

# PSI

ANNO I • N. 1  
Gennaio-Giugno 2010



# PSICOLOGIA ALABRIA



Rivista scientifica  
di psicologia  
dell'Ordine degli Psicologi  
della Calabria

## ARTE&PSICHE

**Il Perseo di  
Benvenuto Cellini**

## STUDI

**Reazioni acute  
da stress  
post-traumatico  
nei bambini**

**Bullismo tradizionale  
e cyberbulling**

## ARTE&PERSONA

**La depressione,  
male del secolo**

## PSICHE&LAVORO

**Fiducia e Downsizing**



# “Psicologia Calabria”

La nuova rivista  
dell'Ordine degli Psicologi della Calabria

di ARMODIO LOMBARDO\*



**C**on questo primo numero prende avvio “Psicologia Calabria”, la nuova rivista scientifico-professionale promossa dall'Ordine degli Psicologi della Calabria.

La rivista ha uno specifico obiettivo, una precisa ambizione e una speranza: riuscire a costituire uno spazio in cui gli innumerevoli colleghi che lavorano in Calabria, e nei vari contesti professionali e scientifici che la popolano, possano riflettere, concettualizzare e condividere le esperienze, le innovazioni, le idee, nonché i problemi e le criticità che incontrano nel loro lavoro pratico concreto espletato quotidianamente.

Un luogo cioè per dare voce a iniziative attuate, progetti intrapresi, conclusi o falliti, pensieri originali o critici, o anche polemici, modelli di intervento prodotti a partire dal lavoro sul campo, nel territorio, nel privato, nelle strutture di ricerca

e nelle ricerche promosse dalle varie strutture, nonché dagli interscambi con le altre professioni e gli altri campi del sapere.

Una occasione insomma per invogliare tutti i colleghi a sforzarsi di organizzare e comunicare razionalmente, in modo articolato e scientifico, le loro esperienze così da renderle pubbliche e confrontarle con tutta la comunità professionale, permettendo alla stessa di discuterle, criticarle, migliorarle.

Nella convinzione che se ci si confronta sulla pratica, e non solo sulle teorie, si evidenziano immediatamente i punti di contatto e di divergenza e spesso si scopre che modelli diversi, ritenuti incompatibili, comparati sul

concreto, trovano insospettiti punti di contatto, mentre modelli in apparenza simili verificati in pratica appaiono diversi.

Naturalmente non saranno esclusi contributi di psicologi di altre regioni o, se possibile, internazionali, anche se la priorità andrà ai lavori prodotti nel nostro territorio o a lavori che al nostro territorio fanno capo.

Questa scelta non deve essere intesa, riduttivamente, come ispirata da un atteggiamento provinciale: la rivista si propone anzitutto come un servizio ai colleghi e

sta a significare un atto di fiducia nelle nostre capacità, nella consapevolezza che dare credito, in specie ai giovani, produce e invoglia l'innovazione e la ricerca. E nella consapevolezza che la vera internazionalità non consiste nello scimmiettare gli stranieri, perché questo è proprio il provincialismo che giustamente viene stigmatizzato, ma nel non

ignorare le proprie radici – in questo caso professionali e culturali – e nel partire da queste per poi diramarsi al doveroso, e ineludibile, incontro con le ricerche e le esperienze internazionali.

Senza presunzione vorremmo dunque dare avvio a un'operazione che ha, in primo luogo, lo scopo di informare e mettere in comune un patrimonio di lavoro e di pensiero, spesso sotterraneo o condiviso solo occasionalmente, in modo informale o in gruppi ristrettissimi.

Al tempo stesso – e questa è la speranza – la rivista vuole essere un'operazione che ambisce a produrre un pensiero autonomo, consapevoli come siamo del fatto che, nella ormai molto grande comunità professionale

**Un'occasione  
insomma per  
invogliare tutti  
i colleghi...**

Calabrese, molte sono le risorse, le capacità, le esperienze e anche la voglia di percorrere strade innovative, che però non sempre hanno l'occasione o lo stimolo per venire allo scoperto.

A fronte di questi problemi di fondo, ce ne sono altri che non dipendono dalla psicologia in senso stretto e dal suo statuto scientifico, ma conseguono a mutate condizioni socio-culturali, con dirette ricadute nel nostro campo e sulla nostra operatività. Infatti con l'avvento della società multi-etnica anche i modelli culturali delle persone che si avvalgono del servizio psicologico si modificano nettamente, come sperimentano e possono testimoniare i colleghi che operano nei servizi sul territorio e interagiscono con un'utenza extracomunitaria o di matrici culturali diverse dalle nostre. Gli utenti (e i pazienti di altre culture) che si rivolgono e si avvalgono dei servizi psicologici, non solo presentano problemi nuovi, ma soprattutto hanno schemi di riferimento culturali completamente diversi dai nostri, obbligando quindi gli psicologi a imparare a lavorare su registri diversi, senza i quali diventa difficile poter stabilire un qualsivoglia contatto e, per conseguenza, avviare interventi minimamente significativi (si veda ad esempio Zoletto, 2003; Quassoli, 2006).

In questo quadro, una sfida che si pone alla psicologia consiste non solo nel ripensare al senso della salute mentale, del benessere individuale e sociale in contrapposizione alla patologia, non solo nel ripensare al senso e alla funzione della diagnosi, ma nel ripensare al senso stesso della clinica e dell'intervento psicologico, che, laddove è trasformativo, promotore di consapevolezza e benessere, costruttore di relazioni interpersonali, individuali, organizzative e sociali più sane e più umane, è di per sé un intervento clinico (si veda Amerio 2004).

Non sarà certo "Psicologia Calabria" a sciogliere questi nodi, ma se, nell'ambito della nostra comunità e tramite uno strumento come questo, riuscissimo a promuovere una circolazione di pensieri e di riflessioni e una maggiore consapevolezza e fiducia delle nostre potenzialità, ebbene... non sarebbe un risultato tanto disprezzabile.

Ma se ci riusciremo, sarà solo grazie al contributo di tutti quanti i colleghi, che invitiamo fin d'ora a inviarmi articoli, ricerche, esperienze, recensioni e segnalazioni.

## Note

\* Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Calabria

Anno I - Numero I

Rivista scientifica semestrale di psicologia  
dell'Ordine degli Psicologi della Calabria  
Gennaio-Giugno 2010

Iscritta al n. 6 del Registro Stampa  
del Tribunale di Catanzaro in data 10.06.2009

**Direttore**

ARMODIO LOMBARDO

**Direttore Responsabile**

ANTONIO FAZIO

**Capo Redattore**

CATERINA COREA

**Segretario Redattore**

SANDRO AUTOLITANO

**Redazione**

ANTONELLA ABBONANTE

FRANCESCO LANDO

SERAFINA LAVIGNA

PASQUALE MONTALTO

**Comitato Scientifico**

ANGELA COSTABILE

LUIGI DE MARCHI

ISABEL FERNANDEZ

DOMENICO ARTURO NESCI

RICCARDO GIORGIO ZUFFO

**Grafica e stampa**

*Rubbettino*

*Industrie Grafiche ed Editoriali*

Soveria Mannelli (Catanzaro)

Finito di stampare

nel mese di maggio 2010

Ordine degli Psicologi della Calabria

Via Acri, 81 • 88100 Catanzaro

Tel. 0961.794778 • Fax 0961.726709

e-mail: rivista@psicologialabria.it

*In copertina: opera di Martina Bruni*

# Nasce “Psicologia Calabria”

Saluto del direttore responsabile

di ANTONIO FAZIO

**È** quasi scontato che chi si accinge ad assumere la responsabilità di dirigere una qualsiasi nuova pubblicazione debba avere motivazioni personali, teoriche e pratiche, finalizzate al raggiungimento di determinati e svariati obiettivi. Questo vale, ovviamente, anche per me, che ho accettato con interesse e disposizione convinta, l'invito dell'Ordine degli Psicologi della Calabria a dirigere questa rivista, che per la prima volta vede la luce in una regione del Sud, dove tutto si presenta più problematico e difficile, ma dove, pertanto, la pubblicazione di un periodico informativo e formativo assume una rilevante importanza.

Tornando alle motivazioni personali, debbo dire che nell'attività quarantennale nella scuola, prima come docente e poi come dirigente, nell'insegnamento della disciplina “Comunicazioni sociali” presso l'Istituto Superiore di Scienze Religiose di Catanzaro, nell'attività giornalistica (che continuo ancora a praticare con entusiasmo), ho sperimentato l'importanza della conoscenza della psicologia e della sua storia. D'altra parte, giudico questa materia utile e necessaria, per lo svolgimento di svariate professioni in più settori della vita civile. La circostanza che **“Psicologia Calabria”** nasce

nella nostra regione, tristemente afflitta da complessi problemi di ordine umano, sociale, politico, economico, culturale, ecc., rende più forte la convinzione che lo specialista psicologo, potrà, attraverso le pagine della rivista, rendere un servizio puntuale e altamente qualificato per lo sviluppo della comunità calabrese, evitando da un lato di cadere in un gretto “provincialismo” e dall'altro, invece, tenendo conto delle ricerche e delle esperienze internazionali, come, d'altra parte mette bene in luce nel suo editoriale il presidente dell'Ordine, dott. Armodio Lombardo.

**“Psicologia Calabria”  
nasce nella  
nostra regione**

Dunque, sono conscio che questa rivista, aggiungendosi ad altre che nel settore psicologico si pubblicano in Italia e all'estero, si ritaglia, comunque, un prezioso spazio perché viene a colmare il vuoto che esisteva in Calabria, regione finora priva di un organo che valorizzasse la professionalità e l'impegno degli psicologi che operano in terra bruzia.

In conclusione, auspico che **“Psicologia Calabria”**, alimentata dal contributo qualificato di specialisti, studiosi, esperti della psicologia scientifica, clinica, sociale e via dicendo, possa avere vita lunga, possa essere foriera di soddisfazioni per coloro che l'hanno ideata e voluta e possa essere, infine, per chi la leggerà un valido strumento scientifico e culturale.

# Il Perseo di Benvenuto Cellini

*Di chi era il doppio?*

di DOMENICO ARTURO NESCI\*

**F**irenze, 27 Aprile 1554. Il Perseo di Benvenuto Cellini viene scoperto vicino alla Giuditta e Oloferne di Donatello che, a quei tempi, si trovava sotto gli archi della Loggia dei Lanzi. Apparentemente tutti ammirano l'opera d'arte, compreso Cosimo I de' Medici, il Granduca di Toscana, l'uomo che aveva concepito la statua e l'aveva commissionata a Cellini. Cosimo si congratula con l'artista e gli dà il permesso di partire per Roma. Ma, al suo ritorno a Firenze, l'artista scopre con sgomento di essere caduto in disgrazia presso il Duca... Perché?

Secondo Camesasca (1985), la spiegazione ipotizzata dall'unico storico dell'arte che si è posto questo interrogativo (Trento, 1984) è poco convincente. Trento sostiene che Cosimo I si sarebbe rivoltato contro l'artista perché Cellini avrebbe sottratto delle quantità di metalli invece di utilizzarli per la fusione della statua in bronzo, avrebbe manifestato intemperanze caratteriali e si sarebbe presa un'eccessiva libertà nell'elaborazione del tema che gli era stato commissionato.

Camasesca va ben aldilà delle ipotesi del Trento e ritiene che il Perseo non sia affatto piaciuto a Cosimo I, contrariamente a quanto scrive invece Cellini nella sua autobiografia.

La celebre *Vita di Benvenuto di Maestro Giovanni Cellini fiorentino, scritta, per lui medesimo, in*

*Firenze (1565)* è stata esplicitamente redatta dall'artista nel tentativo di riguadagnare i favori di Cosimo I, partendo dal presupposto che la statua gli sarebbe piaciuta moltissimo e che altre "oscure" ragioni (sfortunate configurazioni astrali, invidiose calunnie o pettegolezzi malevoli) lo avrebbero fatto cadere in disgrazia nell'*entourage* del potente personaggio.

L'ipotesi che propongo in questo lavoro è che Camesasca abbia invece ragione e che il Perseo non sia affatto piaciuto a Cosimo I perché invece di essere un suo doppio era un doppio dell'artista. Non solo, l'opera d'arte nel suo insieme comunicava esattamente l'opposto di ciò che il Granduca aveva in mente quando aveva dato a Cellini la commissione. Il Perseo di Benvenuto Cellini, infatti, ad una lettura etnopsicoanalitica, si rivela capace di svelare cose che un uomo di potere non vorrebbe mai fossero rese visibili e tangibili per tutti.

## Il Perseo di Cosimo I Medici

Cominciamo ad analizzare il significato profondo della statua in bronzo realizzata da Cellini partendo da un elemento di *setting*, e cioè dalla sua collocazione. Il Perseo era stato concepito per fare da contraltare alla "Giuditta e Oloferne", di Donatello, nella Loggia dei Lanzi o della

Signoria. La Loggia era il luogo dove si svolgevano in epoca repubblicana le cerimonie pubbliche e l'insediamento delle Signorie, con la partecipazione di tutto il popolo. La famiglia dei Medici, impadronendosi del governo della città e abolendo la Repubblica, aveva trasformato la Loggia in un vero e proprio spazio espositivo, commissionando opere scultoree e disponendole in base a considerazioni politiche oltre che artistiche. Questo gioco si era però ritorto contro i Medici quando, nel 1494, il popolo di Firenze aveva cacciato per la seconda volta la potente famiglia dalla città, saccheggiato il loro palazzo e sottratto la "Giuditta e Oloferne", portandola nella Loggia per simboleggiare in Piazza della Signoria il trionfo della Repubblica sulla tirannia. Ritornando al potere, i Medici ritennero prudente lasciare la Giuditta dov'era, visto che ormai era considerata il simbolo del popolo di Firenze, e neutralizzarla con una nuova opera d'arte. Da qui l'idea del Perseo che, tagliando la testa di Medusa, rimette le cose a posto e restaura il potere Mediceo. Medusa, decapitata dal Duca/Perseo sarebbe dovuta essere la rivelazione che la Repubblica di Firenze era in realtà Medusa, una mostruosa creatura (i serpenti velenosi come simbolo delle discordie interne cittadine) e non un'indomita eroica fanciulla (Giuditta). Dal punto di vista di Cosimo I, dunque, il suo Perseo, che guarda tutti dall'alto in basso, doveva ammonire il popolo fiorentino a non tentare più follie rivoluzionarie ed a riconoscersi come massa/corpo decapitato che ha bisogno di un leader che la guidi e che usi il potere del corpo sociale (trasfor-

mato in carne da macello, il corpo sanguinante di Medusa su cui Perseo sta dritto in piedi) per sconfiggere in battaglia i nemici esterni della città (nel mito la testa di Medusa aveva il potere di pietrificare chiunque avesse ardito incontrarne lo sguardo ed era diventata così un terribile strumento di morte nelle mani dell'eroe guerriero Perseo che era riuscito a decapitarla con l'aiuto di Atena, la dea della sapienza).

Tutti questi motivi, mitologici e storici, erano ben presenti nei due bozzetti preliminari preparati da Cellini Duca (sicuramente il primo, quello in cui finirono poi essere contraddetti, ora vedremo, nella realizzazione dell'opera definitiva).



### Il Perseo di Benvenuto Cellini

Gettiamo uno sguardo al Perseo di Benvenuto Cellini e lasciamoci turbare da ciò che i Fiorentini videro, quella mattina, nel momento in cui l'opera fu scoperta e mostrata a tutti... C'è qualcosa che non si può non osservare, anche se proviamo a girare intorno all'opera e cambiare all'infinito, in un percorso labirintico, il nostro punto di vista: Perseo, l'eroe, lo sterminatore di mostri e di eserciti protetto dalla dea della sapienza, è un doppio perturbante di Medusa.

