendono i principi basilari del nostro lavoro e forniscono un'importante proposta teorica e metodologica per chi opera nei contesti d'emergenza - e due articoli italiani - che approfondiscono alcuni aspetti specifici e applicativi della disciplina, con utili spunti di ricerca.

Il numero si apre con un importante contributo di Louis Crocq sull'evoluzione del concetto di trauma nella storia della psicologia e la sua rilettura da parte della scuola francofona. L'articolo è tratto dagli atti delle Giornate siciliane di psicotraumatologia organizzate da Psicologi per i popoli - Sicilia nel 2009.

Sulla stessa linea, François Lebigot chiarisce e distingue in modo netto il vissuto di stress dal trauma, ed evidenzia che l'immagine traumatica non trova all'interno dell'apparato psichico dell'individuo alcuna rappresentazione a cui legarsi e in grado di darle significato, non potendo di conseguenza creare la realtà.

Interessante, a tale proposito, è l'originale proposta di Fabio Sbattella, che individua nei *disaster movies* una potenziale fonte di rappresentazioni dell'emergenza, le quali possono sostenere da una parte le vittime nella lettura e nell'interpretazione di quanto accade e dall'altra i soccorritori nella comprensione di vissuti, pensieri e azioni altrimenti non facilmente codificabili.

Il numero si conclude con la presentazione dei risultati di una ricerca svolta dall'Unità di ricerca in psicologia dell'emergenza dell'Università Cattolica di Milano e finalizzata a esplorare le variabili che possono promuovere oppure ostacolare il vissuto di benessere di una specifica categoria professionale, quella degli infermieri, che quotidianamente si confrontano con interventi ad alta carica emotiva. Anche in questo caso i dati offrono spunti di riflessione per lavorare in un'ottica preventiva a favore non solo della popolazione ma anche degli operatori.

La realizzazione di questo numero non sarebbe stata possibile senza la collaborazione del collega Giovanni Nicoletti che, oltre ad avere organizzato le Giornate siciliane di psicotraumatologia, ha ottenuto l'autorizzazione a pubblicare le relazioni presentate in quelle occasioni, traducendole e adattandole con precisione e rigore. A lui pertanto vanno i nostri più sentiti ringraziamenti.

Marilena Tettamanzi

Louis Crocq

Il trauma: storia di un concetto e del suo significato

Relazione presentata alla seconda edizione delle Giornate siciliane di psicotraumatologia, Piazza Armerina, 4-5 settembre 2009

Riassunto

La storia ci insegna che in tutti i tempi gli esseri umani hanno sofferto dell'irruzione violenta nella loro psiche e che questa irruzione li ha durevolmente segnati, perturbando i loro sogni. La storia degli ultimi due secoli ha visto evidenziare i concetti di nevrosi traumatica e di nevrosi da guerra; in questi ultimi decenni la definizione di questi stessi concetti è stata poi messa in dubbio per motivi di risonanza psicoanalitica, e il DSM americano ha, infatti, proposto la loro sostituzione con il concetto di stato post-traumatico di stress. Si è rilevato, tuttavia, che non tutti i quadri clinici da allora osservati dopo un trauma si sono poi strutturati in nevrosi traumatica. Tenendo conto di queste riflessioni, andando controcorrente, la scuola francofona ha proposto di utilizzare la denominazione generica sindromi psicotraumatiche. Essa ha il merito di enunciare esplicitamente che si tratta di un trauma psichico e può coprire tutti gli stadi della patologia traumatica: immediata, post-immediata e cronica. Inoltre, tra quest'ultimi, permette di inquadrare bene anche i casi strutturati come nevrosi traumatica, che rispondono ai criteri restrittivi del PTSD, e tutti gli altri casi non chiaramente classificabili o atipici.

Parole chiave: trauma, stress, DSM, spavento, approccio francofono.

Abstract

History teaches us that human beings have always suffered from violent irruptions in their psyche and that this irruption has lasting effects, as perturbation of dreams. During the last two centuries, the concepts of traumatic neurosis and war neurosis were pointed out; then, in the last decades, these concepts' definition has been challenged for reasons of psychoanalytic resonance, and the American DSM proposed to replace them with the new concept of post-traumatic stress state. However, it has been pointed out that not all the clinical cases observed from then on after a trauma have evolved in a traumatic neurosis. In the light of these remarks, and going against the tide, the francophone school introduced the use of the generic denomination post-traumatic syndrome. It has the merit of stating explicitly the psychological nature of the trauma and it can cover all the stages of traumatic pathology: the immediate, the post-immediate, and the chronic. Moreover, among the cases of the latter kind, it allows to understand well also the cases structured as traumatic neurosis, which fit well into the limiting criteria of PTSD, as well as all the other cases which are atypical or not clearly classifiable.

Key words: trauma, stress, DSM, scare, francophone approach.

La storia della patologia psicotraumatica può essere suddivisa in quattro periodi:

- il periodo dei precursori, che va dall'antichità alla Guerra civile americana (1861-1865);
- il periodo dei fondatori (1880-1900), con Charcot, Oppenheim, Janet, Freud;
- il periodo dei prosecutori (1900-1980);
- il periodo dei rinnovatori (dal 1980 a oggi).

I precursori

Si possono ritrovare esperienze di “spavento”¹ e sogni traumatici nei racconti leggendari dell'antichità, quali l'epopea di Gilgamesh (2200 a.C.) e *l'Iliade*; ma è lo storico greco Erodoto (450 a.C.) che nel libro IV delle *Storie* ci dà la prima descrizione, che potremmo definire clinica, di un caso di nevrosi isterica. Narra Erodoto: “Nella battaglia di Maratona morirono circa 6.400 barbari e 192 Ateniesi. Tanti caddero da una parte e dall'altra; lì accadde pure un fatto prodigioso: un soldato ateniese, Epizelo figlio di Cufagora, mentre combatteva nella mischia comportandosi da valoroso, perse la vista, senza essere stato ferito o colpito da lontano in alcuna parte del corpo, e, da allora in poi, per tutto il resto della sua vita, rimase cieco. Ho sentito dire che lui a proposito della sua disgrazia raccontava così: a Epizelo era parso di avere di fronte un oplita gigantesco, la cui barba faceva ombra a tutto lo scudo; questa apparizione gli era poi solo passata accanto, ma aveva abbattuto il soldato al suo fianco. Così, mi dissero, raccontava Epizelo”.

Sul piano clinico dell'isteria, il caso è esemplare: Epizelo nel vedere il gigante persiano viene preso dallo “spavento”. Intravedendo la propria morte nel momento in cui vede cadere il proprio compagno, sposta la sua paura sull'organo implicato (l'occhio). La cecità gli permette di cancellare questa visione spaventosa e di scappare da tutte le visioni simili che verranno; inoltre il fatto di essere cieco – non avendo avuto il necessario supporto nel momento critico – gli procura la compassione e il sostegno dei propri cittadini. Nella letteratura, la storia appena narrata non è un caso isolato. Ippocrate menziona nel suo *Trattato sui sogni* (400 a.C.) gli incubi provocati nel sonno dall'essere durante il giorno impegnati in azioni di lotta, e Lucrezio (40 a.C.), nel suo *De rerum natura*, dedica all'argomento diverse pagine, per esempio nel IV libro, dove dice: “le menti degli uomini, che con possente travaglio generano grandi imprese, spesso anche nei sogni agiscono e operano: i re espugnano, cadono prigionieri, si gettano nella battaglia, cacciano grida come se qualcuno li gozzasse. Molti

¹In francese effroi, in tedesco shrek. Per la traduzione italiana del termine si è fatto riferimento a S. Freud, *Al di là del principio del piacere* (vedi bibliografia). Sul concetto di spavento, si veda infra l'articolo di F. Lebigot (NdT).

lottano fino allo stremo e per dolore mandano gemiti, riempiendo di urla la stanza” (Lucrezio, *De rerum natura*, IV).

Froissard,² nelle sue *Croniques*, riporta il caso di sonnambulismo conseguente all'attività guerresca di Pierre de Béarn, fratello illegittimo di Gaston Phoebus:³ “Nel suo sonno, credendo di battersi, Pierre de Béarn alza e brandisce la sua spada, rischiando di ferire i suoi. Dato che avevano nascosto le sue armi, egli si alzava nel sonno per cercarle, rovesciando i mobili e facendo un terribile rumore”.

Nel XVI secolo, poi, le guerre di religione in Francia sono l'occasione di indicibili massacri e orrori, verso i quali sia i soldati che le vittime non possono restare indifferenti. In questo periodo, il giovane re Carlo IX, dopo il massacro di San Bartolomeo⁴ perpetrato a suo nome, perseguitato dalle allucinazioni e dagli incubi notturni, racconta al suo medico Ambroise Paré: “Ambrosie, io non so cosa mi succeda: da due, tre giorni sento il corpo e lo spirito agitati, come se avessi la febbre. In tutti i momenti, sia che dorma o sia sveglio, mi sembra che tutti quegli uomini massacrati si presentino a me con i loro corpi orrendamente mutilati e il viso coperto di sangue”.

Qualche anno dopo, Agrippa d'Aubigné,⁵ gravemente ferito nella battaglia di Casteljaloux, crede delirando di ricevere da un angelo la missione di narrare gli orrori delle guerre di religione di cui è stato testimone, e che descriverà nei 9.700 versi del suo poema *Les tragiques*. Nel commentare un passo particolarmente violento, dirà: “I miei capelli sorprendentemente si rizzarono sulla testa”.

Qualche decennio dopo, Shakespeare, nell'*Enrico IV* e in *Romeo e Giulietta*, narrerà sia degli incubi provocati dal ricordo della battaglia sia dei sintomi di nevrosi traumatica, testimoniando come questi fenomeni fossero conosciuti nella sua epoca. Nell'*Enrico IV*, Lady Percy rimprovera al suo sposo di trascurarla e di essere vicino ai suoi soldati sia di giorno che di notte: “Tho udito spesso, nel vegliarti accanto nei tuoi sonni leggeri, mormorare di scontri ferro a ferro, dar ordini al focoso tuo destriero gridando: ‘Avanti, in campo!’ [...] Era l'animo tuo a farti guerra e ad agitarti tanto da farti stillar gocce di sudore giù per la fronte, come bolle d'aria sul pelo d'acqua d'un torrente in piena [...] E sul tuo viso strane contrazioni, come vediamo in chi trattiene il fiato per qualche grave improvviso comando”.⁶

Nel *Macbeth* (1605), il re di Scozia e la moglie Lady Macbeth, attraverso allucinazioni e incubi rivivono la morte di Banco:

² *Storico francese del medioevo (c. 1337-c. 1405).*

³ *Visconte di Béarn e Conte di Foix (1331-1391).*

⁴ *La notte di San Bartolomeo è il nome con il quale è passata alla storia la strage compiuta a Parigi nella notte tra il 23 e il 24 agosto 1572 da parte della fazione cattolica ai danni degli ugonotti.*

⁵ *Théodore Agrippa d'Aubigné (Saint-Maury 1552-Ginevra 1630), scrittore e poeta protestante francese dell'età barocca.*

⁶ *W. Shakespeare, Enrico IV, atto II scena III.*

Macbeth: Lontano da me spettro orribile, terrificante apparizione... cosa vuoi tu da me? Io tremo, sudo, ho la gola serrata e il petto oppresso.

Lady Macbeth, credendo di vedere del sangue sulle mani: Questa macchia di sangue sulla mia mano... Tutti i profumi d'Arabia non potranno lavare questa piccola mano.

Nel 1654 sarà il filosofo Pascal a conoscere il terrore quando la sua carrozza rischierà di precipitare nella Senna dal ponte di Neuilly. In seguito all'incidente, si produsse in lui uno stato morboso che possiamo oggi identificare con la nevrosi traumatica. Il caso di Pascal viene riportato da Pinel nel suo *Nosographie philosophique; ou, La Méthode de l'analyse appliquée a la médecine* (1798). Scrive l'autore: "Pascal non rimase ferito, bensì fortemente spaventato; e un malessere che durò per lungo tempo fu il primo risultato di questa frattura. Poco tempo dopo, egli ebbe una visione notturna dell'incidente che trascrisse su un foglio, foglio che avrebbe portato sempre con sé. La sensazione di questo spiacevole avvenimento, rivissuta costantemente nella sua mente, lo turbava soprattutto di notte, nel cuore delle sue insonnie e del suo deperimento. Pascal credeva di vedere un baratro sul lato sinistro del suo letto e faceva mettere una sedia per rassicurarsi [...] Da quel momento, Pascal rinuncia alla vita mondana e ai suoi propositi di matrimonio".

Gli avvenimenti della Rivoluzione Francese e le Guerre dell'Impero hanno poi fornito a Pinel un elevato numero di casi clinici conseguenti allo spavento, che egli classificherà, secondo la semiologia dominante, in idiotismi, mania e melanconia o "nevrosi della circolazione e della respirazione", queste ultime riferite alle nevrosi a carattere cardiocircolatorio. Riportiamo a titolo d'esempio un doppio caso di idiotismo post-emozionale tratto dal *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1887): "Due giovani reclute partono per le armi. Durante una sanguinosa azione, una delle due viene uccisa da un colpo alla testa mentre si trova a fianco del fratello; l'altro, davanti a questo evento, rimane immobile come una statua [...] Al suo ritorno a casa, la stessa sorte toccherà alla sorella, il cui stupore, la costernazione e l'immobilità glaciale, dovuti allo spavento, sono ben descritti dai poeti [...] antichi e moderni".

Ma saranno gli ufficiali medici napoleonici Larrey, Percy e Desgenettes che denomineranno *sindrome du vent de bullet* gli stati post-confusionali e di congelamento dei soldati scossi dalle palle di fucile che li sfioravano, senza ferirli.

Nel suo *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Briquet (1859), già prima di Charcot, riporta un caso di manifestazione isterica maschile in un insorto che aveva rischiato di essere fucilato dalla guardia nazionale durante i moti parigini del 1848. Scrive Briquet: "Egli presenta il primo attacco convulsivo otto giorni dopo, con vertigini e sensazione di buco allo stomaco, con lacrime e singhiozzi al risveglio [...] due altri attacchi nei mesi seguenti. In seguito presenterà una notevole diminuzione della sensibilità nella parte sinistra del corpo [...] Da quel momento è diventato molto violento ubriacandosi soventemente".

Il 24 giugno del 1859, Henri Dunant, fondatore della Croce Rossa, assiste in qualità di osservatore alla battaglia di Solferino. Tre anni dopo, nello scritto

Un ricordo di Solferino, descrive lo stato psichico dei feriti e dei moribondi: “I disgraziati feriti sono pallidi, lividi, annichiliti; i feriti gravi hanno lo sguardo ebete e sembrano non comprendere ciò che viene loro detto [...] Gli altri sono inquieti, agitati da una scossa nervosa”.

Sempre Dunant riporta il caso di un giovane ufficiale austriaco i cui capelli divennero bianchi nel corso della battaglia, sintomo oggi definito “canizie psicosomatica”, e menziona le ripercussioni che la visione del campo di battaglia ebbe sui soccorritori: “alcuni svennero, altri furono presi da una frenetica esaltazione”.

La Guerra di Secessione americana sarà il primo conflitto in cui verrà conteggiato il numero dei traumatizzati psichici. Nel primo anno di guerra, nell'esercito nordista si calcolarono circa 5.213 psicotraumatizzati. Per fare fronte a un tale numero di “feriti psichici”, il neuropsichiatra Silas Weir Mitchell dovette attrezzare in tutta fretta un ospedale di 400 posti letto presso la città di Filadelfia; molti di questi pazienti presentavano una sindrome d'isteria. Diversi anni dopo, considerando retrospettivamente quel periodo, Mitchell si stupirà di avere visto “dei soldati robusti comportarsi come delle femminucce”. Sempre durante la Guerra di Secessione, Jacob Mendez Costa, medico nell'esercito nordista, parla di “cuore del soldato” (*soldier's heart*) o “cuore irritabile”. I sintomi descritti sono tachicardia accompagnata da palpitazioni, precordialgia e sensazione di oppressione toracica. La diagnosi di cuore del soldato, durante la Prima guerra mondiale, verrà ripresa da Briscous e Murcier in Francia e da Abrahm in Inghilterra, che la riconduranno, finalmente, alle manifestazioni somatiche dell'ansia da guerra.

Il periodo dei fondatori

Nel 1888, il tedesco Herman Oppenheim (1888), in relazione agli incidenti ferroviari, descrive, sotto il nome di “nevrosi traumatica”, un'entità clinica autonoma che comprende: il ricordo ossessivo dell'incidente, disturbi del sonno (agitazione), incubi di reviviscenza, fobia del treno e labilità emotiva. L'autore imputa questo disturbo allo “spavento”, che “provoca una stimolazione psichica talmente intensa da determinare un'alterazione psichica duratura”.

All'incirca nello stesso periodo, nelle *Lezioni del martedì* alla Salpêtrière (1884-1893), J.M. Charcot (1890) rifiuta invece l'esistenza della nevrosi traumatica, argomentando che si tratta di una patologia istero-nevrastenica. Rileggendo i casi presentati alla Salpêtrière non si può tuttavia non notare come la loro descrizione sia sorprendentemente simile a quelle dei casi osservati da Oppenheim; in ogni caso la nevrosi traumatica verrà riconosciuta nel mondo clinico solamente dopo la morte di Charcot.

Tra i giovani medici che seguono le lezioni di Charcot troviamo due autori che segneranno la cultura del Novecento: Sigmund Freud e Pierre Janet.

Nel 1889, Pierre Janet, nella sua tesi di dottorato *L'automatismo psicologico*, presenta venti casi d'isteria o di nevrastenia traumatica, attribuendo la loro patogenesi alla dissociazione della coscienza. Per Janet, dopo uno shock emo-

tivo, il ricordo dell'avvenimento o le "idee fisse" su di esso (sensazioni provate, immagini, ecc.) si raggruppano in una regione del subconscio, al di fuori della coscienza, e qui si comportano come un corpo estraneo o come un parassita, stimolando in maniera automatica le reviviscenze (sensazioni, immagini, pensieri fissi, gesti elementari), le quali non sono elaborabili, mentre il resto della coscienza continua a sviluppare pensieri e azioni adeguate. Siamo davanti alla "dissociazione", ovvero la coscienza contro il subconscio. Queste idee fisse, non potendo essere elaborate dal linguaggio, non saranno assimilate dall'individuo. Freud, da parte sua, ritornato a Parigi nel 1886, nota con disappunto che le teorie sviluppate negli anni precedenti insieme a Breuer sono simili a quelle di Janet; in conseguenza di ciò pubblicherà la *Comunicazione preliminare* (1892), testo che possiamo definire il manifesto della patogenesi del trauma. Freud riconoscerà comunque a Janet il merito di avere identificato il concetto del ritorno attraverso la memoria dell'avvenimento traumatico senza che vi sia stata elaborazione, quello di presenza di corpi estranei intrapsichici e quello di dissociazione della coscienza. Ma laddove Janet per definire il ritorno dell'evento traumatico usa l'espressione "idee fisse", concetto peraltro inopportuno perché richiama la sfera cognitiva, Freud usa il termine platonico "reminiscenza" apportando alcune precisazioni sulla patogenesi. Per Freud, sono i soggetti che non hanno potuto reagire all'evento attraverso i meccanismi di difesa, attraverso la fuga, le parole o la rappresentazione mentale che andranno in seguito ad avere una fissazione morbosa riguardo al ricordo grezzo dell'avvenimento, dando luogo ad abreazioni inefficaci. Solamente un'abreazione organica di tutto il carico degli affetti rimasti bloccati e un lavoro mentale relativo alle associazioni potranno permettere la risoluzione del trauma. Freud definirà questa sua tecnica con il termine "catarsi".

Nel 1896, infine, il belga Jean Crocq, riprenderà l'espressione "nevrosi traumatica" per riferirsi ai soggetti che presentano una sindrome mentale a seguito di un incidente. L'autore distingue due situazioni: una prima, che definisce "nevrosi traumatica grave", in cui abbiamo la presenza di probabili lesioni organiche, e una seconda, funzionale e dovuta dalla paura, che chiama "nevrosi traumatica pura".

Il periodo dei persecutori

Durante la Guerra dei boeri (1899-1901) vengono segnalati dei casi di confusione mentale e conversione isterica in seguito alle emozioni violente provate dai soldati. Gli stessi quadri clinici si registrano durante la Guerra russo-giapponese (1904-1905). Lo psichiatra tedesco Hoenigman (1908), al suo ritorno da quest'ultima guerra, creerà l'espressione "nevrosi da guerra" per designare queste varietà di nevrosi traumatica, già descritte da Oppenheim.

Durante la Prima guerra mondiale vengono identificate quattro entità cliniche. La prima, denominata "ipnosi da battaglia", è caratterizzata dallo stato quasi ipnotico di stupore riportato dagli scampati alle prime battaglie in territorio belga. La seconda, che corrisponde a stati post-commozionali, riguarda i soldati scaraventati in aria dall'esplosione delle bombe o ricoperti

dalla terra sempre a seguito dell'esplosione. Questa entità viene denominata "obusite" o "vento della granata". La comunità psichiatrica internazionale riconoscerà subito questa sindrome denominandola con l'espressione inglese "shell-shock". Negli anni 1916-1917 verranno proposti i concetti di "ansietà da neurastenia" e di "isteria di guerra". In particolare, l'isteria di guerra definisce un quadro clinico molto ampio, che comprende le crisi motorie, le amnesie, le false cecità, il mutismo, i tic, le false anestesi e paralisi, le balbuzie. Nel 1918, tutti gli stati patologici fin qui descritti verranno raggruppati sotto l'etichetta di "nevrosi da guerra" o, meglio, "psiconevrosi da guerra", così da sottolineare come la loro patogenesi sia d'origine psichica.

Parallelamente all'evoluzione delle denominazioni cliniche, assistiamo all'evoluzione delle concezioni patogenetiche. L'ipotesi della confusione mentale cede il passo all'ipotesi post-commozionale, la quale a sua volta sarà sostituita dall'ipotesi post-emotiva. Tale ipotesi deriva da teorie d'ispirazione psicoanalitica come quelle del "complesso di paura" e del cedimento narcisistico, con le sue regressioni libidiche (Abraham, 1918; Ferenczi, 1918). Alla fine della Prima guerra mondiale, Freud sviluppa la sua seconda teoria del trauma, in cui spiega l'azione della coazione a ripetere e il concetto di pulsione di morte. Nel 1920, in *Al di là del principio del piacere* (Freud, 1920), ipotizza che gli stimoli scaturiti da una situazione traumatica, sorprese le difese psichiche dell'organismo, facciano breccia nella barriera difensiva penetrando all'interno del sistema psichico, dove, sotto forma di ricordo dell'evento, andranno a risiedere come un parassita e come tale continueranno a esercitare la loro azione nociva. L'organismo, da parte sua, cercherà di reagire attraverso processi di assimilazione o di espulsione ma tutto ciò sarà vano. Per illustrare questa ipotesi, Freud ricorre all'immagine della cellula vivente. L'organismo viene paragonato a una bolla protoplasmatica che si protegge dagli stimoli provenienti dall'esterno mediante uno strato superficiale che li respinge o li filtra, così da attenuarne l'intensità. In tal modo, gli stimoli che raggiungono la parte profonda del nostro apparato psichico vengono mitigati, così da potersi legare alle rappresentazioni. In un trauma, diversamente, abbiamo l'ingresso massivo di stimoli, che non potendo essere filtrati dal sistema, penetreranno fino alla sua parte più profonda, spazio in cui, non essendo presente il linguaggio non sarà possibile dare loro un significato.

