

ESILIO, TRAUMA, TORTURA.

Lecture critiche e percorsi di ricerca nel dibattito contemporaneo

di Francesco Vacchiano*

Da una riflessione su:

Allan Young. *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press, 1995.

“Transcultural Psychiatric Research Review”, vol. 32, n.3, 1995. Numero monografico dedicato a "*Refugees, Trauma & PTSD*".

Patrick J. Bracken e Celia Petty (Ed.). *Rethinking the Trauma of War*. London, Free Association Books, 1998.

Françoise Sironi. *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la torture*. Paris, Odile Jacob, 1999.

*Tu verras combien la mémoire est
complaisante avec nos faiblesses*

Tahar Ben Jelloun, *La nuit de l'erreur*, 1996

*Ogni somiglianza con la realtà
è colpa della realtà*

Paco Ignacio Taibo II, *A quattro mani*, 1994

I conflitti bellici che hanno nuovamente insanguinato i Balcani nei mesi scorsi hanno messo a nudo, forse oggi con maggior forza rispetto al passato, tutte le problematiche e le contraddizioni di uno stile di azione umanitaria orientata da un lato all'urgenza dell'intervento immediato e dall'altro all'esportazione di teorie e prassi considerati a priori validi ubiquitariamente. Tale tendenza, se già rilevante nella definizione delle strategie e delle scelte in ambito di diritti umani e di assistenza di base, diventa ancor più problematica quando caratterizza le modalità dell'intervento nell'area della salute mentale, rischiando di tradursi nella riproduzione di interventi a carattere psicologico spesso poveri dal punto di vista teorico e metodologico (generalmente appiattiti su un utilizzo stereotipato delle categorie della psicopatologia) e troppo semplicisticamente fondati su tecniche e modelli inadatti al contesto differente (per cultura e per la specificità della realtà locale o della situazione bellica).

È quanto sembra essere accaduto di recente in Kosovo, nel corso delle missioni portate avanti da personale di formazione psicologica, partito anche sotto l'egida di importanti organismi a carattere nazionale, ma spesso impreparato ad affrontare la situazione con strumenti efficaci, non preformati, e con un armamentario teorico capace di tenere in considerazione il divario sociale e culturale oltre che quello linguistico. Situazioni paradossali in alcuni casi, come testimonia chi vi ha partecipato, non sono mancate, con bambini stanchi di disegnare per gli psicologi sempre le stesse case bombardate e lunghe liste di items per attestare la sintomatologia del Disturbo Post-Traumatico da Stress.

* Il presente lavoro è stato pubblicato su "I Fogli di ORISS", n.11-12, 1999.

Si tratta d'altra parte di problemi che hanno caratterizzato in passato e che caratterizzano tuttora molti degli interventi in ambito umanitario degli specialisti delle aree "psi" (psicologi, psichiatri, psicanalisti), in diverse parti del mondo. Si può osservare come l'esportazione non problematizzata e l'utilizzo di modelli incongruenti per i contesti in cui si esplica l'intervento, quali spesso risultano essere le categorie psicodiagnostiche, si fondi sull'ormai annoso malinteso dell'universalità antropologica dell'essere umano e su alcuni concetti cardinali che da questa derivano, primi fra tutti, come ha rilevato Françoise Sironi in un altro contributo, le nozioni di "diritti dell'Uomo" e di "psichismo umano", capaci di funzionare come «veri e propri strumenti di deculturazione [attraverso i quali] si decostruiscono dei gruppi precedentemente costituiti per fabbricare la nozione di individuo» (SIRONI 1997: 53). Le teorie psicologico/psichiatriche classiche, soprattutto quando impegnate "sul campo", tendono ad utilizzare un'immagine dell'uomo (una rappresentazione della persona, dunque prima di tutto un fatto antropologico) che è singolare e "individuata", in cui i legami con le altre entità della realtà circostante fanno sì parte del mondo relazionale del "soggetto", ma propriamente in quanto esterni o estranei ad esso. Una dimensione plurale della soggettività, che tenga conto delle molteplici affiliazioni e degli apparentamenti con gli altri esseri che "abitano" il medesimo spazio (siano essi uomini, animali, divinità o antenati) quale sembra essere attestata da molti studi antropologici ed espressamente etnopsicologici (ROSALDO 1980; REMOTTI 1997; SPANDRE 1999; CARRITHERS - COLLINS - LUKES 1985; SHWEDER - BOURNE 1997), sembra in qualche modo essere estranea alla nozione di *self* così come viene classicamente concepita e applicata dalle nostre scienze della mente (TAYLOR 1989; KLEINMAN 1988).

Il tema del rapporto fra rappresentazioni della persona e strategie della cura è solo una delle linee di ricerca che, dallo specifico dell'interesse etnopsichiatrico e medico-antropologico attuale, contribuisce a spostare il fulcro della nozione di trauma da un vissuto individuale e soggettivo ad una dimensione propriamente politica, inserendola nella cornice più ampia dei significati collettivi e delle rappresentazioni sociali che in un contesto vengono mobilitate, dagli eventi critici in particolare (JODELET 1992; AUGÉ 1986). I testi che il presente contributo vuole introdurre condividono a priori questa tensione, e quindi costituiscono già una specifica selezione fra il vasto materiale disponibile, pur rappresentando diversi punti di vista sull'argomento e diverse tradizioni di ricerca. Nel loro complesso costituiscono una buona introduzione critica a molte questioni aperte e cardinali della ricerca e dell'intervento nelle situazioni di conflitto e in quelle postbelliche, un'area che si configura sempre più come dominio interdisciplinare e ambito in cui i molti possibili livelli di analisi (di tipo politico, psicologico, storico, sociale e culturale oltre che clinico e terapeutico in senso stretto) si intersecano e si sovrappongono. I temi in essi trattati riguardano problematiche familiari a chi si occupa di antropologia e psichiatria, che trovano nello studio dell'intervento sul trauma uno specifico campo di applicazione: il valore universale o contestuale della psicopatologia, il trauma come evento collettivo, il rapporto fra condizione di rifugiato e disturbi psichici, gli interventi nei casi di tortura, le problematiche dell'azione umanitaria, le strategie della riabilitazione.

TRAUMA E MEMORIA TRAUMATICA

Il primo dei testi proposti è già un classico, un'opera fondamentale per comprendere la nascita e lo sviluppo del concetto di "memoria traumatica" e la sua importanza nell'utilizzo dell'attuale categoria di *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) come chiave di lettura *passé-partout* per i processi post-traumatici (o supposti tali in base alla categoria stessa). Allan Young, uno dei più autorevoli studiosi di antropologia della psichiatria, direttore del dipartimento di Social Studies of Medicine della McGill University di Montreal, ricostruisce il percorso che dalla seconda metà dell'ottocento porta all'emergenza e alla compiuta affermazione, durante la Prima Guerra Mondiale, di un'idea di shock psicologico che si traduce in traccia mnestica irreversibile, in grado di interferire con il funzionamento psichico normale dell'individuo. È un processo che dura cinquant'anni e che parte dai primi studi del chirurgo inglese John Erichsen sugli effetti degli incidenti ferroviari (ERICHSEN, 1866, *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*), in cui il trauma è ancora spiegato in base a un processo di natura fisica, uno shock che colpisce prima di tutto il corpo traducendosi in un evento di tipo neurologico, che può lasciare dei segni riconoscibili dal medico.