Questo fatto è così evidente che non se n'è accorto nessuno, come avviene nel celebre racconto di Edgar Allan Poe (1841), *La Lettera Rubata*, in cui solo alla fine si scopre che chi teneva in pugno la lettera comprometteva l'aveva astutamente protet-

ta da sguardi indiscreti mettendola in vista, anche se mimetizzata insieme ad altre, piuttosto che chiuderla a chiave in un nascondiglio. Come nel racconto di Poe, solo un osservatore *sui generis*, un nuovo ispettore Dupin (il *detective* creato dal genio dello scrittore e che usava di fatto – molto prima che Freud lo teorizzasse – il metodo dell’attenzione liberamente fluttuante e delle libere associazioni, per risolvere i casi difficili) è stato in grado di vedere quello che era sotto gli occhi di tutti. Avventurandoci nel fare nostro lo sguardo etnopsicoanalitico di un antropologo americano (Siebers, 1983), in modo apparentemente paradossale, ci lasceremo quindi guidare da un uomo del Nuovo Mondo per comprendere il significato nascosto di una delle opere d’arte più note di casa nostra, del nostro Bel Paese:

*“Visti da dietro, Perseo e Medusa si somigliano; le ciocche dei capelli dell’uno mimano le torsioni dei serpenti nella testa della vittima. L’elmo dell’invisibilità sulla nuca dell’eroe mostra le sembianze di Ade e rivela l’intuizione di Cellini che esso fosse piuttosto una maschera. Le sembianze del dio del mondo sotterraneo si uniscono così a quelle di Perseo per disegnare una perturbante figura di Giano bifronte. Mentre un mostruoso Perseo guarda in avanti verso i suoi nemici, il dio della morte guarda all’indietro, contando le vittime nella scia della sua eroica inarrestabile avanzata. Vista dal fianco destro di Perseo, la statua rivela un’altra figura doppia; l’eroe ed il mostro hanno lo stesso profilo. I nasi aquilini, le ossa delicate delle guance e gli sguardi rivolti verso il basso sembrano quelli di una coppia di gemelli e presentano uno spettacolo disorientante per coloro che hanno bisogno di distinzioni chiare tra l’eroico ed il mostruoso. Vista da davanti, la statua mortifica l’osservatore svelando il fatto che i volti dell’uccisore e della vittima sono dei doppi.”* (pag. 12)

La mia ipotesi è che Cosimo I, esattamente come gli altri cittadini di Firenze, sentì profondamente, a livello inconscio, che quel Perseo non aveva niente a che vedere col suo Perseo, con l’eroe che vendica la famiglia Medici tagliando

la testa ribelle, mostruosa e velenosa, del popolo fiorentino repubblicano! Lungi dall’essere un Perseo/Duca, come l’aveva commissionato, era piuttosto un Perseo/Cellini, realizzato per immortalare l’artista, il cui nome figurava nella cintura dell’eroe ed il cui autoritratto, sia pur mimetizzato dalla barba, era riconoscibile nella maschera di Ade che l’eroe portava sulla nuca, alla faccia del Duca che l’aveva pagato e che aveva fornito i metalli per la fusione!

### Perseo e Medusa come doppi

Nell’intuizione di Cellini, non solo Perseo e Medusa vengono rivelati come figure essenzialmente doppie e ambivalenti, ma sono addirittura due immagini speculari. Questa esperienza *unheimlich* (Freud, 1919) di disorientamento o spaesamento (come Franco Rella preferisce rendere in italiano il termine Freudiano, piuttosto che col classico “perturbante” come è stato fatto nella traduzione ufficiale delle *Opere* di Freud) turba ed affascina gli spettatori dell’opera d’arte, non consentendo loro di riconoscerne le origini e le implicazioni. La rivelazione che Perseo e

**“Visti da dietro,  
Perseo e  
Medusa  
si somigliano...”**

Medusa sono due doppi, due immagini speculari, è una nuova versione della verità disorientante che la tragedia greca ha tramandato alla nostra cultura: Edipo e la Sfinge, l’eroe ed il mostro, sono “doppi mostruosi” (Vernant, 1972; Girard, 1972; Nesci, 1991; Nesci e Nesci, 2008)... come dire che istinto di vita e istinto di morte sono indissolubilmente fusi (Freud, 1920).

Questa è una verità che letteralmente non ha diritto di domicilio (è Freudianamente *unheimlich* = senza casa) nella logica del potere, per la quale l’eroe (il vincitore) deve essere radicalmente diverso, migliore, e ben distinguibile dal mostro (lo sconfitto).

Nel suo saggio sullo specchio di Medusa, che è in realtà uno studio antropologico del malocchio, Siebers analizza varie versioni del mito di Medusa e giunge all’ineludibile conclusione che Atena

(figlia di Zeus) e Medusa (creatura del mondo sotterraneo, la cui testa è sempre raffigurata sullo scudo della dea olimpica) sono i due volti di un'unica "ierofania", di un'unica espressione o manifestazione del sacro (Eliade, 1948).

L'effetto *unheimlich*, di vertigine e disorientamento, ritorna così all'infinito, come in un labirintico gioco di specchi, nelle dinamiche del doppio.

In questa prospettiva, la figura doppia di Atena/Medusa richiama la mitica trasformazione delle Erinni (minacciose creature demoniache che perseguitano chiunque osi uccidere un altro essere umano) nelle Eumenidi ("le grazianti", che salvaguardano l'ordine giuridico e politico della città/stato). Nel mito della *polis* questa trasformazione avvenne quando il tribunale della città, diviso in due, incapace di assolvere o condannare Oreste per l'uccisione della madre Clitemnestra, che aveva assassinato il padre, Agamennone, che aveva sacrificato agli dei la figlia, Ifigenia, chiese l'intervento di Atena per uscire dalla pietrificazione dello stallo. La dea della *polis* votò per l'assoluzione del figlio matricida, Oreste fu graziato e le Erinni divennero le Eumenidi.

Il mito significa che solo una figura divina può decidere sulla vita o la morte degli umani.

Atena era la dea di Atene, *polis* eponima che da lei prendeva il nome. Era l'equivalente della romana Minerva, dea della giustizia, che era rappresentata sul basamento dell'opera di Cellini insieme a Giove (Zeus) Mercurio (Hermes) Danae (la madre mortale dell'eroe) ed al Perseo bambino.

Come dire che solo un potere soprannaturale (la dea della città), non un tiranno, poteva incarnare il potere di morte, e che chiunque avesse preteso di esercitarlo, umano tra gli umani, avrebbe commesso un sacrilegio: un messaggio politico

e morale inaccettabile da chi detiene il potere con la forza.

### La fusione del Perseo

Il Perseo non avrebbe affatto reso immortale il committente dell'opera ma l'artista che l'aveva realizzato. Cellini riuscì a conquistarsi la fama a spese del suo mecenate che avrebbe a sua volta voluto diventare immortale grazie alla maschera di Perseo ed al genio di Cellini. Riprenderei con questa chiave di lettura tutta la questione dei conflitti tra l'artista ed il Granduca, con particolare riguardo all'accusa contro Cellini di aver rubato i preziosi metalli che gli erano stati dati per la fusione della statua ed alla controaccusa dell'artista a Cosimo I di non averlo pagato come aveva promesso.

In questa prospettiva (il Perseo come doppio di Cellini piuttosto che di Cosimo I Medici) propongo una rilettura delle pagine celebri in cui l'artista racconta lui stesso la storia drammatica della fusione del Perseo:

"E di più mi sopragiunse ch' è s'appiccò fuoco nella bottega, e avevamo paura che 'l tetto non ci cadessi addosso; dall'altra parte di verso l'orto il cielo mi spingeva tant'acqua e vento, che è mi freddava la fornace. Così combattendo con questi perversi accidenti parecchi ore, sforzandomi la fatica tanto di più che la mia forte validudine di complessione non potette resistere, di sorte che è mi saltò una febbre efimera addosso, la maggiore che immaginar si possa al mondo, per la qual cosa io fui sforzato

andarmi a gittare nel letto. E così molto mal contento, bisognandomi per forza andare, mi volsi a tutti quegli che mi aiutavano, i quali erano in circa a dieci o più, infra maestri di fonder bronzo e manovali e contadini e mia

---

***Cellini riuscì a conquistarsi  
la fama a spese del suo  
mecenate che avrebbe a sua volta  
voluto diventare immortale  
grazie alla maschera di Perseo  
ed al genio di Cellini***

---

lavoranti particolari di bottega; infra è quali si era un Bernardino Mannellini di Mugello, che io m'avevo allevato parecchi anni; e al detto dissi, dappoi che mi ero raccomandato a tutti: – Vedi, Bernardino mio caro, osserva l'ordine che io ti ho mostro, e fa presto quanto tu puoi, perché il metallo sarà presto in ordino: tu non puoi errare, [...] e io son certo che la mia forma si empierà benissimo. Io mi sento 'l maggior male che io mi sentissi mai da poi che io venni al mondo, e credo certo che in poche ore questo gran male m'arà morto – Così molto mal contento mi parti' da loro, e me n'andai alletto. [...] Stando in queste smisurate tribulazione, io mi veggio entrare in camera un certo omo, il quale nella sua persona ei mostrava d'essere storto come una esse maiuscola; e cominciò a dire con un certo suon di voce mesto, afflittito, come coloro che danno il commandamento dell'anima a quei che hanno a 'ndare a giostizia, e disse: – O Benvenuto! la vostra opera si è guasta, e non ci è piú un rimedio al mondo –. Subito che io senti' le parole di quello sciagurato, messi un grido tanto smisurato, che si sarebbe sentito dal cielo del fuoco; e sollevatomi del letto presi li mia panni e mi cominciai a vestire; e le serve e 'l mio ragazzo e ognuno che mi si accostava per aiutarmi, attutti io davo o calci o pugna, e mi lamentavo dicendo: – Ahi traditori, invidiosi! Questo si è un tradimento fatto a arte; ma io giuro per Dio che benissimo ì lo conoscerò e innanzi che io muoia lascerò di me un tal saggio al mondo, che piú d'uno ne resterà maravigliato -. Essendomi finito di vestire, mi avviai con cattivo animo inverso bottega, dove io viddi tutte quelle gente, che con tanta baldanza avevo lasciate, tutti stavano attoniti e sbigottiti. [...] Subito andai a vedere la fornace, e viddi tutto rappreso il metallo, la qual cosa si domanda l'essersi fatto un migliaccio. Io dissi a dua manovali, che andassino al dirimpetto, in casa 'l Capretta beccaio, per una catasta di legne di quercioli giovani, che erano secchi di piú di uno anno, le quali legne madonna Ginevra, moglie del detto Capretta, me l'aveva offerte; e venute che forno le prime bracciate, cominciai a impiere la bracciaiuola. E perché la quercia di quella sorte fa 'l piú vigoroso

fuoco che tutte l'altre sorte di legne, avvenga che è si adopera legne di ontano o di pino per fondere per l'artiglierie, perché è fuoco dolce; oh quando quel migliaccio cominciò a sentire quel terribil fuoco, ei si cominciò a schiarire, e lampeggiava. Dall'altra banda sollecitavo i canali, e altri avevo mandato sul tetto arriparare al fuoco, il quale per la maggior forza di quel fuoco si era maggiormente appiccato; e di verso l'orto avevo fatto rizzare certe tavole e altri tappeti e pannacci, che mi riparavano all'acqua. [...] Di poi che io ebbi dato il rimedio attutti questi gran furori, con voce grandissima dicevo ora a questo e ora a quello: – Porta qua, leva là – di modo che, veduto che 'l detto migliaccio si cominciava a liquefare, tutta quella brigata con tanta voglia mi ubbidiva che ogniuno faceva per tre. Allora io feci pigliare un mezzo pane di stagno, il quale pesava in circa a 60 libbre, e lo gittai in sul migliaccio dentro alla fornace, il quale, cone gli altri aiuti e di legne e di stuzzicare or co' ferri e or cone stanghe, in poco spazio di tempo è divenne liquido. Or veduto di avere risuscitato un morto, contro al credere di tutti quegli ignoranti, è mi tornò tanto vigore che io non mi avvedevo se io avevo piú febbre o piú paura di morte. Innun tratto ei si sente un romore con un lampo di fuoco grandissimo, che parve propio che una saetta si fussi creata quivi alla presenza nostra; per la quale insolita spaventosa paura ogniuno s'era sbigottito, e io piú degli altri. Passato che fu quel grande romore e splendore, noi ci cominciammo a rivedere in viso l'un l'altro; e veduto che 'l coperchio della fornace si era scoppiato e si era sollevato di modo che 'l bronzo si versava, subito feci aprire le bocche della mia forma e nel medesimo tempo feci dare alle due spine. E veduto che 'l metallo non correva con quella prestezza ch'ei soleva fare, conosciuto che la causa forse era per essersi consumata la lega per virtù di quel terribil fuoco, io feci pigliare tutti i mia piatti e scodelle e tondi di stagno, i quali erano in circa a dugento, e a uno a uno io gli mettevo dinanzi ai mia canali, e parte ne feci gittare drento nella fornace; di modo che, veduto ogniuno che 'l mio bronzo s'era benissimo fatto liquido, e che la mia forma si empieva, tutti animosamente e lieti mi

aiutavano e ubbidivano; e io or qua e or là comandavo, aiutavo e dicevo: – O Dio, che con le tue immense virtù risuscitasti da è morti, e glorioso te ne salisti al cielo! – di modo che innun tratto è s’empié la mia forma; per la qual cosa io m’inginocchiai e con tutto ‘l cuore ne ringraziai Iddio...” (capitoli LXXV-LXXVI-LXXVII).

Il Perseo ci appare qui come il doppio di Cellini. L’artista sembra rischiare la sua propria vita per “ridare la vita” alla sua opera che, ridotta ad un “migliaccio”, rischiava di morire prima di venire al mondo (come Perseo neonato nel mito, quando viene messo con la madre in una cassa e abbandonato in mare). L’opera d’arte, la creatura, sembra “morire” a sua volta o rianimarsi all’unisono col suo artefice. Nella loro relazione sincronica (Jung, 1950) sembra essere all’opera una “magia simpatica” (Frazer, 1922) o una dinamica imitativa. Cellini deve sacrificare al suo Perseo tutti i suoi “piatti e scodelle e tondi di stagno” – una sorta di concreti oggetti-Sé (Kohut, 1971) – per riuscire a salvarlo. E deve piegarsi al potere soprannaturale e pregare (“O Dio, che con le tue immense virtù risuscitasti da è morti, e glorioso te ne salisti al cielo!”) se vuole propiziare il “miracolo” di una sentenza “graziante” per la sua “creatura”.

### Conclusion

In modi diversi, gli autocrati e gli artisti sono alla ricerca dell’immortalità. Per dirla con Canetti, gli autocrati vogliono essere gli unici a sopravvivere, soffrono della “malattia del potere” (1962) e per questo sono pronti ad uccidere i propri nemici e mandare alla morte i propri sudditi. Ma la rilettura della fusione del Perseo dimostra che anche Benvenuto Cellini era pronto ad uccidere chiunque lo avesse ostacolato nella realizzazione del suo doppio. Per Freud, il primo doppio, la maschera funeraria, esprime il desiderio/bisogno fondamentale dell’uomo di superare il limite estremo della natura, quello della morte (1919). Il Perseo di Benvenuto Cellini, con la maschera di Ade (autoritratto), è quindi un doppio dell’artista.