Sul piano terapeutico, dopo l'insuccesso del metodo della persuasione e della somministrazione di sedativi, si fa strada la "psichiatria sul campo" (Damaye, 1917), volta a curare i soldati direttamente sul fronte. Tale azione aveva anche lo scopo di far sì che i soldati traumatizzati, non avessero modo di rinforzare una eventuale sintomatologia di conversione durante il trasferimento dal fronte alle retrovie. Verso la fine della guerra, lo psichiatra Salmon, inviato dal governo americano come osservatore sul fronte della Somma, svilupperà i cinque principi della psichiatria sul campo: immediatezza, prossimità, speranza di guarigione, semplicità del trattamento e centralità (Salmon, 1917). Allo scoppio della Seconda guerra mondiale, tutto ciò che si era appreso riguardo all'assistenza psicologica durante la Prima guerra mondiale viene dimenticato, e così i feriti psichici ritornano a essere trasferiti nelle retrovie senza adeguata assistenza. Nel 1943, sarà il Generale Bradley, in accordo con

alcuni psichiatri, a emanare una circolare nella quale viene prescritto di trattare i feriti psichici direttamente sul posto per un periodo di sette giorni e solo in seguito trasferire i casi più resistenti nelle retrovie. Con questa circolare viene reintrodotta la psichiatria sul campo, e nel contempo preconizzato l'uso della diagnosi "sfinimento" da sostituire a quella di "nevrosi da guerra". Sul piano clinico si osservano meno conversioni isteriche a vantaggio di sindromi ansiose e disturbi psicosomatici. Sul piano patogenetico, oltre alla violenza e alla durata dei combattimenti, si ammettono come fattori predisponenti o aggravanti le personalità nevrotiche, il conflitto intrapsichico "combatti o fuggi" ("fight or flight"), i conflitti di gruppo e le situazioni di isolamento delle piccole unità; in altri termini, la concatenazione di una serie di fattori atti a oltrepassare il punto di rottura ("breakdown point") di ogni essere umano. Nel 1945, per la prima volta nella clinica psichiatrica, R. Grinker e J. Spiegel (1945) impiegano l'uso del termine "stress", mentre nel 1947 A. Kardiner e H. Spiegel (1947) sviluppano una teoria psicoanalitica del trauma, dove differenziano un "ego effettivo" e un "ego affettivo", legato alle nevrosi da transfert. L'ego effettivo, che si sviluppa fin dalla nascita, utilizzando gli apparati sensoriale, cognitivo, psicomotorio e neurovegetativo, assicura le funzioni di autonomia, protezione e adattamento. Ma se le sue funzioni vengono sovraccaricate da violente eccitazioni, l'unica soluzione possibile sarà la contrazione del Sé e la dissociazione (ritroviamo qui le idee di P. Janet). Durante la guerra del Vietnam, lo stato maggiore americano mette in atto una serie norme finalizzate a mantenere la salute mentale delle truppe e prevenire lo sviluppo delle nevrosi da guerra. Tali prescrizioni comprendono una regolare rotazione dei turni, alloggiamenti confortevoli e periodi di riposo nei centri R&R/Rest and Recreation. Riguardo alla psichiatria sul campo, viene creato il MHCS/Mental Health Consultation Service e vengono assegnati a ogni battaglione degli assistenti sociali. I militari che hanno subito un trauma vengono temporaneamente ricoverati nell'ospedale da campo; poi seguirà un periodo di recupero in centri di reinserimento. Nei MHCS e negli ospedali da campo dove si metteva in atto la dottrina di Salmon il soldato venivano persuaso che ciò che aveva provato non era altro che "una reazione normale di fronte a un evento anormale", che egli si era temporaneamente scompensato a causa della stanchezza e di una paura irragionevole, che tutto ciò non era grave, che in tempi brevi sarebbe ritornato alla normalità e che i suoi commilitoni aspettavano il suo ritorno. Durante gli incontri psicoterapeutici, non si parlava né del trauma né di problemi affettivi legati all'infanzia; i fatti venivano minimizzati e si davano degli incoraggiamenti. In altri termini, veniva praticata una psichiatria sul campo semplicistica, che si limitava a reprimere i sintomi senza affrontare il trauma, aspettando che essi si affievolissero nei giorni seguenti. A partire dal 1972 gli Stati Uniti hanno visto sempre più veterani della guerra del Vietnam presentare disturbi psicotraumatici e difficoltà di reinserimento nella vita civile. Durante il periodo in Vietnam, molti di loro avevano acquisito una dipendenza dall'alcool e dalle droghe e altri avevano sviluppato dei comportamenti aggressivi e antisociali (la sindrome di Rambo, descritta da Boman, 1990). Shatan nel 1974 identifica una "post-Vietnam syndrome" che comprende reiscienze traumatiche, uno stato di allerta permanente, l'impressione di non essere compreso, aggressività

e disturbi della condotta. In altri termini, Shatan scopre il profilo della nevrosi da guerra.

Il periodo dei rinnovatori

Il sistema nosografico americano, con il *DSM-I/Diagnostic and statistical manual of mental disorders – first edition*, creato nel 1952, riconosce la diagnosi di “gross stress reaction”, introducendo così il termine “stress” nella nosografia psichiatrica. Ma, paradossalmente, nel 1968, proprio nel momento in cui i soldati americani in Vietnam si trovano ad affrontare delle azioni di guerra particolarmente traumatizzanti, la diagnosi di “Gross Stress Reaction” viene eliminata dal *DSM-II*. Con l’elaborazione del *DSM-III* (1980), influenzata dalla “post-vietnam sindrome”, viene introdotta la diagnosi di PTSD/Post-Traumatic Stress Disorder (disturbo post-traumatico da stress), che viene estesa anche alle situazioni legate alla vita civile. I criteri necessari per formulare tale diagnosi si suddividono in quattro punti, a cui se ne aggiungerà in seguito un quinto:

- a. avere vissuto un evento al di fuori delle normale esperienza umana tale da poter provocare un grave malessere nelle maggior parte delle persone;
- b. presentare almeno un sintomo di reviviscenza;
- c. persistente evitamento degli stimoli associati al trauma o attenuazione della reattività generale (non presente prima del trauma);
- d. presentare almeno due sintomi di iperattività su sei.

Il PTSD viene qualificato “acuto” se il suo inizio avviene meno di sei mesi dopo l’evento e dura sempre meno di sei mesi.

Nel 1987 abbiamo la revisione del manuale, denominata *DSM-III-R*, dove la diagnosi di PTSD subisce alcune variazioni che riguardano il numero di sintomi relativi ai criteri *b* e *c* presenti, e viene proprio in questa occasione aggiunto il criterio *e*, relativo alla durata del disturbo - sintomi *b, c, d* -, che dev’essere di almeno un mese.

Nel 1994 si è proceduto a una nuova revisione del DSM, il *DSM-IV*. In questa nuova stesura la diagnosi di PTSD subisce delle modifiche sostanziali. Il criterio *a* viene suddiviso in due criteri: *A1*, l’individuo è stato esposto a un evento violento o a una minaccia di morte o dell’integrità fisica; *A2*, la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti d’impotenza e di orrore. Oltre ad altre modifiche, che non tratteremo per esigenze di brevità, viene inserito un nuovo criterio, il criterio *f*, relativo alla presenza di un disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Oltre a ciò, il *DSM-IV* introduce una nuova diagnosi, denominata “Acute Stress Disorder”, la cui caratteristica essenziale è lo sviluppo di ansia e di sintomi dissociativi e di altro tipo che si manifestano entro un mese dall’esposizione a un evento traumatico estremo.

In trent’anni la diagnosi di PTSD ha conosciuto, sia in ambito psichiatrico che presso il grande pubblico, un entusiasmo e uno sviluppo considerevoli, ma

quando si fa il punto su questa sindrome non si può fare a meno di formulare alcune riflessioni.

Prima riflessione. Nel 1952, l'idea del DSM di fondare la sua nosografia su una classificazione ateorica assiale dei disturbi mentali senza fare riferimento a ipotesi patogenetiche ha rappresentato un positivo passo avanti, in quanto ha predisposto un linguaggio comune per la definizione delle diagnosi. In realtà, il DSM voleva liberarsi delle ipotesi freudiane e in particolar modo dal concetto di nevrosi. Tuttavia, ci si chiede: ricusare l'espressione "nevrosi traumatica" per sostituirla con "stato post-traumatico da stress" non ha svincolato il trauma da un ambito patogenetico (la nevrosi) per subordinarlo a un altro decisamente biologico come quello di stress?

Seconda riflessione. Il DSM ha impiegato quattordici anni (dal 1980 al 1994) per registrare il fatto che l'esposizione a un avvenimento potenzialmente traumatico non è sufficiente a sviluppare un trauma, poiché è necessario anche averlo vissuto in uno stato di panico, orrore o impotenza.

Terza riflessione. I criteri B4 e B5 si sovrappongono ai criteri B1, B2 e B3, poiché tutte le reviviscenze di questi tre criteri sono vissuti nella tempesta neurovegetativa, e tutti possono sopravvenire sia spontaneamente sia in risposta a uno stimolo evocatore.

Quarta riflessione. Quanto ai criteri relativi all'evitamento degli stimoli evocatori e di attenuamento della reattività generale, essi non costituiscono che due dei tre elementi dell'alterazione della personalità dopo l'impatto del trauma, alterazione che comporta, come descritto da Fenichel (1945), il blocco della funzione di filtro, la diminuzione dell'interesse per le attività un tempo motivanti, l'impressione di un mondo lontano e il sentimento di un futuro chiuso e il blocco della funzione di relazione con gli altri (restrizione degli affetti e del sentimento di attaccamento). La diagnosi di PTSD implica di fatto, ma senza che ciò venga ammesso esplicitamente, l'alterazione della personalità definita *alterazione maggiore e strutturale* nella diagnosi di nevrosi traumatica.

Quinta riflessione. Il DSM non propone alcuna diagnosi per la reazione immediata (prime ore o primo giorno), dato che la diagnosi di disturbo acuto da stress richiede il perdurare dei sintomi da almeno due giorni.

In conclusione, riguardo al PTSD possiamo dire che, nel corso delle varie edizioni (1952, 1968, 1980, 1987, 1994), la Gross Stress Reaction, divenuta PTSD, ha compiuto dei meritevoli progressi, avvicinandosi sempre più alla clinica e definendo il vissuto dell'esperienza traumatica, ma, come abbiamo visto, contiene anche delle incompletezze e delle lacune, come l'esclusione dal quadro clinico dell'astenia, dell'ansia, delle conversioni e dei disturbi del comportamento, i quali sono riportati al rango della "patologia associata". In altri termini, il PTSD non segna che una tappa, utile ma insufficiente, nella storia del pensiero sul trauma.

La psichiatria francofona, non accettando le imperfezioni e le lacune del DSM, ha avviato un lavoro di ricerca finalizzato a creare un sapere e una pratica che superino i limiti del PTSD. Punti fondamentali di questo pensiero sono: 1) la distinzione tra stress e trauma; 2) il rigore dell'osservazione clinica; 3) la necessità di un approccio psicoterapeutico al fine di restituire senso al vuoto creato dal trauma.

Secondo l'approccio francofono, i concetti di stress e trauma non si situano sul medesimo registro. Mentre lo stress (1999) coinvolge l'area bioneurofisiologica attivata dall'allarme, ovvero la mobilitazione e la difesa messe in atto da un organismo di fronte a un'aggressione o una minaccia, il trauma agisce su un registro psicologico. Definiamo quindi il *trauma* come *il fenomeno di lacerazione dell'apparato psichico e delle sue difese in seguito alle eccitazioni violente afferenti con il sopraggiungere di una possibile minaccia o aggressione nei confronti della vita o dell'integrità (fisica o psichica) di un individuo.*

In presenza di un trauma, abbiamo, da parte dell'individuo, il confronto con la realtà della morte e del nulla senza che vi sia la possibilità di attribuirgli un senso o una simbolizzazione. Se lo stress ci porta quindi alla mobilitazione delle risorse umane, il trauma conduce alla violazione delle difese psichiche. Mentre uno descrive le tempeste neurovegetative, l'altro la clinica dello "spavento". Si può notare, quindi, come sul piano clinico non vi sia equivalenza tra questi due registri.

Approfondendo la riflessione di Freud sulla metafora della "vescicola vivente", Lebigot (2001-2005) sottolinea che quando c'è un trauma gli stimoli nocivi penetrano molto profondamente nell'apparato psichico, raggiungendo non solamente il livello dell'inconscio, ove potranno un giorno, grazie a un percorso psicoterapeutico, stabilire dei legami con le rappresentazioni e di conseguenza trasformarsi in ricordi dotati di senso, ma anche l'area legata alla rimozione primaria e quindi irraggiungibile dalla coscienza. L'area della rimozione primaria, preesistente all'acquisizione del linguaggio, è il luogo in cui si depositano i primi vissuti legati all'alimentazione, le esperienze primitive di annientamento o appagamento, esperienze che con la conquista del linguaggio diverranno l'oggetto della rimozione primaria. L'esperienza traumatica, aggirando il ricorso al linguaggio, bypassa nello stesso tempo la rimozione primaria. In tale processo, l'individuo, inorridito ma nel contempo affascinato dall'evento, verrà ricondotto alle sue primitive esperienze di godimento e annientamento; inorridito perché si trova davanti al nulla dell'origine; affascinato poiché egli ritrova l'oggetto perduto del seno materno. Da ciò il suo attaccamento morboso e segreto al proprio trauma: solamente dopo un paziente lavoro psicoterapeutico l'individuo potrà rivelare questo attaccamento segreto. Questo attaccamento viene però vissuto come trasgressione e come tale darà origine al senso di colpa; di fatto, il trauma conduce a un confronto improvviso con la realtà della morte e del nulla, senza che vi sia possibilità di interporre lo schermo protettivo dei significati.

Riguardo alle reazioni dell'individuo, possiamo distinguere le patologie psichiche delle vittime in funzione di tre fasi: immediata (dalle prime ore al primo giorno), post-immediata (dal secondo giorno al secondo mese) e cronica (dopo i due mesi). Nella fase immediata, possiamo osservare la reazione di stress adattivo (non patologico), la reazione di "stress dépassé" (patologico) o delle reazioni apertamente patologiche di carattere ansioso, isterico o delirante.

Lo stress adattivo è una reazione d'allerta e mobilitazione finalizzata alla salvaguardia dell'individuo. Sul piano biofisiologico, questo stato si manifesta

con l'accelerazione dei battiti cardiaci e del ritmo respiratorio, l'aumento del tasso di zuccheri nel sangue e il suo afflusso dalla periferia verso gli organi centrali. Sul piano psicologico, lo stato di allerta e mobilitazione si esplicita nelle aree cognitive, affettiva, volitiva e comportamentale. In un minor numero di casi possiamo osservare una reazione inadatta, definita di "stress dépassé". Solitamente questa reazione ha luogo in individui psicologicamente fragili o non preparati o indeboliti a causa di vari fattori come la stanchezza o l'isolamento. La reazione di "stress dépassé", osservata anche a seguito di aggressioni estremamente violente, troppo prolungate o ripetute con brevi intervalli di tempo, può presentarsi sotto quattro forme: il congelamento, l'agitazione, la fuga panica e l'attività automatica, comportamento, quest'ultimo, in cui il soggetto effettua automaticamente dei gesti inutili di cui non avrà ricordo. In casi eccezionali, generalmente nei soggetti predisposti, si possono evidenziare delle reazioni isteriche d'agitazione o conversioni, che danno al soggetto l'illusione di essere fuori pericolo, ma si possono anche manifestare reazioni tipicamente psicotiche, come stati confusionali, reazioni deliranti, stati di agitazione maniacali, prostrazione depressiva.

Riconoscere la clinica della reazione immediata è molto importante. È infatti a partire dai suoi sintomi che lo specialista intervenuto sul campo potrà determinare se la vittima ha reagito all'evento con un semplice stress, come si è già detto solitamente adattivo, o se lo ha vissuto in maniera traumatica, carica di conseguenze psicopatologiche. L'esplorazione di questi momenti si rivela molto importante anche in un secondo tempo, quando lo psicologo incontrerà la vittima durante il periodo post-immediato, perché l'analisi di questo periodo immediato gli fornirà indicazioni precise sull'impatto, traumatico o meno, che l'avvenimento ha avuto sull'individuo, dandogli così la possibilità di padroneggiare gli avvenimenti con la verbalizzazione delle esperienze vissute nei primi momenti.

Nel periodo post-immediato possono presentarsi due possibilità: la risoluzione dei sintomi del periodo immediato, caso in cui l'individuo non è più offuscato dai ricordi dell'avvenimento, ovvero la persistenza dei sintomi, circostanza in cui l'individuo è ossessionato dai ricordi dell'avvenimento e inizia a presentare nuovi sintomi, come reviviscenze, disturbi del sonno, ansia fobica, sintomi che lasciano pensare all'instaurarsi di una patologia psicotraumatica durevole.

In alcuni casi può anche accadere che la vittima, la quale inizialmente non provava alcuna sofferenza, inizi a presentare nel corso di alcuni giorni i segni di una patologia psicotraumatica. È nel periodo post-immediato che abbiamo l'indicazione di un debriefing (per le squadre di soccorso) o di un IPP/ intervento psicoterapeutico post-immediato. I clinici americani, riconoscendo questa fase, nell'ultima versione del DSM (*DSM-IV*) hanno introdotto la diagnosi di "Disturbo Acuto da Stress".

L'instaurarsi di una patologia psicotraumatica cronica, a causa di un'aggressione o di una catastrofe, avviene solitamente al termine del periodo post-immediato e in un lasso di tempo che va dai tre ai trenta giorni. Questo periodo, denominato cronico-differito, è quello della nevrosi traumatica. Al concetto di nevrosi traumatica i clinici sono molto legati, perché implica, dietro il

livello superficiale dei sintomi di reviviscenza e di quelli non specifici, come l'astenia, l'angoscia, i disturbi di conversione, le somatizzazioni e i disturbi comportamentali, un'alterazione soggiacente della personalità.

Anche se non tutte le esperienze traumatiche conducono alla nevrosi traumatica, nella pratica possiamo osservare lo sviluppo di tutta una gamma di sindromi psicotraumatiche croniche (Crocq, 1992), pauci- o multisintomatiche, moderate o severe, poco fastidiose o invalidanti, transitorie o durevoli. In questa gamma, alcune sindromi corrispondono alla nevrosi traumatica, altre rispondono ai criteri del PTSD, altre ancora sono dei sottocriteri del PTSD o presentano clinicamente una sintomatologia non specifica (astenia, ansietà depressione, condotte patologiche) mascherando le reviviscenze e l'alterazione della personalità, e il DSM le colloca nell'ambito delle patologie associate.

Dal punto di vista terapeutico, la scuola francofona auspica un intervento immediato sul campo, che dovrà essere continuato nella fase post-immediata. Questo intervento segue dei principi etici e terapeutici differenti da quelli tipici dell'azione terapeutica classica, praticata dagli psicoterapeuti nelle loro sedute. Essi sottostanno a degli obiettivi precisi.

Il *primo principio* riguarda l'intervento in sé e per sé e disattende il principio di non intervento in attesa di una domanda preliminare fatta dal paziente. Il personale delle squadre specialistiche che interverrà, infatti, dovrà offrire soccorso e cure anche a persone che non ne fanno richiesta. L'intervento immediato sul campo, quindi, non aspetta la domanda ma la precede e si effettua anche senza un'espressa richiesta da parte dei soggetti in stato di shock o privati della consapevolezza di ciò che è avvenuto loro. Durante un incontro della WPA/ World Psychiatric Association, svoltosi quindici giorni dopo l'attentato alle Torri gemelle, il dottor Eith, psichiatra presso il St. Andrew Hospital di New York, ospedale vicino al luogo dell'attentato, ci ha detto: "Abitualmente i pazienti mi chiedono un incontro molto tempo dopo e io mi organizzo per ascoltarli uno per uno. Ma quel giorno io ho visto arrivare nel corridoio adiacente al mio ufficio una folla di vittime shockate che chiedevano aiuto; io le ho assistite e poi, su loro indicazione, mi sono recato sul luogo della tragedia. Strada facendo ho incrociato una gran numero di sopravvissuti sconvolti e confusi, che non chiedevano niente ma avevano chiaramente bisogno d'aiuto e dicevano solamente che il peggio stava davanti. In quel momento ebbi la consapevolezza che esisteva una psichiatria d'emergenza nelle catastrofi, dove l'esigenza di trattare gli scampati prende il posto del principio di trattare l'individuo con un setting classico, dove si deve agire prima che la domanda sia formulata o agire ugualmente senza che vi sia una richiesta specifica".

Il *secondo principio*, che giustifica il primo, riguarda l'obbligo morale di soccorrere il prossimo e di alleviare la sofferenza psichica allo stesso modo di quella fisica. Ignorare questo principio vuole dire rendersi colpevoli della non assistenza di una persona in pericolo.

Il *terzo principio* è quello dell'atteggiamento empatico e contravviene quello della "benevola neutralità" usato nella terapia analitica. Nell'emergenza della catastrofe, ci troviamo davanti a vittime completamente smarrite, che hanno vissuto un'esperienza di spavento, orrore, impotenza e assenza di soccorso: esse

hanno sete di empatia e considerazione. Un atteggiamento che esprima attenzione e accudimento oppure un contatto fisico contenitivo restituiscono la difesa psichica che è stata loro strappata; un invito a parlare improntato alla solidarietà e un ascolto attento che rifletta empatia rispondono meglio ai loro bisogni e si pongono in qualche modo nel loro vuoto esistenziale. Sconvolto da un avvenimento indicibile che ha fatto irruzione nel suo sistema psichico, dove dimora come un corpo estraneo inesprimibile, il paziente traumatizzato deve trovare nel soccorritore (che con la sua presenza testimonia che non si è più all'inferno) l'invito a recuperare la parola liberatrice, quella che riporta i sopravvissuti nella comunità dei soggetti parlanti, quella che estrae dal Sé i vocaboli che danno senso a un'esperienza vissuta nel non senso. Le vittime che si trovano davanti un soccorritore che è troppo occupato nelle procedure tecniche di assistenza fisica per poter avere un'espressione aperta e disponibile, o di fronte a uno psicoterapeuta rinchiuso dentro la sua tradizionale benevola neutralità, vivranno questi comportamenti come un rifiuto e ricacceranno in gola la loro esigenza di dialogo liberatorio.

Il *quarto principio* dell'intervento immediato è quello di assicurare un *triage* delle ferite psichiche, riconoscendo coloro che sono gravemente colpiti e che necessitano, quindi, di un ricovero o di particolari cure. In questa operazione di triage si correggeranno gli iniziali errori di valutazione, indirizzando verso i centri di accoglienza, tenuti dalla Croce Rossa e dalla Protezione Civile, le persone che non hanno subito traumi ma che hanno bisogno di conforto e sostegno psicosociale, e inviando nei centri di assistenza le vittime e le altre persone coinvolte che erroneamente erano state indirizzate ai centri di accoglienza e che invece, come si è accertato ora, presentano uno shock emotivo o uno "stress dépassé".

Il *quinto principio*, corollario del quarto, prevede che, intervenendo sul campo e partecipando alle operazioni di triage e di cura, gli psichiatri e gli psicologi dell'emergenza facilitino il lavoro dei medici e degli infermieri, i quali, tenuto conto delle caratteristiche delle "ferite psichiche", non possono essere di aiuto all'individuo.

Il *sesto principio* è quello della prevenzione. L'esperienza ha mostrato che i soggetti che avevano avuto modo di parlare fin dall'inizio con un terapeuta si sono trovati in seguito indenni da conseguenze a livello psicotraumatico, o quanto meno da conseguenze psicotraumatiche gravi.

Possiamo concludere dicendo che la sola presenza di un soccorritore o di un terapeuta riduce la sensazione di assenza di soccorso e di abbandono, restituisce il senso di appartenenza alla comunità e soddisfa il bisogno naturale delle vittime di esprimersi davanti a un altro.