La struttura anatomica implicata nel danno secondo Erichsen è la colonna vertebrale e il meccanismo patologico viene descritto, secondo i canoni dell'epoca, come un processo eminentemente meccanico: così come un magnete perde la sua forza di attrazione in conseguenza di un forte colpo, anche la commozione della

colonna può portare ad una spinta delle energie al di fuori del corpo. Gli effetti sono simili a quelli che si manifestano in conseguenza di “shock chirurgico” e sono descritti come “disturbi delle funzioni dei sistemi circolatorio, respiratorio e nervoso”, capaci di condurre il soggetto ad una condizione di debolezza, di inquietudine, di “depressione mentale”, di incoerenza del pensiero e del linguaggio. I sintomi fisici più evidenti sono la nausea, il sudore freddo, il vomito, il rilascio degli sfinteri. Sono le conseguenze di quella sindrome che Erichsen denomina “*railway spine*”.

L'anno successivo è un altro medico, Edwin Morris (1867, *Practical Treatise on Shock after Surgical Operations and Injuries*), a specificare ulteriormente il processo traumatico e il suo funzionamento, attraverso l'idea di un urto in grado di diffondersi per tutto il corpo per mezzo del sistema nervoso, arrivando a colpire gli organi interni ed infine il cervello. Morris tuttavia introduce un ulteriore elemento alla comprensione del fenomeno: non è solo un motivo fisico ad innescare il processo, in quanto lo shock può prodursi quale effetto di “violente lesioni prodotte da ogni tipo di causa o da *violente emozioni*” (MORRIS, cit. in YOUNG 1995a: 14, corsivo mio). La novità è che una causa espressamente psicologica, come la paura, può provocare danni comparabili al trauma fisico: ciò può essere spiegato in rapporto all'influenza del cervello sul cuore con un conseguente effetto sedativo sulle facoltà del senso e della volizione, capace di produrre una “prostrazione del sistema nervoso” (MORRIS, cit. in YOUNG 1995a: 15).

Nel 1883 l'idea è già ampiamente accettata ed un altro medico consulente della *London and Western Railway Company*, Herbert Page, scrive che “la letteratura medica abbonda di casi in cui le più gravi disfunzioni, persino la morte ... sono stati prodotti dalla paura, e da questa soltanto” (PAGE, *Injuries of the Spine and Spinal Cord without Apparent Mechanical Lesion, and Nervous Shock, in their Surgical and Medico-Legal Aspects*, cit. in YOUNG 1995a: 17). Si parla dunque di “*nervous shock*” per definire questo fenomeno, e si discute della sua natura organica o funzionale. Sarà Jean-Martin Charcot nel 1889 a formulare un'ipotesi innovativa sulla questione, proponendo che i sintomi post-traumatici siano da ricondurre allo spavento e alla paura, capaci di provocare uno stato di offuscamento del giudizio favorevole all'autosuggestione e ad una sorta di induzione autoipnotica: lo shock nervoso coinciderebbe dunque con un fenomeno di natura isterica. Charcot difenderà questa ipotesi, rifiutando l'idea di una specificità per le “*traumatischen Neurosen*” che era stata avanzata l'anno precedente dal medico tedesco Hermann Oppenheim. Non si tratta più di ricercare direttamente i meccanismi neurali implicati nello shock, bensì di capire come, attraverso un processo che sfugge alla consapevolezza, *alcune idee possano installarsi all'interno della psiche e influenzarne il funzionamento*.

È a questo punto della storia della scienza che, secondo Young, si situa l'intersezione fra due linee di studio sui fenomeni legati al traumatismo: quella iniziata con Erichsen, che continuerà ad interessarsi ai meccanismi fisiologici e fisiopatologici della “memoria traumatica” (Cannon, Crile, Pavlov) e quella che si va inaugurando verso la fine del diciannovesimo secolo con i lavori di Charcot, di Ribot, di Pierre Janet, che riprenderà le convinzioni sul valore patogeno del segreto integrandole, attraverso i concetti di “idea parassita” e di “automatismo psicologico”, con le nascenti teorie dell'inconscio (ELLENBERGER 1976). È questa linea che inaugura il processo di “psicologizzazione” della memoria traumatica e che si concretizzerà nel corso dei primi studi di Sigmund Freud sull'isteria e sui meccanismi dell'abreazione.

All'inizio della Prima Guerra Mondiale, come osserva Young, è ampiamente accettata un'idea della memoria come *locus* delle nevrosi da trauma (che in guerra prenderanno il nome di “*shell shock*”), in quanto ricettacolo di “segreti patogeni”, che influenzano inconsapevolmente il funzionamento psichico e a cui lo specialista può eventualmente accedere. È il compimento di quella “medicalizzazione del passato” i cui effetti sono ancor vividi, quasi cento anni dopo, nella concezione di PTSD. È altresì importante osservare come questo processo si sia potuto compiere parallelamente al riconoscimento della unicità psicologica del soggetto, della sua individualità, della sua continuità nel tempo e della sua autocoscienza (del *Moi*, di Théodule Ribot, dell'*Ego* di Freud, del *Self* di William James). Tale percorso è stato accompagnato storicamente dall'emergere della “psiche” come oggetto di studio e di ricerca nonché dalla definizione in termini psicologici di molti vissuti il cui statuto, fino ad allora, era di tipo prevalentemente somatico. Il merito di questa prima sezione del testo di Young consiste proprio nel mostrare, attraverso un'operazione di “archeologia del sapere psichiatrico”, le basi storiche e concettuali di alcune delle categorie fondamentali per le attuali scienze dell'uomo. Tale itinerario di ricerca ha il pregio di rendere evidente come dietro la “scoperta” di ogni fatto scientifico si celi in realtà un'“invenzione” storicamente ed epistemologicamente coerente, la quale, una volta costituitasi come concetto, inizia ad orientare lo sguardo dell'osservatore in modo così vincolante da costituire un'imprescindibile apparenza di “verità”.

DSM, VA, PTSD

Dopo aver analizzato il dibattito sul vissuto traumatico durante la Prima Guerra Mondiale e aver tracciato il profilo dei pochi contributi che hanno fatto seguito al secondo conflitto mondiale (di rilievo solo *The Traumatic Neuroses of War* di Abram Kardiner, del 1941, e *War Neuroses* di Grinker e Spiegel, del 1945), il seguito della riflessione di Young si concentra sulla trasformazione della definizione di “memoria traumatica” in categoria psicodiagnostica, e sul suo utilizzo all’interno di alcune unità terapeutiche espressamente concepite per sperimentare forme di trattamento dei disturbi correlati. Si tratta di un processo che culmina, nel 1980, nell’inserimento del PTSD all’interno della terza edizione del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, in seguito ad un iter che, come l’autore dimostra, è stato non solo naturalmente influenzato dal clima sociale e politico dell’America dell’epoca, bensì direttamente modulato sulle richieste di un gruppo di pressione dalle dirompenti rivendicazioni, quale quello dei reduci della guerra del Vietnam.

Nel corso dei primi anni '70 gli Stati Uniti sono attraversati da un'ondata di episodi di suicidio, di alcolismo, di tossicodipendenza e di condotta genericamente antisociale messi in atto da veterani tornati dal Vietnam. Gli esperti riportano un alto tasso di disturbi psichici presso questi soggetti, che si caratterizzano, nei casi più visibili, anche per la violenza del loro comportamento e l’alta instabilità emotiva. Molti soldati trovano al loro ritorno una realtà sociale che si rifiuta di riconoscerli, che da un lato ha da tempo trasformato il suo atteggiamento verso la guerra in senso genericamente non interventista e dall’altro cerca di operare una rimozione della sconfitta. I reduci stentano spesso a reinserirsi nel mondo del lavoro e a riprendere i ritmi del quotidiano. Non sono rari i casi di ex combattenti che subiscono una forte deriva sociale, alcuni diventando *homeless*, altri dandosi al crimine. I centri medici della *Veteran Administration* tendono a diagnosticare i disturbi loro presentati in base alla nosografia classica, la quale, non prevedendo una categoria adeguata al particolare profilo dei soldati¹, tende ad assorbire le manifestazioni patologiche all’interno dei quadri psicotici, nevrotici o depressivi.