### Bibliografia

- Camesasca, E. (1985). Narciso disperato. In B. Cellini *Vita*. Rizzoli, Milano.
- Canetti, E. (1962). *Crowds and Power*. The Viking Press, New York. Trad. It. Massa e Potere, Adelphi, Milano, 1981.
- Cellini, B. (1565). La vita di Benvenuto di Maestro Giovanni Cellini Fiorentino scritta (per lui medesimo) in Firenze.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1984). *Creativity and Perversion*. Free Association Books, London.
- Eliade, M. (1948) *Traité d’histoire des religions*. Payot, Paris. Trad. it. Trattato di Storia delle Religioni, Boringhieri, Torino, 1954.
- Frazer, J.C. (1922) *The Golden Bough*. McMillan, London.
- Freud, S. (1919). Il perturbante. In S. Freud *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1974.
- Freud, S. (1920). Al di là del principio del piacere. In S. Freud *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1974.
- Girard, R. (1972) *La Violence et le sacré*. Editions Bernard Grasset, Paris.
- Kohut, H. (1971) Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage. *Psychoanal. St. Child*, 27: 360-400, 1972.
- Jung, C.G. (1950) Sincronicità. In C.G. Jung *Opere*, vol. 8, Boringhieri, Torino, 1976.
- Nesci, D.A. (1991). *La Notte Bianca. Studio etnopsicoanalitico del suicidio collettivo*. Armando Editore, Roma.
- Nesci D.A., Nesci F.A. (2008) Halo: psicoanalisi di un videogioco. *Doppio Sogno*, n. 6, Giugno 2008. [www.doppio-sogno.it](http://www.doppio-sogno.it)
- Siebers, T. (1983). *The Mirror of Medusa*. University of California Press, Berkeley.
- Trento, D. (1984). *Benvenuto Cellini. Opere non esposte e documenti notarili*. Catalogo della mostra al Bargello di Firenze.
- Vernant, J.P. (1972). Ambiguité, et renversement. Sur la structure énigmatique d’Oedipe Roi. In J.P. Vernant, P. Vidal-Naquet (Eds.) *Mythe et tragedie en Grece ancienne*. Maspero, Paris.

### Note

\* Psichiatra specialista in criminologia clinica, coordinatore corsi di psiconcologia, ricercatore Università Cattolica Sacro Cuore Roma

# Reazioni acute da stress post-traumatico in bambini vittime di un maxi-incidente

## Valutazione dell'efficacia di un intervento con EMDR

di I. FERNANDEZ\*-G. MASLOVARIC-V. ZAMBON

### Premessa

**I**l 9 maggio 2007, alle 17.30 circa, un pullman che trasportava una scolaresca di bambini, dopo qualche minuto di sbandamento, si è ribaltato in una piccola scarpata sul raccordo autostradale che collega la A4 (Torino-Milano) alla A26 (Gravellona-Alessandria) all'altezza del km 18, a pochi chilometri da Vercelli.

I 41 bambini presenti sul bus, appartenenti a tutte e cinque le classi della scuola elementare di Stroppiana (VC), stavano facendo ritorno da una gita a Torino accompagnati da 3 insegnanti. La situazione è apparsa subito molto drammatica, come testimoniato dai racconti dei primi soccorritori: alcuni bambini, uscendo dai finestrini, feriti, spaventati e sotto shock, correvano verso la strada dove le macchine continuavano a sfrecciare. Altri, incastrati tra le lamiere, piangevano disperati e impauriti, in attesa di essere liberati dai Vigili del Fuoco.

Il bilancio è stato tragico: un bambino di 7 anni, è morto sul colpo. Un altro bambino della stessa età, trasportato in ospedale in condizioni gravissime, ha perso la vita il giorno seguente all'ospedale di Torino. Il fratello di quest'ultimo, di 10 anni, ricoverato in coma all'ospedale di Alessandria, si risveglierà dopo pochi giorni. Una delle maestre viene ricoverata nel reparto di rianimazione.

La piccola comunità di Stroppiana, di circa 1200

abitanti, è sconvolta alla notizia dell'accaduto e i genitori, in attesa dei loro figli nella piazza del paese, subito hanno iniziato a spostarsi sul luogo dell'incidente, o davanti all'ospedale di Vercelli con la speranza di avere notizie positive. Ma per ore nessuno di loro ha saputo quali fossero le condizioni dei loro figli e cosa fosse loro successo: se fossero feriti, se si fossero salvati oppure se l'impatto fosse stato loro fatale. Le cause della tragedia non furono chiare fin da subito, ma i primi sospetti furono immediatamente rivolti a colui che aveva il compito e la responsabilità di riportare a casa quella scolaresca.

L'autista del pullman è stato ricoverato per le ferite provocate dal ribaltamento del pullman e arrestato la notte stessa con l'accusa di duplice omicidio colposo, confermato poi con l'aggravante di guida in stato di alterazione psicofisica per l'uso di sostanze stupefacenti. Le analisi del sangue e delle urine effettuate al suo arrivo in ospedale, infatti, non hanno dato adito a dubbi: erano presenti tracce di cannabis. Dopo aver inizialmente negato di aver assunto qualsiasi tipo di sostanza, sostenendo la tesi di un malesere improvviso, ha successivamente ammesso di aver fumato uno spinello la sera prima del tragico incidente. Questo evento fu uno dei più drammatici accaduti in Italia nel 2007, soprattutto perché questa catastrofe collettiva ha colpito tutta una comunità e di cui si parlò molto,

sia per la dinamica dell'incidente sia per i soggetti coinvolti, un gruppo di bambini che tornava da una giornata passata insieme alla scoperta di una grande città e, infine, perché questo episodio costò la vita a due piccoli bambini e provocò ferite gravi agli altri passeggeri. Molti dei bambini, infatti, riportarono gravi escoriazioni sul corpo e furono subito medicati, mentre altri dovettero rimanere in ospedale sotto osservazione per giorni. Ferite fisiche e non solo....Attraverso i primi controlli e primi screening si è riscontrata l'esigenza di intervenire anche dal punto di vista psicologico per ridurre le reazioni collegate allo stress e promuovere strategie di coping. Il triage psicologico venne effettuato dagli psicologi della Neuropsichiatria Infantile, secondo la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 Luglio 2006 sui "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" ([www.interno.it](http://www.interno.it))<sup>1</sup>.

In ospedale, i bambini ricevono tutte le cure necessarie: viene attuato quello che si può definire un intervento di primo supporto psicologico. Infatti, alle vittime venne offerto un intervento immediato di pronto soccorso psicologico, con l'obiettivo di portare sicurezza e conforto, sollevare dalla sofferenza, promuovere la resilienza<sup>2</sup> e le strategie di coping a breve e a lungo termine.

È stato durante le fasi iniziali di intervento psicologico in emergenza, che l'equipe di Neuropsichiatria Infantile ha constatato l'esigenza di un intervento specialistico. Inoltre, attraverso un triage psicologico, i pazienti sono stati suddivisi per classi di priorità (bassa, media o alta), per gravità delle lesioni, reazioni da shock e per necessità di trattamento. In seguito, dopo aver riscontrato nei bambini la presenza di classici sintomi da Disturbo Post-Traumatico da Stress, l'equipe psicologica ha contattato l'associazione italiana per l'EMDR<sup>3</sup>, in quanto trattamento d'elezione ed evidence-based per questo tipo di disturbo, al fine di stabilire insieme un intervento mirato per questi bambini.

A 3 settimane dall'incidente di Stroppiana venne organizzato un incontro tra i membri della task force dell'Associazione EMDR Italia e l'equipe della Neuropsichiatria Infantile di Ver-

celli. In tale occasione si sono stabilite le linee guida dell'intervento con l'EMDR

L'Associazione per l'EMDR in Italia ([www.emdritalia.it](http://www.emdritalia.it)), associazione senza scopo di lucro, ha una task force che si occupa di interventi in Emergenza sia con adulti sia con bambini. Esperienze precedenti sul campo sono state effettuate con le vittime e i soccorritori coinvolti nell'esplosione di gas di Via Ventotene (Roma, dicembre 2001), con i sopravvissuti all'incidente aereo del grattacielo Pirelli di Milano nell'aprile 2002 (Fernandez et al., 2005) in cui hanno perso la vita oltre al pilota, altre due donne che si trovavano all'interno dell'edificio. In tale occasione, oltre ad intervenire sulla popolazione adulta, si è lavorato con i 236 bambini della scuola elementare nei pressi del Palazzo Pirelli. Un altro importante progetto di intervento è stato realizzato con gli alunni della scuola elementare di San Giuliano in Molise nell'ottobre 2002 (Fernandez, 2007) sopravvissuti al crollo della loro scuola e alla morte dei loro compagni, in seguito al terremoto.

L'EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) è un approccio psicoterapeutico considerato, insieme alla terapia comportamentale focalizzata sul trauma (TFCBT), il trattamento più efficace per il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). L'EMDR è ampiamente supportato empiricamente e considerato un trattamento evidence-based (Bisson J. et al, 2007; American Psychiatric Association, 2004) ed è inserito nelle linee guida per il trattamento del PTSD del National Institute for Clinical Excellence, 2005.

L'efficacia dell'EMDR nel trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress è stata ampiamente riconosciuta: molti studi randomizzati controllati hanno dimostrato una diminuzione significativa (tra il 77 e il 100%) nella sintomatologia del PTSD dopo poche sedute di EMDR (3-6 sedute) per quanto riguarda i traumi singoli (Shapiro, 1995). Mentre per i traumi multipli (ad esempio le persone reduci di guerra) sembrano essere necessarie 12 sedute per la remissione dei sintomi (Carlson, et al., 1998). Anche i bambini sembrano rispondere bene al trattamento con EMDR. Benché gli studi su questa

popolazione siano meno numerosi, i dati riportati risultano coerenti con quelli per l'analogo trattamento negli adulti. Per i bambini, però, l'elaborazione è spesso più rapida poiché non dispongono di una quantità di reti mnestiche complesse pari a quelle degli adulti (Greenwald, 1999).

La scelta dell'EMDR come trattamento d'elezione è avvenuta in base ad alcuni criteri del DSM IV, tra i quali ricordiamo la particolare drammaticità dell'evento traumatico (il trauma dell'incidente vero e proprio e il lutto per i 2 bambini morti) e l'età evolutiva delle vittime. Secondo i criteri del DSM-IV può essere considerata traumatica un'esperienza diretta che ha rappresentato una grave minaccia alla propria vita, l'essere stato testimone di esperienze che abbiano minacciato l'integrità di persone significative (familiari o amici stretti) o ancora essere venuti a conoscenza di tali eventi vissuti da altri. Questo gruppo di bambini e i loro genitori avevano il criterio per la diagnosi di PTSD. In età evolutiva, senza un intervento mirato e tempestivo la personalità del/la bambino/a potrebbe svilupparsi intorno al trauma e adattarsi ad esso, provocando negli anni la possibilità di sviluppare dei disturbi psicologici. Eventi traumatici singoli o cronici possono avere un grave impatto nel funzionamento psicologico di una persona anche anni dopo l'evento. I bambini traumatizzati manifestano dei disturbi nello schema cognitivo: l'elaborazione del Sé e del mondo diventa rigida e incentrata sulla "storia del trauma", la quale prende parte alla formazione della personalità del soggetto non solo per il trauma in sé ma per l'adattamento ad esso.

In Gran Bretagna sono stati condotti una serie di studi sui bambini coinvolti in incidenti stradali (Stallard et al, 1998, Stallard et al, 2004), i quali risultano essere la causa più frequente di morte accidentale nei bambini. In queste ricerche sono state messe a confronto le reazioni psicologiche sviluppate dagli adulti con quelle dei bambini. I primi mostrano prevalentemente disturbi dell'umore, ansia da viaggio, depressione e disturbo post traumatico da stress. I secondi, invece, manifestano sintomi caratteristici di Disturbo Post-Traumatico da Stress<sup>4</sup> (DSM-IV,APA).

In uno di questi studi inglesi (Stallard et al, 2004), il campione venne reclutato attraverso i registri dell'ospedale e i soggetti che aderirono (circa il 42 % delle persone contattate telefonicamente) vennero divisi in maniera casuale in due gruppi: uno sperimentale e uno di controllo, andando così a caratterizzare un tipo di ricerca sperimentale.

Di questi partecipanti, il 30% soddisfaceva i criteri diagnostici di PTSD alla prima intervista condotta subito dopo l'incidente.

### Metodo

Grazie anche alla disponibilità e all'aiuto della dirigente dell'istituto comprensivo di Asigliano Vercellese, di cui fa parte la scuola elementare dei bambini, e del comune di Stroppiana, da subito è stato possibile organizzare il piano operativo di intervento psicologico, la cui sede operativa è stata proprio la scuola elementare. I genitori dei bambini vennero invitati, tramite lettera del personale ASL e della dirigenza scolastica, a partecipare ad un incontro informativo e psico-educativo in cui è stato spiegato in cosa sarebbe consistito l'intervento con l'EMDR, in cui sono stati raccolti i consensi in formati alla terapia e sono stati chiariti dubbi e perplessità dei genitori.

Il progetto di Vercelli può essere considerato una ricerca quasi-sperimentale. Tale scelta è stata dettata da esigenze etiche per le quali non sarebbe stato possibile randomizzare i soggetti e scegliere di non trattare un gruppo di bambini in stato di profonda sofferenza. Il 77% dei bambini, cioè la quasi totalità del campione, ha aderito. Inizialmente un gruppo di famiglie ha aderito alla proposta di trattamento a poche settimane dall'evento, in seguito, si aggiunse un gruppo più piccolo di confronto a trattamento ritardato che comprendeva i bambini le cui famiglie decisero in un secondo momento di partecipare. Dei 39 sopravvissuti e presenti alla gita 30 famiglie aderirono alla proposta di trattamento con EMDR per i propri figli. Un primo gruppo di bambini partecipò al ciclo di sedute ad un mese di distanza dall'evento; un secondo gruppo (de-

finito di confronto) fece richiesta dopo più di 3 mesi dall'evento (molte delle famiglie erano infatti in ferie nel mese di giugno).

È stata valutata anche una bambina, facente parte della scuola, che quel giorno non era sul pullman ma era ricoverata a causa di una sospetta appendicite, in uno degli ospedali che ha accolto i suoi compagni. La bimba, che avrebbe dovuto partecipare alla gita, ha infatti visto tutti i suoi amici arrivare in ospedale feriti e spaventati, sviluppando successivamente anche lei una sintomatologia post-traumatica (possibilità prevista nei criteri del DSM IV-TR).

Nella prima fase del programma (pre-test) tutti i bambini, individualmente, vengono sottoposti ad una prima valutazione testistica e ad una intervista clinica per rilevare il livello di sintomatologia post-traumatica da parte di valutatori omogenei ed indipendenti.

Per questa rilevazione vengono utilizzati la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders<sup>5</sup> (SCID I-CV) relativa al PTSD (American Psychiatric Association, 1994) e la Child Report of Post-Traumatic Symptoms<sup>6</sup> (Grenwald, 1996) direttamente somministrate ai bambini, e la Child Dissociative Checklist<sup>7</sup> (Putnam, 1993) compilata dai genitori rispetto alla condizione dei propri figli.

In seguito, viene effettuato un ciclo di 3-8 sedute di EMDR con ciascun bambino, con una media di 6 sedute. I ricordi traumatici su cui si è lavorato con l'EMDR erano legati ai momenti peggiori dell'incidente e alla notizia della morte dei compagni di scuola, alle situazioni che causano ansia attualmente e ansia anticipatoria.

Nella fase successiva (post-trattamento), ad una settimana dal ciclo di sedute, è stata somministrata nuovamente l'intera batteria utilizzata in precedenza. Così è stato fatto anche per i follow up ad un mese, 3 mesi ed 1 anno, in cui si è voluto monitorare l'andamento della sintomatologia post-traumatica a distanza di tempo dal trattamento con EMDR.

L'intervento è stato fatto con un gruppo trattato ad un mese dall'evento e con un gruppo a distanza di più di 3 mesi per poter valutare la sintomatologia nella fase acuta (entro 3 mesi dall'evento) e in un gruppo di intervento ritardato

dopo i 3 mesi (fase di PTSD cronico). In questo modo si è potuto valutare la possibilità di vedere se la sintomatologia post-traumatica nei bambini rientrava in modo spontaneo in grossa percentuale come afferma il DSM IV-TR. Dato l'alto livello di traumatizzazione a cui sono stati sottoposti i genitori nell'attendere notizie sui loro figli, (vittime secondarie secondo Taylor & Frazer, 1981), e visto il coinvolgimento in prima persona delle insegnanti nell'incidente (vittime primarie)<sup>8</sup>, è stata data la possibilità anche agli adulti di usufruire di un ciclo di sedute EMDR.