L'intervento immediato sarà seguito da un intervento post-immediato (debriefing e IPPI). La distinzione netta tra debriefing (procedura codificata, basata sull'aspetto narrativo e cognitivo e indicata per i gruppi di soccorritori intervenuti sulla scena di evento critico) e IPPI (azione terapeutica basata sulla verbalizzazione spontanea dell'esperienza vissuta, indicata per i soggetti traumatizzati) mette fine alla falsa controversia sull'efficacia del debriefing, controversia alimentata dalla meta-analisi che comparava interventi eterogenei (De Soir e Vermeiren, 2002). I clinici francesi (Vaiva et al., 2004) ritengono

concordemente che una sola seduta di IPPI possa raramente essere sufficiente ad alleviare una sindrome psicotraumatica clinicamente comprovata. Di solito questa seduta, oltre al sollievo immediato che procura, spingerà il paziente a richiedere altri incontri o lo motiverà a intraprendere una psicoterapia.

Per quanto riguarda la terapia a lungo termine delle nevrosi traumatiche e delle altre sindromi psicotraumatiche croniche, la scuola francofona ha un approccio eclettico: le sue pubblicazioni danno atto dello stato raggiunto dalle terapie farmacologiche, dalle tecniche cognitivo-comportamentali, dall'approccio catartico e dalla terapia di sostegno psicoanalitica. Lebigot, in particolare modo, ha ben evidenziato le caratteristiche della terapia psicoanalitica del trauma, che si differenzia dalla pratica psicoanalitica tradizionale ponendosi dei quesiti specifici e volti a risolvere in modo particolare: il problema della trasgressione del divieto di vedere la morte e del senso di colpa che ne consegue; il problema del transfert fisso sull'idealizzazione del terapeuta; il problema della fascinazione o attrazione irresistibile del trauma, di cui il paziente dovrà prendere consapevolezza a prezzo di un lavoro difficile e paziente.

Louis Crocq, università Paris V, fondatore della rete nazionale delle Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques/CUMP, già presidente dell'ALFEST.

Giovanni Nicoletti, psicologo psicoterapeuta, vice presidente Psicologi per i Popoli - Sicilia, traduttore e curatore dell'articolo.

Bibliografia

- Abraham K. (1918), *Contributo alla psicanalisi delle nevrosi da guerra*, trad. it. in Id., *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Borman B. (1990), *Are all Vietnam veterans like John Rambo?* In Wolf M. e Moinsaim A., *Post-traumatic stress disorder. Etiology, phenomenology and treatment*, American Psychiatric Press, Washington, pp. 80-93.
- Briquet P. (1859), *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, J.B. Baillière et fils, Paris.
- Charcot J.M. (1890), *Leçon du mardi a la Salpêtrière. Polyclinique 1887-1888. Notes de cours, t. I*; Id., *Leçon du mardi a la Salpêtrière. Polyclinique 1888-1889. Note de cours, t. II*, Bureaux du Progres Médical, Paris, .
- Crocq L. (1992), *Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Nevrose Traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles*, "Psychologie Médicale", 24(5), pp. 427-432.
- Crocq L. (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob, Paris.
- Damaye H. (1917), *Fonctionnement d'un Centre psychiatrique d'Armée*, «Progres Medical», 32.
- De Soir E. e Vermeiren E. (2002), *Les debriefing psychologique en question*, Garant, Antwerpen.
- Ferenczi S. (1918), *Psychanalyse des névrose de guerre*, trad. fr. in Id., *Œuvres complete*, Payot, Paris, 1974.

- Fenichel O. (1951), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma.
- Freud S. (1892), *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"*. In Id., *Opere*, vol. 1, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- Freud S. (1920), *Al di là del principio del piacere*. In Id., *Opere*, vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1997.
- Grinker R. e Spiegel J. (1945), *Men under stress*, Blakinston, Philadelphia.
- Kardiner A. e Spiegel H. (1947), *War stress and neurotic illness*, Hoeber Inco, New York.
- Lebigot F. (1998), *Le debriefing individuel du traumatisme psychique*, "Annales Médico-Psychologiques", 155(6).
- Lebigot F. (2001), *Prise en charges psychothérapeutiques psychodynamiques*. In M. De Clerq-F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Masson, Paris.
- Lebigot F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Dunod, Paris.
- Nehmé A, Ducrocq F. e Vaiva G. (2004), *Les débriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques: revue de la littérature*, "Revue francophone du stress et trauma", 4(4), pp. 249-263.
- Oppenheim H. (1888), *Die traumatischen Neurosen*, Hirschewald, Berlino.
- Pinel P. (1887), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Brosson, Paris.
- Priedo N. et al. (2002), *Les troubles traumatiques précoces*, "Revue francophone du stress et du trauma", 2, pp. 39-44.
- Salmon T.W. (1917), *Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British Army*, "Mental hygiene", I, pp. 509-547.
- Shatan C.F. (1974), *Through the membrane of reality: imparted grief and perceptual dissonance in Vietnam combat veterans*, "Psychiatric opinion", 11, pp. 7-14.

François Lebigot

Stress e trauma

Relazione presentata alla seconda edizione delle Giornate siciliane di psicotraumatologia, Piazza Armerina, 21-22 maggio 2011

Riassunto

Contrariamente a quanto si scrive, il trauma è un fenomeno psichico completamente diverso dallo stress. Lo stress è una sofferenza imposta dall'esterno che si manifesta principalmente attraverso canali neuropsicobiologici e che termina o quando viene meno la situazione che lo ha provocato o in seguito a un processo d'elaborazione. Nel trauma la sofferenza giunge dall'interno dell'apparato psichico, nel quale, superando lo schermo antistimolo, si è installata un'immagine di annientamento, portando l'essere umano a un confronto improvviso con la realtà della morte.

Parole chiave: stress, trauma, spavento, apparato psichico, rimozione primaria.

Abstract

Contrary to what many authors write, trauma is a psychic phenomenon completely different from stress. Stress is a suffering coming from the outside which manifests itself mainly through neuropsychobiological channels and which stops when the provoking situation comes to an end or after a mental processing process. In traumas, the suffering comes from the inside of the psychic apparatus, in which an annihilation image has settled in crossing the anti-stimulus screen, and bringing the human being to face suddenly the reality of death.

Key words: stress, trauma, scare, psychical apparatus, primary repression.

Per comprendere cosa sia un trauma psichico è fondamentale prima di tutto capire cosa sia l'apparato psichico ovvero come rappresentare l'apparato psichico e il motivo per il quale lo stress da una parte e il trauma dall'altra vanno a colpirlo. A tale scopo useremo una metafora. Freud (1920) rappresenta l'apparato psichico come una "vescicola vivente", ossia un'area contenuta all'interno di una sfera rivestita da una membrana protettiva, che chiama "schermo antistimolo" (vedi Figura 1).

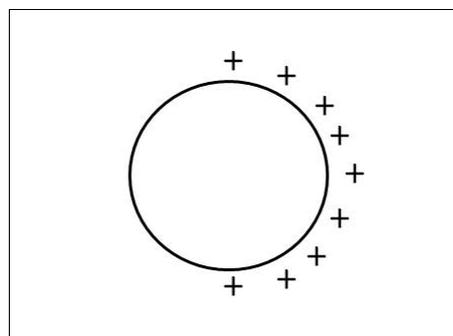
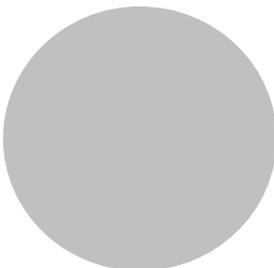


Figura 1. L'apparato psichico.

All'interno di questa sfera troviamo la rete delle rappresentazioni, nella quale circolano piccole quantità di energia che agiscono secondo la legge del principio del piacere. È naturale che se dall'esterno penetrassero grosse quantità di energia, l'equilibrio interno dell'apparato ne verrebbe perturbato. Scopo dello "schermo antistimolo", caricato di energia positiva, è filtrare gli stimoli che provengono dall'esterno, respingendo quelli che, superato un certo livello, possono perturbare l'energia interna che assicura il funzionamento dell'apparato psichico.

Partendo da questa metafora, parleremo della differenza tra stress e trauma, adottando una posizione completamente diversa da quella americana espressa nel DSM-III, nel DSM-III-R e nel DSM-IV, la quale con il *Post-Traumatic Stress Disorder* /PTSD assimila in qualche modo lo stress al trauma, facendo così del trauma uno stress un po' più importante (Lebigot, 2005).

Nello stress una minaccia esterna pressa sulla membrana, provocando un'alterazione al libero gioco della circolazione energetica nella rete delle rappresentazioni; tale disturbo libera angoscia, la quale va a rafforzare la membrana parastimolo. Nel momento in cui la pressione, che rimane in ogni caso esterna, diminuisce, l'apparato riprende la sua forma iniziale ritornando al suo normale funzionamento (vedi Figura 2). Il ricordo doloroso dell'avvenimento potrà risiedere all'interno dell'apparato psichico; ma, trattenuto all'interno della rete delle rappresentazioni, sarà destinato a evolversi, perdere il suo carico ansioso o subire una rimozione.

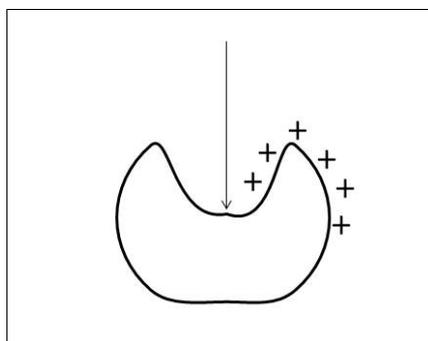


Figura 2. Lo stress.

Il trauma è diverso: esso strappa letteralmente la pelle, penetra all'interno del nostro sistema psichico e vi si installa come un "corpo estraneo interno" (Lebigot, 2005; vedi Figura 3 nella pagina seguente).

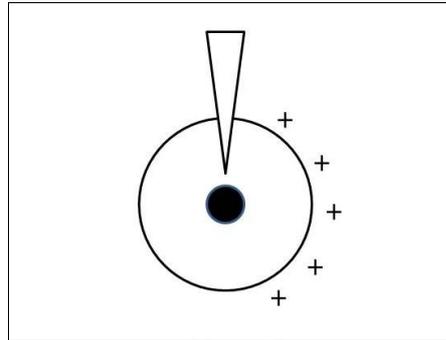


Figura 3. Il trauma.

Un corpo estraneo, di natura completamente diversa dalle rappresentazioni, che con la sua carica di energia andrà a perturbare il funzionamento dell'apparato psichico dando origine allo "spavento" (in francese *effroi*¹, in tedesco *schreck*, in inglese *fright*), stato psichico completamente diverso dalla paura e dall'angoscia (Freud, 1920) che approfondiremo più avanti. Data la sua particolare natura, quest'immagine, una volta incistata all'interno, non potrà essere rielaborata dalle rappresentazioni e riapparirà alla coscienza non come ricordo cosciente o rimosso ma restando tale e quale nei minimi dettagli al di fuori della catena temporale. Ciò vuol dire che quando l'immagine si ripresenterà, per esempio attraverso gli incubi, sarà al presente, come se l'avvenimento si producesse in quel momento, dando luogo alla sindrome di ripetizione. È possibile avere un trauma a vent'anni e rivedere le stesse immagini a settanta. Sarà utile, quindi, chiedere al paziente se i suoi incubi siano la riproduzione esatta dell'evento traumatico. Dopo l'evento, ossia dopo il momento in cui c'è stata l'effrazione, possiamo assistere a un lungo periodo di latenza in cui vi è assenza di sintomi.

A questo proposito, cito l'esempio di un giovane paracadutista francese di vent'anni, inviato in missione a Kigali insieme ad altri trecento commilitoni al fine di mettere in salvo i diplomatici europei bloccati nella capitale ruandese. Il giovane, mentre perlustra una strada insieme a un altro militare, vede in terra il cadavere di un ruandese con la testa squarciata da un colpo di machete, e tutt'intorno sangue e parti di cervello. Il militare, che chiameremo Antoine, dice al suo compagno: "è curioso come tutto questo non mi faccia alcun effetto". Finita la missione rientra in patria e, rimanendo nell'esercito per altri quattro anni, continua a partecipare a diverse altre missioni difficili. Tornato alla vita civile, inizia a presentare dei disturbi ansiosi, ai quali seguiranno at-

¹Nel tradurre il termine *effroi* si è fatto riferimento alla traduzione italiana di Al di là del principio del piacere, in L'Io e l'Es, Sigmund Freud, Opere, Vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino e all'Enciclopedia della psicoanalisi, di Laplanche e Pontalis, trad. it. Biblioteca Universale Laterza, 1984 (NdT).

tacchi di panico che si manifesteranno più volte nell'arco della giornata. In conseguenza di ciò passerà da un medico all'altro facendosi prescrivere degli ansiolitici che prenderà come se fossero caramelle. A questo punto, uno psicologo, ritenendo che i disturbi siano legati al periodo militare, gli consiglia di farsi visitare da uno psichiatra militare. Antoine si presenta così a consulto, e non si fa pregare quanto gli viene proposto un ricovero. Dopo qualche giorno di ricovero, si presenta al medico che lo segue e con il viso alterato gli dice: "Questa notte qualcosa è esploso nella mia testa: avevo davanti agli occhi il viso di quel cadavere con la testa spaccata, ma la cosa peggiore è che aveva l'espressione di qualcuno che abbia visto il diavolo in persona". Antoine guarirà dalla sua nevrosi traumatica dopo tre anni di psicoterapia.

Nella maggior parte degli avvenimenti traumatici, abbiamo contemporaneamente la presenza dello stress e del trauma (vedi Figura 4), e a mio avviso questo spiega anche il fatto che il trauma sia stato assimilato allo stress.

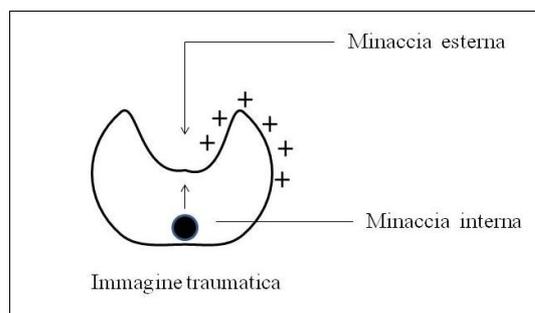


Figura 4. Stress traumatico.

Prendiamo l'esempio di un attentato nella metropolitana: all'inizio ci sono l'esplosione e il fuoco. C'è trauma: l'individuo incontra la propria morte, cioè il suo annullamento. Subito dopo si confronterà con la visione dei morti e le grida dei feriti. Il fumo ha ormai invaso il vagone ed egli non può fare altro che aspettare i soccorsi, ma soprattutto si accorge che egli stesso è ferito. Qui appare lo stress. All'angoscia creata da una minaccia esterna si aggiunge un'angoscia proveniente dall'immagine traumatica, un'angoscia che possiamo definire di minaccia interna. I sintomi dello stress emergono inizialmente in presenza della scena, ma si esauriranno in breve tempo. Se il nostro individuo ha avuto un trauma, le sue manifestazioni, nello specifico una sindrome di ripetizione, appariranno generalmente più tardi e potranno a volte combinarsi precocemente con gli effetti dello stress. Voglio sottolineare come la presenza di uno stress adattivo o la sua assenza non siano indici di assenza di trauma. Porto l'esempio di un soldato scampato miracolosamente alla morte perché il fucile del suo avversario si è inceppato. Rientrato in caserma, euforico per essere an-

cora vivo, dirà agli altri soldati: “Io non ho avuto neanche il tempo di aver paura”. Sarà solo dopo qualche mese o anno che la scena traumatica si presenterà attraverso gli incubi.

È molto difficile sapere se un evento critico abbia generato un trauma o delle reazioni di stress, in quanto la natura traumatica dell'evento sarà confermata dal sopravvenire di una sindrome di ripetizione (vedi Figura 5), che potrà sopraggiungere anche a distanza di tempo. È necessario quindi che, intervenendo sul luogo dell'evento, le persone ricevano tutta una serie di informazioni riguardo allo sviluppo di una possibile sintomatologia.

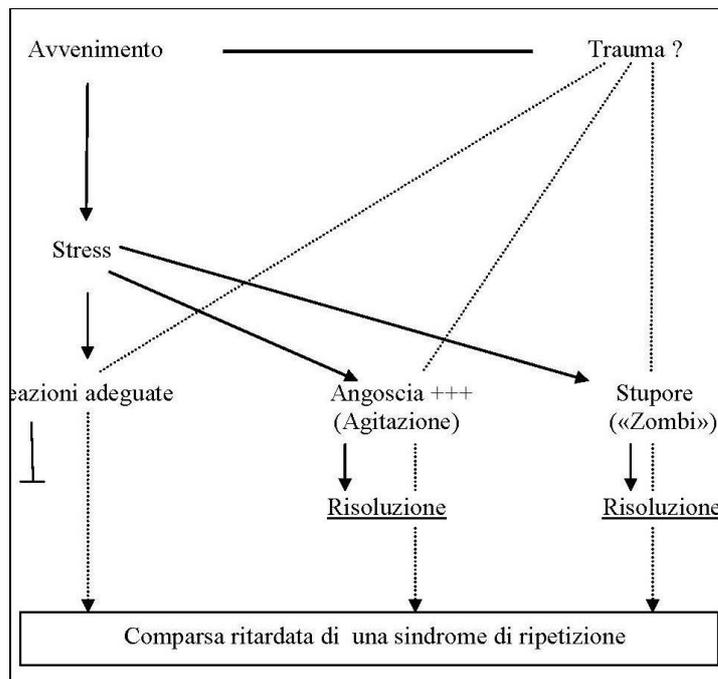


Figura 5. Stress e trauma.

Clinica del trauma psichico: un incontro con il reale della morte

Che cos'è un trauma? Un trauma è l'incontro con la realtà della morte, il nulla. Ma noi non abbiamo modo di conoscere questa realtà. Freud sottolineava che tutti sappiamo di dover morire ma viviamo come se fossimo immortali e questo ci permette di pensare al futuro e fare dei progetti (Freud, 1915). Il professor Barrois osservava che sappiamo tutti cosa sia un cadavere ma non sappiamo cosa sia la morte. Ciò avviene perché la morte non ha rappresentazioni all'interno della nostra mente. L'individuo conosce la realtà tramite i suoi organi di senso, i quali trasformano le varie lunghezze d'onda in suoni, odori e colori. La rete di rappresentazioni nel nostro apparato psichico, analogamente agli organi di senso, ci permette di dare significato alle cose ovvero trasforma-

no il reale in realtà. Diversamente, nel caso dell'immagine traumatica, il nulla che essa rappresenta, non potendosi legare alle rappresentazioni e quindi trovare un significato, non potrà creare la realtà.

Superato lo schermo antistimolo, l'immagine traumatica, non potendo essere elaborata dalle rappresentazioni dato che nell'inconscio non vi è nessuna rappresentazione della morte, si incisterà all'interno dell'apparato psichico. Questa è un'immagine primitiva, un'immagine senza parole, e come tale non potrà essere comunicata al mondo degli uomini, portando così l'individuo all'isolamento. Un'immagine che riapparirà alla coscienza, di notte attraverso gli incubi e di giorno con le riviviscenze. Sempre identica a quella che fu nel momento in cui vi è stata l'effrazione, sia nelle immagini che nelle sensazioni prodotte.

Le circostanze in cui l'essere umano può incontrare la morte possono essere di tre tipi.

Nelle circostanze del primo tipo è la vita stessa dell'individuo a essere minacciata. L'individuo vede la morte con i propri occhi: "Mi sono visto morire", "Questa volta è la fine". Questo è il caso dell'incidente stradale, del soldato che viene sfiorato da un proiettile, delle catastrofi naturali.

Il secondo tipo è quello della morte altrui, che avviene accanto a sé o sotto i propri occhi. Al riguardo, porto due esempi. Primo: due caschi blu circolano con un camion nei pressi di Sarajevo, seduti a fianco del conducente. Uno dei due si è addormentato sulla spalla dell'altro. Improvvisamente il camion ha un sussulto e uno dei due vede cadere sulle sue ginocchia il corpo dell'altro con un foro rosso al centro della fronte — è morto. Secondo: due sorelle sono sedute sul sedile posteriore di una vettura che viaggia a forte velocità. Una non ha allacciato la cintura di sicurezza. Improvvisamente il conducente perde il controllo della vettura andando a tamponare un grosso camion che la precede. In seguito al violento urto, la donna con la cintura di sicurezza slacciata viene sbalzata fuori dal veicolo e la sua testa, recisa dal guard-rail. Quindi la sorella che ha assistito alla scena perde conoscenza, sviluppando una nevrosi traumatica che si manifesterà dopo un'amnesia dell'evento durata due anni.

Il terzo tipo riguarda lo spettacolo della morte. Nei casi precedenti, l'orrore non è certo assente ma in quest'ultimo è lo spettacolo stesso della morte a essere particolarmente orribile o a causa del gran numero di morti o per lo stato di decomposizione o la mutilazione dei corpi. È questo il caso dei militari che in Zaire per diverse settimane hanno avuto il compito di sotterrare in fosse comuni migliaia di cadaveri orribilmente mutilati, oppure dei vigili del fuoco che intervengono sul luogo di un incidente ferroviario o aereo. Qui sono i soccorritori a essere particolarmente esposti a queste situazioni traumatiche.

Lo spavento

Il secondo aspetto del trauma è l'effetto immediato che ha nel soggetto: lo "spavento". Come abbiamo già detto, Freud ci teneva molto a distinguere lo spavento dall'angoscia e dalla paura. L'angoscia, andando a rinforzare le difese dell'apparato psichico, protegge dal trauma; lo spavento invece è la manifesta-

zione intima dell'effrazione traumatica. Lo spavento agisce su due versanti. Uno concerne il registro delle rappresentazioni: tutte le idee, tutti i pensieri, tutte le parole spariscono dalla coscienza dell'individuo, che si vive come abbandonato dal linguaggio. Per un breve momento la testa è vuota. I soggetti descrivono in questi casi un sentimento di vuoto, di black-out. Un soldato ha paragonato quest'esperienza a un video che si interrompe all'improvviso fermando l'immagine. L'immagine che si vede in questi casi è di solito esterna ma a volte può essere di carattere allucinatorio. A tale riguardo, porto l'esempio di una guardia carceraria sequestrata da alcuni detenuti durante una rivolta. Si ritrovò al centro di una sala con uno dei detenuti che gli puntava la pistola alla tempia. Le altre guardie aspettavano il momento buono per intervenire. Dopo parecchio tempo, la negoziazione diventò molto tesa e la guardia sentì la canna dell'arma premere ancora di più contro la sua testa. Il suo pensiero fu allora: "Ecco, sono morto". In quel preciso istante ebbe un'allucinazione. Vide davanti a sé una carta anatomica con la rappresentazione della testa in sezione, con un proiettile che entrava e il sangue che usciva. Passato il momento dello spavento ritornò in sé ed ebbe un'ulteriore allucinazione, che reputo normale. Vide la moglie e i figli, praticamente tutto ciò che avrebbe perso.

L'altro versante riguarda il livello dell'affetto: anche qui c'è il vuoto, né paura né angoscia. "Io non ho avuto neanche il tempo di avere paura", come dice il soldato nell'esempio succitato.

Questo vuoto di rappresentazioni e affetti, facile da ritrovare nei racconti dei pazienti, ci indica che vi è stata un'effrazione traumatica. Bisogna tenere conto, tuttavia, che attraverso il meccanismo del diniego questo vuoto può essere rimosso, al pari dell'evento che ha generato il trauma.