Il 1974 è d’altra parte l’anno in cui il Comitato di Ricerca e Sviluppo dell’*American Psychiatric Association* istituisce un gruppo di studio per l’uniformazione della nomenclatura psichiatrica sotto la direzione dello psichiatra Robert Spitzer, che dà al lavoro del gruppo, fin dai primi incontri, una forte impronta di matrice consapevolmente neo-kraepeliniana. Gli assunti di base dell’approccio che orienterà la terza edizione del *Diagnostic and Statistic Manual*, ricorda Young, sono essenzialmente tre:

- i disturbi psichici vanno assimilati a quelli fisici per poterne dare una descrizione più accurata;
- la classificazione deve basarsi sulla rilevazione di fenomeni osservabili;
- la ricerca sarà in grado di trovare col tempo i substrati organici e biochimici della patologia.

In rapporto a tali principi l’obiettivo principale del lavoro descrittivo consiste nella catalogazione in sindromi dei sintomi direttamente osservabili.

È un agguerrito gruppo di pubblicitari e clinici, che fa capo ad una rete di appoggio e di informazione sulle condizioni dei veterani, che incontra Spitzer nel '75, proponendogli di prendere in considerazione l’inserimento di una *Post-Vietnam Syndrome* all’interno del DSM e ricevendone dapprima un rifiuto, quindi una dichiarazione di disponibilità ad esaminare il problema, nel caso in cui si fossero prodotte sufficienti evidenze cliniche della specificità del disturbo. La vicenda rende manifesti tutti gli aspetti marcatamente politici sottesi dall’interesse diagnostico, con la necessità da parte dei veterani di trovare un riconoscimento istituzionale per i propri disordini, di poter accedere a programmi di riabilitazione, nonché di poter usufruire all’occorrenza di supporto economico: come sempre la clinica non può essere scissa dal contesto sociale in cui si produce e i modelli della patologia non possono essere pensati come estranei ai processi collettivi di costruzione della devianza.

Il gruppo di lavoro sul “*Post-Combat Disorder*” si allarga e include numerosi ricercatori interessati al problema, tra i quali anche Mardi Horowitz, conosciuto per le sue ricerche sulla “*stress response syndrome*”. Spitzer istituirà una “Commissione sui Disturbi Reattivi” a cui prenderanno parte tre membri della *Task Force* del DSM e tre membri del gruppo di pressione, Robert Lifton, pubblicitario, Chaim Shatan, psichiatra, e Jack

¹ È presente nel DSM I (1952) e II (1968) la classe delle “*war neurosis*”, all’interno dell’area dei disordini di personalità, ma risulta di fatto inutilizzata, sia in quanto poco adeguata, sia perché il “sistema DSM” prima della terza edizione è ancora scarsamente diffuso fra gli psichiatri.

Smith, un ex combattente leader di un gruppo di sostegno. Dopo numerose pressioni sui membri del comitato il nuovo disturbo riceverà l'*imprimatur* ed entrerà a far parte del DSM-III con il nome di "*Post-Traumatic Stress Disorder*".

Il quadro clinico a cui si riferisce la nuova categoria è ritagliato sul profilo sintomatologico presentato dal veterano, e comprende:

- sintomi di intrusione (flashbacks riferiti agli eventi traumatici, incubi, immagini disturbanti);
- intorpidimento emotivo (anestesia emotiva, perdita di interesse nelle cose);
- tendenza all'evitamento (tentativi di allontanare pensieri ed immagini collegate al trauma);
- aumento della tensione complessiva (incremento dell'arousal, disturbi del sonno e dell'attenzione, irritabilità).

Il criterio principe che permette di distinguere tali manifestazioni dalle altre sindromi della nosografia si basa sulla presenza di un evento primigenio al quale poter attribuire retrospettivamente, in un tempo anche remoto, l'origine delle disfunzioni attuali, anche laddove esso non sia stato a suo tempo vissuto come traumatico (su questo punto si veda oltre YOUNG 1995b). Il DSM-III specifica due caratteristiche di base che tale evento deve presentare:

- l'essere "genericamente al di fuori dell'esperienza umana consueta" ;
- l'evocare "sintomi significativi di malessere nella maggior parte delle persone" (APA 1983).

Come si può osservare si tratta di criteri-soglia vaghi e indefiniti, che nella loro formulazione non sembrano tener conto delle specificità individuali o culturali nelle modalità di significare (e quindi di vivere) un'esperienza "traumatica". È la critica che ha mosso anche Arthur Kleinman, osservando che "l'idea di che cosa sia consueto suona alquanto etnocentrica" (KLEINMAN 1995: 179). Come nota Young, "la definizione era ritagliata sulle eccezionali esperienze/memorie presentate dai soldati che avevano combattuto in un tipo di guerra fuori dal comune" (YOUNG 1995a: 288), esperienze in cui, d'altra parte, i soldati stessi si erano resi non di rado protagonisti di episodi di violenza efferata "fuori dal comune", applicata non solo verso i soldati nemici, ma spesso ai danni delle popolazioni civili e, talvolta, dei loro commilitoni. Questo tipo di considerazione permette al lettore di intravedere alcune implicazioni di non poco conto: da un lato il medesimo concetto di "memoria traumatica" smette di essere riferito esclusivamente alle vittime dei traumi per potersi applicare indifferentemente anche ai loro perpetratori (gli stessi che, in molti casi, al momento dello scontro non hanno percepito la portata traumatica di ciò che stavano compiendo, come risulta anche dalle sedute cliniche riportate dall'autore), mentre dall'altro lato la creazione di una diagnosi ad hoc, che si attaglia perfettamente ai percorsi ed ai profili dei veterani e che può essere retrospettivamente evocata per render conto dell'esordio del comportamento violento dei soldati, creando una patologizzazione del passato ed una cura per la memoria, ottiene il duplice effetto di attenuarne i toni e di operare precisamente in direzione di una sorta di rimozione sociale delle responsabilità individuali e collettive. La diagnosi funziona in questo caso anche come strumento per sotterrare le contraddizioni che dalla drammatica esperienza del reduce si rendono violentemente evidenti e che la società non è in grado di elaborare.

Anche alla luce di una lettura storica (dei fatti e delle idee) ci si potrebbe domandare quale sarebbe stato il futuro della "memoria traumatica" se il conflitto del Vietnam fosse stato vinto dagli Stati Uniti – come è accaduto ad esempio per la Seconda Guerra Mondiale, in cui analogamente gli episodi "al di fuori dell'esperienza umana consueta" non sono mancati – invece di rovesciare per le strade un esercito di sconfitti che, con la loro devianza, non fanno che ricordare l'onta della guerra e della disfatta. Devianza che, Young non dimentica di ricordare, nel contesto del conflitto costituiva non solo un comportamento adattato, ma anche, in molte unità, quello incoraggiato ed auspicato. Che la diagnosi non sia soltanto un gesto tecnico è stato sottolineato da molti autori; che essa possa inserirsi in un discorso sociale diventando uno strumento per elaborare una sconfitta e per rimuovere una responsabilità è un'ipotesi che, pur non proposta direttamente, "*The Harmony of Illusion*", non può non suscitare. Con il suo prezioso lavoro, che ha forse come unico limite la compressione di moltissimi temi in uno spazio a volte un po' esiguo, Allan Young ci fornisce gli strumenti per guardare da vicino, e criticamente, alla nascita di un fenomeno che influenzerà non poco la psichiatria degli ultimi venti anni (e quasi ogni testo che si occupa del problema deve fare i conti, in qualche modo, con il concetto) sempre più impegmata al "Nord" o al "Sud" in interventi con vittime della guerra e rifugiati.