Sono stati valutati e trattati con EMDR 24 adulti, tra i quali c'erano i genitori, le insegnanti e la dirigente scolastica. La valutazione psicodiagnostica, nel caso degli adulti, si è avvalsa della SCID I -CV (parte sul PTSD) come per i bambini e della Impact of Event Scale-Revised<sup>9</sup> (Weiss & Marmar, 1997). Anche nel caso degli adulti le valutazioni sono state effettuate attraverso il seguente schema: pre-trattamento, post-trattamento, follow up ad un mese, a 3 mesi e ad un anno.

Le circa 235 valutazioni sono state condotte da 8 valutatori indipendenti, mentre 8 terapeuti dell'associazione hanno effettuato le 275 sedute EMDR.

Tutta la terapia ha avuto luogo nella scuola elementare dei bambini, grazie alla stretta collaborazione della dirigente scolastica. Tale setting ha permesso ai bambini di accogliere in maniera più naturale il ciclo di sedute di psicoterapia.

### Strumenti

Per indagare la presenza di sintomatologia legata all'evento traumatico, sono stati utilizzati diversi strumenti di valutazione, somministrati nella fase di pre-trattamento e successivamente nelle verifiche del post-trattamento e nei seguenti follow up.

#### *Batteria testistica psicodiagnostica adulti*

- La SCID I-CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, First et al 1994) è un'intervista diagnostica semi-strutturata am-

piamente utilizzata in diverse ricerche. Questo strumento, utilizzato per le diagnosi di Asse I, è composto da più moduli contenenti ciascuno le domande per indagare la presenza dei criteri per diverse categorie diagnostiche (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, abuso di sostanze, eccetera) (American Psychiatric Association, 1994). Ogni modulo è indipendente e può essere usato disgiuntamente dagli altri in funzione di specifiche ricerche. In occasione di questo intervento è stato utilizzato esclusivamente il modulo relativo al disturbo post-traumatico da stress.

- Questa scala è composta da diverse domande, raggruppate per cluster<sup>10</sup>, a cui deve essere assegnato un valore a seconda che il sintomo relativo sia presente o meno nella vita dell'intervistato.
- Per fare diagnosi di PTSD devono essere soddisfatti i seguenti criteri: la presenza del disturbo deve essere presente da almeno un mese, deve causare disagio clinicamente significativo per un totale di 6 sintomi in base ad una precisa suddivisione: 1 sintomo su 5 di intrusività, 3 su 7 di evitamento e 2 su 5 di iper-arousal.
- Se il soggetto presenta un numero di sintomi minore da quelli sopraindicati, e suddivisi diversamente nei tre cluster, non rientra nella diagnosi di PTSD. Nell'analisi dei dati abbiamo chiamato "Disturbo Post-Traumatico da Stress Sottosoglia" (la costellazione di sintomi appartenenti alla categoria diagnostica di Disturbo dell'Adattamento) la presenza di 4 o 5 sintomi, oppure più di 6 sintomi che non soddisfano le condizioni indicate nella suddivisione dei cluster della SCID-I.
- La IES-R (Scala di Impatto degli Eventi Revisionata) è una scala frequentemente utilizzata nelle ricerche sulle reazioni post-traumatiche da stress. È un questionario composto da 22 domande, utile per valutare le risposte ad un qualsiasi tipo di evento traumatico, ma sempre più utilizzato per indagare specifici sintomi di PTSD.
- Per questo motivo è stato utilizzato in questo studio come integrazione alla SCID, ma esclusivamente con gli adulti.
- La IES-R, come il precedente strumento, raggruppa le domande in cluster. Nella sua

prima versione (Horowitz et al, 1979) erano presenti solo il cluster relativo all'intrusività e quello dell'evitamento, per un totale di 15 domande. Successivamente (Weiss & Marmar, 1997), si è vista l'esigenza di introdurre un'ulteriore categoria, ossia quello che permette di valutare l'aumentato arousal, portando a quota 22 il numero di domande.

- Lo scoring viene fatto attraverso la somma dei punteggi per cluster.

#### *Batteria testistica psicodiagnostica bambini*

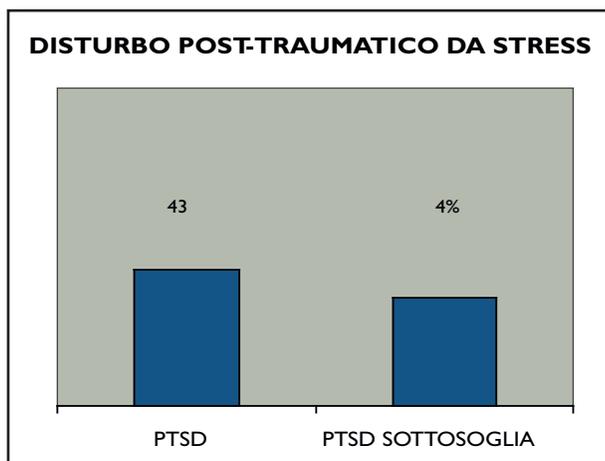
- La SCID-I è stata somministrata anche ai bambini, in presenza dei genitori.
- La CROPS (Child Report of Post-Traumatic Symptoms, Greenwald, 1996), è stata utilizzata con i bambini. Viene chiesto loro di indicare quanto (con un punteggio che va da 0=mai a 2 = molto) nell'ultima settimana hanno vissuto gli stati e le sensazioni riportate.
- Anche la CROPS indaga la sintomatologia post-traumatica.
- Infine, la CDC (Child Dissociative Checklist-Putnam et al, 1993) è uno strumento di screening per individuare un'eventuale sintomatologia dissociativa nei bambini. È una scala a tre punti (da 0=assolutamente falso a 2=assolutamente vero), formata da 20 domande che deve essere compilata dai genitori dei piccoli dai 5 ai 12 anni.
- La somma dei punteggi delle domande è associata alla presenza (punteggio uguale o maggiore a 12) o assenza di una sintomatologia dissociativa.

#### Trattamento

Alla prima rilevazione in fase acuta (indipendentemente dall'appartenenza al gruppo) il 43% dei bambini aveva sviluppato i sintomi per la diagnosi di PTSD, mentre il 34% aveva presentato una sintomatologia post-traumatica che non rientrava nella diagnosi da DSM IV-R per un cluster mancante o per una diversa suddivisione tra cluster.

Data la presenza elevata di sintomatologia, sia per un PTSD conclamato che per un disturbo

Grafico 1: Percentuale PTSD nei bambini (prima del trattamento)



sottosoglia, fu subito chiaro che questi bambini avevano bisogno di un aiuto psicologico specialistico per affrontare la situazione e cercare di migliorare la loro condizione.

Tutti i bambini presenti al momento dell'incidente sono stati trattati con EMDR sul ricordo dell'esperienza traumatica, anche quelli con pochi sintomi isolati o con nessun sintomo. In questo modo si è data la possibilità anche a questi bambini di elaborare il disagio soggettivo che causava il ricordo dell'incidente. Inoltre, nonostante questi non avessero un disturbo d'ansia con sintomi conclamati avevano emozioni e sensazioni disturbanti nei confronti dell'incidente. Il lavorare su questi elementi con EMDR sicuramente ha un valore di prevenzione per eventi stressanti che possano affrontare in futuro. Infatti, queste esperienze possono rimanere immagazzinate nella memoria e fare da fattore di rischio per il futuro.

Ogni gruppo di bambini trattati ha ricevuto una media di 6 sedute di EMDR di 60' circa, in giorni consecutivi. È stato applicato il protocollo EMDR standard, da parte di psicoterapeuti esperti in psicotraumatologia dell'età evolutiva. La conduzione delle sedute di EMDR ha seguito il protocollo standard, cioè i criteri di "fidelity" indicati dalla ricerca scientifica su questo metodo. Le valutazioni sono state realizzate dagli psicologi locali dell'ASL e da psicologi che non conducevano le sedute di terapia, quindi erano valutatori indipendenti. Dopo la preparazione al trattamento con EMDR, dove è stato spiegato il metodo ai bambini e ai

loro genitori, si è proceduto a far familiarizzare i soggetti con la stimolazione bilaterale alternata attraverso l'installazione ed elaborazione di un ricordo positivo in cui hanno provato una sensazione di benessere e sicurezza, che è ancora presente come sensazione nel richiamarlo. Le sedute di EMDR si sono focalizzate sui ricordi dell'incidente, individuando le immagini della parte peggiore dell'esperienza, le convinzioni irrazionali autoriferite legate a questa immagine, le emozioni e le sensazioni fisiche di disturbo. Successivamente si è applicata la stimolazione bilaterale fino a quando il disturbo emotivo legato al ricordo non si è completamente desensibilizzato, non evocando più stress, unendo poi questo ricordo a delle convinzioni positive su di sé (per es. "sono al sicuro", "posso contare su di me", ecc.). Al termine delle sedute si è proceduto a verificare che non ci fossero residui di tensione nel corpo attraverso una scansione corporea. Una volta elaborati con questa procedura i ricordi traumatici si è proceduto a lavorare con l'EMDR sulle situazioni presenti che creavano ansia (per es. prendere il pullman per andare a scuola, fare viaggi in macchina, ecc.) perché associati con l'incidente. Elaborati questi stimoli scatenanti attuali si è lavorato sul futuro, preparando i soggetti ad affrontare e gestire situazioni future che potevano essere potenzialmente ansiogene. In questo modo si è condotto un lavoro complessivo sul passato, presente e futuro legato al trauma. Il trattamento si è svolto in 2 weekend consecutivi (venerdì, sabato e domenica), facendo quindi sedute in 3 giorni consecutivi.

## Risultati

### Soggetti in età evolutiva

Da luglio 2007 a maggio 2008, sono state fatte in totale circa 235 valutazioni testistiche suddivise nei vari momenti della ricerca, un pre-trattamento e un post-trattamento per tutti i pazienti e diversi follow up a seconda del gruppo di appartenenza.

Il primo gruppo, rappresentato da coloro che aderirono immediatamente al trattamento,

ebbe un numero complessivo di 5 rilevazioni: pre-trattamento, post-trattamento, follow up ad un mese, follow up a sei mesi, follow up ad un anno. Il secondo gruppo, che chiameremo gruppo di confronto a trattamento ritardato, ebbe un numero complessivo di 4 rilevazioni: pre-trattamento, post-trattamento, follow up a sei mesi, follow up ad un anno.

Tra tutti i partecipanti ai pre-trattamenti nell'arco di un anno, abbiamo lavorato con un campione di 30 bambini sui 39 sopravvissuti alla tragedia, ovvero quasi il 77% della popolazione originale, di cui il 63% appartenente al gruppo sperimentale e il 37% del gruppo di confronto ritardato (tra questi 2 drop out).

I bambini alla prima rilevazione hanno presentato un quadro abbastanza eloquente della situazione e delle loro reazioni emotive sviluppate a seguito dell'incidente, nonché della perdita dei due compagni di scuola. Infatti, circa il 77% del campione aveva sviluppato i sintomi per un disturbo post-traumatico da stress, suddiviso in 43% di PTSD e 34% di PTSD Sottosoglia. La percentuale rimanente del campione presentava solo qualche sintomo isolato.

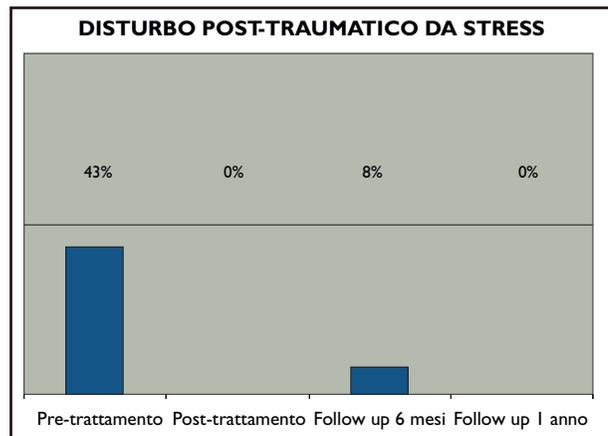
Confrontando i dati del pre-trattamento con i risultati della valutazione post-trattamento, si è ritenuto necessario escludere dall'analisi statistica due bambini, che dopo la prima somministrazione dei test non si sono più presentati (drop out), e altri due bambini non presenti quel giorno per cause indipendenti dai valutatori.

Se si prende in considerazione la diagnosi, è possibile notare che dopo il ciclo di EMDR nessun bambino rientra più nella diagnosi di PTSD: utilizzando il T-test per campioni appaiati a due code, è stato ottenuto un valore  $T=4,05$  e  $\alpha=0,000$ , altamente significativo.

Questo risultato è stato confermato anche nel follow up a 6 mesi in cui è presente un parziale ritorno del disturbo (8%) caratterizzato da una  $T=3,33$  e una  $\alpha=0,003$ , dato anche questo significativo. Nel follow up ad un anno, la diagnosi di PTSD scompare di nuovo.

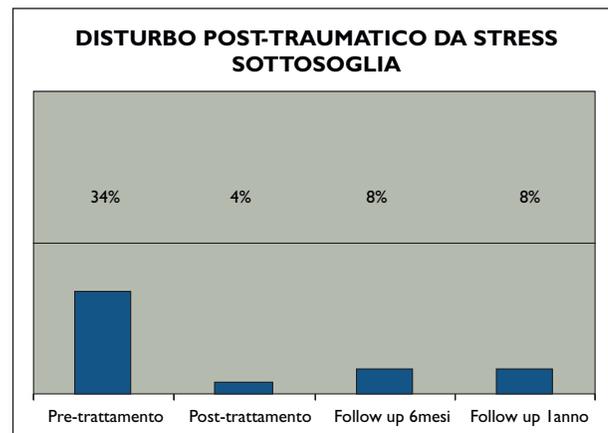
Anche per quanto riguarda la diagnosi Sottosoglia si sono potuti osservare decisivi miglioramenti nel corso del tempo. Infatti, ad un valore elevato nella prima valutazione è risultata una

Grafico 2: Percentuale di PTSD nei bambini



percentuale decisamente più bassa dopo il trattamento, solo il 4% risultava mostrare questi sintomi ( $T=2,86$  e  $\alpha=0,01$ ). Nel follow up a 6 mesi la percentuale risultava essere dell'8%, così come nel follow up ad un anno, dati anch'essi altamente significativi ( $T=2,27$  e  $\alpha=0,03$ ).

Grafico 3: Percentuale di PTSD Sottosoglia nei bambini



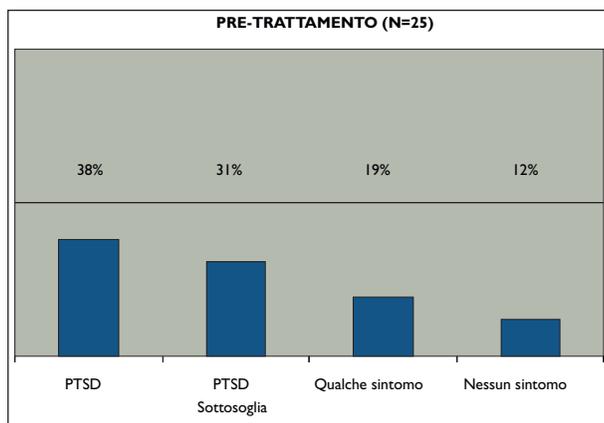
D'altro lato, cresce la percentuale dei soggetti che nel post-trattamento (96% totale) e nei 2 follow up (rispettivamente 84% e 92%) presentano solo qualche sintomo o non ne hanno più. In sintesi, da quanto possiamo osservare da un'ispezione grafica (della diagnosi) i sintomi hanno il seguente andamento: molto numerosi nel pre-trattamento, quasi assenti nel post-trattamento, lievemente presenti nel primo follow up e quasi assenti nel secondo follow up. Questa situazione è stata riscontrata sia per quanto riguarda la diagnosi, sia per l'analisi dei

tre cluster singolarmente, durante la quale si è notato che quello che tende a tornare più insistentemente sia quello relativo all'aumentato arousal (dopo un anno).