La percezione

Il terzo aspetto del trauma è che esso risulta sempre da una percezione o da una sensazione diretta, nel senso che è sempre legato ai nostri sensi: il vedere scene raccapriccianti, sentire un'esplosione, percepire l'odore dei corpi in decomposizione. Il trauma, quindi, nasce sempre da un contatto con il reale. In conseguenza di ciò, non si potrà sviluppare un trauma dal racconto di una terza persona, per quanto doloroso esso possa essere, o dalla visione di scene drammatiche attraverso i media, nonostante la grandezza dello shock emotivo.

Sottopongo adesso alla vostra attenzione due situazioni che si prestano in modo particolare a confondere ciò che è un trauma e ciò che non può essere considerato tale. La prima è il "trauma per procura". Porto l'esempio di due donne molto legate tra loro; la prima, un'hostess, è stata vittima di un incidente aereo, in conseguenza del quale ha degli incubi in cui rivive la scena dell'incidente. Anche l'altra sviluppa degli incubi legati all'incidente, che non avranno la caratteristica degli incubi traumatici ma saranno piuttosto legati ai suoi fantasmi interni.

La seconda situazione riguarda l'idea che il trauma possa trasmettersi attraverso le generazioni. Gli incubi sui campi di concentramento, che si presentano nei figli dei deportati, sono delle costruzioni fantasmatiche che non

rientrano chiaramente nel quadro di una nevrosi traumatica.

In questi casi, nella presa in carico terapeutica, diversamente dalla situazione traumatica dove ci si occupa della risonanza dell'avvenimento reale nella psiche, si andrà ad analizzare il legame tra il soggetto e la persona traumatizzata.

Psicopatologia del trauma

Riprendendo la rappresentazione proposta da Freud (vedi Figura 6), in alto abbiamo il mondo esterno, oltre lo schermo antistimolo che delimita l'esterno dall'interno. Al di sotto dello schermo troviamo la rete delle rappresentazioni, ovvero l'area che forma la parte essenziale dell'apparato psichico. In basso troviamo una linea molto spessa che delimita l'area della rimozione primaria. Questa linea separa l'area delle rappresentazioni dall'area della rimozione primaria, luogo in cui vengono depositate le esperienze infantili, prima che il linguaggio dia loro un significato.

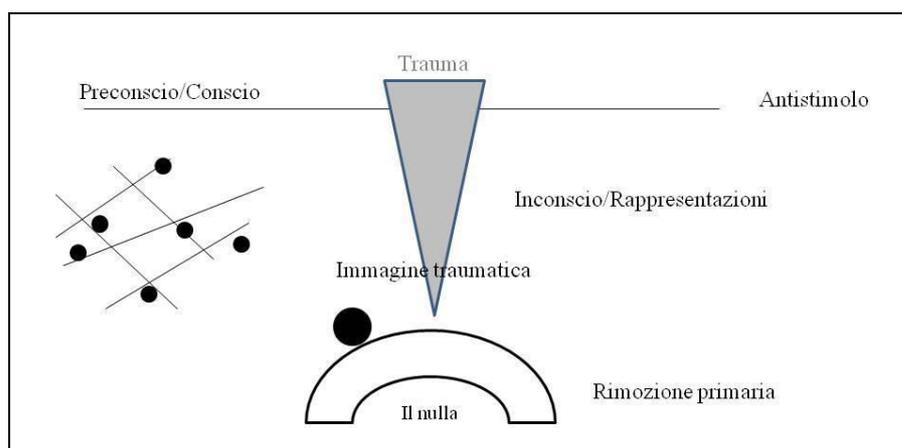


Figura 6. L'effrazione dello schermo antistimolo.

Come possiamo osservare nella Figura 7 (vedi pagina seguente), l'immagine traumatica, superato lo schermo antistimolo non trova alcuna rappresentazione a cui legarsi e si va a depositare in ciò che le è più simile, appunto l'area della rimozione primaria. Questo è il momento dello spavento: non vi sono pensieri, idee, parole o affetti. L'individuo si vede come abbandonato dalla parola, ossia da ciò che lo rende umano, e traduce questa indicibile esperienza nel sentimento della vergogna e dell'abbandono.

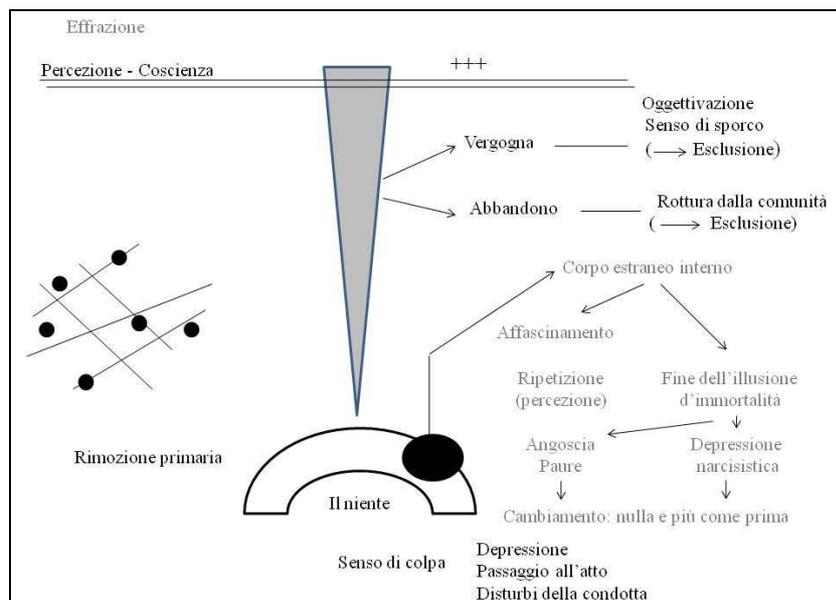


Figura 7. Effetti clinici dell'effrazione.

La vergogna, molto difficile da verbalizzare da parte del paziente, la si può dedurre quasi sempre da alcuni comportamenti tipici come, per esempio, portare sempre degli occhiali da sole o restare chiusi in casa. Ho avuto come paziente un soldato che durante un'operazione di peace-keeping aveva assistito a una carneficina e al ritorno in patria non riusciva più a salire sui mezzi pubblici. Durante un colloquio gli feci notare come non vi fosse alcuna attinenza tra l'evento che aveva generato il trauma e i mezzi pubblici. Lui mi rispose che aveva paura che gli altri potessero leggere attraverso i suoi occhi tutto il terrore che portava dentro. Cito anche l'esempio dei soldati che hanno fatto la guerra d'Algeria. Essi non parlano delle loro esperienze di guerra, come se avessero proprio vergogna di ciò che hanno vissuto.

Il secondo elemento che emerge dall'effrazione traumatica riguarda il sentimento d'abbandono. Tutti coloro che hanno vissuto un trauma hanno la sensazione di essere stati abbandonati dagli altri; è per tale motivo che diventa molto importante essere vicini a queste persone il prima possibile. Tale sentimento si acuisce nel caso vi sia stato un abbandono reale. A tale proposito, porto due esempi.

Primo esempio. È sera e alla fine di un'operazione di rastrellamento il tenente richiama gli uomini per il ritorno in caserma. Un soldato si ricorda di una grotta che non è stata controllata, così lascia il suo gruppo per andarla a ispezionare. Mentre si arrampica lungo la parete rocciosa, si trova improvvisamente davanti un ribelle che gli punta contro un fucile. Istintivamente si butta

giù nella scarpata riuscendo così a evitare il colpo. La notte è giunta e il soldato non riesce a rientrare alla base. Vive delle ore d'angoscia e di solitudine che lo segneranno molto di più che l'incontro avuto con la morte. Tre anni di intensa psicoterapia, svolta venti anni dopo, non riescono a liberarlo dagli effetti di quell'abbandono. Le immagini che egli usa per definirsi riconducono al regno animale, traducendo così i suoi sentimenti di disumanizzazione: "Io sono come un animale che si nutre dei suoi stessi escrementi (gli incubi)". Avrà anche un periodo di regressione in cui non potrà fare a meno di camminare carponi.

Secondo esempio. Una giovane donna si trova nella stazione della RER al momento dell'attentato. Scampata all'esplosione, si precipita verso una cabina telefonica per chiamare un amico e, dopo aver composto il numero svariate volte sempre senza ottenere risposta, crolla sfinita nella cabina. Rientrata a casa, passerà la notte in uno stato di totale prostrazione. Anche in questo caso la nevrosi traumatica che si svilupperà sarà grave, al punto che la donna non riuscirà a vivere con altri se non i suoi tre molossi.

Solitamente possiamo osservare come questo senso di abbandono si trasformi in un comportamento attivo che fa sì che l'individuo si faccia allontanare dagli altri. La persona si ripiega su se stessa, diventa taciturna, aggressiva e si sente vagamente perseguitata. In conseguenza di ciò, assistiamo a separazioni coniugali, perdita del lavoro, allontanamento dagli amici e dai parenti. A Parigi ci fu un periodo in cui la maggior parte dei clochard erano reduci della guerra d'Indocina.

Una terza conseguenza del trauma, che non riguarda tanto le società occidentali quanto piuttosto quelle tradizionali, è quella relativa al senso di sporco. Porto qui l'esempio di un veterano d'origine indiana che al ritorno in Francia sviluppò una serie di comportamenti legati alla pulizia.

In funzione della gravità del trauma, tutti questi stati seguiranno il soggetto lungo l'arco della sua vita.

Un altro grande problema legato all'incistamento del "niente" all'interno dell'apparato psichico è la "perdita dell'illusione d'immortalità". Essa impedisce all'individuo di fare progetti per il futuro. La morte, di conseguenza, sarà dappertutto: "dietro la porta di casa ci sarà sicuramente qualcuno con il fucile", "sotto la mia sedia potrebbe esserci una bomba" e così via, diventando sempre presente nella vita dell'individuo. Tale presenza interna sarà all'origine di vari disturbi, come la depressione, il passaggio all'atto, disturbi del comportamento e della condotta.

Un altro aspetto del trauma, peraltro molto paradossale e più difficile da capire, è il senso di colpa. La colpa è sempre presente, anche se non ha ragione di essere. All'origine troviamo fondamentalmente il rapporto con la rimozione primaria, anche se altri elementi possono contribuire alla sua presenza (senso di colpa per essere sopravvissuti o per non aver fatto abbastanza). L'area della rimozione primaria è il luogo dove si depositano le prime esperienze del latitante, esperienze fetali, esperienze estreme di annullamento, frammentazione o di piacere totale. Situazioni che si ritrovano nelle psicosi. L'esperienza traumatica si presenta come un ritorno verso questa zona profondamente rimossa e interdotta. Il traumatizzato, anche se non lo ha né voluto né desiderato, ri-

torna a queste esperienze anteriori allo sviluppo del linguaggio, effettuando così una sorta di regressione verso il seno materno (Daligand, 1997). Questo ritorno all'indietro rappresenta una sorta di trasgressione massima, raramente percepita come tale dal paziente, che produce un senso di colpa che l'individuo non sa come trattare. "In quel preciso momento, io ho saputo di oltrepassare la linea rossa"; è in questi termini che un medico, trovandosi nel luogo dove erano stati depositati i resti delle persone decedute in un incidente aereo, descriverà la sua esperienza traumatica. Di fronte al corpo di una donna con la testa schiacciata e gli occhi fuori dalle orbite, perderà l'equilibrio cadendo all'indietro; quando racconterà questo momento nel debriefing svoltosi quindici giorni dopo, egli parlerà della sua consapevolezza d'aver oltrepassato un limite. Ma è raro che questa sorta di trasgressione sia contrassegnata in modo così chiaro.

Nel lattante, poco a poco l'angoscia primaria di annientamento viene sostituita dall'angoscia di castrazione, che è anche angoscia di perdita. Un cammino simile sarà quello che dovrà effettuare il paziente. Pertanto il senso di colpa dovrà essere tenuto in considerazione fin dall'inizio della presa in carico, in quanto è proprio il senso di colpa che permetterà il passaggio dal nulla alla perdita.

Abbiamo visto come l'immagine traumatica, trascinando l'individuo verso l'area della rimozioni primaria, lo riporti verso le sensazioni di annullamento e di godimento vissute nella primissima infanzia. L'annientamento è facile da capire mentre l'aspetto del godimento è meno comprensibile. Poiché questo stato è inconscio, per l'individuo è impossibile verbalizzarlo, e ciò che si sviluppa è l'attaccamento alla propria esperienza traumatica. A questo riguardo, riporto il caso di un ricovero ospedaliero. Il servizio di cardiologia o un altro reparto vi invia un paziente per una consultazione, dato che i medici si sono resi conto che oltre alla patologia segnalata è presente anche un aspetto psichiatrico o psicologico. Chiedete quindi al paziente se vi sia stato nella sua storia un episodio in cui abbia sentito che la sua vita stava cambiando. Quando facciamo questa domanda, i pazienti cambiano completamente espressione e dicono: "Dottore, qui si tratta dei miei ricordi personali, cose che a lei non interessano", intendendo chiaramente che c'è qualcosa da cui non si vogliono separare.

All'inizio della psicoterapia alcuni pazienti affermano: "Io ho capito che nei miei incubi sono io a essere sia il regista che l'attore". Frasi del genere fanno capire chiaramente al terapeuta come di fatto vi sia proprio uno stato di piacere legato all'immagine traumatica. Questo legame è uno dei motivi per cui l'immagine traumatica resta presente, ripetendosi nella vita dell'individuo e condizionando di conseguenza la terapia.

Qui è necessario differenziare due categorie di pazienti. La prima è composta da quegli individui che non hanno effettuato una buona rimozione primaria e di conseguenza hanno bisogno di costruire, all'interno dell'apparato psichico, un oggetto capace di compensare l'assenza. In costoro, quando penetrerà all'interno dell'apparato psichico, l'immagine traumatica andrà a sostituire quest'oggetto; di conseguenza, come già detto, si svilupperà un legame molto stretto con l'immagine traumatica.

La seconda tipologia è formata da quei pazienti che, avendo effettuato una buona rimozione primaria, non hanno bisogno dell'oggetto, andando quindi a superare molto facilmente il trauma.

Ma cos'è che va a sostituire l'oggetto? Sarà la parte inconscia che l'individuo è riuscito a elaborare durante la psicoterapia. A tale riguardo riporto un esempio: una donna giunge in terapia dopo un'aggressione avvenuta in banca. Sta molto male. Il terapeuta la invita a narrare i sogni. Nel primo sogno c'è una cassa. La donna dice: "Io so che cosa rappresenta, è il mio inconscio".

Nel secondo sogno vede accanto al suo cuscino il tavolo dove tiene il computer. Mi chiede cosa ciò significhi. Allora le domando che cosa le faccia venire in mente il suo sogno e lei mi risponde che aveva pensato che il figlio, durante la settimana, avesse utilizzato il suo computer e mi racconta di come si fosse arrabbiata, dal momento che il computer conteneva informazioni intime e riservate.

Nel terzo sogno la donna fa l'amore con il figlio. Sconvolta, mi chiede se è una madre incestuosa. Io le rispondo di no ma la invito a riconoscere di avere un rapporto molto stretto con il ragazzo.

Nel quarto sogno rivive ciò che aveva visto durante l'evento traumatico ma di fronte all'aggressore prende una pistola e gli spara. Anche in questo caso mi chiede il significato del sogno. Io non rispondo e lei continua dicendo: "Non riesco a capire il sogno, non so chi sia quell'uomo ma adesso so di non essere più una vittima". Questo è stato il momento in cui è terminata la sua terapia. Ha scoperto il suo Edipo: ha ammazzato il padre e fatto l'amore con il figlio. Questa era una paziente con una grave nevrosi molto difficile da seguire. Mi si chiederà qualcosa riguardo alle interpretazioni. Posso dirvi che io non interpreto ma faccio sì che sia il paziente stesso a dare un significato al racconto e narrandolo lo trasformi, cambiando così il proprio cammino. Per esempio, riguardo al secondo sogno, cosa avrei potuto dire alla paziente riguardo al tavolo vicino al cuscino? Non potevo e non sapevo dirle alcunché. È stato il sogno successivo a darle la risposta.

Porto adesso un altro esempio di psicoterapia legato alla memoria. Riguarda il caso di Xavier, giovane soldato francese mandato in missione in Kosovo. Durante la missione Xavier ha uno scontro a fuoco con alcuni albanesi e rischia di essere ucciso. Rientrato in Francia, iniziano gli incubi ed egli rivive sempre la scena ma ciò non gli impedisce di continuare il suo lavoro nella polizia, dove viene considerato uno degli agenti migliori. Per premiarlo per il suo impegno, i superiori lo inviano in missione nelle Antille francesi. Il posto è molto bello, un vero paradiso e lo stipendio è molto alto. Una notte Xavier prende un jeep e si reca in città. Lì entra in un bar e inizia a bere fino a ubriacarsi e nel far rientro in caserma esce di strada finendo in un fosso. In conseguenza di ciò viene punito e rimpatriato. Un medico della commissione trova però strano che un soldato con un curriculum tanto brillante possa improvvisamente comportarsi in quel modo e chiede di rivederlo, ricostruendo così gli eventi del Kosovo. Durante un consulto, consiglio al medico di dare al giovane un congedo per motivi di salute, in modo da poterlo seguire in terapia. Iniziata la terapia, la prima cosa che mi dice è che il padre ha partecipato alla guerra d'Algeria ed è rientrato in patria quando lui aveva quattro anni per poi morire

sette anni dopo. Xavier mi dice di avere sempre avuto una venerazione verso il padre e che il Kosovo era la sua Algeria. Dopo la morte del padre, frugando tra le sue cose, trova in una scatola con due orecchie umane legate tra di loro con un filo. Mi dice di avere rimosso questo fatto fino alla terapia. Qualche seduta dopo, mi narra un sogno, dove lui tenendo per mano la zia passa davanti a un cimitero. Con grande stupore, questo sogno gli riporta alla mente, con molta chiarezza, un ricordo: “Ho undici anni e passando con mia zia davanti al cimitero dove è sepolto mio padre, con il pugno serrato tendo il braccio verso il cimitero dicendo tutte le cattiverie che un adolescente conosce”. La seduta seguente, mi chiede di interrompere la terapia dicendomi: “Io credo che ci siano delle cose che non ho voglia di conoscere”. Subito dopo riprende il lavoro. A questo punto sono io a chiedermi quali fossero le cose che non voleva conoscere. Non credo di sbagliarmi se penso che questo bambino di tre anni, che dormiva con la madre fino al ritorno del padre, lo abbia idealizzato per coprire un odio profondo nei suoi confronti e il motivo per cui il paziente mi ha chiesto di interrompere la terapia nasceva dal fatto che questa aveva svelato quest’odio. In questi due casi è evidente come la problematica edipica si manifesti chiaramente come supporto all’effrazione traumatica.

Per concludere voglio ritornare alla clinica dello “spavento” evidenziando le ragioni per cui è importante il suo approfondimento.

Il primo di questi motivi è che questa clinica ci permette un approccio alla psicopatologia del trauma in una forma metaforica comprensibile. Come è stato detto, lo “spavento” è quel momento in cui l’immagine traumatica penetra nell’apparato psichico, respinge le rappresentazioni e i significati che esso contiene, andando a incistarsi nel suo punto più profondo, ossia l’area della rimozione primaria. Il ritorno in senso inverso di quest’immagine attraverso gli incubi e le riviscenze provoca gli stessi effetti, ossia un’esperienza terrificante dove l’individuo perde la sua qualità di “essere parlante”.

Il secondo motivo che ci porta a interessarci allo “spavento” è che esso ci permette di tracciare un confine ben definito tra lo stress e il trauma psichico, screditando tutte quelle definizioni di stress traumatico che figurano in un certo numero di nosografie largamente diffuse.

La terza ragione, più vicina ai nostri interessi professionali, riguarda il fatto che tale clinica ci dà delle indicazioni riguardo al tempo e i modi di presa in carica delle persone traumatizzate.

François Lebigot, psichiatra militare, professore aggregato alla scuola Val-de-Grace Parigi, presidente dell’Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA), già presidente dell’ALFEST.

Giovanni Nicoletti, psicologo psicoterapeuta, vicepresidente Psicologi per i Popoli - Sicilia, traduttore e curatore dell’articolo.



Bibliografia

- Daligand L. (1997), *La therapie des victimes au risque de la violence*, "Les cahiers de l'Actif", 248/249, pp. 77-84.
- Freud S. (1920), *Al di là del principio del piacere*, in *Opere*, vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- Freud S. (1915), *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte*, in *Opere*, vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- Lebigot F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques*, Dunod, Paris.

Disaster movies ed emozioni in emergenza

Riassunto

Il presente articolo si propone di indagare i rapporti esistenti tra rappresentazione cinematografica dei disastri e condivisione delle emozioni sperimentate personalmente in situazioni di emergenza reali. Il tema è affrontato, innanzitutto, richiamando osservazioni cliniche e testimonianze di sopravvissuti, che utilizzano esplicitamente, durante le loro narrazioni, alcune immagini diffuse attraverso specifiche opere cinematografiche.

L'ipotesi esplorata è che il genere cinematografico noto come disaster movie offra alle persone in difficoltà nella nostra cultura degli strumenti simbolici e delle rappresentazioni utili a codificare gli eventi eccezionali e a fronteggiare in qualche modo, e condividere, le emozioni da essi scatenate. Un'accurata conoscenza di questo genere cinematografico può dunque aiutare a meglio ascoltare, comprendere e sostenere le narrazioni di chi è sopravvissuto a gravi emergenze e ha bisogno di veder legittimate socialmente e accolte le proprie emozioni.

Parole chiave: condivisione sociale delle emozioni, disaster movie, sopravvissuti.

Abstract

This article aims to investigate the relationship between movie representation of disasters and sharing of emotions that have been experienced personally in real emergency situations. The theme is addressed in the first place referring to clinical observations and accounts of survivors, which explicitly use some images from specific films in their narratives.

The hypothesis explored here is that the film genre known as disaster movie provides to individuals in distress in our culture some representations and symbolic tools which are useful to encode exceptional events and to cope with and share the emotions aroused by them. A thorough knowledge of the genre can therefore help to better listen, understand and support the narratives of the people who survived to serious emergencies and now need social legitimization and acceptance of their emotions.

Key words: social sharing of emotion, disaster movie, survivors.

Molte tra le persone che hanno vissuto un disastro dall'interno richiamano alla mente, durante le loro narrazioni, immagini molto vivide. A volte, esse sono strutturate come sequenze filmiche e fanno esplicito riferimento a scene tratte da pellicole cinematografiche, che il soggetto ha visto in passato. Non è difficile raccogliere, dunque, tra chi è sopravvissuto a eventi potenzialmente traumatici, testimonianze che fanno esplicito riferimento a classici cinematografici del genere disaster movie.

Narrava per esempio Rajeevan, nel febbraio del 2005: "È difficile spiegare cosa è accaduto quando l'onda dello tsunami si è abbattuta sulla strada, qui a Tirukkovill (Sri Lanka), il 26 dicembre 2004. È un insieme di eventi e sensazioni indescrivibile, confuso, immenso. Hai presente la scena del film *The day after tomorrow*? Non quella vista dall'alto dove si vede l'onda che avanza... quella della gente bloccata tra le macchine, che fugge scavalcando tutto. C'è la borsa

di una signora... rimasta incastrata nell'auto... Bisogna decidere... decidere se tornare indietro... oppure no”.

Più recentemente, in Italia, durante il naufragio della nave *Costa Concordia*, diceva un passeggero a un compagno, nei primi momenti della crisi: “Non avere paura; non siamo mica sul *Titanic*! Guarda: la terra è vicina”. Altri sopravvissuti hanno raccontato a posteriori: “Sembrava di essere dentro a un film: il panico, la gente che toglieva i salvagente agli altri... Un brutto film. E il peggio era che non si trattava di un film!”.