Il numero monografico della rivista *Transcultural Psychiatric Research Review*² è dedicato ad una rassegna degli studi epidemiologici disponibili sul trauma, sullo sradicamento forzato e sui problemi psicopatologici di adulti e bambini esposti a situazioni limite di conflitto e di esilio. I contributi presenti, che espongono il panorama degli studi su prevalenza, sintomi e trattamenti più diffusi (*Refugee Trauma* di James Boehnlein e David Kinzie e *The Mental Health of Refugee Children* di Cécile Rousseau) sono poi accompagnati da un articolo a firma di James Jaranson sulle risorse internazionali per il trattamento delle vittime di tortura e ancora uno scritto di Allan Young sul PTSD, che chiarisce ulteriormente alcune delle riflessioni già introdotte in “*The Harmony of Illusion*”.

Il lavoro di Boehnlein e Kinzie, che costituisce una chiara introduzione agli studi nordamericani sulle conseguenze del trauma presso le popolazioni di rifugiati, si concentra anche su alcuni nodi critici della ricerca e dell'intervento in quest'area: alcuni li abbiamo già evidenziati e riguardano il problema dell'accertamento diagnostico dei sintomi e le categorie disponibili per la loro classificazione, mentre altre importanti questioni metodologiche si giocano sul piano delle tecniche di indagine adeguate alla complessità di questo settore. I dati riportati dagli autori, dopo una breve introduzione storica sui concetti di trauma e di reazione da stress, attestano il fondamentale stato di vulnerabilità delle popolazioni rifugiate, per via delle estreme condizioni in cui gli individui hanno potuto trovarsi prima della migrazione, durante o dopo la stessa. Le ricerche condotte su popolazioni provenienti da Cambogia, Vietnam, Salvador, Etiopia e Afganistan stanziate negli Stati Uniti concordano sull'elevata probabilità di presenza di sintomi tipici del PTSD, anche se modulati dal livello di supporto familiare disponibile e dalle condizioni complessive nel paese ospite. Gli autori in proposito enfatizzano la scelta di un modello multifattoriale, che tenga in conto variabili psicologiche, biologiche sociali e culturali, per permettere di dare uno spaccato adeguato del fenomeno e dei reali fattori di rischio in gioco: d'altra parte, ed anche l'intervento di Cécile Rousseau lo evidenzia, tali fattori possono essere studiati nella loro complessa interazione esclusivamente attraverso una metodologia intensiva, che fornisca gli strumenti per indagare come, nelle diverse situazioni e nei diversi gruppi culturali, i motivi si combinino in modi differenti e poco prevedibili. Quelli che sono dunque fattori protettivi in alcune situazioni possono trasformarsi in fattori di rischio o motivi di svantaggio in altre: la presenza di altri familiari nel paese ospite, ad esempio, gioca un ruolo genericamente protettivo nei confronti della psicopatologia, ma può anche tradursi, nei nuovi contesti dove le abituali gerarchie generazionali perdono di valore, in occasioni di conflitto e di crollo dello status e del potere dei più anziani. In generale appare indispensabile adoperare una particolare cautela verso ogni tipo di generalizzazione, per la complessità delle variabili in gioco e per la mai troppo enfatizzata variabilità “interna” delle realtà sociali e culturali studiate. Quasi tutti gli autori che lavorano a cavallo fra psichiatria e cultura sembrano concepire ormai questo secondo termine più come uno stimolo alla continua problematizzazione, che come una fonte di certezze sull'omogeneità di un certo campione.

Nell'ampia sezione finale gli autori presentano estesamente molte delle osservazioni avanzate dai critici della medicalizzazione del disagio dei rifugiati, che si concentrano in parte sull'ipotesi che i sintomi post-traumatici non siano che *manifestazioni adeguate* di un violento disagio emotivo legato ad un vissuto altrimenti inesprimibile³ (MCFARLANE 1985; RAMSEY - GORST-UNSWORTH - TURNER 1993) e in parte sulla perdita di legittimità che la patologizzazione imporrebbe alla sofferenza del paziente (KLEINMAN - KLEINMAN 1991) e alla ricerca di un significato culturalmente coerente per il trauma sperimentato (EISENBRUCH 1991 e EISENBRUCH 1992), inserendo artificiosamente il discorso del soggetto all'interno di una tecnologia medica culturalmente specifica (ONG 1995). Boehnlein e Kinzie, d'altra parte, sembrano collocarsi in una posizione intermedia, favorevole alla cautela diagnostica, ma anche orientata ad una precisa identificazione e denominazione di segni e sintomi, secondo un approccio biomedico che, secondo gli autori, possiede un “efficacia transculturale nel diminuire i sintomi di PTSD potendo agire complementariamente agli interventi socioculturali” (BOEHNLEIN - KINZIE 1995: 242).

Il già citato lavoro di Cécile Rousseau si pone a complemento dell'introduzione di Boehnlein e Kinzie, concentrandosi in particolare su una discussione dei dati in letteratura relativi ai bambini rifugiati (secondo le stime la metà della popolazione mondiale di profughi). Dopo un'analisi della sintomatologia preminente (ansia,

² Da qui in poi TPRR.

³ Arthur Kleinman ha osservato come il DSM cristallizzi, mascherandola da discorso scientifico, una visione morale in cui la sofferenza e il lutto sono immancabilmente pensati come negativi (se durano oltre una certa soglia pensata a priori allora diventano segno di malattia) e osserva che la diagnosi non tiene in considerazione la possibilità che i “sintomi” siano in realtà delle “normali” risposte al trauma (KLEINMAN 1995)

incubi ricorrenti, enuresi notturna, insonnia, problemi relazionali e comportamentali, difficoltà nell'apprendimento, anoressia e problemi somatici di vario tipo), anche Rousseau presenta un panorama delle posizioni a favore e contrarie all'approccio diagnostico in questo campo. Gli argomenti sono in parte simili a quelli già trattati da Boehnlein e Kinzie (omologazione dei gruppi sociali, patologizzazione del vissuto), con alcune integrazioni che provengono dallo specifico dell'orientamento evolutivo, che sottolinea la posizione attiva di molti giovani rifugiati nel costruire una valida significazione per le esperienze vissute, posizione che risulta misconosciuta dalla semplice ricerca sintomatica (che al contrario immagina dei soggetti deboli in balia delle manifestazioni psicopatologiche). Una posizione che ci sembra utile sottolineare, per la sua importanza soprattutto nei casi più gravi, è quella che mette l'accento sulla diagnosi come reiterazione di quei meccanismi di "alterizzazione", con un processo che rispecchia la creazione della devianza razziale, etnica, religiosa o politica già messa in atto frequentemente da molti governi repressivi (BECKER 1990). L'osservazione ci sembra ancor più significativa per quei casi estremi in cui le strutture oppressive dei paesi d'origine avevano già costruito sulla "patologia" dei soggetti una giustificazione per il loro internamento e, spesso, per forme di tortura dirette o indirette (vedi anche il testo di Sironi presentato oltre).