**Adulti**

Hanno aderito complessivamente 24 adulti ma le analisi sono state condotte solo su un campione di 15 soggetti, in quanto nei restanti 10 casi sono mancate una o più rilevazioni testistiche. Complessivamente il 78% di coloro che hanno effettuato la valutazione iniziale (24 soggetti originari) ha riportato un PTSD o un PTSD Sottosoglia e il restante 22% si divide tra quelli che hanno sviluppato pochi sintomi sporadici oppure non ha sviluppato alcun sintomo. Nell'analisi del campione che abbiamo preso in considerazione (sono stati esclusi i soggetti che non avevano le rilevazioni consecutive di pre-trattamento e post-trattamento), il 69% degli adulti a cui è stata somministrata la batteria rientrava nella diagnosi di PTSD (38%) o nella categoria Sottosoglia (31%) alla rilevazione pre-trattamento, mentre il restante 31% presentava solo qualche sintomo (19%) o non ne presentava alcuno (12%).

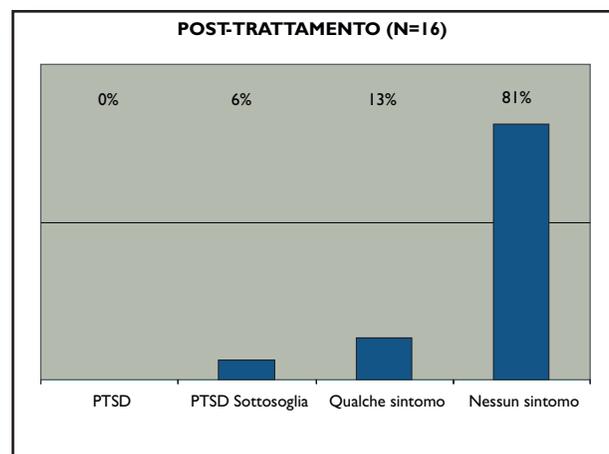
Grafico 4: Percentuali Disturbo Post-Traumatico da Stress negli adulti (pre-trattamento)



Nel post-trattamento sono stati subito evidenti i miglioramenti, un dato che va ad avvalorare la tesi sull'efficacia immediata del trattamento EMDR nei casi di PTSD acuto. Anche la statistica supporta tale significatività. Infatti, ad una settimana dal ciclo di sedute nessuno manife-

stava più il disturbo conclamato. Nel confronto statistico, attraverso il T-test, è stato ottenuto un valore  $T=3$  e  $\alpha=0,01$  tra le due rilevazioni. Solo il 6% rientrava nella categoria sottosoglia, percentuale anch'essa significativa confermata dal valore  $T=2,24$  e  $\alpha=0,04$ . Invece, ben l'81% del campione non aveva più sintomi ( $T= -5,75$  e  $\alpha$  pari a 0) e il 13% rivelava ancora qualche segnale della precedente patologia (valore meno significativo con  $T=0,44$  e  $\alpha=0,4$  perché risulta poco differente dalla stima precedente).

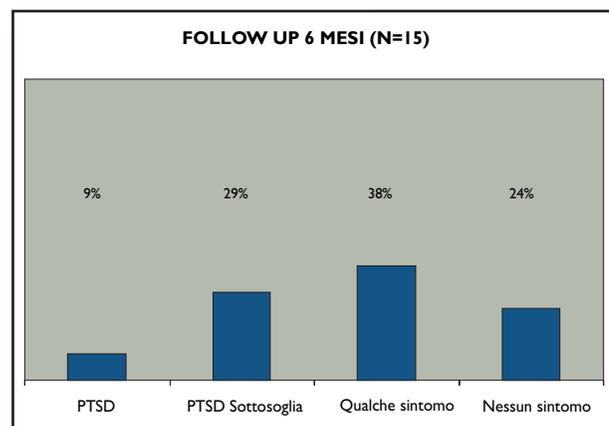
Grafico 5: Percentuale Disturbo Post-Traumatico da Stress negli adulti (post-trattamento)



Nei due follow up che sono seguiti, c'è stato un lieve riproporsi dei sintomi, ma non è significativo dal punto di vista clinico e neanche dal punto di vista statistico.

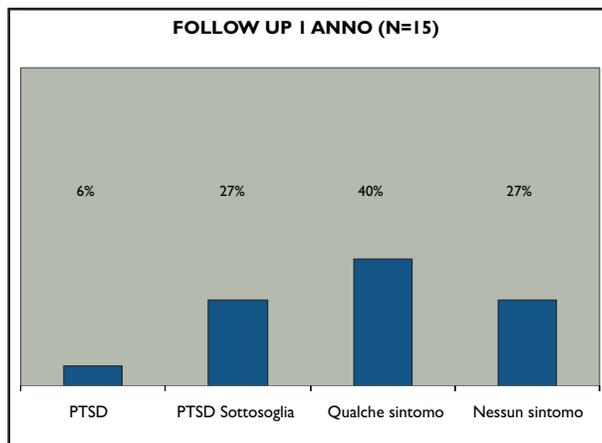
Infatti, nel gennaio 2008 il 9% dei soggetti aveva di nuovo sviluppato PTSD, mentre nel mese di

Grafico 6: Percentuale Disturbo Post-Traumatico da Stress negli adulti (follow up a 6 mesi)



maggio (2008) la percentuale era del 6%. Il 29% nel primo follow up e il 27% nel secondo rientrava nella categoria sottosoglia. Il 38% prima e il 40% dopo soffriva ancora del persistere di qualche sintomo e, infine, il 24% e il 27% non presentavano più sintomi.

Grafico 7: Percentuale Disturbo Post-Traumatico da Stress negli adulti (follow up ad un anno)



### Discussione

Questo progetto, iniziato nel periodo giugno/luglio 2007 e proseguito per più di un anno, fino a maggio 2008, ha portato ad importanti risultati a sostegno dell'efficacia della psicoterapia con EMDR in primo luogo sui bambini, ma anche sugli adulti.

Un dato rilevante è stato sicuramente l'adesione di una buona numerosità delle vittime al programma di trattamento proposto. Infatti, sui 39 bambini sopravvissuti all'incidente, 30<sup>11</sup> sono stati coloro che hanno partecipato alla prima rilevazione, ovvero una percentuale del 77% della popolazione coinvolta nell'incidente.

Se si confronta questo calcolo con quelli presenti in letteratura, ci si può rendere conto della rappresentatività del campione analizzato.

Uno studio inglese (Stallard et al, 2004) riguardante bambini vittime di incidenti stradali, ad esempio, ha riportato un'adesione agli interventi di trattamento proposti pari al 42% del campione iniziale<sup>12-13</sup>, con una percentuale di sviluppo di PTSD del 29% circa.

Lo studio qui riportato risulta quindi essere più rappresentativo proprio per la quasi totale par-

tecipazione dei soggetti alla ricerca e riporta un tasso di PTSD maggiore rispetto ad altri studi. Di questi bambini, il 43% aveva sviluppato un disturbo Post-Traumatico da Stress e il 34% rientrava nella categoria Sottosoglia.

Per quanto riguarda l'incidenza del PTSD in base alla suddivisione dei bambini nei gruppi, si è riscontrata una percentuale di disturbo vero e proprio del 37% nel primo gruppo e del 44% nel secondo gruppo<sup>13-12</sup>, mentre nella categoria sottosoglia rientravano rispettivamente il 32% e il 44%. Di conseguenza i sintomi acuti da stress post-traumatico non sono rientrati a 3 mesi dall'evento come previsto nel DSM IV-TR, bensì aumentano se non ci sono interventi specialistici. I risultati ottenuti dopo il trattamento sono stati importanti per sottolineare l'efficacia dell'approccio EMDR, sia immediata sia a lungo termine, nella sintomatologia acuta del Disturbo Post-Traumatico da Stress e avvalorare alcuni dati già presenti in letteratura soprattutto per quanto riguarda l'applicazione sui bambini.

L'andamento sintomatologico dei bambini e degli adulti presenta alcune differenze. Sembra che i bambini abbiano manifestato elevate reazioni di stress, come confermato dai risultati dell'indagine sui tre cluster di sintomi nel corso del trattamento. In particolare il cluster di Iper-arousal sembra essere quello che perdura maggiormente, rispetto agli altri due, a distanza di un anno dall'incidente, ma senza una valenza clinica. In un altro studio effettuato su un gruppo di vittime di incidente stradale (Palyo et al, 2008), i ricercatori hanno riscontrato che tutti i sintomi di iper-arousal (ad eccezione dell'ipervigilanza) siano collegati ad appiattimento emotivo, associazione non presente tra appiattimento e intrusività ed evitamento. Si potrebbe trattare di una sorta di comorbidità con la depressione (i problemi di concentrazione e di sonno, infatti, presenti nel cluster, sono presenti anche nella depressione). Anche le reazioni degli adulti allo stress sono state significative; la numerosità delle diagnosi di PTSD nel pre-trattamento fa riflettere sulla necessità di intervenire con il trattamento EMDR anche sui genitori.

Nel caso di Vercelli i genitori si sono dimostrati subito fiduciosi e hanno dato la possibilità ai loro

figli di usufruire degli interventi psicologici forniti e dall'equipe del reparto di Neuropsichiatria e dai membri dell'Associazione EMDR.

L'equipe psicologica è stata indispensabile nel gestire la situazione di emergenza che si è presentata nelle ore successive all'incidente, ha incontrato le vittime e i loro genitori in ospedale, fornendo loro il sostegno per affrontare un momento tanto critico. Si è impegnata inoltre a prestare i primi soccorsi psicologici al fine di promuovere e favorire la capacità di coping e la resilienza.

Importante e fondamentale è stata la collaborazione tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'Associazione EMDR Italia, a partire dall'attività svolta dagli psicologi che si sono occupati dei bambini al loro arrivo in ospedale fino al passaggio di consegne ai terapeuti EMDR per il lavoro specifico sul trauma.

Questa sintonia è stata un ottimo punto di partenza per il progetto, sostenuto e rafforzato anche dal contributo ricevuto dal Comune di Stroppiana e dalla dirigente Scolastica dell'Istituto Comprensivo di Asigliano di cui faceva parte la scuola frequentata dalle piccole vittime.

Infatti, grazie ad una buona collaborazione di un'equipe multidisciplinare, è stato possibile intervenire con i bambini in un luogo familiare come la loro scuola. L'utilizzo di tale setting ha sicuramente favorito l'adesione di un numero così significativo di pazienti e facilitato il processo di normalizzazione delle reazioni emotive.

I risultati di tutto il lavoro svolto (soprattutto attraverso l'analisi delle risposte date alla scala SCID, confermati dai dati ottenuti dalla CROPS per i bambini e dalla IES per gli adulti) hanno fornito importanti dati sulla numerosità dei bambini che sviluppano una sindrome post-traumatica in seguito ad un evento critico. Le reazioni possono persistere per parecchi mesi senza evolversi in una remissione spontanea, come confermato dai dati ottenuti dal gruppo di confronto a trattamento ritardato in cui il 44%, a 3 mesi dall'incidente, presentava un PTSD.

In conclusione, sia i dati epidemiologici sull'incidenza del PTSD in età evolutiva emersi dalla nostra indagine, sia i risultati ottenuti attraverso un ciclo di 6 sedute in media di EMDR con le vittime, supportano la tesi dell'importanza di

un intervento specialistico nella fase acuta delle post-emergenze. Nella terapia con i bambini l'EMDR si è dimostrato uno strumento efficace e ha fornito interessanti spunti che possono incrementare la ricerca su questi aspetti epidemiologici e clinici.

I dati emersi dall'indagine psicodiagnostica sui genitori e sull'efficacia del ciclo di trattamento EMDR effettuato con loro sostengono la forte necessità di effettuare un intervento psicoterapeutico anche con le figure di accudimento di bambini vittime di traumi.

## Note

\* Psicologa-psicoterapeuta, presidente associazione EMDR Italia  
Docente Scuola di psicoterapia AIAMC.

1. Sito italiano del Ministero dell'Interno in cui è possibile consultare le leggi promulgate. I primi interventi a favore delle popolazioni vittime di catastrofi in Italia risalgono all'incirca al 1980. Negli anni successivi si intervenne molto nell'ambito della Psicologia dell'Emergenza, in occasione di eventi naturali come terremoti e alluvioni o nei diversi tipi di incidenti provocati da errori umani (l'incidente del grattacielo Pirelli a Milano nel 2002, ad esempio). L'importanza della Psicologia dell'Emergenza venne riconosciuta in Italia per la prima volta, dal punto di vista istituzionale, all'atto della promulgazione del Decreto Ministeriale del 13/02/2001, in relazione ai "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" ([www.interno.it](http://www.interno.it)) nel quale si sottolinea la necessità di fornire supporto a livello psicologico alle persone colpite da eventi catastrofici.

2. Capacità composita in cui convergono diversi fattori che mobilitano le risorse degli individui.

Le fonti di resilienza disponibili comprendono:

- Risorse Interne
- Risorse Esterne
- Risorse del contesto sociale e culturale

3. Acronimo di Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (vedi Metodo).

4. In inglese Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

5. Intervista Clinica Strutturata per i disturbi d'asse I del DSM IV, SCID I; vedi Strumenti

6. CROPS, vedi Strumenti

7. Checklist per la dissociazione infantile, CDC, vedi Strumenti

8. Frazer e Taylor hanno classificato le vittime di incidenti critici in 4 livelli a seconda del coinvolgimento del soggetto nell'evento in questione. In questo progetto sono state considerate solo le vittime dei primi due livelli:

I bambini e le insegnanti (vittime primarie) che hanno vissuto in prima persona l'evento,

I genitori (vittime secondarie) che hanno vissuto indirettamente l'evento attraverso la sofferenza dei loro cari.

9. Scala di Impatto degli Eventi, IES-R vedi Strumenti

10. I cluster in cui è suddivisa la SCID-I sono 3: Intrusività: ad

es., ricordi o sogni spiacevoli dell'evento, sensazioni di rivivere l'esperienza, allucinazioni, flashback, etc.

Evitamento: ad es., sforzi per evitare luoghi, persone, pensieri e sensazioni associate al trauma, riduzione della gamma degli affetti e dell'interesse per attività significative, etc.

Iper-arousal: ad es., difficoltà ad addormentarsi o a concentrarsi, ipervigilanza, etc.

11. Questo rappresenta il numero totale dei bambini che si sono sottoposti al pre-trattamento e a cui è stata fatta una diagnosi. Di questi bambini (che erano stati in seguito suddivisi in gruppi, come già precedentemente spiegato) non tutti portarono a termine il trattamento. Il campione finale è risultato di 25 bambini.

12. 158 bambini su 384 parteciparono al progetto. Alcuni non furono contattati a causa di informazioni sbagliate, per altri i genitori non diedero il consenso o i bambini non vollero partecipare.

13. Del primo gruppo facevano parte 19 bambini. Il gruppo di confronto a trattamento ritardato era costituito da 7 bambini.

## Bibliografia

American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV. *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC.

Bisson J. et al. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 198: 97-104.

Carlson J.G., Chemtob C.M., Rusnak K., Hedlund N.L., Muraok M.Y.. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Treatment for Combat-related Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 1; 3-24.

Chemtob C.M., Nakashima J., Hamada R., Carlson J.G.. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster related PTSD: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1, 99-112.

Fernandez, I., Gallinari, E., & Lorenzetti, A. (2005). A School-based EMDR intervention for children who witnessed the Pirelli Building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 129-136.

EMDR as treatment of Post-traumatic reactions: a field study on children victims of an earthquake (2007).