Il richiamo alla tragedia a cui si ispira il film *Titanic* e soprattutto alla sua rappresentazione cinematografica più nota (quella del 1997) è stato rilanciato ampiamente, da tutti i media nazionali e internazionali contemporaneamente.

L'osservazione di questo fenomeno può sollevare molte curiosità e interrogativi, che possono aiutarci nell'opera di comprensione e sostegno della mente umana in emergenza.

Possiamo per esempio chiederci: perché le narrazioni cinematografiche entrano così fortemente nelle descrizioni personali dei singoli e sembrano utili, se non addirittura necessarie, alla condivisione sociale dell'esperienza emozionale? Più in generale, in che rapporto stanno tra loro l'immaginario collettivo, le risorse immaginative personali e le esperienze emotive vissute in prima persona? Avanzando l'ipotesi che le opere cinematografiche siano risorse collettive a disposizione dei singoli (che si fondano, in modo circolare, su narrazioni di singoli), ci si può chiedere: a quali condizioni le opere cinematografiche possono offrire schemi narrativi e paradigmi immaginativi utili per organizzare e codificare le esperienze caotiche vissute personalmente e collettivamente? E anche: l'accessibilità e la fruizione condivisa di narrazioni professionali può facilitare l'espressione e condivisione sociale delle emozioni e delle esperienze vissute?

Le persone sopravvissute citano a volte anche un'altra esperienza: narrano di essersi sentite dentro un film e di essersi interrogate sul confine che separa incubo e realtà, percezione interna e percezione degli eventi esterni. Si tratta, in questo caso, di fenomeni assai noti e studiati, sintomi di dissociazione temporanea e stato di coscienza alterato (Van der Hart, 2011). Più in generale, tuttavia, questi fenomeni rilanciano la necessità di interrogarsi, nell'odierna società dell'immagine, sulle relazioni esistenti tra percezione della realtà e capacità immaginative in emergenza.

Un terzo gruppo di interrogativi nasce dall'ascolto dei sopravvissuti, alcuni dei quali riferiscono anche di rivedere gli eventi, nel ricordo, come sequenze di un filmato che scorre. In questo caso, viene da chiedersi: che relazione esiste, nella cultura occidentale contemporanea, tra strutturazione della memoria e competenza narrativa cinematografica?

Queste domande si collocano all'interno di una questione più ampia che riguarda il rapporto sussistente tra le rappresentazioni culturali dei disastri (e, in particolare, le loro narrazioni cinematografiche) e le esperienze psichiche. Attorno a questi nodi è nato un filone di ricerca ricco e vivace in cui gli interrogativi si moltiplicano. Dal punto di vista teorico, il tema permette di esplorare le caratteristiche della mente simulativa (Anolli e Mantovani, 2011), i pro-

cessi di costruzione di senso individuali e comunitari (Bruner, 1992), le dinamiche della risposta psichica alle situazioni critiche (Sbattella, 2009; Tetta manzi, Sbattella e Molteni, 2012), i processi di traumatizzazione vicaria (Pearlman e Saakvitne, 1995; McCann e Pearlman, 1990) e più in generale, la relazione tra cinema e psicologia (Metz, 2006; Mitry, 1963-1965).

Dal punto di vista operativo, l'esplorazione di questi nodi può aprire nuove prospettive di intervento: la fruizione e la produzione cinematografica potrebbero rivelarsi utili, a determinate condizioni, per aumentare la consapevolezza della propria vulnerabilità, facilitare la percezione dei pericoli e la valutazione dei rischi, preparare atteggiamenti e risorse utili all'autoprotezione e per migliorare e condividere le strategie di coping più efficaci (Sbattella e Pini, 2004). La padronanza dello strumento e la comprensione delle dinamiche degli intrecci tra mente individuale e rappresentazione cinematografica potrebbero anche migliorare l'utilizzo delle narrazioni cinematografiche per finalità informative, formative, educative e addestrative (Sbattella, 2005), per esempio creando simulazioni basate su sceneggiature verosimili (Sbattella, 2012). Ancora, dal punto di vista clinico, si potrebbe verificare in modo attendibile il potenziale patogeno di alcune proiezioni inopportune o, al contrario, la facilitazione di alcuni passaggi terapeutici (Erikson, 1987; Mastronardi e Calderaio, 2010).

Si tratta di un programma di ricerca ampio, che intendiamo sviluppare come Unità di ricerca di psicologia dell'emergenza a partire da queste prime riflessioni.

Condivisione delle emozioni e paradigmi narrativi

Come abbiamo visto, il richiamo di scene tratte da film e il paragone con narrazioni cinematografiche sono fenomeni diffusi nelle narrazioni dei sopravvissuti. Tali elementi permettono di cogliere una parte dei processi cognitivi che soggiacciono alle azioni e alle interazioni in emergenza. Davanti a un evento improvviso e inconsueto, le persone cercano nella loro memoria strumenti rappresentazionali adeguati, per comprendere e rielaborare in termini funzionali e socialmente accettabili l'evento stesso. Si tratta di strumenti offerti dal linguaggio e dalle narrative ereditate dalla propria cultura di appartenenza. Una rappresentazione adeguata degli accadimenti facilita la comunicazione, la descrizione delle concatenazioni causali, la categorizzazione dei comportamenti e dei vissuti emotivi. Per questo, la narrazione cinematografica diventa utile: essa offre descrizioni di eventi, interpretazioni causali e schemi di comportamento a cui fare appello per codificare gli accadimenti e orientarsi rispetto a essi.

L'immaginario cinematografico costituisce dunque, nella cultura occidentale, una risorsa rappresentazionale preziosa, utilizzabile nei momenti critici. Una risorsa tanto più importante quanto più la situazione critica affrontata è rara e non familiare ed è difficile disporre di schemi interpretativi guadagnati sul campo, in prima persona. Essa facilita l'organizzazione delle vicende nuove, impreviste, confuse e caotiche, perché mette a disposizione alcuni stru-

menti cognitivi (concetti, memorie, schemi d'azione) per fronteggiare gli eventi. Le persone in emergenza possono così trovare nelle parole e nelle immagini selezionate e composte dai narratori alcune cornici e focalizzazioni di riferimento, funzionali a strutturare l'esperienza in corso. Tale sostegno si rivela prezioso anche nella fase di rielaborazione e condivisione emotiva dell'esperienza, perché offre canoni narrativi e riferimenti immaginifici già condivisi all'interno del proprio gruppo culturale. Il cinema, in altre parole, propone all'immaginario collettivo grandi narrazioni di eventi rari, che si pongono come miti di riferimento durante e dopo gli eventi critici. Queste narrazioni forniscono una realtà rielaborata e riorganizzata ad arte, secondo i classici elementi della struttura narrativa (Bruner, 1992; Vittorini, 2006)

Il cinema traduce oggi in immagini e suoni estremamente vividi le narrazioni che dall'alba della civiltà hanno sostenuto l'immaginario collettivo, prevalentemente nella forma di grandi opere letterarie, teatrali e religiose nonché in alcuni cicli pittorici significativi.

Il testo della *Genesi* per esempio, ove è descritto il diluvio universale, è spesso apparso un buon parametro di riferimento per dare forma e parola alle vivide esperienze psichiche e percettive di chi si trovava coinvolto in situazioni sconvolgenti in passato. La forza del cinema, tuttavia, opera a un livello di simbolizzazione differente rispetto alle narrazioni letterarie. La narrazione cinematografica parte dalla mimesi della realtà piuttosto che dalla sua rappresentazione linguistica (Walton, 2011), coinvolgendo più profondamente le memorie corporee. Essa propone, infatti, percezioni (visive, uditive, cinetiche) estremamente vivide, che sono sì rappresentazioni, ma nello stesso tempo anche esperienze sensoriali da vivere.

Il rapporto con la rappresentazione cinematografica dell'esperienza è oggi ancora più complesso a causa della diffusione e accessibilità delle telecamere nella vita quotidiana. La vita assomiglia sempre più a un film anche perché ovunque sono disponibili webcam e telefoni cellulari in grado di documentare le azioni in tempo reale. A differenza di quanto accadde per il naufragio del Titanic, per esempio (il cui dramma fu narrato per la prima volta su pellicola nel 1937), il dramma della *Costa Concordia* diventa oggi, in pochi istanti, una rappresentazione animata, a disposizione di tutti. La telecamera risulta essere, per gli stessi protagonisti della vicenda, uno strumento per catturare e capire la situazione, distanziandosi nel contempo da essa (Sontag, 1977). È quanto è avvenuto anche per lo tsunami del Sud-est asiatico del dicembre 2004: ciò che il mondo sa di quella tragedia è in buona parte affidato alle tremolanti immagini di chi, davanti all'onda che avanzava, ha visto innanzitutto un interessante evento inusuale da documentare invece che una minaccia in grado di mettere in pericolo la sua stessa vita.

Alcuni disaster movies riprendono esplicitamente il tema del complesso rapporto tra l'esperienza drammatica e la sua trasposizione filmica. In *Trapped* (Deran Sarafian, 2001), per esempio, un reporter segue con la telecamera costantemente accesa il gruppo di sopravvissuti che cerca di scappare dalla trappola mortale di un grattacielo in fiamme, in una sorta di macabro reality. Un particolare che rende il film decisamente diverso dal pur molto simile film *In-*

ferno di cristallo, girato 17 anni prima. In *127 ore* (Danny Boyle, 2010), pellicola del genere survival, molto vicino a quello del disaster movie, è descritta la storia vera di un escursionista in pericolo di vita, che ha documentato la sua lotta per la vita minuto per minuto (ipotizzando che non fosse agonia). La “realtà”, in questo caso, include il desiderio di fare della propria vita un film, al punto da rischiare di permettere ad altri di creare un film reality sulla propria morte. Fare della propria vita un film. Narrare di essere sopravvissuto, di esser stato protagonista/spettatore di un accadimento eccezionale, tale da portare l'attenzione delle luci della ribalta. Magari come eroe ma anche come vittima sopravvissuta, spettatore (io ero là), antieroe. Una tendenza della società dell'immagine che pone non pochi rischi. Un primo aspetto da approfondire, dunque, è relativo al tipo di connessione esistente tra esperienze drammatiche e rappresentazioni cinematografiche. La comprensione della natura ricorsiva di questa relazione può forse spiegare o rendere prevedibili alcuni comportamenti in emergenza. Potrebbe anche facilitare la rielaborazione emozionale di alcune vicende vissute traumaticamente oppure dare buone indicazioni per riconoscere i prodotti utili a diffondere una rappresentazione delle emergenze funzionale alle operazioni di soccorso o di prevenzione dei rischi.

A questo scopo è necessario recuperare alcuni strumenti concettuali proposti, in particolare, dalla psicologia e dalla critica cinematografica. La ricerca sulla dimensione sociale delle emozioni (Rimé, 2008) ha dimostrato come la narrazione delle esperienze emotive sia una parte costitutiva dei processi emozionali umani cui corrisponde una complementare fascinazione per l'osservazione e l'ascolto di vicende emotive vissute da altri. In tutte le età e in tutte le culture si registra un pressante bisogno, da parte di tutti i soggetti, di trasformare in parole e condividere con altri le proprie esperienze emotive. In modo complementare, la ricerca evidenzia la presenza di attenzioni privilegiate per l'espressione delle emozioni intense (Materazzo et al., 2009) e per gli eventi potenzialmente emotigeni. Si tratta di un fenomeno diffusivo che, riattivando immagini e reazioni fisiologiche esperite sia nei narratori che negli ascoltatori, tende a propagarsi in cerchie sempre più ampie. Rimé (2008) ipotizza che, attraverso questo processo, venga a costruirsi un'importante interfaccia tra esperienze individuali e sapere collettivo. Questa interfaccia permetterebbe al gruppo di aggiornare le proprie conoscenze prototipiche rispetto agli episodi e agli stati emozionali e conseguentemente offrire ai soggetti in apprendimento un sapere anticipativo che permette di adattarsi efficacemente all'ambiente di riferimento.

Queste riflessioni ben si connettono con il costrutto di rappresentazione sociale, elaborato da Moscovici (1989). Secondo quest'autore, nessuna collettività può funzionare senza un sostrato comune di immagini e di significati, e le rappresentazioni sociali forniscono ai membri dei gruppi sociali l'universo consensuale di cui hanno bisogno. Esse concorrono all'elaborazione e al mantenimento di una visione comune della realtà all'interno dello stesso gruppo sociale, costituendo un repertorio implicito di immagini e idee date per acquisite.

Per appropriarsi di ciò che perturba e minaccia l'universo condiviso, come, per esempio, eventi inattesi e fortemente emotigeni, il pensiero sociale tra-

sforma ogni oggetto non familiare in rappresentazioni sociali, ancorate a saperi preesistenti. Si tratta, in sintesi, di un'attività di attribuzione di senso. Il creare nuove rappresentazioni sociali è dunque una strategia per riprendere controllo sugli eventi che rischiano di muovere angoscia e inquietudine.

Il cinema, in questo senso, costituisce uno strumento importante per la strutturazione delle rappresentazioni sociali condivise. Due sono le caratteristiche che lo rendono particolarmente potente in questo campo. Innanzitutto la capacità tecnica di riprodurre in termini percettivi gli eventi straordinari e inattesi. Attraverso suoni, immagini e movimenti, la rappresentazione dell'evento emotigeno risulta particolarmente vivida, valorizzando la dimensione spettacolare dell'evento critico. Questo sollecita i processi di fascinazione, che, come ricorda Rimè (2008), sono alla base dei processi di ascolto curioso delle emozioni altrui e quindi alla base della diffusione sociale e della rielaborazione collettiva delle esperienze emotive. In secondo luogo, il cinema permette di sperimentare e condividere emozioni intense al riparo del distanziamento permesso dallo schermo, favorendo i processi di mimesi (Walton, 2011) propri della mente simulativa (Anolli e Mantovani, 2011). Il perturbante e l'inquietante sono così avvicinati e "compresi" indirettamente, attraverso una grandiosa rappresentazione sociale che permette di osservare gli accadimenti rimanendo al sicuro.

Il genere cinematografico noto come *disaster movie* offre, nella nostra cultura di appartenenza, strumenti simbolici e rappresentazioni utili a codificare gli eventi eccezionali, a dividerli e, in qualche modo, a rielaborarli.

Un'approfondita conoscenza di questo genere cinematografico può dunque aiutare a meglio ascoltare, comprendere e sostenere le narrazioni di chi è sopravvissuto a gravi emergenze e ha bisogno di condividere le proprie emozioni. Per questo è necessario richiamare i contributi propri della semiotica e della storia del cinema.

Il genere *disaster movie*

Non è facile definire il genere *disaster movie*. Per certi aspetti le narrazioni cinematografiche che includono scene di incidenti, disastri e catastrofi sono innumerevoli, ed è per questo che l'espressione "*disaster movie*" tende a essere riservata alle pellicole in cui gli eventi catastrofici sono al centro della narrazione e producono l'insieme dei problemi che i protagonisti devono affrontare e risolvere. Sotto la stessa etichetta stanno tuttavia narrazioni che si riferiscono a situazioni che la psicologia dell'emergenza chiama con termini diversi: incidenti semplici e complessi, catastrofi (regionali o planetarie) e disastri (Sbattella, 2009). L'etichetta di questo genere non distingue neppure tra rappresentazioni di disastri naturali e antropici, ricostruzioni storiche e ipotesi fantascientifiche più o meno plausibili. Include, inoltre, la descrizione di altri scenari distruttivi, come epidemie falcidianti e conflitti atomici. Uno dei confini superiori del genere *disaster movie* è il genere apocalittico, che mette in scena la fine potenziale dell'umanità intera, mentre il confine inferiore può essere collocato nel genere survivalista: narrazioni centrate su sfide di sopravvivenza

poste a singoli in condizioni estreme (come, per esempio, nel già citato *127 ore*, in *Alive*, del 1993, di F.W. Marshall e in *Frozen*, del 2010, di A. Green).

I lavori di autori quali Keane (2001), Brancato (2003), Larski (2005), Favier (2005), Bonanno (2005) hanno ripercorso lo sviluppo storico del disaster movie, districandosi tra le molteplici contaminazioni con generi diversi, per individuare le narrative e le rappresentazioni dominanti. Essi hanno evidenziato come il genere si sia modificato nel tempo, confrontandosi con i temi propri dell'epoca e con le potenzialità tecniche offerte dalle tecnologie di simulazione, fino a strutturare gradualmente paradigmi e tipologie narrative sempre più definite e articolate.

Secondo Keane (2006), i cosiddetti disaster movies sono stati relativamente trascurati dagli studi sui film. Dalle prime storie bibliche degli inizi del secolo ai film di fantascienza degli anni Cinquanta, fino ai recenti film ibridi che riuniscono elementi tipici dei generi d'azione, catastrofico e fantascientifico, le scene di distruzione di massa hanno tuttavia dato prova di essere una caratteristica duratura e pervasiva del cinema spettacolare. Non mancano tuttavia riflessioni altamente significative, come quelle offerte da Sontag (1967), Davis (1999) e Favier (2005).

I film che mostrano catastrofi sono numerosi: non è inusuale imbattersi in scene di distruzione in film di carattere storico – si pensi a *Gli ultimi giorni di Pompei* (del 1959, di Bonnard e Leone, che rilancia lo stesso titolo di due pellicole del 1908 e 1913) oppure a *Quo Vadis* (kolossal del 1951, diretto da M. Le Roy). E anche i film cosiddetti d'avventura contengono spesso un cataclisma – per esempio, *Krakatoa, est di Java* (1969, di Kowalsky). Tuttavia, alcuni di questi film non possono essere definiti propriamente disaster movies: una delle ragioni sta nel fatto che il disastro che si abbatte sui personaggi non si iscrive dentro un orizzonte di aspettative dello spettatore (Larski, 2005), che è maggiormente orientato a seguire le storie d'amore o le dinamiche di potere promesse dalla storia. Guardare un film del genere disaster movie significa infatti capire fin dalle prime sequenze, o sapere prima di acquistare il biglietto, che avrà luogo un evento distruttivo, tragico e spettacolare e che esso potrà toccare un piccolo gruppo di individui, una città intera, la totalità di una nazione o addirittura tutto il mondo. Significa, inoltre, sapere che dentro la narrazione della catastrofe è lecito aspettarsi la descrizione di almeno un modo per contrastare le minacce alla vita, apparentemente ineluttabili. Questa, almeno, è la regola immutabile della cinematografia hollywoodiana, poiché il disaster movie è essenzialmente un prodotto americano, caratterizzato da narrazioni dove lo stile riconoscibile e gli happy endings sono figure retoriche immancabili.

Yacowar (2003) elenca otto “tipi base” di disaster movie che denomina: “attacco naturale”, “nave che affonda”, “distruzione della città”, “mostro”, “sopravvivenza”, “guerra”, “film storico” e “catastrofico comico”.

La seconda e la terza tipologia sono, a parere di Keane (2006), particolarmente utili nel catalogare i film degli anni Settanta, mentre le altre si possono suddividere in così tanti rami che può risultare difficile distinguere i singoli alberi dalla foresta.

Yacowar (2003) suddivide per esempio la categoria “attacco naturale” in tre sottotipi: “attacco animale”, “attacco degli elementi della natura” e “attacco da parte di mutanti”.

Le narrazioni centrate sugli “attacchi della natura” rilanciano il perenne tema della lotta dell’uomo contro le forze della natura, e vanno dai primi film degli anni Trenta che sceneggiavano tragedie bibliche fino alle più recenti visioni apocalittiche immaginate in *2012* (di Roland Emmerich, 2009). Il tema dell’attacco animale tende a coprire l’intervallo tra *The lost world* (film muto del 1925, diretto da Harry Hoyt) e *Jurassic park* (Steven Spielberg, 1993) passando per film come *Jaws* (sempre di Spielberg, 1975) e le orde di formiche fameliche di *The naked jungle* (Byron Haskin, 1954). Quando l’animale si fa “mostro” si sconfinava verso la distruzione portata da giganti anomali come in *King Kong* (M.C. Cooper e E.B. Schoedsack, 1933, rivisto anche nel 1976 e nel 2005), formiche giganti (*Them!* di Gordon Douglas, 1954) e il mostro nucleare di *Godzilla, king of monsters!* (Ishirō Honda e Terry O. Morse, 1956). I variegati mutanti atomici presenti in *Creature from the Black Lagoon* (Jack Arnold, 1954) completano, come esempio paradigmatico, la categoria dell’attacco naturale operato da mostri.

Il rischio, afferma Yacowar (ibid.), è quello di includere nel genere disaster movie troppi film, accomunati semplicemente da caratteristiche superficiali.

Per questo Sontag (1967) e Roddick (1980) propongono, per costruire una certa generalizzazione, di focalizzarsi su determinati cicli storici. Cicli caratterizzati da alcune idee ridondanti, che rispecchiano gli sviluppi sociali, culturali e politici del momento. Va comunque detto che i generi cinematografici sono categorie instabili, in continua ridefinizione (Keane, 2006).

L’essenza del genere disaster movie sembra consistere nella rappresentazione di una situazione di normalità che si trasforma repentinamente in una tragica immagine di morte (Keane, 2006). Una delle principali caratteristiche di questo schema narrativo consiste nella proposta di seguire gruppi di personaggi “tipizzati” che si muovono attraverso situazioni pericolose. Il piacere che tali narrazioni suscitano, alimentato dalle dinamiche identificative, sta nel domandarsi chi, tra i protagonisti, riuscirà a salvarsi.

Un altro tratto distintivo è la presenza di una sequenza descrittiva della catastrofe, elemento che conferma il fascino esercitato dalla rappresentazione cinematografica della distruzione. Dentro la descrizione della catastrofe lo spettatore si aspetta di individuare almeno un modo di contrastare le minacce mortali apparentemente ineluttabili: il lieto fine, almeno per qualcuno tra i protagonisti, è una figura retorica indispensabile.

Esplorando in modo diacronico lo sviluppo dei film che trattano di disastri e catastrofi, possono essere identificati alcuni cicli caratteristici che hanno contribuito a costruire il genere e le sue molte sfaccettature.

Si passa dagli anni Trenta, in cui prevale l’intento memorialistico e la rivisitazione di disastri storici, agli anni Settanta, che prediligono catastrofi immaginarie ma verosimili che irrompono nella vita quotidiana; fino a giungere agli anni Novanta, durante i quali la resa cinematografica del disastro è domi-

nata dallo spettacolare. Per l'immaginario americano il mondo cambia dopo l'11 settembre 2001, quando la realtà sembra eguagliare e superare le peggiori simulazioni immaginative di disastri urbani (Pollard, 2011).

Gli ultimi dieci anni del cinema statunitense vedono dunque un ritorno della narrazione di genere disaster movie come strumento di memoria celebrativa (*11 settembre 2001*, girato da registi di undici Paesi diversi nel 2002; *Fahrenheit 9/11*, del 2004, documentario di M. Moore; *World Trade Center* del 2006, di O. Stone; *United 93*, del 2006, di P. Greengrass; *L'aereo che non si arrese*, del 2006, di B. Goodison; *When the levees broke: quando gli argini si rompono*, di S. Lee, anatomia della catastrofe di New Orleans del 2005) e un'apertura alla sensibilità ambientalista. Cerchiamo ora di approfondire questo percorso storico.

Evoluzione dei disaster movies

Il cinema muto ebbe già alla fine dell'Ottocento la sua porzione di terremoti, eruzioni vulcaniche, tempeste, incendi, incidenti ferroviari. Tra essi, i primi esempi di film catastrofici sono considerati *The catastrophe of the balloon La Pax* (1902) e *L'Eruption du Mont Pelé* (1902), di Georges Méliès, l'inventore degli effetti speciali. L'interesse di Hollywood è orientato inizialmente verso le scene caotiche e il tema della volontà degli uomini che devono lottare per contrastare il caos.