Nella sezione successiva l'autrice si concentra sui fattori di rischio e di protezione correlati alla presenza di disturbi psichici fra i minori rifugiati, scegliendo di non separare questi aspetti che, come abbiamo già sottolineato, spesso si articolano in modi complessi e differenti, e di presentare distintamente (più per opportunità espositiva che per una reale indipendenza) i fattori relativi alla migrazione, alla famiglia e all'acculturazione. I primi si collegano a tutte quelle esperienze traumatiche che hanno preceduto o accompagnato l'esperienza della fuga, che sui bambini possono agire direttamente (come nei casi di detenzione all'interno dei campi di concentramento nazisti e khmer) o più spesso indirettamente, come riflesso dell'ansia espressa dai parenti o come effetto della separazione forzata dalle figure di riferimento. Tale separazione è proprio uno dei fattori più rilevanti nel determinare le conseguenze del vissuto traumatico, sebbene queste siano sempre modulate dai significati e dai valori ad essa correlati dalla cultura di appartenenza. Gli studi riportati presentano ad esempio una discrepanza statisticamente significativa fra bambini centramerici e cambogiani nelle ripercussioni a lungo termine delle situazioni di rottura dei legami familiari: i primi sarebbero più inclini a sviluppare difficoltà di apprendimento, mentre i secondi presenterebbero un maggior numero di sintomi di internalizzazione (introversione, difficoltà relazionali, ecc., vedi anche il più recente lavoro di ROUSSEAU - DRAPEAU - CORIN 1998). La separazione dalle figure di attaccamento sembra comunque influire maggiormente sui giovani di provenienza centramerica che sugli asiatici, evidenziando le differenze culturali nelle risposte ad attaccamento e perdita: "[q]uesta variabilità può essere funzione del significato associato con la separazione o della disponibilità di figure sostitutive, in rapporto al contesto" (ROUSSEAU 1995: 311). Un indizio significativo di tale implicita differenza semantica sembra poter essere trovato ad esempio nell'osservazione di Mollica – riportata da Rousseau e anche da Summerfield nel suo contributo in *"Rethinking the Trauma of War"* – sul senso dei termini che in questi due contesti identificano la tortura: in spagnolo *"torquere"*, che si riferisce direttamente al causare un danno diretto sul corpo altrui, mentre in khmer *"karma tierun"*, che contiene nella sua radice un'accezione relativa al destino e alla sofferenza della condizione umana.

I fattori correlati alla famiglia mettono in luce l'importanza delle caratteristiche psicologiche dei genitori nonché della struttura e del clima familiare nel modulare la comparsa di disturbi psichici, mentre il dato relativo all'acculturazione si riferisce alle pressioni che il contesto di accoglienza esercita affinché i nuovi cittadini si adeguino alle regole e alle consuetudini collettive: le ricerche mostrano in proposito una maggiore difficoltà nei casi in cui le pressioni siano più impellenti, anche per il divario che queste possono introdurre all'interno della famiglia fra giovani e anziani (una differenza rilevante è stata ad esempio attestata fra contesto statunitense, maggiormente teso all'omologazione, e contesto australiano, più tollerante e più ricco di risorse tradizionali).

Il contributo di Cécile Rousseau si conclude con la discussione di alcune strategie terapeutiche e preventive messe in atto nei confronti dei minori rifugiati. Il dibattito è in buona parte centrato su temi comuni alla riflessione in etnopsichiatria, con questioni aperte che riguardano l'opportunità di rendere gli approcci occidentali maggiormente *"culturally sensitive"*, la validità di strategie psicoterapeutiche duali o grupपालi e il valore di interventi che assumano paradigmi sociali e riabilitativi. Le tecniche e i possibili programmi di intervento non sono neutrali né intercambiabili, e le scelte che si compiono possono anche sottilmente riprodurre gli effetti che già la guerra e la repressione volevano ottenere (silenzio, isolamento, passivizzazione). È una questione di non poco conto che viene affrontata, direttamente o indirettamente, in tutti

i testi qui presentati. L'autrice, in questo articolo e in altri lavori pubblicati nella sua pluriennale attività, mostra di propendere per una prospettiva comunitaria, orientata alla restituzione di dignità sociale e politica alle vittime della fuga e del reinsediamento: “[g]li interventi per i bambini rifugiati non possono essere confinati in un approccio centrato sulla psicopatologia [...] Le dimensioni culturali, sociali, politiche e anche storiche devono esservi incorporate” (ROUSSEAU, 1995: 321).

ANCORA PTSD

L'articolo di Allan Young contenuto nel numero di TPRR (*“Reasons and Causes for Post-Traumatic Stress Disorder”*) si concentra sul rapporto ambiguo esistente fra l'episodio traumatico precursore del PTSD e i sintomi, pensati come conseguenze dirette dell'evento. Dopo un'introduzione che riassume brevemente i contenuti già esaminati in *“The Harmony of Illusions”*, e in cui l'autore si sofferma in particolare sull'intersezione storica fra guerra del Vietnam e approccio neo-kraepeliano, viene delineata la distinzione fra “cause” e “ragioni” in una prospettiva eziologica: le prime si riferiscono ad un rapporto lineare in cui un antecedente e un conseguente sono in relazione attraverso un meccanismo esplicito e definito, mentre le seconde inferiscono tale supposta causalità esclusivamente attraverso un'omologia, un desiderio, un'implicazione. Secondo Young il rapporto che lega l'evento traumatico ai suoi supposti effetti consisterebbe in questo secondo tipo di relazione: una “ragione” esplicativa, attraverso una implicazione supposta, di una serie di eventi successivi (*“post hoc non propter hoc”*, sembrerebbe ricordare Young).

È la possibilità di evocare un *“eponymous event”* che permette a dei sintomi normalmente associati ad una patologia psichiatrica “classica” (ansiosa, depressiva, ecc.) di diventare reattivi e propriamente post-traumatici: pensieri intrusivi, normalmente associati a problemi di depressione, diventano delle reviviscenze del trauma; fobie varie, caratteristiche, secondo la nosografia, di disturbi d'ansia, diventano “sintomi di evitamento”, e così via. È la possibilità di connettersi ad un evento primigenio, anche molto distante nel tempo, anche vissuto non traumaticamente, a consentire al clinico di verificare una causalità già contenuta nella definizione psicopatologica. La direzione del tempo è tuttavia invertita in base alla direzione della memoria, che attribuisce retrospettivamente un significato ad un fatto (quando rinvenibile), colorandolo degli umori del presente. Questo processo ha degli effetti rilevanti se applicato ai veterani, come abbiamo precedentemente osservato: da un lato lo spostamento del *locus of control* della situazione esperita da sé a all'esterno (con tutto quello che ciò comporta anche per le responsabilità di guerra⁴), dall'altro la possibilità che un disturbo, che normalmente riceverebbe una definizione altamente stigmatizzante (disordine di personalità, schizofrenia...) possa essere trasformato attraverso una categoria socialmente e psicologicamente più accettabile: il PTSD diventa terapeutico offrendo ai “malati” la possibilità di diventare “vittime”. D'altra parte al lettore non può sfuggire un tragico paradosso, che consiste nel fatto che gli unici a godere del beneficio di questo “spostamento” sono in realtà solo coloro che vittime non lo sono ancora, cioè i soldati. Alle vittime vere, quelle delle repressioni, degli stupri sistematici, della tortura, il PTSD può solo offrire, al contrario, come unica possibilità, quella di diventare “malati”, negando il valore e la portata del trauma come momento collettivo e ostacolando la costruzione di un senso sociale più ampio per la loro storia⁵.

LA TORTURA COME INTERROGATIVO SOCIALE

⁴ Nei resoconti delle sedute con i veterani al “Centro Nazionale per il Trattamento dei Disturbi Post Traumatici di Guerra” rese da Young nelle ultime sezioni di *“The Harmony of Illusions”*, gli ex-soldati non vengono mai interrogati per chiarire la loro responsabilità negli atti efferati che, in molti, hanno commesso, bensì la situazione violenta viene indagata per tentare di comprendere che tipo di rapporto intrattenga con i disturbi presentati (in buona parte, dai resoconti, problemi di condotta antisociale).