Educational and Child Psychology, Volume 24, Number 1. *The British Psychological Society*.

First M., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B.W. (1997). SCID-I. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. *New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department*.

Greenwald, R. (1996). Psychometric review of the Trauma Reaction Indicators Child Questionnaire. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress,*

*trauma, and adaptation* (pp. 370-372). Lutherville, MD: Sidran.

Greenwald R..(1999). L'EMDR con bambini e adolescenti. Casa Editrice Astrolabio-Ubalдини Editore, Roma. Traduz. di Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in child and adolescent psychotherapy. Jason Aronson Inc., London.

Horowitz M.J., Wilner N., Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Marmar C.R., Weiss D.S., Metzler T.J., Delucchi K. (1996a). Peritraumatic Dissociation Scale. In C.R. Marmar, M.D. Weiss, T. Metzler, 1998, traduzione italiana di M. Giannantonio pubblicata su [www.psicotraumatologia.com](http://www.psicotraumatologia.com)

Marmar C.R., Weiss D.S., Metzler T.J.. (1998). Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder. In J.D. Bremner, C.R. Marmar (a cura di), 1998, *Trauma, Memory and Dissociation*, 229-247. Washington: American Psychiatric Press.

National Institute for Clinical Excellence. (2005). Post-traumatic Stress Disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Gaskell.

Palyo, S.A., Clapp, J.D., Beck, J.G., Grant, D.M., Marques, L. (2008). Unpacking the relationship between posttraumatic numbing and hyperarousal in a sample of help-seeking motor vehicle accident survivors: replication and extension. *Journal of Traumatic Stress*, Apr, 21 (2):235-8

Putnam F.W., Helmers K., Horowitz L.A., Trickett P.K.. (1993). Development, reliability and validation of a child dissociation scale. *Child Abuse Negl*, 17:731-741.

Shapiro F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. *New York: Guilford Press*.

Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *British Medical Journal*, 317, 1619-1623.

Stallard, P., Salter, E., & Velleman, R. (2004). Post-traumatic stress disorder following road traffic accidents; a second prospective study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 172-178.

Taylor A.J.W., Frazer A.G.. (1981). The stress of post-disaster body handling and victim identification. *J Human Stress*, 8:4-12.

Weiss, D.S., Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399-411).

New York: Guilford Press.

# Bullismo tradizionale e Cyberbullying

## Osservazioni preliminari

di ANGELA COSTABILE\*

**I**l termine italiano bullismo è la traduzione letterale della parola *bullying*, termine inglese usato nella letteratura internazionale per connotare il fenomeno delle prepotenze tra pari, in un contesto di gruppo (Olweus, 1978; Smith 1991). Inizialmente l'attenzione si è posta sulle modalità di prevaricazione dirette e verbali, solo successivamente si è riconosciuta l'importanza di quelle indirette o psicologiche. Il bullismo designa un tipo di interazione tra due o più individui, caratterizzata da uno squilibrio di forze in gioco, sul piano sia fisico che psicologico. Il bullo prevarica l'altro in modo intenzionale, persistente e strumentale, cioè finalizzato al raggiungimento di qualche scopo, di tipo materiale o legato al bisogno di esercitare il potere. La prevaricazione può avvenire a diversi livelli, attraverso prese in giro, ricatti, minacce, botte o persino estorsioni. La vittima, che è l'altro protagonista dell'interazione, spesso vive in una condizione di isolamento, è debole ed incapace di reagire.

Gli studi sul bullismo hanno ormai una tradizione consolidata in ambito internazionale. Dopo il lavoro pionieristico di Olweus (1978) che rileva la consistenza del fenomeno in un gran numero di scuole scandinave, molte altre ricerche sono state condotte in Inghilterra (Whitney e Smith 1993) in Irlanda e Spagna, in Finlandia, in Giappone, in Australia.

Un comportamento da bullo è un tipo di azione che mira deliberatamente a far del male o danneggiare, spesso è persistente e dura settimane, anni. Alla base c'è un abuso di potere e un desiderio di intimidire, dominare. Il bullismo prende forme diverse:

1. *fisiche: colpire con pugni o calci, appropriarsi di oggetti personali di qualcuno;*
2. *verbali: deridere, insultare, prendere in giro ripetutamente;*
3. *indirette: diffondere pettegolezzi fastidiosi, escludere qualcuno dal gruppo.*

Il fenomeno delle prepotenze tra bambini a scuola spesso risulta pervaso da un clima di silenzio e di omertà: coloro che subiscono i comportamenti aggressivi dei compagni hanno serie difficoltà a riferire o a denunciare gli episodi accaduti.

Sebbene i dati quantitativi mostrino che il fenomeno si manifesta con forte incidenza nella scuola media inferiore e superiore, va comunque tenuto presente che è nella scuola elementare che spesso prende l'avvio, non sempre tempestivamente individuato, il disagio, la sofferenza, il distacco dalla scuola e dalle sue richieste.

Una prima difficoltà è, di sicuro, quella di una corretta definizione del comportamento di bullismo e una sua distinzione dal comportamento aggressivo. La violenza a scuola, che può assu-

mere diverse forme, dalla prepotenza fisica con minacce e taglieggiamenti, alla forma verbale a quella che mira alla esclusione sociale, non turba solo le vittime di tale violenza ma crea un clima, in classe e nella scuola, non favorevole allo sviluppo di processi educativi e di apprendimento. La scuola può essere vissuta come 'non sicura' sia dalle vittime che dagli spettatori degli eventi violenti (la maggioranza dei ragazzi), perdendo perciò le sue caratteristiche peculiari.

Nel corso degli ultimi 20 anni in Italia, gli studi sul bullismo (Lo Feudo, Palermi, Costabile, 2003; Fonzi, Genta, Menesini, Bacchini, Bonino, Costabile, 1999; Menesini, Fonzi, 2003; Fonzi, 1997; Fonzi, Smorti, Ciucci, 1997; Genta, Menesini, Fonzi, Costabile, 1996) si sono occupati di fornire una definizione del fenomeno, studiarne i diversi aspetti e le varie manifestazioni, tentare di fornire strumenti per la prevenzione e la riduzione del fenomeno. Attraverso studi nazionali ed internazionali si è giunti a una definizione comune che identifica il bullismo o *bullying*, termine originale, come una relazione sociale negativa caratterizzata da: *intenzionalità*, nel fare del male all'altro, *sistematicità*, l'atto ricorre nel tempo e tra gli stessi soggetti, *disequilibrio* delle forze in gioco. Questa relazione coinvolge, oltre ai due soggetti principali, il bullo e la vittima, anche altri personaggi come il difensore della vittima, il rinforzo e l'assistente del bullo, lo spettatore.

In Italia i primi dati sono stati raccolti in due città del Centro e Sud Italia: Firenze e Cosenza, mediante la somministrazione di un questionario anonimo di Olweus (1991) tradotto e adattato alla realtà italiana a partire dalla versione inglese di Whitney e Smith (1993). Il questionario anonimo si pone l'obiettivo di indagare la natura e le caratteristiche del fenomeno, esso è strutturato in diverse sezioni: le relazioni di amicizia, le prepotenze subite, le prepotenze agite, gli atteggiamenti di bambini ed insegnanti verso il fenomeno. Lo strumento offre il vantaggio di essere somministrato a gruppi-classe e di offrire una prima lettura del fenomeno. Alla ricerca hanno partecipato 1.379 alunni di età

compresa tra gli 8 e i 14 anni (dalla terza elementare alla terza media) (Genta et al., 1996). I risultati riportano che, nella scuola elementare, un'alta percentuale di soggetti riferisce di aver subito prepotenze, a Firenze il 46%, a Cosenza il 38%. Nelle scuole medie le percentuali diminuiscono, pur restando elevate (Firenze 30% e Cosenza 27%).

Successivamente gli studi effettuati in altre città italiane hanno messo in evidenza come il bullismo, nelle scuole italiane, si presenta con valori molto elevati con indici complessivi che vanno dal 41% nella scuola elementare al 26% nella scuola media, in rapporto agli alunni che dichiarano di aver subito prepotenze.

Nel confronto con i dati europei, quelli italiani sembrano addirittura più elevati; alcuni studi hanno avuto proprio l'obiettivo di trovare spiegazioni teoriche a riguardo. Un fenomeno che in Norvegia coinvolge il 16% degli alunni, in Inghilterra il 27%, in Spagna il 15% e in Giappone il 12%, a Firenze il 46% e a Cosenza il 38%. Una spiegazione dei ricercatori sembra legata alle differenze culturali tra il nostro e gli altri paesi; occorre tener conto, infatti, che uno dei primi problemi che i ricercatori italiani hanno dovuto affrontare è stato quello della traduzione del termine inglese "bullying", la cui trasposizione letterale *bullismo* avrebbe comportato troppe ambiguità e scarsa chiarezza, per cui si è optato per il termine "Prepotenza" e "Vittimizzazione", per definire il ruolo di coloro che fanno o subiscono maltrattamenti dai compagni. Il termine prepotenze presenta un'accezione ampia di significati: prepotenze fisiche, verbali e psicologiche. Un'ulteriore differenza tra l'Italia e i Paesi anglosassoni e scandinavi riguarda il fatto che, nella nostra cultura, le manifestazioni di conflitto e certi comportamenti aggressivi, sembrano essere maggiormente tollerati senza che portino alla rottura della relazione sociale (Schneider & Fonzi, 1996). Tale ipotesi trova sostegno in uno studio svolto su un campione di ragazzi di scuola media a cui veniva chiesto di valutare la gravità dei diversi tipi di prepotenze. Dai risultati è emerso che la forma di bullismo

considerata meno grave è quella verbale (essere chiamati con brutti nomi), che costituisce il 50% degli episodi di prepotenza denunciati dai bambini.

Numerosi studi a carattere osservativo hanno messo in evidenza come il bullo non è quasi mai solo quando agisce, infatti, già Olweus (1993) rilevava che le tipologie di bullo e vittima non sono univoche, infatti tra i bulli si individuano i “bulli passivi”, semplici gregari e, tra le vittime, si distinguono le “vittime passive” da quelle “provocatrici” che, con il loro temperamento iperattivo, provocano gli attacchi.

Alcuni autori hanno, inoltre, messo in evidenza la natura di gruppo del fenomeno e gli effetti di rinforzo reciproco tra i partecipanti (Pikas, 1975). Gli studi osservativi di Craig e Pepler (1995), Salmivalli et al. (1996), hanno dimostrato che più dell’80% degli episodi di bullismo avviene in classe, oppure a mensa o durante la ricreazione, nei corridoi o in cortile; il bullo agisce sotto gli occhi di altri ragazzi i quali partecipano con ruoli diversi, incitando il bullo, a volte persino aiutandolo, pochi, invece sono coloro che prendono spontaneamente le difese della vittima, sia per paura di ritorsioni da parte del bullo sia perché la vittima è spesso molto impopolare.

Salmivalli et al. (1996), propongono un nuovo approccio per la lettura dei fenomeni di bullismo all’interno del gruppo-classe, mediante un questionario definito Ruoli dei partecipanti.

L’attenzione degli studiosi verso il fenomeno del bullismo nasce dalla consapevolezza di come la qualità delle relazioni tra i pari possa essere considerata un predittore attendibile di molte forme di rischio psicologico e sociale in età successive. La capacità di interagire adeguatamente con gli altri dipende dalla abilità del ragazzo di elaborare correttamente i segnali provenienti dal partner.

La prepotenza, che può assumere differenti forme, dalla prepotenza fisica a quella verbale e indiretta che mira all’esclusione sociale, non turba solo le vittime di tale violenza, ma crea un clima in classe e nella scuola non favorevole

allo sviluppo di processi educativi e di apprendimento.

Un comportamento da prepotente può influenzare negativamente gli alunni, le vittime dei bulli hanno vita difficile, possono sentirsi oltraggiate e provare desiderio di non andare a scuola perdendo così autostima e sicurezza. Possono avere problemi di apprendimento e concentrazione, alcuni hanno sintomi somatici come il mal di stomaco, il mal di testa, incubi notturni, attacchi di ansia, enuresi. Questi malesseri non scompaiono con l’età, anzi, a volte si rafforzano andando a produrre effetti che si protraggono nel tempo e che comportano dei rischi evolutivi tanto per chi subisce che per chi agisce, caratterizzando così la personalità dell’individuo. Il bullo continua a manifestare atteggiamenti antisociali e devianti in età adolescenziale così come in età adulta. I bulli considerano la violenza essenziale per affermare la propria personalità, hanno un livello d’ansia e insicurezza basso e non si sentono colpevoli.

La vittima può manifestare disturbi di diverso genere sia fisico che psicologico, può sperimentare il desiderio di non frequentare più determinati luoghi, e anche a distanza di tempo avere una personalità insicura e ansiosa tali da portare a episodi di depressione e in alcuni casi di suicidio.

Nell’ultimo periodo si assiste a una nuova modalità di bullismo virtuale definito *cyberbullying*. Il *cyberbullying* negli ultimi anni è divenuto oggetto di studio in diverse realtà europee come l’Inghilterra, la Germania e, nell’ultimo anno, anche l’Italia. I ricercatori si sono avvicinati a questa problematica per cercare di comprendere qual è la reale presenza del fenomeno nel nostro Paese.

Rispetto al bullismo tradizionale, nel *cyberbullying* è difficile individuare il prevaricatore, i mezzi multimediali, nella maggior parte dei casi, garantiscono l’anonimato, per cui si interagisce con dei veri e propri *fantasmi*. La rapidità di diffusione delle informazioni, la possibilità di conservarle e riprodurle (copia ed incolla messaggio) e la possibilità di non essere identifi-

cati favorisce una sorta di disinibizione e una diminuzione della responsabilità sociale che incoraggia il manifestarsi di condotte aggressive, ostili, a volte di seduzione e stupro virtuale. Molte delle vittime di cyberbullying sono soggetti socialmente isolati che sulla rete cercano sostegno e amicizia da parte di pari (Beran e Li 2005; Smith et al, 2007), Non esistono luoghi dove ci si possa nascondere, l'unico mezzo di allontanamento momentaneo dal proprio prevaricatore potrebbe essere: cambiare il numero del telefono cellulare, la mail o il nick-name nelle chat room.

Ciò che caratterizza il cyberbullying è, inoltre l'ampiezza di pubblico che riesce a coinvolgere, si pensi che ogni minuto centinaia e centinaia di persone di tutto il mondo sono connesse contemporaneamente sullo stesso sito; l'impossibilità di nascondersi, chi è vittima di cyberbullying è soggetta a continui messaggi, telefonate ed e-mail sgradevoli e così anche la propria libertà è intaccata; l'invisibilità di chi compie l'atto, il cyberbullying non è un'esperienza face-to-face e permette a chi compie l'atto, di godere di una certa invisibilità.

Si ringraziano per la collaborazione le dott.sse Annalisa Palermi e Maria Giuseppina Bartolo.

## Note

\* Professore Ordinario di Psicologia dello sviluppo e dell'educazione Dipartimento Scienze dell'educazione, Università degli Studi della Calabria.