Il primo dei grandi film di fantascienza apocalittica è considerato *Deluge*, una pellicola del 1933 che narra una serie di catastrofi naturali i quali si verificano in tutto il mondo e portano alla distruzione della Terra. Qui una serie di terremoti distrugge la costa pacifica degli Stati Uniti, causando un gigantesco tsunami che si dirige verso New York City. L'onda lascia New York sommersa dall'acqua e quasi tutti gli abitanti della città annegano. Questa sequenza di effetti speciali ha poi ispirato una scena di *The day after tomorrow* (2004).

Altri film che si concentrano sulla distruzione di grandi città da parte di un cataclisma verificatosi realmente sono *San Francisco* (W.S. Van Dyke II, 1936), una pellicola che ripercorre il sisma del 18 aprile 1906, e *L'incendio di Chicago* (Henry King, 1937), che rilegge il disastro del 9 ottobre 1871. Affiorano qui le fonti mitiche e religiose del genere: la distruzione della città da parte di un terremoto o attraverso il fuoco è la punizione divina che si abbatte su un'umanità malata dei suoi eccessi, impegnata interamente nella corsa al piacere e al denaro, e che dopo la catastrofe incontrerà il tempo della purificazione e della rinascita (Larski, 2005).

Il successo di questi film¹ si spiega soprattutto in base agli effetti speciali, magia che permette allo spettatore di intravedere l'inaccessibile. Ma il bisogno

¹I film sui disastri risultano tra quelli di maggiore successo, almeno in termini di incassi. Per esempio, nell'agosto 2012 *Titanic* (1997) si colloca al secondo posto (dopo *Avatar*) nella graduatoria dei più gettonati, con un incasso complessivo di 658.672.302 dollari. Considerando l'inflazione, risulta invece al quinto posto, superato solo da *Via col vento*, *Star wars*, Il suono della musica e *E.T.* Ben venticinque film di disastri, dal 1979, si collocano sopra i dieci milioni di dollari di incasso. Fonte: boxofficemojo.com.

di fedeltà e di verosimiglianza si mette in questi primi film al servizio di un lavoro di memoria: queste due pellicole mostrano delle catastrofi di cui esistono ancora, al momento delle loro rispettive uscite, dei sopravvissuti. Paradossalmente, se la catastrofe costituisce per ciascuna di queste opere l'apice della narrazione, essa non sempre rinvia direttamente lo spettatore al mito della fine. Visualizzare la catastrofe significa rappresentare una paura che appartiene al passato anche se un giorno o l'altro essa potrebbe di nuovo toccare queste città. In fondo, i film catastrofici degli anni Trenta sono una dimostrazione della fiducia nelle capacità degli uomini di reagire davanti alle minacce distruttive. L'appello rivolto allo spettatore è chiaro: così come i padri di San Francisco e Chicago sono riusciti a ricostruire le città di oggi a partire dalle rovine di ieri, tutte le componenti della società americana troveranno certamente dei mezzi efficaci e duraturi per risolvere le problematiche inerenti la crisi economica (Larski, 2005). Durante la Seconda guerra mondiale, quando le terribili scene di devastazione vengono messe in relazione con l'attualità, non sembra più il caso di proporre svago attraverso film catastrofici. Lo spettatore si ritrova già confrontato con immagini di esplosioni e di distruzioni di massa che non sono prodotte dai maghi degli effetti speciali. La morte mostrata sullo schermo non è più la visualizzazione delle paure umane più profonde ma la tragica rappresentazione di una vicenda reale. L'elaborazione e la celebrazione delle vicende di guerra sarà oggetto di un filone cinematografico dedicato.

La paura di un cataclisma nucleare s'instaura nell'America degli anni Cinquanta, e il cinema hollywoodiano riprende e rilancia l'angoscia degli americani inventando spettacoli ispirati alle peggiori paure e alle speranze della popolazione (Sontag, 1967)². In un'epoca dove niente sembra più impossibile, la minaccia di un olocausto nucleare solleva molti interrogativi e numerose critiche nei confronti delle sperimentazioni scientifiche illimitate e incontrollate. Se molti non sanno cosa rispondere agli interrogativi sugli orrori che potrebbero palesarsi, Hollywood alimenta idee tutt'altro che vaghe su ciò che attende l'umanità: minacce da parte di mostruose creature terrestri ed extraterrestri, grandi città distrutte, il pianeta sistematicamente salvato. Si tratta di rappresentazioni che attingono molto dalla fantasia rinunciando a uno dei tratti più tipici del genere catastrofico, cioè l'intento di fare credere allo spettatore che la realtà che viene mostrata si avvicini molto alla verità quotidiana (Larski, 2005).

Solo due tra i film che parlano della paura dell'estinzione dell'uomo a causa del nucleare vanno fino in fondo alla simulazione descrivendo l'annientamento dell'uomo sul pianeta: *The world, the flesh and the devil* (di Ranald Mac Dou-

² L'analisi critica di Sontag, che fa riferimento soprattutto ai film di fantascienza degli anni '50 sembra condannare l'intero genere cinematografico, colpevole di produrre nell'immaginario degli spettatori sentimenti di crudeltà e insieme di assuefazione al male e all'angoscia. In verità, senza giungere a una condanna moralistica del piacere estetico dell'orrore e del terrore, la sua critica punta a evidenziare l'inadeguatezza e l'ambiguità di questa liberazione estetica dalla paura. Si tratta, infatti, di una liberazione inconsapevole, acritica, indotta e manipolata da meccanismi economici di produzione dell'immaginario collettivo.

gall) e *On the beach* (di Stanley Kramer), due film realizzati nel 1959, nel momento in cui la tensione tra Stati Uniti e Unione Sovietica è al suo apice.

Bisogna aspettare l'inizio degli anni Settanta perché Hollywood si interessi ancora a disastri e incidenti collettivi di minore portata ma di più alta probabilità. Nel 1970, gli Universal Studios propongono *Airport* (di George Seaton), un disaster movie che avrà grande successo e sarà accolto in maniera così trionfale da rilanciare il genere per un intero decennio. Si tratta di una produzione imponente: vengono investite risorse enormi per ricreare la quotidianità di un grande aeroporto internazionale americano. Tutto è fatto per dare l'immagine più fedele possibile della realtà, e il film appassiona le folle perché si avvicina al quotidiano: la rappresentazione di uno scenario probabile e verosimile unisce gli spettatori, che si sentono vittime potenziali di ciò che stanno vedendo. Anche *L'avventura del Poseidon* (di Ronald Neame, 1972, di cui abbiamo visto un significativo remake ad opera di W. Petersen 2006) è stato accolto con lo stesso entusiasmo di *Airport*. Per i personaggi di queste pellicole, non si tratta di impedire un disastro ma di riuscire a sfuggire a una morte che sembrerebbe certa. Queste opere sembrano incoraggiare in un primo momento a vivere la crisi, poi ad accettarla e infine a oltrepassarla, affermando la volontà di rovesciare una situazione inestricabile (Larski, 2005).

Terremoto (di Mark Robson, 1974) inaugura la rappresentazione di disastri ambientali collocabili nella sfera dell'attualità, mentre *Inferno di cristallo* (di Guillermin e Allen, 1974) si concentra in un solo luogo, cioè un edificio molto grande. Entrambi mostrano in azione una collettività, attraverso cui si rimanda, simbolicamente, alla società nel suo insieme. Nel secondo film citato, l'uomo è posto al centro dei suoi errori: il fatto che l'incendio colpisca una cerchia di persone piccola ma implicata nella costruzione dell'edificio evidenzia il tema della responsabilità degli individui nella creazione dei disastri di cui si sentono vittime (Favier, 2005). Le due pellicole citate hanno un importante punto in comune: in entrambe le situazioni sono rappresentate alcune squadre di professionisti impegnate a salvare le vite umane — poliziotti e militari nel primo caso e vigili del fuoco nel secondo.

Negli anni Ottanta il genere catastrofico sembra sparire; ma rimane come traccia sottesa ad alcuni film d'azione, tra i quali un titolo esemplificativo e prototipico è *Die Hard. Trappola di cristallo* (J.McTiernan, 1988). In questi film le rappresentazioni sono invase da scene di esplosioni e salti mortali e si diffonde l'immagine del singolo eroe che è in grado di correggere gli errori della storia recente, grazie alla sua forza fisica e militare. Un motivo ricorrente in questi film è l'affermazione di un'America potente e dominatrice (Favier, 2005). I protagonisti-eroi sono continuamente messi alla prova, in una posizione che ricorda quella dei classici disaster movies, in cui l'unico e inevitabile esito della vicenda sembra essere la morte. A differenza dei film del decennio precedente, qui è la collettività a prendere in contropiede la catastrofe e a volte è un uomo solo (aiutato dalla fortuna) ad avere il compito di salvarla. Broderick ritiene che, negli anni Ottanta, tracce del genere disaster movie si rintraccino anche all'interno di quel sottogenere fantascientifico che ha trattato di disastri tecnologici che provocano la fine del mondo e/o del genere umano. In particolare,

è evidente uno spostamento dell'attenzione dal disastro in sé alla sopravvivenza, nel mito dell'eroe che sopravvive all'apocalisse. I film appartenenti a quello che Broderick (1993) definisce il ciclo survivalista post-nucleare tendenzialmente bypassano le scene di distruzione e permettono allo spettatore di ignorare il nesso causale tra la guerra nucleare e responsabilità umane.

Intorno alla metà degli anni Novanta ricompare il genere disaster movie con i suoi tratti più tipici. Il primo film di questo periodo, in cui si sfidano un attacco della natura e una collettività umana, è *Twister* (Jan de Bont, 1996). Qui, tuttavia, il gruppo in azione non è la tipica sintesi delle varie tipologie di uomini e donne comuni. La vicenda, infatti, riguarda un team di cacciatori di tornado che non cerca di fuggire dalla minaccia del fenomeno naturale ma piuttosto la insegue per studiarla. La rappresentazione scenica è quasi da documentario: lo spettatore non è spinto tanto all'angoscia quanto alla tentazione di penetrare nel profondo del cataclisma. Viene permesso allo spettatore anche di osservare il fenomeno naturale dall'interno e vengono forniti numerosi dettagli scientifici. La rappresentazione dell'attacco sferrato dalla natura prescinde dall'attenzione verso i danni inferti a un'umanità vulnerabile e rinuncia alla funzione catartica della narrazione. Il tornado è descritto come una realtà che, per quanto spaventosa, è potenzialmente comprensibile.

Non è il caso di *Volcano* (Mick Jackson, 1997), un film che accumula dei messaggi politici molto evidenti: in tempo di crisi bisogna aiutarsi e cancellare tutte le tensioni sociali, etniche ed economiche. Anche *Armageddon* (di Michael Bay, 1998) e *Deep Impact* (del 1998, diretto da M. Leder) fanno parte dello stesso filone: entrambi ipotizzano la collisione di un asteroide con la Terra, con conseguenze catastrofiche per l'umanità. Che si tratti di un'eruzione o di un asteroide gigante, queste rappresentazioni esprimono lo stesso bisogno di credere all'impossibilità della fine. È molto significativo il fatto che questi film evitino, nonostante un potenziale scenario apocalittico, di mostrare dei morti.

Nell'ultimo decennio il filone si articolato su tre livelli. Vi è, innanzitutto, la rilettura in chiave celebrativa o critica di drammi nazionali americani, come sopra ricordato. In secondo luogo si allarga la cinematografia survivalista. Secondo McLaughlin (2011), tale tendenza si lega al bisogno emergente di guadagnare una "parità partecipativa": l'identità di sopravvissuto a un'emergenza consentirebbe di accedere a questa definizione sociale, la quale finisce per coincidere con il vivere stesso, con la condizione umana (sopravvivere come condizione umana).

In terzo luogo, è nuovamente cresciuta la produzione per il grande schermo di film catastrofici o apocalittici. Essi riprendono con nuovi effetti speciali vecchi film, oppure puntano sulla rappresentazione delle nuove minacce, segnalate dai climatologi e degli scienziati contemporanei. Si tratta di collassi ecologici complessivi, con scenari, a seconda dei casi, ipotizzati come plausibili o inverosimili.

In *Catastrofe a catena* (Dick Lowry, 2004), *The day after tomorrow* (Roland Emmerich, 2004) e *2012* (di Roland Emmerich, 2009) si assiste a un crescendo di disastri locali che si connettono tra loro, fino a delineare scenari apocalittici.

Altri esempi di film catastrofici recenti sono *Magnitudo 10.5* (di J. Lafia, 2004) e *Apocalypse* (di Carlos De Los Rios e D.M. Latt, 2007).

Malatesta e Rondinone (2011) hanno recentemente portato alla luce le narrative e i discorsi prevalenti utilizzati per narrare le catastrofi naturali nei film occidentali degli ultimi trent'anni, analizzandone le icone, le immagini e gli stereotipi. Il loro lavoro ha preso in considerazione i film che narrano, mostrano, descrivono disastri naturali prodotti dall'industria cinematografica occidentale per il grande schermo a partire dal 1980 (sia utilizzandoli come sfondo della trama narrativa, sia ponendoli al centro della narrazione). I film considerati sono stati ventidue, sedici dei quali ambientati negli Stati Uniti.

I risultati mostrano come il rapporto tra sviluppo tecnologico umano e ambiente sia rappresentato, nei film analizzati, secondo due schemi prevalenti. Il primo, in cui rientra il 60% dei film considerati, rappresenta la natura come capricciosa e imprevedibile, dotata di un comportamento che non dipende dalle azioni e dalle necessità delle comunità umane. Di fronte ad essa, l'unico atteggiamento possibile e sensato è quello fatalista, che spinge ad agire dopo gli eventi nella convinzione dell'imprevedibilità assoluta delle minacce provenienti dalla natura. Si tratta di film che narrano le catastrofi naturali come parte integrante del sistema ambientale, un normale decorso che la natura compie in maniera imprevedibile, a prescindere dagli esseri viventi che la abitano. E poiché la natura è infinitamente più forte degli esseri umani, non c'è niente che essi possano fare per ostacolarne l'asestamento. Uno dei motivi ricorrenti nel filone "natura capricciosa" è che gli uomini non riescono a cogliere in tempo utile i segnali che la natura invia prima di esplodere nella catastrofe. Conseguentemente, essi non riescono a limitare i danni, tendenzialmente anche a causa della rilevanza che gli interessi economici, politici e personali hanno nella loro scala di valori (Malatesta e Rondinone, 2011). In questo filone emergono due ordini di questioni: il primo riguarda l'accesso alle informazioni premonitrici di sventura la cui interpretazione richiede un grado elevato di conoscenza scientifica; il secondo, la presa di coscienza del pericolo da parte di chi sta per subirlo e la conseguente messa in atto delle misure necessarie a evitare il peggio. Queste necessità narrative portano alla costruzione della figura dello scienziato: il salvatore dell'umanità dalla catastrofe ambientale è tendenzialmente un personaggio maschile dai tratti paterni, mentre le donne rivestono solitamente un ruolo sentimentale, legato all'attaccamento al luogo distrutto che condiziona la capacità d'azione del salvatore. Talvolta sono di sostegno all'eroe ma non lo impersonano mai. Di norma, l'eroe è ignorato, almeno fino al punto di non ritorno, da politici, amministratori, semplici cittadini. Le ragioni vanno dalla volontà di evitare il panico e la dislocazione della popolazione, alla volontà di preservare la sicurezza e le strutture economiche e al rifiuto di lasciare la propria casa e i propri affetti. Al filone natura capricciosa del tipo antropologico fatalista appartengono, tra i film analizzati, *When time ran out. Ormai non c'è più scampo* (J. Goldstone, 1980), *Lavina* (Aktasheva e Piskov, 1982), *Twister* (J. De Bont, 1996), *Volcano* (M. Jackson, 1997), *Hard rain. Pioggia infernale* (M. Salomon, 1998), *Vertical limit* (M. Campbell, 2000), *The perfect storm. La tempesta perfetta* (W. Petersen, 2000) *Epicenter* (R. Pepin, 2000), *Post Impact. La sfida*

del giorno dopo (C. Schrewe, 2004), *Poseidon* (W. Petersen, 2006) *The road* (J. Hillcoat, 2009).

Il secondo schema narrativo, che caratterizza il restante 40% dei film considerati, propone rappresentazioni di natura tollerante ma perversa. In questo insieme, diversamente dal precedente, l'attività umana influisce sul comportamento della natura. Essa si dimostra tollerante ma solo fino a un certo punto: superato il limite, si ribella scatenando catastrofi. A volte a provocare la catastrofe è l'azione consapevole di qualcuno che intende utilizzare il disastro per un fine specifico; tuttavia la maggior parte dei film mostra catastrofi provocate dalle azioni che gli esseri umani compiono abitualmente per mantenere lo stile di vita consumistico. Un film emblematico di questo filone è *The day after tomorrow* (R. Emmerich, 2004). Gli autori collocano in questo filone anche *Waterworld* (K. Reynolds, 1995), *Tidal wave. No escape. Onda assassina* (G. Miller, 1997), *Deep impact* (M. Leder, 1998), *Deep core* (R. McDonald, 2000), *Vajont* (R. Martinelli 2001), *The core* (J. Amiel, 2003). I film appartenenti al gruppo "natura tollerante-perversa" rappresentano il rapporto tra la natura e gli esseri umani come un vincolo regolato dalla legge di causa ed effetto, dove le catastrofi rappresentano la conseguenza estrema al comportamento umano: una punizione e un monito al tempo stesso (Malatesta e Rondinone, 2011). In questa visione, l'umanità deve tenere sempre in considerazione i limiti del proprio operato e attuare un comportamento "gerarchico". Le istituzioni politiche devono cioè farsi carico di controllare che l'azione umana non si spinga oltre a ciò che la natura può tollerare, presupponendo una fiducia incondizionata nelle istituzioni e nella loro capacità di valutare e mantenere lo stato di equilibrio del sistema ambientale.

La paura generata dal rischio tecnologico, cioè dall'incapacità umana di prevedere gli effetti dello sviluppo tecnologico sull'ambiente e i suoi abitanti, è stata sempre più rappresentata all'interno del filone del cinema catastrofico, tanto che a tutt'oggi risulta essere una componente essenziale della narrativa sul rapporto tra tecnologia e natura. "Il rapporto tra potenzialità tecnologiche umane e natura sembra dunque declinarsi in due modi distinti di concepire la natura stessa. Secondo il primo gli uomini non hanno il potere né di causare, né di fermare le evoluzioni catastrofiche del sistema, mentre nel secondo, pur non avendo il controllo sul decorso catastrofico che segue un cambiamento di stato del sistema, gli esseri umani possono mettere in atto strategie per evitare che questo cambiamento avvenga" (Malatesta e Rondinone, 2011).

Strutture testuali che organizzano le narrazioni

Pur con molte varianti, dunque, il genere disaster movie si è gradualmente affermato nella società occidentale come strumento narrativo per descrivere e costruire emozioni condivise relativamente a catastrofi, eventi minacciosi e comportamenti dei gruppi umani in questi contesti. La sua funzione di narrativa strutturante delle esperienze dei singoli può essere rintracciata nei tenta-

tivi e nei modi usati dai sopravvissuti per condividere socialmente le proprie emozioni e nel dare senso agli accadimenti vissuti.

È necessario a questo punto un ultimo richiamo teorico, relativo al nesso esistente tra generi narrativi e pratiche culturali di generazione di senso. Nel cinema, come in ogni forma d'arte, il genere è inteso come una categoria empirica che serve per nominare, distinguere e classificare dei testi, tenendo in considerazione gli elementi simili e le tematiche ricorrenti. La categoria "genere", tuttavia, non si riferisce solo a uno specifico ambito tematico ma anche a determinati presupposti storico-culturali e a un sistema di norme strutturali cui si adegua chi produce il testo, pur conservando la libertà di operare adattamenti e innovazioni (Grant, 2003).

A livello del rapporto film-spettatore, il dispositivo genere consente un primo reciproco accordo, riguardo ai nuclei di significato fondamentali della storia, alla trama e allo stile narrativo (Casetti, 2002). Il consenso sui significati costruiti da un testo è, infatti, complesso da generare: le differenti appartenenze sociali e le differenze individuali comportano l'utilizzo di diverse mappe cognitive e quindi propongono potenzialmente diverse chiavi di lettura delle stesse narrazioni. Il ricorso a un genere narrativo facilita la possibilità di una comprensione condivisa del significato perché offre puntuale soddisfazione alle aspettative del fruitore. In questo senso, il genere viene a costituire una cornice interpretativa che precede l'interazione tra film e spettatore. Esso definisce un *frame* entro il quale la complessità delle azioni dei protagonisti possono essere collocate. Questa cornice o contesto interpretativo, per quanto temporanea e soggetta a variazioni nel tempo, permette di attribuire un senso alle sequenze narrative che progressivamente vengono raccolte.

Ciò non vuol dire che i generi si basino solo su scelte narrative prevedibili: essi lasciano un margine d'imprevedibilità al narratore. Proprio l'esistenza di un patto preliminare consente di effettuare "variazioni sul tema" a livello di contenuto o di forma narrativa. Queste modifiche sono qualcosa che il film deve negoziare con lo spettatore e possono essere ricondotte a due tipologie: le variazioni stilistiche che non coinvolgono la struttura generale del film e quelle assiologiche che apportano talvolta cambiamenti così sostanziali da alterare le caratteristiche tipiche del genere. La presenza simultanea di variazioni di entrambi i tipi, modificando il film a livello sia sintattico che semantico, fa vacillare l'appartenenza di una pellicola a un determinato genere. I generi sono quindi la condizione necessaria per una più profonda sintonizzazione tra il film e lo spettatore. Un ulteriore livello su cui avviene la negoziazione riguarda lo spettatore nel suo rapporto con il mondo reale o, in altre parole, la funzione del genere cinematografico rispetto alla relazione tra il fruitore e il proprio ambiente.

L'analisi della negoziazione tra lo spettatore che fruisce di un film e la sua esperienza presuppone di considerare i contenuti proposti dal film come una risorsa che può essere utilizzata a livello cognitivo. Infatti, il genere fornisce alle persone nuove storie che andranno ad aggiungersi ai discorsi che già circolano nella sfera sociale. Per mezzo delle storie, il genere aiuta poi a esemplificare situazioni in cui è possibile imbattersi nella vita reale e offre delle possibili

soluzioni e aiuta ad affrontare questioni riguardanti una comunità ripropo-
nendole alla pubblica attenzione attraverso la narrazione.

Secondo Casetti (2002), i generi aiutano a trasformare i testi in risorse e a farlo in modo appropriato alle diverse circostanze. Mentre permettono di astrarsi dal mondo reale per accedere alla sfera dell'immaginario, nello stesso tempo insegnano ad applicare nella realtà soluzioni che sono state mostrate all'interno di una storia.

Per questo può essere utile anche a chi si occupa della mente in emergenza conoscere gli ingredienti chiave delle narrazioni del genere disaster movie: padroneggiando gli elementi di questo genere narrativo diventa possibile decifrare ed eventualmente sostenere la strutturazione narrativa e la condivisione emotiva delle esperienze reali in emergenza.

Concludiamo, dunque, con un elenco di alcuni dei temi più ricorrenti nella filmografia citata, in modo da aprire la strada alla costruzione di strumenti di analisi delle narrazioni dei sopravvissuti. Tra i temi ricorrenti troviamo lo stravolgimento e la conversione delle relazioni interpersonali, il sacrificio di sé e la redenzione, la collaborazione tra le vittime, il lavoro di squadra tra gli esperti, l'integrazione forzata delle diversità, la punizione e la sopravvivenza per chi lotta, la spiegazione causale che attribuisce le colpe all'avidità umana, all'arroganza, all'incompetenza di chi pasticcia con la natura e le tecnologie, alla cecità di chi non rileva i segnali evidenti di pericolo. Tra i ruoli stereotipati ritroviamo: l'eroe e l'eroe riluttante, il cattivo ragazzo e/o il cattivo ragazzo redento, la donna forte e la damigella in pericolo, i bambini vulnerabili, il burocrate, la voce nel deserto, i supporti e le vittime.