⁵ Se, come nota SUMMERFIELD (1998), in molti paesi dai regimi repressivi è in qualche caso più sicuro proclamarsi “malati” piuttosto che menzionare apertamente i torturatori, si tratta di uno slittamento semantico che costituisce un'adeguata strategia retorica, piuttosto che una questione di sostanza.

Quasi tutti i lavori della letteratura psicologico-psichiatrica sul trauma si muovono in uno spazio che è fondamentalmente conteso fra due orientamenti in buona parte contrapposti, i quali, analogamente a quanto accade in molte altre aree della psichiatria contemporanea, affermano rispettivamente la priorità di un approccio tecnico, direttamente orientato alla psicopatologia, oppure la preferenza per un paradigma centrato su prevenzione, riabilitazione sociale, inserimento comunitario, azione politica. È evidente che nel caso di interventi con vittime della tortura la questione si fa ancor più delicata, trattandosi di soggetti che sono stati esposti, nella maggioranza dei casi, alla spoliatura completa dei diritti, all'attacco sistematico delle credenze e delle convinzioni personali (e del gruppo di appartenenza), alla metodica distruzione dell'identità. Françoise Sironi nel suo testo (SIRONI 1999) osserva come terapia e tortura siano entrambi dei processi di influenza, e come questo, già di per sé, pesi non poco nelle scelte terapeutiche.

Jaranson, nel suo intervento all'interno di TPRR (*Government-Sanctioned Torture: Status of the Rehabilitation Movement*), osserva come in generale gli approcci concepiti al "Nord" (i paesi di accoglienza dei rifugiati vittime di tortura) siano prevalentemente orientati alle ripercussioni mediche e psicologiche del trauma, con conseguenti provvedimenti di tipo tecnico, mentre al "Sud" (nei paesi in cui la tortura è praticata⁶) la tortura sia vista principalmente, anche dai professionisti della salute, come un fatto politico e sociale, che richiede un intervento a livello macroscopico in termini di impegno civile e azione sociale. Entrambi gli approcci condividono l'importanza dell'*empowerment* dei soggetti, ma tendono da un lato ad ottenerlo attraverso strategie differenti e dall'altro a considerarlo in maniera distinta. L'autore, il direttore clinico del *Centre for Victims of Torture* di Minneapolis, si colloca all'interno di un orientamento del primo tipo, sottolineando i vantaggi di un approccio integrato che possa prevedere all'occorrenza l'appoggio di medici per le sequele fisiche della tortura (e per l'attestazione delle violenze subite per accompagnare la richiesta di asilo), di infermieri per aumentare la *compliance* ai farmaci, di fisioterapisti per la riabilitazione motoria e funzionale. È un modello di riabilitazione psicosociale che è in linea con la tradizione americana in questo settore, dove il concetto si riferisce più ad una compresenza di approcci (in cui d'altra parte le strategie sociali sono spesso subordinate a quelle cliniche) e ad una serie di tecniche ad hoc da mobilitare complementariamente, che non ad un lavoro di "pedagogia del potere", che assuma la costruzione di ruolo all'interno della collettività come obiettivo dell'intervento (per un'esposizione critica del modello si veda anche MONTORFANO - TALIANI 1998). Anche gli studi riportati da Jaranson sulla prognosi mettono in evidenza come l'impegno politico prima e dopo l'emigrazione giochi un ruolo protettivo nei confronti delle sequele della tortura: costruire un senso all'interno di una dimensione storica per la propria vicenda funziona da efficace ammortizzatore degli effetti della violenza (si veda anche BASOGLU - MINEKA - PAKER 1997). Come osserva Derek Summerfield "[u]n gruppo sociale è gravemente minacciato quando sente che quello che è accaduto sembra incomprensibile e che le risorse tradizionali per gestire la crisi sono inefficaci. Se gli eventi sembrano senza senso le persone si sentono incerte ed indifese" (SUMMERFIELD 1998: 24). Molti studi riportati da questo autore sembrano attestare come gli effetti della tortura sulla psiche siano sempre poco prevedibili se non si tengono in conto gli "effetti secondari" su famiglia, ambiente sociale e livelli di sussistenza economica, che, meglio della sola esposizione alle sevizie, funzionano da predittori di esito. D'altra parte molti rifugiati chiedono innanzitutto la possibilità di vivere una vita dignitosa sul piano sociale e l'accesso a delle risorse di cittadinanza che spesso i governi sono meno disposti a concedere rispetto ai "*trauma counsellors*", e questo aspetto costituisce un ulteriore stimolo per un'opportuna riflessione sul ruolo delle scelte statali e il loro effetto sulla salute mentale dei cittadini.

L'approccio al problema adottato da Summerfield nel primo contributo a "*Rethinking the Trauma of War*" costituisce un ottimo complemento a tutti gli studi finora affrontati, in quanto sottolinea ripetutamente l'importanza di mettere in questione la definizione in termini di passività e di malattia di coloro che sono stati esposti a violenza organizzata, fornendo numerosi esempi tratti dalla sua esperienza di "*consultant*" in diverse parti del mondo. Egli evidenzia la capacità delle comunità di reinterpretare i fatti traumatici per operare una ricostruzione delle identità e delle coscienze (spesso trovando validi alleati nei valori tradizionali", proprio attraverso la possibilità di intervenire attivamente nel dibattito pubblico attraverso testimonianze e campagne, nei paesi di origine o in quelli di emigrazione. In particolare di estrema importanza sono, quando riescono ad aver luogo, gli esiti dei procedimenti giudiziari nei confronti dei perpetratori o dei responsabili morali delle torture nei paesi d'origine: la possibilità di veder riconosciuta a livello internazionale la responsabilità delle

⁶ Il rapporto Amnesty International del 1994 stima che la tortura sia comunemente praticata dai governi di 112 nazioni e da gruppi armati di opposizione in 34 paesi.

repressioni e delle violenze subite contribuisce a dare un senso alla sofferenza del passato e alle difficoltà del presente, restituendo voce alle vittime e dando dignità storica ai loro racconti (si veda anche BENEDEUCE 1998).

Summerfield contrappone alla “memoria traumatica” una “memoria sociale” capace di veicolare “una visione della storia e dell’identità, delle crisi e delle prove del passato, e dei paradigmi della lotta, dell’eroismo, della saggezza”, che è in grado di “offrire strategie di risposta, di adattamento e di soluzione dei problemi su base collettiva” (SUMMERFIELD 1998: 22). La memoria sociale costruisce una “verità”, come accade per la memoria traumatica, ma lo fa, a differenza di quest’ultima, elaborando le esperienze del singolo all’interno di un quadro macroscopico, fornendone un’interpretazione che è radicata nel corpo collettivo e quindi, di per sé, è adatta a reinserirvi i soggetti, invece che confinarli in quanto “malati”. Queste considerazioni non vogliono negare la sofferenza che è implicata nelle esperienze limite di tortura, di violenza, di esilio, ma sottolineare ancora una volta come i processi traumatici, lungi dall’essere soltanto delle storie individuali, siano iscritti in un cornice che, chi si occupa del problema dal punto di vista della salute mentale⁷, non può non considerare o sottovalutare.