## Bibliografia

- Beran, T. & Li, Q. (2005). Cyber-Harassment: A study of a new method for an old behaviour. *Journal of Educational Computing Research*, 32, 265-277.
- Craig W.M., Pepler D. (1995), Peer processes in bullying and victimization: An observational study. *Exceptional Education Canada*, vol. 5, pp. 81-95.
- Fonzi A. (1997), (a cura di), *Il bullismo in Italia*, Firenze, Giunti.
- Fonzi A., Genta M.L., Menesini E., Bacchini D., Bonino S., Costabile A. (1999), Italy in P.K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano, P. Slee, 1999, *The nature of school bullying. A cross national perspective*, Routledge, London
- Fonzi A., Smorti A., Ciucci E. (1997), L'atteggiamento verso la prepotenza dalla preadolescenza alla adolescenza. In: S. M. G. Adamo e P. Valerio (ed.): *Fattori di rischio psicosociale nell'adolescenza*. Napoli: La città del Sole, 125-146.
- Genta M.L., Menesini E., Fonzi A., Costabile A. (1996), Le prepotenze tra bambini a scuola, *Età evolutiva*, vol. 53, pp. 73-80.
- Lo Feudo G., Palermi A.L., Costabile A. (2003), Riconoscimento e definizione verbale dei comportamenti inerenti al bullying, *Età Evolutiva*, 74, pp. 60-67.
- Menesini E., Fonzi A. (2003), La definizione del bullismo: alunni e insegnanti a confronto, *Età evolutiva*, 74, 69-75.
- Olweus D. (1991), Bully/victim problems among school children. Basic facts and effects of a school-based intervention. In Pepler D., Rubin K.H. (eds.), *The development and treatment of aggression*, Erlbaum, Hillsdale, N.J., 411-448.
- Pikas A. (1975), *Sa stoppar vi Mobbing*, Prisma, Stockholm.
- Salmivalli C., Lagerspetz K., Bjorkqvist K., Osterman K., Kaukianen A. (1996), Bullying as a group process: Participant Roles and their relations to social status within the group, *Aggressive Behavior*, vol. 22, pp. 1-15.
- Schneider B. H., Fonzi A. (1996), La stabilità dell'amicizia: uno studio crossculturale Italia-Canada, *Età Evolutiva*, vol. 54, pp. 73-79.
- Smith, P. K., Tippett, N., Carvalho, M., Russell, S., & Mahdavi, J. (2007) *Aspects of Cyberbullying in the UK: Quantitative and Qualitative Data*. Paper Symposium. European Developmental Psychology Conference. Jena, Germany.
- Whitney I. Smith P.K. (1993), A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational research*, vol. 35, pp. 3-25.

# La depressione, “male del secolo”

*Il 30% degli italiani soffre di sintomi depressivi.  
Grave danno economico per il Paese*

di LUIGI DE MARCHI\*

Qualche tempo fa, su “Repubblica”, **Pietro Citati** ha pubblicato un articolo sulla depressione che traeva spunto da una grandiosa Mostra della pittura e della scultura a tema malinconico inaugurata al Grand Palais di Parigi e che si apriva con queste parole: “La depressione è la malattia del nostro tempo. Quanti disperati si affidano agli psicologi e ai neurologi; **quanti destini dipendono ormai dai farmaci antidepressivi**; quanti malati assistono atterriti all’alternanza, nel loro animo, di cicli tristi ed euforici. Quante desolazioni senza rimedio. Quante anime illividite e abbrunate. Quante discese nell’abisso, quanti suicidi.” A sua volta, il famoso scrittore **Michel Houellebecq**, ha iniziato la sua intervista ad un grande giornale con una battuta anche più categorica: **“La depressione è la malattia moderna per eccellenza”**.

Del resto, non sono solo opinioni di letterati. Di recente si è tenuto a Roma un Convegno dell’Istituto per la Ricerca sulla depressione e sull’ansia (IDEA) ove è emerso che **ormai quasi il 30% degli Italiani soffre di sintomi depressivi**; e si tratta di una percentuale sostanzialmente analoga nelle varie zone e nelle varie classi sociali. La fascia d’età più duramente colpita è quella tra i 25 e i 45 anni e si è abbassata rispetto al passato, quando questa patologia colpiva soprattutto gli anziani. I danni economi-

ci provocati dalla depressione sono imponenti: circa 10 miliardi di euro (20.000 miliardi di vecchie lire). **I fattori psico-culturali dell’estensione delle patologie depressive erano indicati in quel Convegno (come d’altronde in tanti altri) nei conflitti generazionali e familiari, nell’insicurezza occupazionale e nelle conflittualità di coppia.**

Per parte mia, da molti anni ormai **ho proposto una concausa di fondo che si collega ad una teoria della nevrosi e della cultura da me elaborata già nei primi anni ’80** e aggiornata di recente nell’opera **“Lo shock primario”**, edito dalla Rai-Eri. Sulla base di una vasta messe di osservazioni cliniche e antropologiche, questa teoria sostiene che **il fattore centrale di malessere psichico umano** è, sia per l’individuo che per la specie, la presa di coscienza del nostro destino di morte e la partecipazione disperata all’agonia e alla morte dei nostri simili più amati.

Ed a questa nuova impostazione s’ispira la Scuola di Specializzazione Universitaria in Psicoterapia IPUE (329.1111601) da me fondata e riconosciuta dal MIUR, che ha già iniziato in Calabria la sua attività formativa con la collaborazione di Massimo Biondi, Direttore del Dipartimento di Psichiatria all’Università di Roma “La Sapienza” e di docenti del calibro di Francesco Bruno, Alessandro Meluzzi e Clemente Cedro.

### La rimozione della morte in psicologia e psichiatria

Che cosa hanno capito la psicologia e la psichiatria di quest'antica e primaria fonte di malessere della mente umana, che ha concorso a plasmare le culture e le civiltà dai loro inizi più remoti e che concorre potentemente alla formazione ed alla esplosione delle varie patologie individuali e sociali? Secondo me, ne hanno capito **ben poco**.

Beninteso, l'insistenza con cui in questo ed altri miei scritti viene evidenziata sia l'importanza dell'angoscia di morte nella genesi della sofferenza psichica umana, sia la sistematica rimozione di tale angoscia nelle principali teorie della cultura e della psicopatologia non deve indurre a concludere che l'approccio esistenziale umanistico veda in tale angoscia **l'unica causa** di patologia mentale.

La nostra posizione, a differenza da quella di altre scuole, non nega affatto il peso e il ruolo di altri fattori, ma ritiene che la centralità dell'angoscia di morte sia stata negata da gran parte della psicologia e della psichiatria, **con effetti esiziali sulla possibilità di capire ed affrontare la dinamica psichica individuale e sociale**.

Paradossalmente, proprio le scienze che hanno dedicato immense energie allo studio di due fenomeni capitali della psiche umana, l'angoscia e la rimozione, hanno finito per rimuovere o negare la massima e più antica angoscia umana: l'angoscia della morte con le sue micidiali elaborazioni sociali e culturali attraverso i millenni.

Il padre stesso della psicologia moderna, **Sigmund Freud**, fu ossessionato per tutta la vita dall'angoscia della morte ma occultò così totalmente quell'angoscia nelle sue teorie da trasformarla in un desiderio inconscio: il cosiddetto **istinto di morte**. Freud stesso ammise di non aver mai trascorso una giornata intera senza aver pensato ripetutamente alla morte. Fin da giovane, usava salutare gli amici dicendo: "Addio, chissà se ci rivedremo..."

A quest'angoscia di morte si collegava in Freud (come in tante altre persone) la **paura di viaggiare**, che lo assaliva ogni volta che lasciava Vienna da solo. Come in molte altre fobie, quella paura nasceva dalla paura di morire (in viaggio) che, a sua

volta, lo spingeva a fantasie di strazianti commiati. Altre volte, come durante un viaggio in Grecia, gli bastava imbattersi, in albergo e sulla nave, nello stesso numero di cabina e di stanza (62) per sviluppare un'acuta e tenace paura di morire a 62 anni.

È significativo, infine che Freud sia svenuto due sole volte in vita sua (la prima, nel 1909, a Brema, e la seconda nel 1912, a Monaco) e che tutt'e due le volte ciò sia accaduto **mentre la conversazione indugiava su problemi di morte e imbalsamazione**. E non meno significativo è il fatto che ciò sia avvenuto mentre Freud stava insieme a Carl Gustav Jung, l'"erede designato" che Freud cominciava a sospettare di nutrire "impulsi parricidi" in quanto minacciava con le sue "eresie" il "progetto di immortalità" imbastito da Freud intorno all'ortodossia psicoanalitica.

È alla luce di questa drammatica realtà personale che il pervicace rifiuto di Freud di riconoscere l'importanza pervasiva dell'angoscia di morte nella vita psichica umana appare incredibile sul piano logico, anche se **perfettamente comprensibile sul piano psico-logico**.

Quel rifiuto si concretò in forma sistematica nell'opera **Al di là del principio del piacere**, pubblicata nel 1920. E la data di pubblicazione di quest'opera non è certo casuale, perché proprio la realtà atroce della guerra mondiale, le ansie per i figli impegnati al fronte e l'approssimarsi del febbraio 1918 (data fatale in cui Freud era convinto di dover morire) avevano riproposto drammaticamente al fondatore della psicoanalisi il problema dell'angoscia di morte così a lungo negato nelle sue teorie. In **Al di là del principio del piacere** (un'opera che indubbiamente gettò le basi del conflitto con Reich e Rank, prima, e con tutti i neofreudiani, poi) Freud abbandonò dunque l'assunto originario della psicoanalisi – e cioè che tutta l'attività psichica fosse governata dal principio del piacere – passando a sostenere che nella psiche umana, come in tutto il vivente, era all'opera non solo **l'istinto erotico**, cioè **Eros**, ma anche un altrettanto profondo **istinto di morte**, cioè **Thanatos**: una spinta autodistruttiva che, esternalizzandosi, produceva la distruttività intraspecifica tipica della specie umana e

che tendeva a riportare l'organismo umano, come tutta la materia, ad una condizione d'omologazione e d'inerzia da Freud definito "stato di nirvana", usando non a caso il termine buddista per indicare lo stato di beatitudine ultraterrena.

"Se noi accettiamo come verità universale – scrive Freud in quell'opera cruciale – il fatto che tutto quanto vive muore per cause interne tornando allo stato inorganico, allora dovremo anche concludere che **lo scopo di ogni vita è la morte...**" Certo, tutta la lotta disperata di ogni organismo contro la morte rendeva a dir poco temeraria una simile tesi, ma Freud non se ne sgomentava e continuava così il suo vaneggiamento:

"Vista sotto questa luce, l'importanza teorica dell'istinto d'autoconservazione diminuisce notevolmente: si tratta di una funzione parziale, il cui compito è di **garantire ad ogni organismo il suo cammino verso la morte** (sic!) e di salvaguardarlo da altre modalità di ritorno allo stato inorganico estrinseche all'organismo stesso. E allora non dobbiamo più fare i conti con la misteriosa spinta d'ogni organismo a preservare la sua esistenza (sic! sic!), una spinta così difficile da comprendere... Ci resta solo il fatto che **ogni organismo desidera morire a modo suo** (sic! sic! sic!). L'organismo vivente, insomma lotta con tutte le sue forze contro i fattori che potrebbero aiutarlo a conseguire rapidamente lo scopo della sua vita, appunto la morte, con una sorta di cortocircuito". La contorsione logica è **davvero stupefacente**, a prima vista, per un ingegno lucido come quello di Freud, ma essa diventa comprensibilissima se la colleghiamo alla esigenza di difendere la negazione dell'angoscia di morte che aveva sempre governato il pensiero di Freud fino al punto di vietargli di prendere coscienza delle sue stesse, costanti angosce di morte. Con quella contorsione logica, infatti, **Freud riusciva a trasformare l'angoscia della morte in desiderio di morte e la morte da minaccia terrificante in sogno paradisiaco (nirvana)**. E tutto ciò aveva ovviamente per lui un valore rassicurante e consolatorio, sia perché gli evitava di affrontare un tema che lo atterrava, sia perché gli consentiva di vedere la morte come un approdo desiderato.

Le conseguenze di questa copertura dell'angoscia coll'istinto di morte furono comunque gravissimi sul piano clinico e sociale.

Sul piano sociale, la riaffermazione della visione denigratoria dell'uomo tipica della tradizione religiosa ("La psicoanalisi – scriverà Freud nel **"Disagio nella civiltà"** – non può che confermare la tesi della religione: e cioè che siamo tutti dei poveri peccatori") scoraggiò in vasti ambienti scientifici e culturali la speranza in una evoluzione umana ispirata al progresso, alla pace, alla creatività e alla solidarietà.

Sul piano clinico e terapeutico, la negazione dell'angoscia primaria compromise radicalmente la comprensione delle cause profonde del malessere psichico umano ed ostacolò gravemente lo sviluppo di terapie efficaci. Così, per esempio, nel suo famoso **"Trattato di psicoanalisi"** (quasi mille pagine con oltre 1600 rimandi bibliografici) Otto Fenichel scrive: "È molto dubbio che esista una paura naturale della morte (sic!). Ogni paura di morire copre altre idee inconse: spinte libidiche o ansie di castrazione". L'impatto di queste tesi di Freud circa un presunto "istinto di morte" fu enorme sull'atteggiamento sociale della psicoanalisi, che assunse un carattere sempre più conservatore e immobilistico. **Né le altre Scuole psicoterapiche e psichiatriche assunsero, in proposito, un atteggiamento diverso.**

Può essere comunque utile riflettere sulle enormi ripercussioni socio-culturali dello "shock primario" da me ipotizzato: cioè l'emersione della coscienza nell'evoluzione psichica umana e, con essa, della coscienza della morte.

Dall'angoscia allagante scatenata da quella presa di coscienza la psiche umana cercò di proteggersi negando la morte ed elaborando le promesse d'immortalità tipiche d'ogni religione. **Purtroppo, però, ogni gruppo umano ritenne che la sua fosse l'unica Vera Fede** capace di assicurare una vita eterna e felice nell'aldilà e vide negli altri gruppi solo i seguaci di Dei falsi e bugiardi da combattere, distruggere o convertire col ferro e col fuoco. Per il fanatico, soprattutto per quello delle religioni monoteistiche, uccidere l'infedele e il miscredente non è un **optional** ma, sul piano

personale, una questione di vita o di morte eterna e, sul piano ecclesiale, il virtuoso adempimento del sacro dovere di salvare la Vera Fede dall'assalto degli Infedeli, cioè degli agenti di Satana. **In questa declinazione paranoide dell'angoscia di morte la mia teoria esistenziale della nevrosi e della cultura ha individuato la fonte prima dell'infinita sequenza di Guerre Sante che ha insanguinato la storia umana e che tutt'oggi ci delizia nella versione del terrorismo islamico.**

Com'è noto, a partire dall'Illuminismo le certezze religiose sono entrate in crisi in tutto l'Occidente avanzato. **E dall'ondata di panico esistenziale connessa al crollo delle difese assicurate dalle certezze religiose la psiche umana ha tentato di difendersi costruendo nuove certezze, nuove millenaristiche promesse, politiche questa volta, di Paradisi Terrestri** (quello Ariano di Hitler o quello comunista di Stalin) **destinati a sostituire i Paradisi Celesti** così duramente colpiti dal pensiero scientifico e razionale. Ma, nel corso del '900, anche i Paradisi Terrestri dei miti rivoluzionari di destra e di sinistra sono crollati e la psiche occidentale si è trovata nuovamente assediata dall'angoscia esistenziale. E allora, conforme allo schema kleiniano, alla declinazione paranoide dell'angoscia è subentrata quella depressiva.

Questa, nell'ottica della Psicologia Esistenziale Umanistica da me fondata, è la causa di fondo dell'inquietudine dell'uomo moderno e della sua sempre più diffusa depressione nell'Occidente avanzato. Nelle società tradizionali più dominate dal rigorismo religioso, viceversa, la declinazione paranoide dell'angoscia di morte è continuata pressoché immutata o si è addirittura aggravata ed esasperata in nuovi fanatismi, di cui il terrorismo islamico è solo il più diffuso e il più atroce.