Si tratta ora, per i ricercatori, di rilevare sistematicamente sul campo le tracce di queste narrative, verificando se e a quali condizioni esse facilitino/ostacolino effettivamente l'organizzazione dei comportamenti in emergenza e la condivisione sociale delle emozioni nel post-emergenza.

Sulla base di queste verifiche sarà possibile fondare sempre più correttamente le pratiche formative, così importanti per gestire le emergenze, evitando stereotipi, luoghi comuni e false assunzioni. Sarà anche possibile ripensare al meglio le simulazioni finalizzate all'addestramento, formulando scenari e ipotesi comportamentali sui risultati acquisiti e sugli strumenti interpretativi propri della narratologia e della cinematografia.

Sarà anche possibile costruire narrazioni ad hoc e prodotti multimediali funzionali all'educazione e alla prevenzione, alla creazione di una memoria condivisa e alla comunicazione sociale delle emozioni, così importanti per la rielaborazione e l'integrazione delle esperienze personali drammatiche.

Infine, potrebbe diventare più facile, per gli psicologi dell'emergenza interessati alla dimensione clinica, raccogliere, comprendere e sostenere la rielaborazione delle narrazioni traumatiche che faticano a trovare parole.

In generale, il nostro auspicio è che si sviluppi ulteriormente l'attenzione alle dimensioni culturali e semiotiche delle rappresentazioni sociali da parte di chi si occupa di psicologia dell'emergenza. Non è possibile, infatti, comprendere i comportamenti altrui e agire efficacemente in questi contesti se non considerando le cornici culturali e l'immaginario a cui fanno riferimento le persone. Ogni rappresentazione sociale di emergenza implica, infatti, una rap-

presentazione dei ruoli di soccorritore, di vittima, di spettatore. Non interrogarsi sulle rappresentazioni a cui le persone fanno riferimento significa non chiedersi “in che film credono di vivere” e rischiare dunque drammatiche incomprensioni.

Fabio Sbattella e Margherita Maria Branca, Unità di ricerca in Psicologia dell'emergenza, Università Cattolica, Milano.

Bibliografia

- Anolli L. e Mantovani F. (2011), *Come funziona la nostra mente*, Il Mulino, Bologna.
- Bonanno M. (2005), *Il cinema dell'Apocalisse. Anatomia dei disaster movies*, CRES, Catania.
- Brancato S. (2003), *La città delle luci. Itinerari per una storia sociale del cinema*, Carocci, Roma.
- Broderick M. (1993), *Surviving Armageddon: beyond the imagination of disaster*, “Science fiction studies”, 62(20), pp. 362-382.
- Bruner J.S. (1992), *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Casetti F. (2002), *Communicative negotiation in cinema and television*, Vita & Pensiero, Milano.
- Davis M. (1999), *Geografie della paura. Los Angeles: l'immaginario collettivo del disastro*, Feltrinelli, Milano.
- Erickson M. (1987), *Opere*. Voll. 1-4, Astrolabio, Roma.
- Farr R.M. e Moscovici, S. (1989), *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Favier R., Granet-Abisset A. (2005), *Récits et représentations des catastrophes depuis l'Antiquité*, CNRS-MSH-Alpes, Grenoble.
- Gupta S. e Bonanno G.A. (2010), *Trait self-enhancement as a buffer against potentially traumatic events: A prospective study*, “Psychological trauma: theory, research, practice and policy”, 2(2), pp. 83-92.
- Hewitt K. (1983), *Interpretations of calamity, the risk & hazard series 1*, Allen & Unwin, Boston.
- Jodelet D. (1992), *Le rappresentazioni sociali: un campo in espansione*. In D. Jodelet, *Le rappresentazioni sociali*, Liguori Editore, Napoli, pp. 43-76.
- Keane, S. (2006), *Disaster Movies. The cinema of catastrophe*, Wallflower Press, London.
- Larski H. (2005), *Le film catastrophe américain: entre devoir de mémoire, catarsi et peur jouissive*. In Favier e Granet-Abisset, *Récits et représentations des catastrophes depuis l'Antiquité*, CNRS-MSH-Alpes, Grenoble.
- Ligi G. (2009), *Antropologia dei disastri*, Laterza, Roma.
- Mastronardi V.M. e Calderaro M. (2010), *I film che aiutano a stare meglio. Filmtherapy*, Armando Editore, Roma.
- McCann L. e Pearlman L.A. (1990), *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*, “Journal of traumatic stress”, 3, pp. 131-149.

- Malatesta S. e Rondinone A. (2011), *La natura si ribella, catastrofi e ambientalismo nella cinematografia hollywoodiana*, Unicopli, Milano.
- Matarazzo O. e Zammuner V.L. (2009), *La regolazione delle emozioni*, Il Mulino, Bologna.
- Metz C. (2006), *Cinema e psicanalisi*, Marsilio, Venezia.
- Mitry J. (1963-1965), *Esthétique et psychologie du cinéma*, 2 voll., Edition Universitaires, Paris.
- Moscovici S. (1989), *Rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Pearlman L.A. e Saakvitne K.W. (1995), *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious in traumatization in psychotherapy with incest survivors*, Norton, New York.
- Pollard T. (2011), *Hollywood 9/11: Superheroes, supervillains, and super disasters*, Paradigm Publishers, London.
- Rimé B. (2008), *La dimensione sociale delle emozioni*, Il Mulino, Bologna.
- Roddick N. (1980), *Only the Stars Survive: Disaster Movies in the Seventies*. In D. Brady (a cura di), *Performance and politics in popular drama: Aspects of popular entertainment in theatre, film, and television 1800-1976*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 243-269.
- Sbattella F. (2005), *Psicologi e psicologie in contesti di emergenza*. In Bruno A., Kaneclin C. e Scaratti G. (a cura di), *I processi di generazione delle conoscenze nei contesti organizzativi e di lavoro*, Vita e Pensiero, Milano.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sbattella F. (2012), *La costruzione di simulazioni delle dinamiche psicologiche in emergenza. Sceneggiature e profiling*, "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 7, pp. 14-31.
- Sbattella F. e Pini E. (2004), *Strategie di coping ed emozioni nei soccorritori*, "Nuove tendenze della psicologia", 1.
- Sontag S. (1967), *L'immagine del disastro*. In Sontag S., *Contro l'interpretazione*, Mondadori, Milano.
- Sontag S. (1977), *Sulla fotografia. Realtà e immagine nella nostra società*, Einaudi, Torino.
- Sontag S. (2006), *Davanti al dolore degli altri*, Mondadori, Milano.
- Tettamanzi M., Sbattella F. e Molteni M. (2012), *Rappresentazioni sociali dell'emergenza. L'influenza dei media e dell'esperienza diretta*. In *Atti del IX Convegno SIPCo*, Milano.
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S. e Steele K. (2011), *Fantasma nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, Cortina Raffaello, Milano.
- Vittorini F. (2006), *Il testo narrativo*, Carocci, Roma.
- Yacowar M. (2003), *The Bubs in the Rugs: Notes on the Disaster Genre*. In Grant B. K. (a cura di), *Film Genre Reader III*, University of Texas Press.
- Walton K.L. (2011), *Mimesi come far finta. Sui fondamenti delle arti rappresentazionali*, Mimesis Edizioni, Milano.
- Wolf, M. (1992), *Gli effetti sociali dei media*, Gruppo Editoriale Fabbri, Bompiani, Sonzogno.

L'infermiere e la comunicazione: dalla cura del paziente alla tutela del proprio benessere

Riassunto

Lavorare come infermieri significa confrontarsi quotidianamente con la sofferenza umana. Accanto a padroneggiare tutta una serie di procedure e competenze tecniche, l'infermiere, qualsiasi sia il suo specifico ambito di lavoro, è chiamato a entrare costantemente in relazione con i pazienti e con la loro sofferenza e a interfacciarsi con i loro familiari attraverso lo strumento comunicativo. La comunicazione rappresenta uno dei principali strumenti aspecifici di cui si avvale l'infermiere nella propria pratica professionale. Una preparazione adeguata permette di entrare positivamente in relazione con l'altro e contribuisce al benessere dell'operatore stesso. Il compito comunicativo, infatti, stimola nell'infermiere intensi vissuti emotivi che, in assenza di un'adeguata formazione, possono interferire sul suo benessere psicosociale.

Lo studio si propone di esplorare le relazioni esistenti tra competenze ed atteggiamenti comunicativi degli infermieri, strategie di coping, burnout e qualità della vita dell'operatore. Si ipotizza che strategie di coping proattivo promuovano il benessere psicologico e riducano il rischio di burnout. Si ipotizza, inoltre, un effetto di mediazione giocato dalle competenze e dagli atteggiamenti comunicativi degli infermieri.

Parole chiave: infermieri, comunicazione, emozioni, coping, burnout.

Abstract

A nurse faces human suffering everyday . Besides the many complex procedures and technical competences they have to master, nurses in any department have to relate with patients and their sufferance and to communicate with patients' relatives. Communication is one of the main aspecific instruments which a nurse needs to be able to use. A good training in communication allows to have a positive relation with patients and their relatives and promotes nurse's well-being. Communication arouses intense and often negative emotions in nurses. These emotions, without an adequate training, can interfere with nurses' psychosocial well-being.

The study aims to explore the connection between nurses' communication skills and attitudes, coping strategies, burnout and quality of life. We hypothesize that proactive coping promotes psychological well-being and reduces risk of burnout. We also, hypothesize the existence of a mediating effect played by nurses' communication skills and attitudes.

Key words: nurses, communication, emotions, coping, burnout.

Il lavoro di infermiere presuppone un confronto quotidiano con la sofferenza umana: per chi lo esercita la quotidianità coincide con ciò che per la popolazione generale rappresenta l'eccezionalità e il confronto con situazioni di emergenza emotiva.

Per l'alto grado di esposizione a eventi potenzialmente traumatici gli infermieri devono essere considerati una popolazione potenzialmente a rischio per lo sviluppo di risposte emotive e psicologiche disturbanti, che potrebbero interferire con il benessere individuale, con le relazioni interpersonali e con la pratica professionale (Figley, 1995; Dick, 2000; Newman e Rucker, 2004; Sbatella, 2009). Per questo motivo si ritiene fondamentale svolgere con questi

professionisti un costante lavoro preventivo e formativo.

Oltre a dover padroneggiare tutta una serie di procedure e competenze tecniche che si ritengono parte integrante della sua formazione professionale, l'infermiere è chiamato a entrare costantemente in relazione con i pazienti e la loro sofferenza e a interfacciarsi con i loro familiari attraverso lo strumento comunicativo (Sbattella e Tettamanzi, 2007; Tettamanzi e Sbattella, 2009). La comunicazione rappresenta uno dei principali strumenti aspecifici di cui si avvale l'infermiere nella propria pratica professionale.

Molte ricerche evidenziano che l'uso di buone strategie comunicative migliora la compliance del paziente e influenza la sua salute fisica ed emotiva.

Ancora scarsa attenzione è stata posta, invece, all'impatto della comunicazione sul benessere psicofisico dell'infermiere. Il compito comunicativo, infatti, stimola nell'operatore degli intensi vissuti emotivi che, in assenza di una formazione adeguata, possono interferire con il suo benessere psicologico e fisico (Moja e Vegni, 2000; Buckman, 2003).

Si ritiene, per contro, che una preparazione adeguata permetta di entrare positivamente in relazione con l'altro e contribuisca al benessere dell'operatore stesso.

Obiettivo

La presente ricerca ha come obiettivo generale una migliore comprensione degli aspetti emotivi connessi alla pratica professionale dell'infermiere, al fine di mettere a punto strategie formative e/o di confronto adeguate capaci di ridurre il rischio di burnout e di migliorare la qualità di vita di questi operatori.

Nello specifico, lo studio si propone di esplorare le relazioni circolari esistenti tra competenze e atteggiamenti comunicativi degli infermieri, strategie di coping (Sbattella e Pini, 2004), burnout (Letter e Maslach, 2005) e qualità della vita dell'operatore sanitario.

Ipotesi

Si ipotizza che l'utilizzo di strategie di coping proattivo (Greenglass et al., 1999), ossia di quelle strategie utilizzate per affrontare situazioni stressanti attraverso l'anticipazione dei potenziali problemi e la messa in atto di risposte preventive e anticipatorie, promuova il benessere psicologico e riduca il rischio di burnout. Si ipotizza, inoltre, la presenza di un effetto di mediazione giocato dalle competenze e dagli atteggiamenti comunicativi degli infermieri. Ci si attende, in particolare, che la presenza di atteggiamenti positivi e propositivi nei confronti del compito comunicativo e la percezione di avere una buona preparazione in materia incrementino l'effetto positivo giocato dalle strategie di coping proattivo sul benessere dell'infermiere, laddove atteggiamenti negativi ed evitanti in presenza di scarse capacità di coping proattivo aumentino il rischio di burnout.

Fasi

La ricerca si articola in due fasi. Una prima fase è rappresentata dalla realizzazione di un studio esplorativo, i cui risultati sono esposti in questa sede. Tale studio, realizzato su un campione di infermieri del Nord Italia, è volto a comprendere meglio le relazioni esistenti tra le variabili indagate al fine di elaborare ipotesi più precise e dettagliate da testare poi nella fase successiva.

La seconda fase prevede la messa a punto di uno studio nazionale, realizzato in collaborazione con il Sindacato infermieri di Bergamo e volto a studiare il fenomeno in oggetto in modo più dettagliato.

Metodo

Soggetti

Lo studio esplorativo, esposto in questa sede, ha coinvolto 215 infermieri professionali del Nord Italia, reperiti attraverso corsi di formazione e aggiornamento realizzati dal Sindacato infermieri NurSind di Bergamo e Brescia.

Nello specifico, il campione risulta composto da 20 maschi e 191 femmine (4 missing); solo 17 degli infermieri coinvolti sono infermieri coordinatori.

Per quanto riguarda il titolo di studio, 42 sono gli infermieri laureati e 12 coloro che hanno conseguito un master o un dottorato.

È stato chiesto a ciascun infermiere di specificare l'organizzazione oraria del proprio lavoro, partendo dalla premessa che questa possa costituire una importante variabile nel promuovere il benessere o nell'aumentare il rischio di burnout. È emerso che 70 infermieri lavorano part-time; 80 lavorano 5 giorni su 7, 23 lavorano 6 giorni su 7, mentre sono 80 gli infermieri che nel nostro campione ricoprono turni h24.

Si evidenzia una netta prevalenza di soggetti sposati (139) e le persone che hanno figli sono 64. L'età maggiormente rappresentata è la fascia 35-44 anni (media = 40,71, DS = 7,4) mentre la maggioranza degli infermieri ha un'anzianità di servizio tra gli 11 e 20 anni (media = 18,31, DS = 8,3).

Sono emerse associazioni significative tra *l'età dell'infermiere e il ruolo ricoperto* ($\chi^2 = 36,714$, $df = 24$, $p = 0,047$), tra *l'età e lavoro part-time* ($\chi^2 = 29,064$, $df = 12$, $p = 0,004$) e tra *l'età e il fatto di lavorare con turni h24* ($\chi^2 = 17,799$, $df = 4$, $p = 0,001$). In particolare emerge che gli infermieri coordinatori sono tendenzialmente più anziani, coloro che lavorano part-time sono concentrati nella fascia d'età tra i 35 e i 44 anni, e sono prevalentemente gli infermieri più giovani a lavorare con turni h24.

Strumenti

La rilevazione dei dati è stata effettuata con strumenti self-report, somministrati durante corsi di formazione e aggiornamento (nella fase preliminare,

in ingresso al corso). La somministrazione ha richiesto un tempo di circa 45 minuti.

A tutti i soggetti è stato chiesto di compilare una scheda anagrafica e un plico in cui erano contenuti i seguenti strumenti:

- un questionario costruito ad hoc sulla comunicazione con pazienti e familiari;
- un questionario sulla qualità della vita adattato alle specifiche caratteristiche della professione, costruito ad hoc in collaborazione con il sindacato infermieri di Bergamo;
- il Burnout Inventory (Maslach, 1994)
- il Proactive Coping Inventory (Greenglass et al. 1999).

Risultati

I dati raccolti sono stati analizzati prima separatamente per aree tematiche (burnout, coping e atteggiamenti/strategie comunicative), per poi passare all'analisi delle interazioni tra le variabili prese in considerazione.

Le analisi riportate sono state realizzate attraverso l'utilizzo del pacchetto statistico SPSS.

Burnout

Gli studi sul burnout evidenziano in modo concorde una struttura fattoriale della variabile in oggetto che prevede tre componenti: l'energia, il senso di efficacia percepita e il livello di coinvolgimento nel gruppo di lavoro. I risultati riportati in letteratura (Maslach, 1994) concordano sul fatto che elevati livelli di energia, di efficacia e un senso di coinvolgimento positivo nel gruppo di lavoro riducono il rischio di burnout e di disaffezione professionale, contribuendo a un senso di soddisfazione professionale e promuovendo un senso di benessere.

A partire dai dati da noi raccolti, abbiamo come prima cosa verificato la tenuta fattoriale del questionario proposto. In Tabella 1 sono riportati i risultati delle analisi descrittive svolte sul questionario somministrato. Come si può vedere, viene confermata la struttura fattoriale del burnout ed emergono valori medi che si attestano intorno alla media normativa del campione di standardizzazione. I tre fattori sono, inoltre, risultati positivamente correlati tra loro, come previsto dalla letteratura.

	Minimum	Maximum	Mean	Std	N° item	α
Energy (T)	26	66	51,33	8,6	5	.87
Efficacy (T)	24	66	50,36	8,7	6	.79
Involving (T)	23	64	52,06	8,7	5	.73

Tabella 1. Analisi descrittive dei fattori di burnout.

Tenendo conto di quanto indicato nel manuale, che distingue tra situazione assolutamente non problematica (> 65), non problematica (56-65), nella media (46-55), problematica (36-45), molto problematica (< 36), abbiamo cercato di stabilire come si distribuiscano i soggetti con i loro punteggi fattoriali rispetto a queste categorie. Abbiamo quindi compattato i soggetti in base al fatto che presentassero livelli di energia bassi (problematici), medi (nella norma) o alti (non problematici). Tale distribuzione è riportata in Figura 1. Come si può notare, 49 infermieri presentano livelli problematici di energia, 65 hanno livelli di efficacia problematici e solo 41 presentano livelli di rischio per quanto riguarda il coinvolgimento nel gruppo di lavoro.

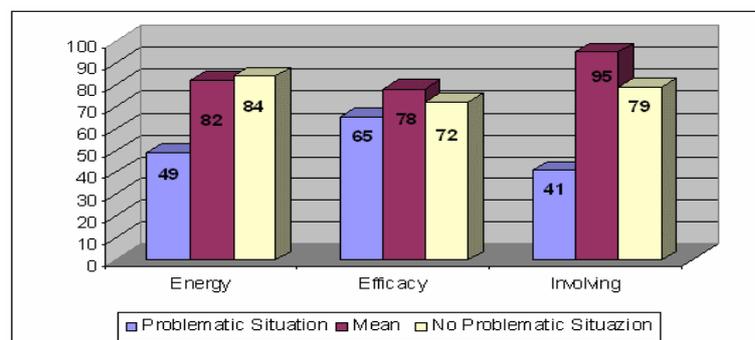


Figura 1. Distribuzione di frequenza dei fattori di burnout.

Sono state esplorate le variabili strutturali in grado di influenzare in modo significativo il livello di burnout. È emerso che i *maschi* ($M = 47,2$; $DS = 10,7$) hanno un *livello di energia significativamente più basso* ($t = -2,26$; $p = 0,025$) delle *femmine* ($M = 51,7$; $DS = 8,3$). *Chi lavora 6 giorni su 7* ($M = 54,9$; $DS = 7,8$), inoltre, ha un *livello di efficacia significativamente più alto* ($t = 2,7$; $p = 0,007$) di chi non lavora 6 giorni su 7 ($M = 49,8$; $DS = 8,7$), mentre *chi fa turni h24* ($M = 48,3$; $DS = 8,4$) presenta livelli di efficacia significativamente più bassi ($t = -2,8$; $p = 0,006$) di chi non fa turni ($M = 51,7$; $DS = 8,770$).

Non sono emersi altri effetti significativi giocati dalle variabili strutturali prese in considerazione nel campione.

Coping

Con il termine coping si fa riferimento alle strategie utilizzate per fare fronte a eventi stressanti.

Molti studi hanno indagato le strategie di coping utilizzate dagli operatori dell'emergenza (Holaday et al., 1995; Sbattella e Pini, 2005). Le principali strategie individuate prevedono la focalizzazione sul compito, il distanzia-

mento emotivo, strategie cognitive autodirette, l'altruismo e il supporto sociale.

Greenglass e collaboratori (1999) hanno posto specifica attenzione alle strategie di coping che prevedono una preparazione e una riflessione anticipatoria, che sarebbero in grado di ridurre lo stress legato al presentarsi dell'evento disturbante e di aumentare la capacità di farvi fronte. Hanno quindi messo a punto un questionario volto a esplorare tali strategie (coping proattivo, coping riflessivo, pianificazione strategica, coping preventivo, ricerca di supporto strumentale, ricerca di supporto emotivo e coping evitante)

Per il presente studio, il questionario originario è stato tradotto in italiano e, quindi, da un secondo traduttore è stato nuovamente tradotto in inglese per verificare l'effettiva corrispondenza delle versioni.

In Tabella 2 sono riportati i punteggi ottenuti al questionario dal campione di infermieri da noi preso in considerazione. Si può osservare che risulta confermata la struttura fattoriale del questionario originario.

Per quanto riguarda le strategie di coping utilizzate dagli infermieri da noi presi in considerazione, si riscontra una prevalenza del coping proattivo, della ricerca di supporto strumentale ed emotivo e del coping riflessivo. Poco utilizzato risulta essere il coping evitante, riconosciuto anche in letteratura come una strategia poco efficace a lungo termine nel far fronte agli eventi stressanti.

Sono state inoltre calcolate le correlazioni tra i fattori del coping, i quali risultano tutti positivamente correlati tra loro, ad eccezione del coping evitante che non correla con nessun altro fattore.

	Minimum	Maximum	Mean	Std.	N° item	α
Proactive Coping	1,1	3,3	2,9	.47	14	.69
Reflective Coping	1,1	3,9	2,6	.48	11	.85
Strategic Planning	1,0	4,0	2,4	.64	4	.82
Preventive Coping	1,2	3,4	2,5	.58	10	.63
Instrumental Support Seeking	1,4	4,0	2,7	.47	8	.67
Emotional Support seeking	1,0	4,0	2,7	.62	5	.55
Avoidance coping	1,0	3,7	1,8	.65	3	.70
Total Coping	1,6	3,9	2,6	.35	55	.85

Tabella 2 – Analisi descrittive fattori coping.

Attraverso l'analisi del t-test e dell'ANOVA abbiamo, quindi, cercato le variabili strutturali dei nostri soggetti che influenzano le strategie di coping utilizzate (Figura 2). Emerge nello specifico che i maschi ($M = 2,5$; $DS = 0,51$) hanno livelli di ricerca di supporto strumentale significativamente più bassi ($t = -2,242$; $df = 209$; $p = 0,026$) delle femmine ($M = 2,7$; $DS = 0,47$).

Chi ha figli ($M = 2,5$; $DS = 0,59$) ha livelli di ricerca di coping strategico significativamente più alti ($t = 2,068$; $df = 208$; $p = 0,040$) di chi non ne ha ($M = 2,3$; $DS = 0,71$). Ancora, chi ha figli ($M = 1,7$; $DS = 0,63$) ha livelli di coping evi-

tante significativamente più bassi ($t = -2,244$; $df = 208$; $p = 0,026$) di chi non ne ha ($M = 1,95$; $DS = 0,67$).