È dunque apprezzabile lo sforzo degli autori che intervengono in “*Rethinking the Trauma of War*” per coniugare le questioni teoretiche con i problemi dell’intervento nei contesti di conflitto, evidenziando come uno strumentario esclusivamente tecnico, per quanto utilizzato da specialisti animati dalle migliori intenzioni, rischi di risolversi nella maggior parte dei casi nell’inefficacia e nello scacco. Nel contributo di Annemiek Richters sugli interventi nei casi di violenza sessuale delle organizzazioni internazionali in ex-Yugoslavia (RICHTERS 1998), l’autrice critica quei programmi psicoterapeutici che, numerosi e standardizzati, erano caratterizzati dall’incapacità degli operatori di collocare la teoria e la prassi di riferimento nel particolare contesto del conflitto e della radicalizzazione delle differenze “etniche”⁸, e che, nei casi migliori, utilizzavano delle chiavi di lettura dello stupro conformate sull’esperienza in tempo di pace (non tenendo dunque conto dell’effetto massivo dell’evento), mentre in molte occasioni appiattivano il vissuto delle vittime sui criteri del PTSD. Nell’intervento di Joan Giller (GILLER 1998) viene analogamente sottolineato come la flessibilità del programma e la disponibilità degli operatori a lasciarsi interrogare dalla specificità della situazione ha permesso di superare l’*impasse* dovuta ad una strategia pensata a priori e non calata nella realtà della situazione: un programma sulle vittime della tortura in Uganda si è potuto trasformare *in itinere* in intervento con le donne del luogo per la presa in carico dei casi di violenza sessuale.

LA TORTURA COME INTERROGATIVO ETNOCLINICO

L’ultimo testo di questa rassegna affronta, questa volta in una prospettiva spiccatamente clinica, il problema del trattamento degli effetti della tortura sui soggetti più pesantemente colpiti, analizzando in modo originale le “logiche” insite nel gesto dei torturatori per identificarne poi i residui patologici all’interno della psicologia delle vittime. È questa l’idea centrale del lavoro di Françoise Sironi, direttrice del Centro Devereux di Parigi e fondatrice del Centro Primo Levi per le vittime della tortura, che percorre longitudinalmente tutto il testo: il torturatore non ha agito a caso, ma in base ad una tecnica e, potremmo dire, ad una teoria della tecnica, consolidate e appropriate a gli effetti distruttivi che volevano ottenere. Numerose evidenze a livello mondiale attestano che la tortura non è un procedimento *naïf*, improvvisato, bensì un corpus di tecniche orientate ad uno scopo, apprese e scambiate fra i paesi che le praticano tramite i servizi segreti, che spesso si occupano anche transnazionalmente dell’addestramento dei torturatori (vedi anche JARANSON 1995). Il compito della psicoterapia sarà quello di identificare il “torturatore interiorizzato” e il senso delle sue brutalità nel determinare i disturbi, per nulla aspecifici, che ancora affliggono il soggetto. La prospettiva a cui si ispira il discorso di Sironi in più punti è quella dell’etnopsichiatria di Nathan, con la sua enfasi sulle affiliazioni, sulla costruzione della mente attraverso le tecniche traumatiche, sulla teoria dell’influenza e con la sua critica

⁷ Si ricordi la definizione di salute mentale proposta da Ignacio Martin-Baro come “problema di relazioni sociali, interpersonali, intergruppi che possono entrare in crisi nel soggetto, nell’ambiente familiare, nelle istituzioni”

⁸ Sebbene non sembri adeguato per numerose ragioni interpretare la guerra della ex Jugoslavia come scontro fra “etnie”, è indubbio che l’effetto che ha consapevolmente ottenuto, anche attraverso la violenza sessuale, è stato quello della creazione della distanza fra le diverse popolazioni anche attraverso la retorica dell’etnia (JANIGRO 1993, RASTELLO 1998, SUMMERFIELD 1998).

aperta ai paradigmi individualistici della psicoanalisi: la tortura consiste nell'azione deliberata di un agente esterno e non può essere in nessun modo ricondotta ad un conflitto intrapsichico.

I metodi utilizzati nella tortura hanno come scopo precipuo e ricercato la disaffiliazione e la depersonalizzazione dei soggetti, l'aggressione verso i loro gruppi di appartenenza e la separazione da essi, la fabbricazione dell'identico e dell'universale attraverso l'attacco alle referenze culturali degli individui e alle loro convinzioni personali. Attraverso dolori, privazioni, terrore sistematico, trasgressione dei tabù culturali, sotto o sovrastimolazione sensoriale, codici ossessivi, situazioni di scelta impossibile o paradossale, illogicità e incoerenza delle imposizioni, i sevizatori mettono in atto un attacco psicologico che penetra la dimensione soggettiva dell'esperienza, instaurandosi all'interno di una personalità che è ormai completamente trasparente e privata di ogni individualità: "la trasparenza del pensiero è la caduta nella follia", ma anche un modo per penetrare dentro i gruppi interiorizzati dal paziente, dal momento che "il segreto è una modalità di costituzione dei gruppi" (SIRONI 1999: 25).

A partire da tali premesse, si può davvero parlare di "psicopatologia" delle vittime di tortura? Nel momento in cui l'autrice insiste sulle sequele delle sevizie come effetto deliberato, logico, quasi lineare, di una specifica intenzionalità, ci costringe a pensare ad un processo che ha basi radicalmente diverse: "il pensiero dei nostri pazienti funziona come se un'entità eterogenea fosse venuta ad alloggiare in essi temporaneamente" (SIRONI 1999: 88). I sintomi descritti in letteratura possono allora essere interpretati in maniera differente: non più generiche e aspecifiche manifestazioni di una memoria del trauma, universale nei suoi meccanismi, ma per le relazioni che possono intrattenere con le esperienze vissute di paura (fobie incontrollate, tremore, facilità allo spavento), di isolamento (estraneità alle situazioni, percezioni di alterità), di confusione fra dentro e fuori (paura di "trasparenza dei pensieri", sensazione di essere "completamente aperti", eruzioni cutanee), di impossibilità del pensiero (problemi di concentrazione e di memoria), ecc. Il vantaggio di questa concettualizzazione dei sintomi proposta da Sironi non sta forse nel fatto di essere più "vera" della precedente, ma consiste nel suo effetto di *slittamento* del focus delle manifestazioni disfunzionali dall'individuo ad un agente esterno, che funziona come potente strategia di significazione volta a mobilitare le risorse verso un'entità che può essere percepita, ora, come "altra da sé". È uno spostamento grazie al quale si può sollecitare il desiderio del soggetto di liberarsi da qualcosa che non gli appartiene, che non è sua, fronteggiando direttamente l'influenza del torturatore ancora attivo. È precisamente questa dinamica che sarebbe implicata, secondo Sironi, in quelle manifestazioni in cui si alternano chiusura e stati di agitazione, che testimonierebbero della lotta interiore fra sottomissione e liberazione del soggetto.

La novità dello studio di Sironi consiste nell'analisi dei meccanismi di "formazione" dei torturatori, attraverso un apprendistato le cui caratteristiche influiranno in modo rilevante sulle sequele presentate dalle vittime, in una sorta di trasmissione traumatica continuamente in gioco fra attività e passività. In particolare l'autrice rifiuta quelle ipotesi strutturali che vedono il boia come perverso (sadico) o predisposto da esperienze infantili di carenza o disagio, per enfatizzare proprio il processo di "fabbricazione" attiva del torturatore attraverso esperienze pianificate che in parte si sovrappongono, negli intenti, a quelle della tortura: disaffiliazione dai gruppi di riferimento con separazione prolungata dal contesto sociale o familiare, deculturazione con disinvestimento dai valori abituali, iniziazione per tecniche traumatiche ad un nuovo gruppo e cultura, ritualizzazione del potere e dell'onnipotenza attraverso veri e propri momenti di passaggio.