Così inquadrata, però, la depressione non mi sembra più un fenomeno da valutare **solo negativamente** ma, al contrario, come **il segnale d'una evoluzione della psiche umana oltre le elaborazioni distruttive e cruento della sua angoscia primaria**. Certo, se la condizione odierna e futura del nostro psichismo dovesse restare intrappolata indefinitamente dentro questa declinazione depressiva dell'angoscia esistenziale gli orizzonti

resterebbero molto, molto grigi. Possiamo anche sperare, tuttavia, che l'animo umano riesca a **liberarsi dalla palude della depressione senza ricadere nella follia paranoide e stragista. Ma come? A livello individuale**, questo è il risultato perseguito dalla **psicoanalisi umanistica esistenziale** condotta da me e dai miei collaboratori. **Del resto**, come sottolineò a suo tempo **Cesare Musatti**, famoso psicoanalista italiano, "ben di rado la psicoterapia risolve i problemi dei pazienti: essa però consente loro di **convivere meglio** con essi". Ed è quanto la mia psicoterapia riesce a realizzare nel rapporto dell'essere umano con la morte. **Su scala sociale**, però, credo che la risposta stia nella capacità di ciascuno di **cercare e trovare significati validi e profondi per la propria vita**, come sosteneva un grande psicoanalista austriaco del '900, **Viktor Frankl**. Il nostro bisogno supremo, secondo Frankl, è infatti il **bisogno di significato**: se abbiamo una vita priva di significato piombiamo in un senso di vuoto esistenziale che sfocia nella depressione. **La risposta al "male del secolo" non sta dunque, a mio parere, in una regressione verso il fanatismo stragista ma nella nascita e nella diffusione di un nuovo umanesimo liberale**, che smonti gli odi assassini delle religioni dogmatiche e sviluppi in noi tutti il senso della fratellanza e della solidarietà nella lotta comune per l'avventura cosmica dell'uomo. La risposta sta insomma in **una sorta di religione dell'Uomo** come ideatore di sogni e valori capaci di dar senso a un universo altrimenti assurdo e in **una visione dell'umanità che Henri Bergson ha così definito nella sua opera "L'evoluzione creatrice"**: "Vedo l'umanità come un'armata a cavallo che attraversa il tempo e lo spazio, protesa in una carica eroica capace di travolgere ogni ostacolo, forse anche la morte".

## Note

\* Fondatore Istituto IPUE (Psicologia Umanistica Esistenziale), psico-psicoterapeuta, saggista, scrittore.

# Fiducia e Downsizing

## Piccole storie e contesto organizzativo attuale

### Prima Parte

di RICCARDO GIORGIO ZUFFO\*

C'era una volta un cucciolo di lupo che non era fortissimo e non era sanissimo; un po' gracile e un po' sfortunato, si era trovato ad essere più volte comprato e poi riportato indietro nel negozio di animali che, alla fine di luglio, lo svendette con una ferita alla gola ancora aperta per l'asportazione di una ciste. L'ultimo acquirente lo portò a casa in braccio perché il cucciolo non voleva lasciare il negozio e poi a casa non voleva uscire e quando usciva il suo riferimento non era il padrone, ma il luogo fisico della casa. E fu così per giorni, finché lentamente il cane non ritrovò la *fiducia* nell'uomo "capo branco" che gli aveva dato fiducia. Vissero felici e contenti per molti anni, anche se non per moltissimi, perché il cane da piccolo era stato fragile e queste cose nella vita si pagano.

Seconda storia. Poco tempo fa un giovane laureato – un controller – ambizioso, preparato, non arrogante... una decorosa persona normale, era andato soddisfatto a lavorare in una multinazionale che aveva scelto tra altre opportunità di lavoro: si trovava bene e l'azienda aveva corrisposto alle sue attese professionali; negli ultimi due anni aveva cambiato tre capi e tre volte l'assetto organizzativo a seguito di *sappizzazioni*, riassetto aree EMEA, lean organization... Se ne voleva andare perché ogni capo lo aveva valorizzato e proposto per ruoli superiori, ma nessuno era durato così tanto da vederlo promosso. Ogni volta ripartiva da capo con un altro capo, un altro CFO, un altro HR business partner di riferimento... Se ne andò perché non aveva più fiducia in quella azienda che non manteneva gli *accordi*. Non

c'era nessun colpevole. Non era né scoraggiato né deluso, semplicemente il conto non tornava, ne prendeva atto, a malincuore, e ne traeva le conseguenze. Potremmo dire in questo caso: "accidenti a questo mondo liquido e alla flessibilità voluta dagli "infallibili" assegnatori di rating..."

La terza storia è già nota. Una sera un uomo uscì di casa per comprare le sigarette. L'uomo cambiò marca di sigarette e la moglie si domandò a lungo perché gli aveva dato *fiducia*. Nessuna misoginia: oggi molte donne fumano, molti capi, molti colleghi ed anche qualche collaboratore.

Nelle tre storie la parola chiave è *fiducia* oppure in inglese *trust*. Questo costrutto, nato nel contesto dei sistemi socio-economici o in quelli della vita quotidiana sta diventando progressivamente più popolare anche in ambito organizzativo (Kramert, Tyler, 1996) e l'attenzione crescente che i ricercatori vi dedicano è inversamente proporzionale alla sua crescente scarsità.

In verità c'è una tradizione importante nell'utilizzo di questo costrutto, ma è prevalentemente riconducibile agli aspetti della negoziazione tra le parti – *il dilemma del prigioniero* ne ha rappresentato le nostre adolescenze professionali –, oppure ai corsi di formazione out-door dove il buttarsi da qualche parte per farsi prendere da qualcuno sembra essere una ritualità irrinunciabile ed insieme stereotipata per dimostrare astrattamente la forza salvifica del team (perché poi...?). Qui, quello che a noi interessa è però il rapporto con l'organizzazione: come le organizzazioni perdono o guadagnano la fiducia dei propri dipendenti e come i dipendenti "soffrono" e

quindi decidono di non dare più *fiducia* alle aziende dove lavorano o a cui “hanno voluto bene”.

Nell'un o nell'altro caso partiamo un po' da lontano per avvicinarci poi progressivamente agli aspetti più minuti e sottili relativi al costruito della fiducia. Peter Drucker (2003) sentenzia come “*la grande azienda non esiste per amore dei suoi dipendenti*” ma come nello stesso tempo chiede ai suoi membri massima responsabilità e senso di appartenenza; in altri termini non dà ma chiede “amore”. La responsabilità e l'appartenenza sono infatti le condizioni profonde dell'esserci per qualcuno e/o per qualcosa.

Ed ancora: le organizzazioni hanno bisogno di innovare e l'innovazione, come dice un altro famoso - Joseph Schumpeter -, è “distruzione creativa”. L'innovazione è figlia di molte cose e fra esse l'abbandono sistematico di tutto ciò che è fisso, consueto, familiare e comodo, sia esso un prodotto, un servizio o un processo, un insieme di skill o di relazioni umane e sociali o l'organizzazione stessa. Insomma, se il cambiamento continuo è la condizione della sopravvivenza e della generazione di valore, esso non è per definizione innovazione. O meglio, non è l'innovazione gloriosa dei gruppi creativi studiati da De Masi; è anche e soprattutto l'inseguimento alle infinite soluzioni creative che vanno perseguite e copiate perché qualcuno, molto spesso in un altro luogo e in un'altra latitudine, ha capito per primo una cosa e milioni di imprese e di uomini inseguiranno nel più breve tempo possibile quella nuova soluzione. L'innovazione, quindi, è prevalentemente inseguimento, anzi, “doloroso inseguimento”; l'ambiente sociale ed organizzativo è, così, in costante ridefinizione, dove si giocano lievi e labili equilibri aziendali, si fanno scelte ardue ma necessarie (...non sempre!), si generano sentimenti e reazioni emotive che spesso non trovano lo spazio per venire fuori. Questo inseguimento dell'innovazione, ormai e di solito, si risolve molto spesso con la messa in atto di processi di downsizing, reengineering, operazioni straordinarie come M&A, ridimensionamenti, salti tecnologici, out-sourcing, lay-off. L'ormai consistente ricerca accademica qualificata, realizzata in questi ultimi due decenni, dimostra infatti come queste operazioni siano faticose e come la job-insecurity sia un fattore dominante e usuale delle attuali dinamiche organizzative (Zuffo, Kaneklin, 2006). Il cambiamento, certamente stimolante per alcuni, è certamente fatica per molti (Mishra, 1997). Con un po' di forzatura si potrebbe sostenere come i ridi-

mensionamenti degli assetti aziendali siano “sempre mal gestiti” perlomeno in rapporto al vissuto delle persone che ne sono coinvolte e pressoché a tutti i livelli organizzativi.

I survivors, siano essi comuni lavoratori o managers di livello elevato, esperiscono sentimenti comuni di ansia e incertezza verso il futuro, frustrazione che molte volte diventa depressione, diminuzione del commitment, dell'impegno e della motivazione. Soprattutto le persone pregiudicano il valore fondamentale attorno al quale gravitano le relazioni sociali, ovvero la *fiducia* verso qualcosa o qualcuno (Gray, Alphonso, 1996). Piccole o grandi che siano, le soluzioni innovative/crisiorganizzative sono divenute quasi una routine in qualche posto dell'organizzazione - si pensi alla ridefinizione degli equilibri dei sottosistemi organizzativi più marginali o dei grandi assetti macrostrutturali - e minacciano le persone ed il loro equilibrio.

La sensazione di crisi che spesso si riscontra è la percezione della minaccia alla sopravvivenza del sistema e al proprio ruolo, per cui le risorse organizzative e/o personali sono sentite inadeguate per fronteggiare tale situazione (Webb, 1996). Generalmente l'intensità di una crisi e l'importanza della fiducia sono direttamente ed inversamente correlate.

## **2. La fiducia come costruito psicologico, non etico o morale**

Certamente la fiducia è una componente centrale anche nei contesti più banali e routinari della vita organizzativa, ma quando c'è la paura di una minaccia il suo ruolo assume un'importanza maggiore e potremmo dire fondamentale. Le ragioni sono evidenti perché l'incertezza sostanziale, che accompagna ogni cambiamento profondo o condizioni organizzative critiche, induce riconfigurazioni cognitive, vissuti fantasmatici di paura e di rabbia, interpretazioni diverse di ciò che sta avvenendo, crisi nelle relazioni. Questi vissuti e queste condizioni oggettive insidiano i rapporti di fiducia costruiti e rafforzati nel tempo tra il management e i propri collaboratori (Rotter, 1980). La fiducia che si è costruita nel tempo diventa la variabile moderatrice dei comportamenti organizzativi messi in atto per fronteggiare la crisi; ha un ruolo determinante nel condizionare l'esito delle relazioni organizzative: in sintesi non si vede, non si misura facilmente... ma

inequivocabilmente giocherà un ruolo fondamentale nella evoluzione successiva delle performance del sistema organizzativo, del commitment individuale, della permanenza delle persone in azienda.

Che cosa è allora la fiducia? Qui non parliamo di essa come un tratto della personalità contestualizzata come una credenza, una aspettativa o una sensazione che ha origine dallo sviluppo della storia psico-sociale e biologica dei soggetti. La prospettiva è quella psicosociologica e si sofferma sugli scambi intraindividuali che possono creare o distruggere la fiducia a livello interpersonale e gruppale. In letteratura la fiducia può essere definita come l'aspettativa positiva che un altro soggetto non metterà in atto azioni opportunistiche, attraverso gesti, parole o decisioni (Boon, Holmes, 1991); oppure è vista come una condizione psicologica che comprende l'intenzione di accettare la vulnerabilità che si origina dalle aspettative circa il comportamento altrui (Rousseau et al., 1998); o ancora più precisamente nei contesti organizzativi "la predisposizione di uno ad essere vulnerabile ad un altro che è considerato competente, disponibile, responsabile e affidabile" (Mishrah, 1992) ed ancora... onesto. La *fiducia* quindi implica "un salto cognitivo oltre le aspettative che la ragione e l'esperienza da sole garantirebbero" (Lewis, Weigert, 1985) e presuppone la dipendenza da altri soggetti. Si instaura dipendenza nel momento in cui comportamenti sono valutati come affidabili e si accetta il rischio connaturato alla relazione per cui quando una persona si fida di un'altra dà a questa il potere su se stessa. La dinamica inescata genera un meccanismo di dipendenza reciproca: infatti colui che riceve fiducia, si preoccuperà di non tradire le attese, mentre colui che si affida, metterà in atto un comportamento rispettoso e attento a far sì che non si spezzi questo legame (Currall, Epstein, 2003). Appare ormai abbastanza chiaro come nella sostanza ci siano due componenti che si incrociano e si integrano: una cognitiva e una emozionale (Lewicki, Bunker, 1995). La dimensione cognitiva è relativa al mantenimento dell'equilibrio tra il momento iniziale di sviluppo della fiducia, ovvero la fase razionale basata sul calcolo, e la fase conoscitiva basata sulla raccolta di informazioni sugli altri. La dimensione emozionale interviene nella fase successiva dove l'identificazione assume il ruolo cruciale dei sentimenti crescenti di attaccamento verso gli altri. Gli aspetti non cognitivi della fiducia sono considerati come centrali per comprendere la sua

importanza nello stabilire una relazione organizzativa di cooperazione (Lagerspet, 1998). La fase fondata sull'identificazione (identification-based trust) giunge quando le persone considerano gli obiettivi, i bisogni e i desideri di altri come se fossero i propri. La *fiducia* risente peraltro della cultura organizzativa, si riflette nei valori perseguiti o caratterizzanti quella organizzazione e risente del clima che caratterizza un contesto specifico: il senso di partecipazione, il piacere di lavorare in gruppo, il riconoscimento delle proprie potenzialità, il rispetto, la fedeltà, l'accettazione, la sicurezza, la confidenza sono tutti fattori correlati al costrutto della fiducia. Se il processo di costruzione della fiducia è ben percepito dai soggetti, conseguentemente si rafforzeranno le iniziative volte a personalizzare i rapporti tra i lavoratori ed il management così che i soggetti sentiranno i loro "capi" prendersi cura di loro. La fiducia quindi è il risultato di un processo graduale, che si sviluppa nel tempo grazie a degli stimoli costanti (Young, Kerry, 2003) e il ricevere fiducia può a sua volta generare fiducia (Gambetta, 1998). Appare chiaro come la qualità ed il livello della fiducia trascendano il solo rapporto individuale con il capo o i colleghi per diventare un dato saliente e cruciale di tutta l'organizzazione. Fidarsi non significa coinvolgersi dopo aver calcolato la probabilità dei *rischi*, ma sentirsi sicuri di potersi "lasciare andare" in un'interazione senza però doverne calcolare *tutti i rischi*: il passaggio è dal calcolo razionale all'affidamento (Lewis, Weigert, 1985).

La fiducia sarebbe uno dei molteplici "sentimenti morali" che guidano prazionalmente le persone nell'azione; il vantaggio di una spiegazione "non cognitiva" ci suggerisce che questa dimensione della intuizione potrebbe guidarci anche in situazioni in cui l'informazione è o diventa scarsa e/o ambigua. Questa situazione rende la creazione o il mantenimento della fiducia più difficile, ma paradossalmente è proprio in questa confusione ed incertezza personale che si configura un bisogno di fiducia maggiore per compensare l'incertezza organizzativa (Daley, 1991).

*Continua sul prossimo numero*

## Note

\* Professore di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni all'Università degli Studi "G. D'Annunzio" di Chieti. Fondatore e partner di Telema e Telema International.

1 EDITORIALE  
*"Psicologia Calabria"*  
di A. LOMBARDO

3 ATTUALITÀ  
*Nasce  
"Psicologia Calabria"*  
di A. FAZIO

4 ARTE&PSICHE  
*Il Perseo di Benvenuto Cellini*  
di D.A. NESCI

10 STUDI/ETÀ EVOLUTIVA  
*Reazioni acute da stress post-traumatico  
in bambini vittime di un maxi incidente*  
di I. FERNANDEZ-G. MASLOVARC-V. ZAMBON

21 /BULLISMO  
*Bullismo tradizionale e cyberbullying*  
di A. COSTABILE

25 PERSONA&PSICHE  
*La depressione, male del secolo*  
di L. DE MARCHI

29 PSICHE&LAVORO  
*Fiducia e Downsizing*  
di R.G. ZUFFO