Gli infermieri che lavorano 5 giorni su 7 ($M = 2,7$; $DS = 0,64$) hanno livelli di coping preventivo significativamente più alti ($t = -2,207$; $df = 206$; $p = 0,028$) dei colleghi con differente organizzazione oraria del lavoro ($M = 2,5$; $DS = 0,52$).

L'ANOVA evidenzia un effetto dello stato civile ($F[3,206] = 5,978$; $p = 0,001$) sul coping proattivo. Il post hoc eseguito con il test di Tuckey evidenzia nello specifico che i separati/divorziati ($M = 3,6$; $DS = 1,2$) hanno livelli di coping proattivo significativamente più alti dei single ($M = 2,9$; $DS = 0,44$; $p = 0,001$), dei conviventi/sposati ($M = 2,9$; $DS = 0,4$; $p = 0,000$) e dei vedovi ($M = 2,6$; $DS = 0,25$; $p = 0,039$).

Il test dell'ANOVA evidenzia anche un effetto dell'età ($F[4,202] = 3,560$; $p = 0,008$) sul coping strategico. Il post hoc eseguito con il test di Tuckey evidenzia che chi ha tra 45 e 54 anni ($M = 2,6$; $DS = 0,59$) ha livelli di coping strategico significativamente più alti di chi ha tra 25 e 36 anni ($M = 2,1$; $DS = 0,59$; $p = 0,004$).

Anche l'anzianità di servizio ($F[3,205] = 5,949$; $p = 0,001$) esercita un effetto sul coping strategico. Il post hoc eseguito con il test di Tuckey evidenzia nello specifico che chi ha tra 31 e 42 anni di servizio ($M = 2,8$; $DS = 0,66$) ha livelli di coping strategico significativamente più alti di chi ha tra 11 e 20 anni di servizio ($M = 2,3$; $DS = 0,64$; $p = 0,002$) e di chi ha 21-30 anni di servizio ($M = 2,6$; $DS = 0,60$; $p = 0,026$).

Si evidenziano, infine, significative differenze nelle strategie di coping utilizzate dagli infermieri coordinatori rispetto ai colleghi infermieri: i coordinatori hanno livelli di coping riflessivo ($t = -3,350$; $df = 201$; $p = 0,001$), di coping strategico ($t = -3,775$; $df = 201$; $p = 0,000$), di coping preventivo ($t = -2,955$; $df = 201$; $p = 0,004$) e di coping totale significativamente più alti ($t = -3,047$; $df = 201$; $p = 0,003$) degli infermieri.

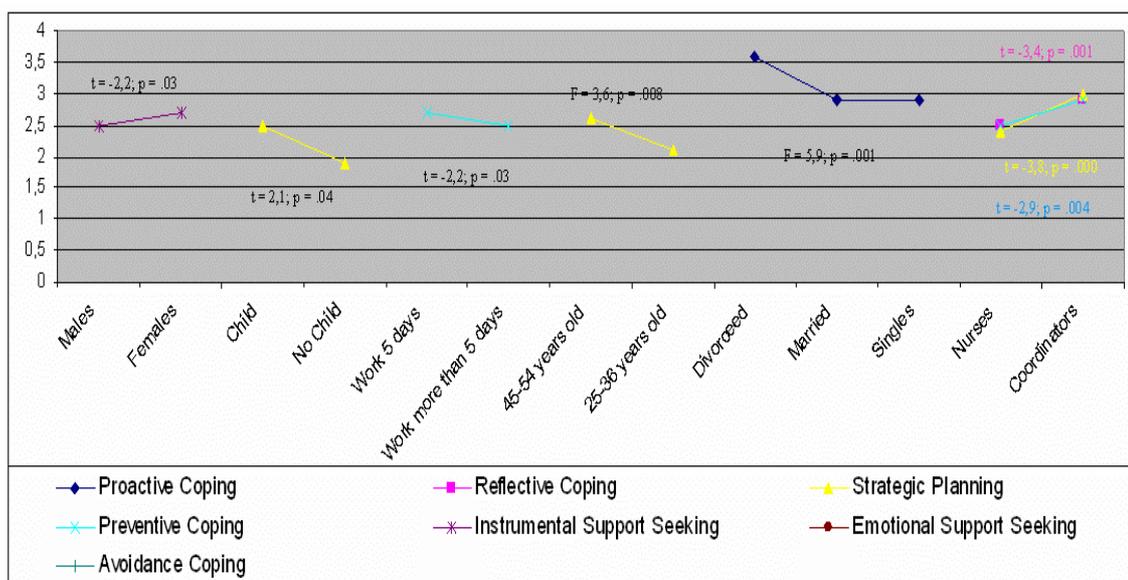


Figura 2. Variabili che influenzano le strategie di coping.

Comunicazione

Attraverso un'analisi fattoriale esploratoria (Varimax), dal questionario sulla comunicazione sono stati estratti 4 fattori che spiegano il 37% della varianza. I quattro fattori, in base agli item che saturano su di essi, sono stati così nominati:

- Fattore 1: comunicazione centrata sul paziente
- Fattore 2: comunicazione impersonale e negativa
- Fattore 3: evitamento del coinvolgimento emotivo
- Fattore 4: formazione alla comunicazione.

In tabella 3 sono riportate le analisi descrittive dei fattori emersi e la consistenza interna di ciascuno di essi.

	Minimum	Maximum	Mean	Std.	N° item	Engelvalues	α
Patient centered com. (factor 1)	2,68	4,89	4,26	.46	19	8,5	.88
Impersonal and negative com. (factor 2)	1,00	4,10	2,01	.63	10	3,4	.73
Avoidance emotion involving (factor 3)	1,00	4,43	2,46	.59	7	2,1	.30
Training in communication (factor 4)	1,33	4,83	2,99	.68	6	1,7	.45
Total communication	2,43	4,00	3,24	.28	42	-	.62

Tabella 3. Analisi descrittive e consistenza interna dei fattori comunicazione.

Dalle analisi emerge che il fattore che ottiene il punteggio medio più alto ($M = 4,26$; $DS = 0,46$) è quello relativo alla comunicazione centrata sul paziente, mentre il punteggio medio più basso ($M = 2,01$; $DS = 0,63$) si registra nel fattore 2. Ciò evidenzia un atteggiamento positivo degli infermieri nei confronti del compito comunicativo e una buona conoscenza e consapevolezza di come dovrebbe essere una buona comunicazione con pazienti e familiari. Parallelamente, tuttavia, gli infermieri percepiscono di avere scarsa preparazione e un insufficiente supporto da parte dell'organizzazione per poter svolgere al meglio tale compito, come si evidenzia dal basso punteggio medio ottenuto al fattore 4, relativo al training sulla comunicazione.

Il fattore 1 correla negativamente con il fattore 2 ($r = -,34^{**}$) e con il fattore 2 ($r = -,29^{**}$), mentre correla positivamente con il fattore 4 ($r = ,31^{**}$). Il fattore 2 e il fattore 4 sono tra loro positivamente correlati ($r = ,483^{**}$).

Anche per quanto riguarda l'atteggiamento nei confronti del compito comunicativo abbiamo esplorato le variabili strutturali che esercitano un'influenza statisticamente significativa.

L'unica variabile relativa ai soggetti che risulta influenzare l'atteggiamento comunicativo degli infermieri è il fatto di avere o meno figli. Nello specifico, chi non ha figli ($M = 2,64$; $DS = 0,66$) ha livelli di evitamento del coinvolgimento emotivo significativamente più alti ($t = -2,776$; $p = 0,006$) di chi ne ha ($M = 2,4$; $DS = 0,55$).

Qualità della vita

Attraverso un'analisi fattoriale esploratoria (Varimax) dal questionario sulla qualità della vita sono stati estratti 7 fattori che spiegano il 70% della varianza. In tabella 4 sono elencati i fattori, con le rispettive analisi descrittive e la consistenza interna.

È interessante rilevare che rientrano nello stesso fattore le variabili relative alla soddisfazione lavorativa e al tono dell'umore, il che suggerisce l'esistenza di una stretta relazione tra queste variabili. Si evidenzia ancora che, contrariamente alle aspettative, gli infermieri mostrano alti livelli di soddisfazione lavorativa (M = 7,10; DS = 1,38) e un positivo senso di autoefficacia ed efficienza (M = 7,19; DS = 1,34). Gli ambiti in cui gli infermieri evidenziano scarsa soddisfazione riguardano invece la qualità del tempo libero (M = 5,91; DS = 2,16) e la qualità del sonno (M = 6,39; DS = 2,09).

	Minimum	Maximum	Mean	Std.	N° item	Eigenvalues	α
Job and mood (factor 1)	1,43	10,00	7,10	1,38	7	11,7	.87
Efficacy and efficiency (factor 2)	2,80	9,40	7,19	1,34	5	2,3	.85
Couple and family life (factor 3)	1,00	10,00	6,83	1,93	5	1,8	.87
Physical wellness (factor 4)	1,50	10,00	6,86	1,51	6	1,7	.84
Social relationship (factor 5)	1,00	10,00	6,80	1,69	3	1,5	.84
Free time (factor 6)	1,00	10,00	5,91	2,16	2	1,2	.81
Sleep (factor 7)	1,00	10,00	6,39	2,09	2	1,0	.88
Total quality of life	1,63	9,87	6,87	1,23	30	-	.94

Tabella 4 – Analisi descrittive e consistenza interna fattori qualità della vita.

Attraverso l'analisi del t-test e l'ANOVA abbiamo esplorato le variabili che influenzano la soddisfazione e la qualità della vita degli infermieri (Figura 3).

I maschi hanno una qualità dei rapporti sociali ($t = -2,034$; $df = 209$; $p = 0,043$) e del sonno significativamente più bassa ($t = -2,430$; $df = 209$; $p = 0,016$) delle femmine.

Gli infermieri hanno livelli di efficacia ed efficienza significativamente più bassi ($t = -2,385$; $df = 201$; $p = 0,018$) degli infermieri coordinatori.

Chi ha figli ha una qualità della vita familiare significativamente più alta ($t = 3,246$; $df = 208$; $p = 0,001$) di chi non ne ha.

La variabile che sembra influenzare maggiormente la qualità della vita degli infermieri risulta essere l'organizzazione oraria del lavoro; chi lavora 5 giorni su 7 ha una qualità di vita lavorativa, un tono dell'umore e livelli di efficacia ed efficienza ($t = 2,498$; $df = 206$; $p = 0,013$) significativamente più alti ($t = 2,577$; $df = 206$; $p = 0,011$) dei colleghi con differente organizzazione oraria del lavoro; ancora, chi lavora 5 giorni su 7 evidenzia una soddisfazione significati-

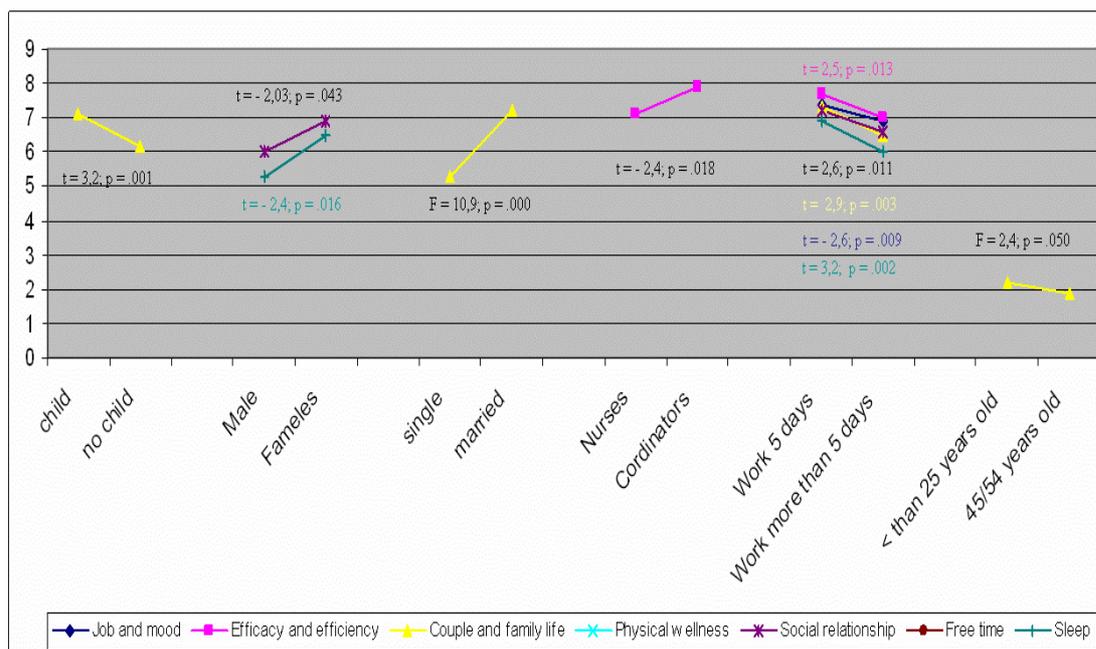


Figura 3. Variabili che influenzano la qualità della vita.

vamente maggiore dei colleghi per quanto riguarda la qualità percepita della vita familiare ($t = 2,983$; $df = 206$; $p = 0,003$), dei rapporti sociali ($t = 2,619$; $df = 206$; $p = 0,009$), della qualità del sonno ($t = 3,211$; $df = 206$; $p = 0,002$) e della qualità della vita totale ($t = 3,163$; $df = 206$; $p = 0,002$).

L'ANOVA evidenzia, inoltre, un effetto dell'età ($F[4,202] = 2,414$; $p = 0,050$) sulla qualità della vita familiare. Il post hoc eseguito con il test di Tukey evidenzia nello specifico che chi ha meno di 25 anni ($M = 2,2$; $DS = 1,1$) ha una qualità di vita familiare significativamente più alta di chi ha tra 45 e 54 anni ($M = 1,9$; $DS = 0,3$; $p = 0,035$).

Ancora, l'ANOVA evidenzia un effetto dell'anzianità di servizio sulla qualità della vita lavorativa e il tono dell'umore ($F[3,205] = 3,842$; $p = 0,010$), sul benessere fisico ($F[3,205] = 3,235$; $p = 0,023$) e sulla qualità del tempo libero ($F[3,205] = 2,940$; $p = 0,034$). In particolare, il post hoc eseguito con il test di Tukey evidenzia che chi ha tra 11 e 20 anni di servizio ha una qualità di vita lavorativa e tono dell'umore ($p = 0,006$), un livello di benessere fisico ($p = 0,015$) e una qualità del tempo libero significativamente più bassi ($p = 0,045$) di chi ha tra 21 e 30 anni di servizio.

L'ANOVA evidenzia, infine, un effetto dello stato civile ($F[3,206] = 10,898$; $p = 0,000$) sulla qualità della vita familiare. Il post hoc eseguito con il test di Tukey evidenzia nello specifico che i single ($M = 5,3$; $DS = 2,2$) hanno una qualità della vita familiare significativamente più bassa di chi è sposato o convivente ($M = 7,2$; $DS = 1,7$; $p = 0,000$).

Regressioni

Abbiamo quindi fatto regredire le variabili indagate sul punteggio totale ottenuto dai soggetti nella qualità della vita totale ed è risultato il modello riportato nella Figura 4.

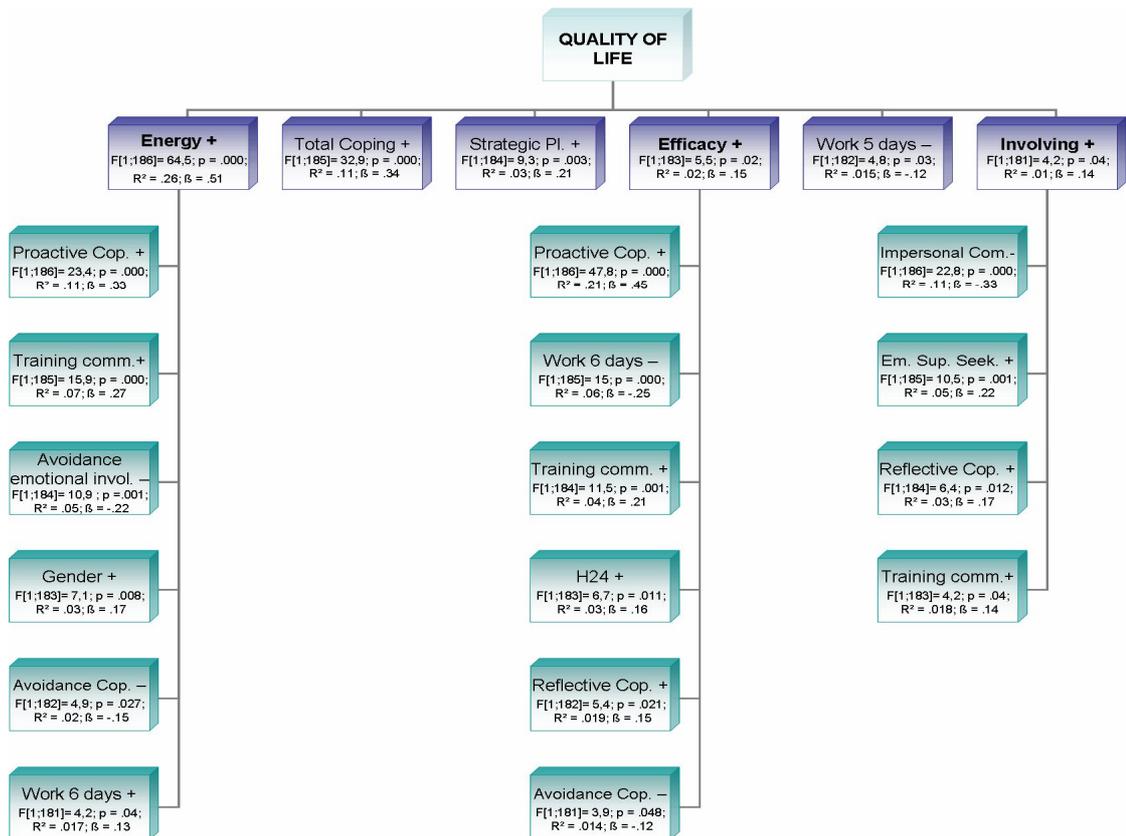


Figura 4. Modello regressione lineare sulla qualità della vita.

Le variabili in grado di predire in modo diretto la qualità della vita degli infermieri sono il senso di efficacia, di coinvolgimento e il livello di energia sperimentato dal soggetto, le capacità di coping in generale e di coping strategico in particolare. Nello specifico, maggiore è il punteggio ottenuto in queste variabili (e quindi minore è il livello di burnout sperimentato dal soggetto e maggiori sono le capacità del soggetto di far fronte allo stress) maggiore è la soddisfazione percepita per la qualità della vita. La qualità della vita dell'infermiere è inoltre predetta in modo diretto dall'organizzazione oraria del proprio lavoro: chi lavora 5 giorni su 7 mostra una maggiore soddisfazione nella vita in

generale.

Il modello evidenzia, inoltre, effetti indiretti giocati sulla qualità della vita in modo mediato attraverso il livello di burnout.

Il livello di energia del soggetto aumenta, infatti, all'aumentare delle capacità di coping proattivo e al decrescere del coping evitante; all'aumentare della formazione nella comunicazione e alla riduzione dell'evitamento del coinvolgimento emotivo nel compito comunicativo cresce il livello di energia del soggetto; quest'ultimo risulta, inoltre, essere più basso nei maschi e in chi lavora giorni su 7.

Il senso di efficacia degli infermieri aumenta all'aumentare delle capacità di coping proattivo e riflessivo, alla riduzione del coping evitante e all'aumentare della formazione nella comunicazione. Il fatto di lavorare 6 giorni su 7 aumenta il senso di efficacia, mentre il senso di efficacia è ridotto dal fatto di lavorare con turni h24.

Il senso di coinvolgimento dell'infermiere nella propria realtà lavorativa aumenta all'aumentare della capacità di cercare supporto emotivo, della capacità di coping riflessivo, della formazione al compito comunicativo; il senso di coinvolgimento, inoltre, diminuisce in presenza di alti livelli di comunicazione negativa e impersonale.

Conclusioni

Gli infermieri evidenziano alti livelli di soddisfazione nella vita professionale e un positivo senso di autoefficacia ma hanno una bassa soddisfazione per quanto riguarda il tempo libero e la qualità del sonno. Un alto livello di qualità della vita è predetto da un basso livello di burnout. La qualità della vita degli infermieri è inoltre predetta dalla complessiva capacità di coping e dal livello di coping strategico. Il fatto di lavorare 5 giorni su 7, infine, aumenta la qualità della vita percepita.

Il coping proattivo non promuove direttamente il benessere psicologico ma gioca un effetto di mediazione poiché riduce il rischio di burnout. Il livello di energia degli infermieri, infatti, aumenta quando cresce la capacità di coping proattivo e quando diminuisce il livello di coping evitante; alti livelli di coping proattivo e riflessivo e bassi livelli di coping evitante promuovono il senso di efficacia degli infermieri mentre il livello di coinvolgimento degli infermieri aumenta quando crescono il livello di coping riflessivo e la capacità di cercare supporto emotivo.

Una buona formazione alla comunicazione e la capacità di comunicare con empatia riduce il rischio di burnout. In particolare, buone competenze comunicative e un atteggiamento positivo verso la comunicazione giocano un effetto di moderazione tra il coping e la qualità della vita/burnout: delle buone competenze comunicative e un atteggiamento positivo verso la comunicazione riducono il rischio di burnout e migliorano la qualità della vita.

Questi risultati confermano l'importanza della formazione degli infermieri in ambito comunicativo. In futuro sarà importante esplorare l'impatto della formazione comunicativa degli infermieri sulla loro qualità della vita e sulla

soddisfazione e la compliance del paziente e dei suoi familiari.

La ricerca evidenzia, inoltre, l'importanza della messa a punto di contesti e di occasioni formative volti a incrementare le capacità di coping degli infermieri. Una simile formazione, infatti, avrebbe il duplice vantaggio di migliorare le prestazioni degli infermieri in condizioni stressanti (incremento di cui si avvantaggerebbe anche l'organizzazione per cui lavora l'infermiere) e di promuovere un senso di benessere negli infermieri stessi, riducendone il rischio di burnout e migliorandone la qualità di vita.

Marilena Tettamanzi, *Unità di ricerca in psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria*, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

Bibliografia

- Buckman R. (2003), *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Dick P. (2000), *The social construction of the meaning of acute stressors; a qualitative study of the personal accounts of police officers using a stress counseling service*, "Work and stress", 14, pp. 226-244.
- Figley C.R. (1995), *Compassion fatigue as secondary stress disorder: an overview*. In C.R. Figley (a cura di), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, Brunner-Routledge, New York.
- Greenglass E.R. e Fiksenbaum L. (1999), *Proactive coping, positive affect, and well-being testing for mediation using path analysis*, "European psychologist", 14(1), pp. 29-39.
- Leiter M.P. e Maslach C. (2005), *OCS/Organizational Checkup System. Come prevenire il burnout e costruire l'impegno. Guida per il capo progetto*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Moja E. e Vegni E. (2000), *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano.
- Newman D.W. e Rucker, R.M. (2004), *Police stress, state-trait anxiety and stressors among US Marshals*, "Journal of criminal justice", 32, 631-641.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sbattella F. e Tettamanzi M. (2007), *Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali*, ISU Università Cattolica, Milano.
- Sbattella F. e Pini E. (2004), *Strategie di coping ed emozioni negli operatori*, "Nuove tendenze della psicologia", 2(1).
- Tettamanzi M. e Sbattella F. (2009), *Modelli di risposta familiare a incidenti stradali*, "Psicoterapia cognitivo-comportamentale", 15(1), pp. 33-62.