Il trattamento avrà dunque lo scopo di concentrarsi proprio sull'intenzionalità interiorizzata del boia, agendo su quei "frammenti di alterità" che turbano, dall'interno, le vittime, come se fossero oggetti da espellere. Il terapeuta deve essere consapevole di quanto il suo processo sia uguale e contrario a quello del torturatore, anche per gestire l'inevitabile assimilazione con quest'ultimo. Ciò comporta, secondo l'autrice, l'abbandono della neutralità per un atteggiamento di trasparenza del terapeuta, che esplicita pensieri, riflessioni, associazioni, nonché, in momenti topici, ciò che conosce delle tecniche di tortura e delle loro costanti. Solo attraverso questo processo di scambio (che dovrà, soprattutto agli esordi, evitare le trappole dell'abreazione per non precipitare il paziente nuovamente in balia dei suoi sevizatori) si potrà ottenere la progressiva scomparsa dei sintomi, la capacità di ristabilire una distinzione fra "interno" ed "esterno", la riaffiliazione ai gruppi di riferimento, nonché, come *turning point* terapeutico, la definizione di scelte per il futuro, ora pensato come possibile.

Il lavoro di Françoise Sironi ci introduce, anche grazie ad una vasta casistica, all'interno di un mondo psicologico stravolto, popolato di fantasmi, devastato dalla perdita dei legami e delle congruenze logiche indispensabili per vivere, messo a nudo nella sua disarmante umanità. Tale pregio costituisce forse anche il maggior difetto del testo, che poco o nulla rende delle risorse attive dei soggetti, delle loro strategie di difesa e

di sopravvivenza che, pur sottomessi, tutti gli individui mettono in atto come ultima, estrema difesa. È proprio vero che la relazione fra intenzione del torturatore e conseguenze sulla vittima è sempre diretta e non incontra, nel suo sviluppo, linee di resistenza che possono alterarne l'esito? È proprio vero che la tortura, per quanto efferata, sempre ottiene il suo scopo che, come nota l'autrice, non è quello di far parlare, ma di far tacere, e per sempre? Forse ammetterlo con eccessiva certezza sarebbe concedere troppo ai boia di ogni latitudine.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1993

DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano, Masson.

AUGÉ, M. 1986

“Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento” in Augé M. - Erzlich C. *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il Saggiatore, pp. 33-85

BASOGLU, M. - MINEKA, S. - PAKER, M. ET AL.

Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture, “Psychological Medicine”, 27, pp. 1421-1433

BECKER, A. M. 1990

The psychological impact of the intifada on Palestinian children in the occupied West Bank and Gaza: An exploratory study, “American Journal of Orthopsychiatry”, 60, 4, pp. 496-505

BENEDUCE, R. 1998

Frontiere dell'identità e della memoria, Milano, Angeli

BOEHNLEIN, J. K. - KINZIE, D. 1995

Refugee Trauma, “Transcultural Psychiatric Research Review”, 32, 3, pp. 223-252

CARRITHERS, M. - COLLINS, S. - LUKES, S. 1985

The category of the person. Anthropology, philosophy, history, Cambridge, Cambridge University Press

EISENBRUCH, M. 1991

From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees, “Social Science and Medicine”, 33, pp. 673-680

EISENBRUCH, M. 1992

Toward a culturally sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist, “Journal of Nervous and Mental Disease”, 180, pp. 8-10

ELLENBERGER, H. F. 1976

La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica, Torino, Bollati Boringhieri

GILLER, J. 1998

“Caring for 'Victims of Torture' in Uganda: Some Personal Reflections” in Bracken, P. J. - Petty, C. (Eds.), *Rethinking the Trauma of War*, London-New York, Free Association Books, 128-145

JANIGRO, N. 1993

L'esplosione delle nazioni. Il caso Jugoslavo, Milano, Feltrinelli

JARANSON, J. M. 1995

Government-Sanctioned Torture: Status of the Rehabilitation Movement, “Transcultural Psychiatric Research Review”, 32, 3, pp. 253-286

JODELET, D. 1992

Le rappresentazioni sociali, Napoli, Liguori

KLEINMAN, A. 1988

Rethinking Psychiatry, New York, The Free Press

KLEINMAN, A. 1995

Writing at the Margin, Berkeley - Los Angeles - London, The University of California Press

KLEINMAN, A. - KLEINMAN, J. 1991

Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience, “Culture, Medicine and Psychiatry”, 15, pp. 275-301

MCFARLANE, A. C. 1985

The effects of stressful life events and disasters: Research and theoretical issues, “Australian and New

- Zealand Journal of Psychiatry”, 19, pp. 409-421
- MONTORFANO, E. - TALIANI S. 1998
 “La riabilitazione psichiatrica” a cura di Robert P. Liberman. Note critiche, “Fogli di Informazione”, 176
- ONG, A. 1995
 Making the biopolitical subject: Cambodian immigrants, refuge medicine and cultural citizenship in California, “Social Science and Medicine”, 40, pp. 1243-1257
- RAMSEY, R. - GORST-UNSWORTH, C. - TURNER, S. 1993
 Psychiatric morbidity in survivors of organized state of violence including torture, “British Journal of Psychiatry”, 162, pp. 55-59
- RASTELLO, L. 1998
 La guerra in casa, Torino, Einaudi
- REMOTTI, F. 1997
 Le antropologie degli altri. Studi di etno-antropologia, Torino, Scriptorium
- RICHTERS, A. 1998
 “Psycho-Sociocultural Wounds and Healing Processes: the Example of the Former Yugoslavia” in Bracken, P. J. - Petty, C. (Eds.), *Rethinking the Trauma of War*, London-New York, Free Association Books, pp. 112-127
- ROSALDO, M. Z. 1980
 Knowledge and Passion. Ilongot Notions of Self & Social Life, Cambridge, Cambridge University Press
- ROUSSEAU, C. 1995
 The Mental Health of Refugee Children, “Transcultural Psychiatric Research Review”, 32, 3, pp. 299-331
- ROUSSEAU, C. - DRAPEAU, A. - CORIN, E. 1998
 Risk and Protective Factors in Central American and Southeast Asian Refugee Children, “Journal of Refugee Studies”, 11, 1, pp. 20-37
- SHWEDER, R. A. - BOURNE, E. J. 1997
 “Il concetto di persona varia a seconda delle culture?” in Schweder R.A. - LeVine, R. (Eds.), *Mente, Sé, emozioni. Per una teoria della cultura*, Lecce, Argo, pp. 183-228
- SIRONI, F. 1997
 L'universalité est-elle une torture?, “Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie”, 34, pp. 43-57
- SIRONI, F. 1999
 Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture, Paris, Odile Jacob
- SPANDRE, S. 1999
 “Altre nozioni di persona” in Beneduce R. (a cura), *Mente, Persona, Cultura. Materiali di etnopsicologia*, Torino, L'Harmattan Italia, pp. 83-110
- SUMMERFIELD, D. 1998
 “The Social Experience of War and Some Issues for the Humanitarian Field” in Bracken, P. J. - Petty, C. (Eds.), *Rethinking the Trauma of War*, London, Free Association Books, pp. 9-37
- TAYLOR, C. 1989
 Sources of the Self. Making of the Modern Identity, Cambridge, Harvard University Press
- YOUNG, A. 1995a
 The HArmony of Illusion. Inventing POrt-Traumatic Stress Disorder, Princeton, Princeton University Press.
- YOUNG, A. 1995b
 Reasons and Causes for Post-Traumatic Stress Disorder, “Transcultural Psychiatric Research Review”, 32, 3, pp. 287-298